



Dorothea Lemke, Pascal Nohl-Deryk, Antje Erler

# **GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG IN HESSEN**

## BESTANDSAUFNAHME UND PERSPEKTIVEN





# **GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG IN HESSEN**

## BESTANDSAUFNAHME UND PERSPEKTIVEN

|          |                                                                                         |    |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
|          | <b>Vorwort</b>                                                                          | 5  |
|          | <b>Executive Summary</b>                                                                | 6  |
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>                                                                       | 10 |
| <b>2</b> | <b>Bestandsaufnahme des Status quo der<br/>Gesundheitsversorgung in Hessen</b>          | 11 |
| 2.1      | Geografie und Bevölkerung .....                                                         | 11 |
| 2.2      | Ambulante Versorgungsstrukturen und vertragsärztliche Bedarfsplanung .....              | 11 |
| 2.2.1    | Entwicklung der Arztzahlen .....                                                        | 13 |
| 2.2.2    | Bedarfsplanung .....                                                                    | 16 |
| 2.2.3    | Erreichbarkeitsanalysen .....                                                           | 18 |
| 2.3      | Stationäre Versorgungsstrukturen und Krankenhausplanung .....                           | 18 |
| 2.3.1    | Anzahl der Krankenhäuser, Bettenzahl, Fallzahlen und Verweildauer .....                 | 18 |
| 2.3.2    | Anzahl der Beschäftigten .....                                                          | 19 |
| 2.3.3    | Kosten .....                                                                            | 20 |
| 2.3.4    | Regionale Indikatoren des Leistungsgeschehens .....                                     | 20 |
| 2.3.5    | Erreichbarkeitsanalysen .....                                                           | 22 |
| <b>3</b> | <b>Bisherige Maßnahmen und Perspektiven für<br/>die Gesundheitsversorgung in Hessen</b> | 24 |
| 3.1      | Ambulante Versorgung .....                                                              | 26 |
| 3.1.1    | Arztzahlen .....                                                                        | 26 |
| 3.1.2    | Bedarfsplanung und Erreichbarkeit .....                                                 | 28 |
| 3.2      | Stationäre Versorgung .....                                                             | 31 |
| 3.2.1    | Krankenhausstruktur .....                                                               | 31 |
| 3.2.2    | Erreichbarkeit der Krankenhäuser .....                                                  | 33 |
| 3.2.3    | Notfallversorgung .....                                                                 | 34 |
| 3.2.4    | Personalsituation .....                                                                 | 36 |
| <b>4</b> | <b>Zusammenfassung und Ausblick</b>                                                     | 40 |
|          | Abkürzungsverzeichnis .....                                                             | 42 |
|          | Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....                                               | 43 |
|          | Literaturverzeichnis .....                                                              | 44 |



# Vorwort

Die durch das SARS-CoV-2-Virus ausgelöste Pandemie der Jahre 2020 und 2021 hat den Blick der Öffentlichkeit auf das Gesundheitssystem geleitet. Die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitssystem wurden ebenso diskutiert wie die Anzahl der Intensivbetten und die Versorgungsqualität im Land. Insgesamt – Stand Oktober 2021 – hat sich das System in dieser Krisensituation als stabil und leistungsfähig erwiesen, allerdings vor allem deshalb, weil die im Gesundheitssystem beschäftigten Menschen regelmäßig an ihre Belastungsgrenzen oder darüber hinausgegangen sind und noch immer gehen.

Für die Bevölkerung hat ein funktionierendes Gesundheitssystem auch außerhalb von Pandemiezeiten einen hohen Stellenwert. In einer Umfrage von TNS Infratest (im Auftrag der FES) aus dem Jahr 2016 gaben ganze 95 Prozent der Bevölkerung an, dass der Staat für die gesundheitliche Versorgung der Kranken verantwortlich sein muss. An keinen anderen Bereich des Sozialstaates werden so hohe Erwartungen gerichtet. Der gerechte Zugang zu dem System und eine qualitativ gute Versorgung hat somit auch eine Bedeutung für die Akzeptanz des politischen Systems insgesamt – abgesehen natürlich von der Bedeutung für die Erhaltung oder Wiedererlangung der individuellen Gesundheit.

Mit der vorliegenden Studie wollen wir einen Blick auf eben diese Versorgungssituation in Hessen werfen. Die Studie knüpft lose an einen Bericht der Hochschule Fulda aus dem Jahr 2011 an und analysiert die aktuelle Versorgungssituation im Land, benennt Problemfelder und zeigt Wege zu einer besseren Versorgung in der Zukunft auf.

Als FES Landesbüro wollen wir mit der Veröffentlichung des Textes einen Beitrag zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion liefern und eine Debatte um die besten Lösungswege anregen. Wir danken den Autor\_innen Dr. rer. med. Dorothea Lemke, Dr. med. Antje Erler und Pascal Nohl-Deryk für die gute Zusammenarbeit und wünschen Ihnen als Leser\_innen eine gewinnbringende Lektüre.

## SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Landesbüros Hessen  
der Friedrich-Ebert-Stiftung

# EXECUTIVE SUMMARY

Das vorliegende Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Hessen zielt darauf, die Entwicklungen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung im Bundesland Hessen in den vergangenen zehn Jahren zu analysieren und Perspektiven aufzuzeigen, mit welchen Ansätzen zukünftig den identifizierten Versorgungsproblemen entgegengewirkt werden könnte.

Im Folgenden werden die zentralen Problembereiche, Entwicklungen und Perspektiven für den ambulanten und stationären Sektor zusammengefasst.

## 1. Zunehmender Mangel an (Haus-)Ärzt\_innen und abnehmender Versorgungsumfang resultiert in geringeren Behandlungskapazitäten

Sowohl die Anzahl berufstätiger Ärzt\_innen als auch die Zahl der Vertragsärzt\_innen in Deutschland und Hessen ist zwischen 2010 und 2019 kontinuierlich gestiegen. Betrachtet man jedoch die hausärztliche Versorgung, so hat die Anzahl der hausärztlich tätigen Ärzt\_innen nur in sehr geringem Umfang zugenommen. Gleichzeitig hat die Anzahl voller Versorgungsaufträge in Hessen und deutschlandweit deutlich abgenommen und die Anzahl der Personen mit hälftigem Versorgungsauftrag oder in Teilzeitanstellung im ambulanten Bereich ist dementsprechend angestiegen. In der Summe führt die Kombination dieser beiden gegenläufigen Trends in Hessen insgesamt vor allem im hausärztlichen Bereich zu einer Abnahme der Behandlungskapazität. Verschärft wird sich diese Entwicklung durch das zunehmend höhere Durchschnittsalter der Ärzt\_innen. Im Jahr 2019 war bereits 15 Prozent der Hausärzteschaft über 65 Jahre und 30 Prozent über 60 Jahre.

Die Zahl der Medizinstudierenden hat in den vergangenen zehn Jahren deutschlandweit um mehr als ein Fünftel zugenommen und die Zahl der Ärzt\_innen in Weiterbildung und die Facharzterkennungen im Fach Allgemeinmedizin haben sich in Hessen in etwa verdoppelt. Diese positive Entwicklung ist sicherlich den zwischenzeitlich implementierten Maßnahmen zu verdanken, wie der frühzeitige Aufbau und die Förderung der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin mit attraktiven Angeboten für eine strukturierte und nahtlose Weiterbildung, die Erhöhung der Zahl der geförderten Weiter-

bildungsstellen und die frühe Bindung von Studierenden an die Allgemeinmedizin zeigt. Bundesweite Initiativen für eine stärkere Förderung der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung wurden z. B. mit dem Masterplan Medizinstudium oder der Änderung des §75a SGB V auf den Weg gebracht. In Hessen beinhaltet die Fortschreibung des Hessischen Gesundheitspakts fortlaufende Fördermaßnahmen für die Allgemeinmedizin. Aufgrund der langen Aus- und Weiterbildungszeit sind diese Maßnahmen jedoch eher langfristig angelegt. Da der ärztliche Nachwuchs außerdem andere Präferenzen bezüglich der Arbeitszeit hat, werden diese Maßnahmen nicht ausreichen, um den Verlust der in den nächsten Jahren ausscheidenden Hausärzt\_innen zu kompensieren. Diese Entwicklung wird besonders ländliche Gebiete mit einer stärkeren Überalterung der Hausärzteschaft in Kombination mit einer höheren Dichte an (für den Nachwuchs eher unattraktiven) Einzelpraxen sowie einer älteren Bevölkerung mit einem tendenziell erhöhten Versorgungsbedarf treffen.

## 2. Zunehmender Mangel an (Haus-)Ärzt\_innen und abnehmender Versorgungsumfang führt zur Verschlechterung des hausärztlichen Versorgungsgrades

Der zunehmende Mangel an Hausärzt\_innen wird auch in der hessischen Bedarfsplanung durch eine zunehmende Unterschreitung des festgelegten Hausärzte-Einwohner-Verhältnis (= Versorgungsgrad) deutlich, von dem wiederum ländliche Kreise stärker betroffen sind. Obwohl in der zurückliegenden Dekade zahlreiche gesetzliche Änderungen in der ambulanten Bedarfsplanung auf Bundes- und Landesebene vorgenommen wurden, um einer Unterversorgung zu begegnen und Überversorgung abzubauen (z. B. Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2013 und 2019), konnten diese das Grundproblem der Gewinnung von Hausärzt\_innen insbesondere für ländliche Regionen nicht lösen. Darüber hinaus wird mit einer zunehmenden Ambulantisierung von stationären Leistungen gerechnet, was den erwarteten Versorgungsbedarf im ambulanten Sektor weiter steigert. Für eine nachhaltige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung wird daher perspektivisch vorgeschlagen, das Konzept der vom SVR empfohlenen lokalen Gesundheitszentren weiterzuentwickeln. Solche Konzepte eignen sich be-

sonders für die Umsetzung im ländlichen Raum, da die Versorgung in einem größeren und gegebenenfalls multiprofessionellen Team ein breites Behandlungsspektrum anbieten kann, was für die ältere multimorbide Bevölkerung qualitative Vorteile bietet. Außerdem entsprechen solche Modelle eher den Präferenzen der Jungärzt\_innen bezüglich Flexibilität und Arbeitsbedingungen, was sie für den Nachwuchs attraktiv macht. Im Bereich der Vergütung sollten Modelle vorangetrieben werden, die die Honorierung von Teamleistungen ermöglichen. Die Einführung einer morbiditätsorientierten Pauschalvergütung im hausärztlichen Bereich wäre in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit – sie sollte jedoch der höheren Arbeitslast auf dem Land Rechnung tragen.

Zukünftig sollten bei der Bedarfsplanung Instrumente für eine präzisere Schätzung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung (Morbiditätskategorien) sowie auf der Angebotsseite eine Darstellung der realen Behandlungskapazität der Ärzt\_innen berücksichtigt werden. Perspektivisch sollte ein Übergang der vertragsärztlichen Bedarfsplanung hin zu einer sektorenübergreifenden Planung gestaltet werden. Konkrete Ausarbeitungen und Vorschläge hierzu liegen bereits vor.

### 3. Ausgeprägte (ländliche) Krankenhausinfrastruktur mit schwieriger wirtschaftlicher Lage

Die vergangene Dekade ist auch in Hessen von einer anhaltenden Effizienzsteigerung des stationären Leistungsgeschehens geprägt, das heißt einer Fallzahlsteigerung und Verkürzung der Liegedauer bei gleichbleibender Bettenzahl und einer abnehmenden Zahl von Krankenhäusern. Seit 2017 ist jedoch ein Rückgang der Fallzahlen um ca. einen Prozent zu beobachten. Die Beschäftigungszahlen sind im stationären Sektor steigend, allerdings stärker beim ärztlichen Dienst als beim Pflegedienst, und der Trend zur Teilzeitarbeit ist auch bei den Krankenhausärzt\_innen erkennbar. Beim Pflegedienst ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten bereits insgesamt auf einem hohen Niveau und steigt weiterhin an. Im Land Hessen findet sich im Vergleich zu anderen Bundesländern ein hoher Anteil an kleinen Krankenhäusern. Die Analyse der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser zeigt, dass sich Hessen im Deutschlandvergleich auf einem der letzten Plätze bezüglich der Ausfallwahrscheinlichkeit befindet. Nach einem entsprechenden Rating des Krankenhaus-Reports 2020 gelten 54 Prozent der Kliniken in Hessen als wirtschaftlich instabil.

Die ausgeprägte Krankenhausinfrastruktur bedingt einerseits eine gute flächendeckende Versorgung gerade auch in ländlichen Gebieten, andererseits führt sie zu einer Reihe von Problemen. Für kleine Krankenhäuser ist es z. B. aufgrund der geringeren Fallzahlen schwieriger, wirtschaftlich zu arbeiten und Qualitätsanforderungen und Mindestmengen zu erfüllen. Auch die Rekrutierung von adäquatem Fachpersonal stößt häufig auf Schwierigkeiten, und aufgrund der Personaluntergrenzen-Verordnung erleiden kleinere Krankenhäuser in der Folge

eher finanzielle Einbußen, wenn Fachabteilungen wegen Personalmangel geschlossen werden müssen. Auch führt die zunehmende Unterfinanzierung der Investitionskosten durch die Länder dazu, dass immer mehr Krankenhäuser versuchen müssen, Defizite aus eigener Kraft auszugleichen, was kleinen Krankenhäusern aufgrund der geringeren Fallzahlen schwerer fällt.

Die Einführung des DRG-Systems 2003 erfolgte auch mit dem Ziel, einen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft einzuleiten und in diesem Rahmen beispielsweise eine Reduzierung der Betten- und Klinikzahlen in Deutschland zu erreichen. Das ist bis heute nur partiell gelungen. In Hessen wurden im für dieses Gutachten betrachteten Zeitraum nur vier Plankrankenhäuser geschlossen und zwölf Häuser sind fusioniert. Um den Strukturwandel der Krankenhauslandschaft weiter voranzutreiben und auf die (Fehl-)Entwicklungen zu reagieren, wurde im Jahr 2016 das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verabschiedet. Dabei liegt neben der Qualitätsorientierung ein wichtiger Fokus auf der Strukturverbesserung der stationären Versorgungslandschaft mit dem Ziel eines nachhaltigen Abbaus von Überkapazitäten, einer Konzentration von Krankenhausstandorten und der Umwandlung von Krankenhäusern in regionale ambulante Versorgungseinrichtungen u. a. mittels der Krankenhausstrukturfonds. Der hessische Krankenhausplan 2020 hat die Ziele des KHSG 2016 weiter ausformuliert und beinhaltet eine Optimierung der Krankenhausstrukturen, die Sicherstellung der Erreichbarkeit, die Förderung einer sektorenübergreifenden Versorgung und eine Reformierung der Krankenhausplanung mit der Einführung von Qualitätskriterien als krankenhauserplanerische Leitkriterien. Dabei wird die Qualität der stationären Leistungen jedoch lediglich anhand der Umsetzung von Behandlungskonzepten (z. B. Onkologie, Geriatrie, Schlaganfall und Psychosomatik) beurteilt, Qualitätskriterien auf Ebene des Krankenzimmers oder der Fachabteilung fehlen bisher. Auch finden sich im aktuellen Krankenhausplan keine konkreten planerischen Entscheidungen bezüglich einer sektorenübergreifenden Versorgung, der Hauptfokus liegt weiterhin auf der akutstationären Planung.

Perspektiven für eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung bieten daher vor allem folgende Ansätze:

1. Auf Bundesebene sollte der bisher nur teilweise erreichte Strukturwandel der Krankenhauslandschaft durch einen bundeseinheitlichen Steuerungsrahmen festgelegt werden. Ein Vorschlag der Allianz der Großkrankenhäuser (AKG) sieht eine Zuordnung der Krankenhäuser zu drei Versorgungsstufen vor (von Krankenhäusern der Basisversorgung über Spezialkliniken zu Maximalversorgern). Diese ermöglicht eine Konzentrierung und Spezialisierung von stationären Leistungen auch im Hinblick auf eine stärkere Qualitätsorientierung. Kriterien zur Zuordnung von Krankenhäusern zu den Stufen sollten dazu ebenfalls auf Bundesebene erarbeitet werden.

2. Auf Landesebene ist eine Umstrukturierung der bettenorientierten zu einer leistungsorientierten Planung notwendig, um den tatsächlichen Ressourceneinsatz (personell und technisch) fachgerecht planen zu können.
3. Zusätzlich wäre als Sofortmaßnahme eine Verstärkung der Krankenhausstrukturfonds sinnvoll, wie es der SVR Gesundheit in seinem Gutachten 2018 vorschlägt. Dabei sollte ein Schwerpunkt auf der Schließung von Krankenhäusern in überversorgten Gebieten liegen anstatt auf der Schließung von Fachabteilungen.

#### **4. Ausgeprägte Krankenhausinfrastruktur bedingt gute Erreichbarkeit**

Die ausgeprägte Krankenhausinfrastruktur bedingt zwar eine gute Erreichbarkeit der Krankenhäuser in Hessen. In den durchgeführten Erreichbarkeitsanalysen zeigte sich jedoch, dass keine nennenswerte Verschlechterung der Erreichbarkeit zu erwarten ist, wenn nur Krankenhäuser mit zentraler Notaufnahme einbezogen werden. Diese machen ca. die Hälfte der Klinikstandorte in Hessen aus. Bezüglich der Erreichbarkeit wäre also theoretisch eine Konzentration von Standorten möglich, ohne dass mit einer gravierenden Verlängerung der Fahrzeiten gerechnet werden muss. Im hessischen Krankenhausplan 2020 ist die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen festgeschrieben. Um dies auch in ländlichen Gebieten mit einer geringen Versorgungsdichte zu ermöglichen, wurden Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser vereinbart. Kriterien für bedarfsnotwendige Krankenhäuser wurden bundeseinheitlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Hessen hat abweichende Landesregelungen getroffen, sodass mehr Krankenhäuser von diesen Zuschlägen profitieren können. Vor dem Hintergrund der schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler kleiner Kliniken und den dargestellten Ergebnissen zur Erreichbarkeit könnte perspektivisch stärker über die Umwandlung solcher Standorte in ambulante Gesundheitsversorgungszentren nachgedacht werden, wofür es in anderen Bundesländern bereits gute Beispiele gibt.

#### **5. Gute flächenmäßige Abdeckung in der (stationären) Notfallversorgung**

Bezüglich der stationären Notfallversorgung zeigt Hessen eine flächenmäßige gute Abdeckung. Als Indikator wurden die Erreichbarkeitszeiten per Pkw zu den Krankenhäusern mit zentraler Notaufnahme (ZNA) analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass es nur wenige Regionen in Hessen gibt, in denen man mehr als 30 Minuten bis zum nächsten Krankenhaus mit ZNA fahren muss. Allerdings ist auch die Notfallversorgung reformbedürftig, da die Inanspruchnahme durch Bagatellfälle steigt und sich dadurch die Arbeitsbelastung des Personals drastisch erhöht hat. Die Neuordnung der Notfallversorgung wird daher ein wichtiges Thema in der nächsten Legislatur-

periode sein. Zentraler Punkt ist dabei die Verzahnung ihrer drei Säulen ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und ZNA zu einem sektorenübergreifenden Versorgungsmodell.

Im hessischen Krankenhausplan 2020 ist die sektorenübergreifende Notfallversorgung festgeschrieben, und die Verzahnung von ärztlichem Bereitschaftsdienst und ZNA soll nach dem Höchster Modell des „gemeinsamen Tresens“ erfolgen. Voraussetzung ist in diesem Zusammenhang eine entsprechende digitale Infrastruktur, die sicherstellt, dass alle Beteiligten Zugriff auf die gleichen aktuellen Informationen erhalten.

#### **6. Fachkräftemangel im stationären Bereich**

Der Fachkräftemangel vor allem in der Pflege bleibt ein zentrales Problem in Hessen wie auch in Deutschland. Der nur moderate Personalanstieg bei Pflegekräften in den Krankenhäusern führt zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung. Die Corona-Pandemie hat die Arbeitsbelastung und den Fachkräftemangel besonders auf den Intensivstationen sichtbar werden lassen. In der Projektion auf das Jahr 2030 werden hessenweit aufgrund des altersbedingten Ersatzes und des demografischen Wandels 81 Prozent mehr Stellen gebraucht. Die Zahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen konnte zwar kontinuierlich gesteigert werden, die steigenden Absolventenzahlen werden aber bei Weitem nicht die Nachfrage abdecken. Die ausgeprägte Infrastruktur vor allem kleiner ländlicher Krankenhäuser in Hessen führt dabei zu besonderen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von gut ausgebildetem Pflegepersonal. Aber auch die Rekrutierung von Assistenzärzt\_innen wird für kleine Krankenhäuser zunehmend schwieriger. In den vergangenen drei Jahren wurden zahlreiche gesetzliche Änderungen eingeführt, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Dabei gilt die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs als eine der weitreichendsten Änderungen. Diesbezüglich wird einerseits erwartet, dass dadurch eine Verbesserung der stationären Pflegepersonalausstattung und damit eine Verringerung der Arbeitsbelastung erreicht wird. Andererseits besteht die Gefahr, dass pflegeferne/pflegeentlastende Tätigkeiten dem Pflegebudget zugeordnet werden und dass aufgrund der besseren Bezahlung eine Abwanderung von Pflegepersonal aus Alten- und Pflegeheimen in die Krankenhäuser entstehen könnte. Neben einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen sollte auch eine finanzielle und gesellschaftliche Aufwertung des Pflegeberufs vorangetrieben werden. Die inhaltliche Stärkung der Pflege durch Übernahme von mehr Verantwortung, eine stärker interprofessionell ausgerichtete Ausbildung sowie die Arbeit im Team mit anderen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe können dabei zu einer Steigerung der Attraktivität beitragen. Außerdem sollte die akademische Pflegeforschung an den Hochschulen ausgebaut werden. Im Rahmen des Innovationsfonds könnte eine Förderlinie explizit für Pflegeforschung eingerichtet werden. Im Zuge der digitalen Transformation im Gesundheitssystem sollten



Aus-, Fort- und Weiterbildung bei allen Gesundheitsberufen neu ausgerichtet werden, sodass Absolvent\_innen zukünftig auf ein sich wandelndes, digitalisiertes Gesundheitswesen vorbereitet sind.

Zusammenfassend zeigt das vorliegende Gutachten aktuell zwei Entwicklungen im hessischen Gesundheitssektor auf: Im ambulanten (vor allem im hausärztlichen) Bereich ist ein zunehmender Ärztemangel insbesondere in ländlichen Regionen zu beobachten, der die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung zukünftig immer schwieriger machen wird. Auf der anderen Seite weisen gerade die ländlichen Regionen in Hessen eine ausgeprägte Infrastruktur kleinerer Krankenhäuser auf, die in einem starken wirtschaftlichen Wettbewerb um personelle und finanzielle Ressourcen stehen. Mit Blick auf den demografischen Wandel bei (Haus-) Ärzt\_innen und Bevölkerung und die zunehmende Ambulantisierung stationärer Leistungen ist zu erwarten, dass sich diese Tendenzen weiter verstärken werden, wenn der aktuelle Zustand im hessischen Gesundheitswesen wie bisher fortgeschrieben wird. Die im Rahmen des vorliegenden Gutachtens dargestellten Entwicklungen legen nahe, dass die aktuellen und zukünftigen Probleme in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Hessen (aber auch bundesweit) absehbar nur durch eine stärkere Überwindung der Sektorengrenzen lösbar sind. Konzepte und Instrumente für die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Versorgung sind vielfach bereits ausgearbeitet, sie sollten zukünftig erprobt und umgesetzt werden. Die Einführung einer elektronischen Patientenakte könnte erheblich dazu beitragen, dass der Informationsfluss zwischen Gesundheitsversorgern erleichtert und verbessert wird. Gleiches gilt für telemedizinische Angebote, die nicht nur eine vertikale (räumliche) Anbindung der Peripherie an Zentren ermöglichen, sondern auch eine sektorenübergreifende Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgern. Bei allen Bemühungen um die nachhaltige Sicherstellung einer auch zukünftig flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und effizienten Gesundheitsversorgung in Hessen sollte immer das Wohl der Patient\_innen im Zentrum stehen.

## 1

## EINLEITUNG

Im Jahr 2011 initiierte die FES eine Expertise zur gesundheitlichen Versorgung in Stadt und Land (Greß/Stegmüller 2011), in der ein Zukunftskonzept für die Sicherstellung und Steuerung der Versorgung vorgestellt wurde. Es enthielt unter anderem Vorschläge für eine Reformierung der Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Bereich.

In den vergangenen zehn Jahren wurden – auch auf Basis der Vorschläge unterschiedlicher Expertengremien – vom Gesetzgeber wesentliche Änderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen auf den Weg gebracht, unter anderem auch die Umsetzung einer neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung. Ziel all dieser Bemühungen war und ist es, die Gesundheitsversorgung zukunftssicher aufzustellen, um auch künftig eine gut zugängliche und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland zu gewährleisten.

Dabei stellt sich die Frage, in welcher Weise und in welchem Ausmaß dieses Ziel bisher erreicht werden konnte. Wie hat sich die Versorgungslage zwischenzeitlich entwickelt? Welche Probleme bestehen heute? Welche Perspektiven und Zukunftsszenarien lassen sich für die nächste Dekade ableiten?

Im vorliegenden Gutachten, das im Auftrag der FES Hessen erstellt wurde, wird dieser Frage für das Bundesland Hessen nachgegangen.

Im **ersten Teil** des Gutachtens wird die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Hessen im Zeitraum von 2010 bis 2019 analysiert, ein umfassendes Bild der aktuellen **Versorgungslage** erstellt und **Problembereiche** herausgearbeitet. Für die Bewertung der Versorgungssituation in Hessen wird der ambulante und stationäre Sektor getrennt betrachtet, da die Bedarfsplanung in diesen Bereichen weiterhin getrennt erfolgt. Im Rahmen der Analyse des ambulanten Sektors wird die hausärztliche Ebene ausführlich betrachtet und es werden Indikatoren zur Ermittlung der ärztlichen Kapazitäten (Ärztestatistik) sowie der ambulanten Bedarfsplanung (Versorgungsgrad) herangezogen. Für den stationären Sektor werden Indikatoren zur Beschreibung des Leistungsgeschehens in den hessischen Krankenhäusern auf Landes- und auf Landkreisebene ausgewertet. Aufgrund der Datenverfügbarkeit umfasst hier der betrachtete Zeitraum die Jahre 2010 bis 2017. Zusätzlich wird die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Hessen betrachtet. Im Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten

und stationären Versorgung werden außerdem die hausärztliche Erreichbarkeit sowie die Erreichbarkeit der Plankrankenhäuser und der Krankenhäuser mit zentraler Notaufnahme untersucht. Alle für Hessen im ambulanten und stationären Bereich verwendeten Indikatoren werden mit dem Deutschlandtrend im selben Zeitraum verglichen.

Im **zweiten Teil** des Gutachtens werden die Ergebnisse dieser umfassenden Versorgungsanalyse in Beziehung zu zwischenzeitlichen Änderungen der **gesetzlichen Rahmenbedingungen** und neu **eingeführten Instrumenten** zum Abbau von Versorgungsdefiziten gesetzt. Dazu werden die zuvor identifizierten zentralen Problembereiche im ambulanten und stationären Sektor im Kontext der Gesetzgebung sowie der Planungs- und Steuerungsinstrumente im betrachteten Zeitraum bewertet und die Entwicklungsperspektive für jeden dieser Bereiche aufgezeigt.

## 2

## BESTANDSAUFNAHME DES STATUS QUO DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN HESSEN

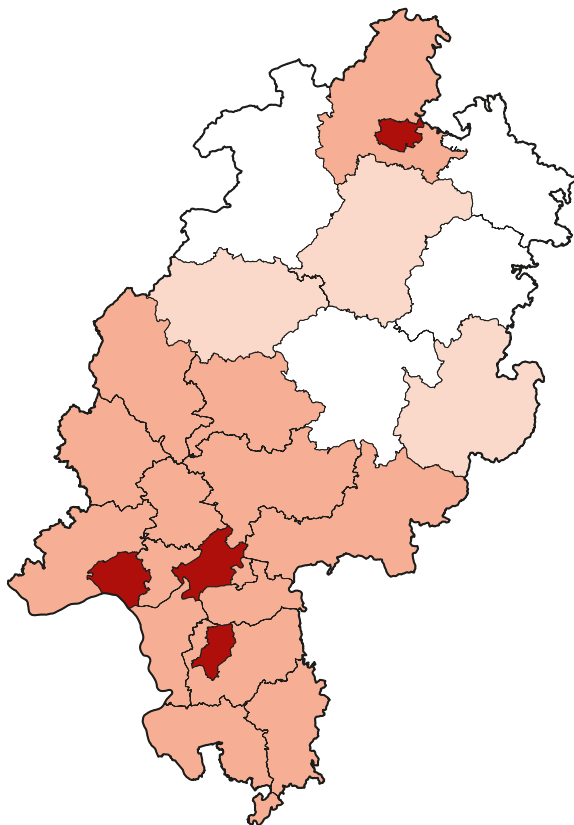
Für die Untersuchung der Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Hessen wurden verschiedene Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitsgeschehens im ambulanten und stationären Sektor herangezogen. Dabei wurde die Entwicklung in Hessen jeweils im Vergleich mit dem Deutschland-trend analysiert.

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden zunächst die geografischen und demografischen Charakteristika in den hessischen Landkreisen beschrieben. Im zweiten und dritten

Abschnitt werden die Entwicklungen im ambulanten Sektor anhand der Arztzahlen und Indikatoren der Bedarfsplanung sowie die Entwicklungen im stationären Sektor dargestellt.

Zu beachten ist, dass es sich bei der Auswertung um eine deskriptive Beschreibung der Versorgungssituation auf Basis der ausgewählten Indikatoren handelt. Aussagen über kausale Zusammenhänge im Sinne von Ursache-Wirkungsbeziehungen können anhand dieser Ergebnisse jedoch nicht getroffen werden.

Abbildung 1  
Einteilung der Landkreise Hessens nach ihrer Ländlichkeit



### Einteilung Landkreise nach BBSR

- dünn besiedelter ländlicher Kreis
- ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
- städtischer Kreis
- kreisfreie Großstadt

Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2011), eigene Darstellung.

### 2.1 GEOGRAFIE UND BEVÖLKERUNG

Die Geografie Hessens zeigt eine deutliche Zweiteilung (Abbildung 1). Bis auf den Landkreis und die Stadt Kassel ist der nördliche Teil des Landes eher dünn besiedelt und vorwiegend ländlich geprägt. Der südliche Teil hat eine höhere Einwohnerdichte und weist stärker städtisch geprägte Landkreise auf.

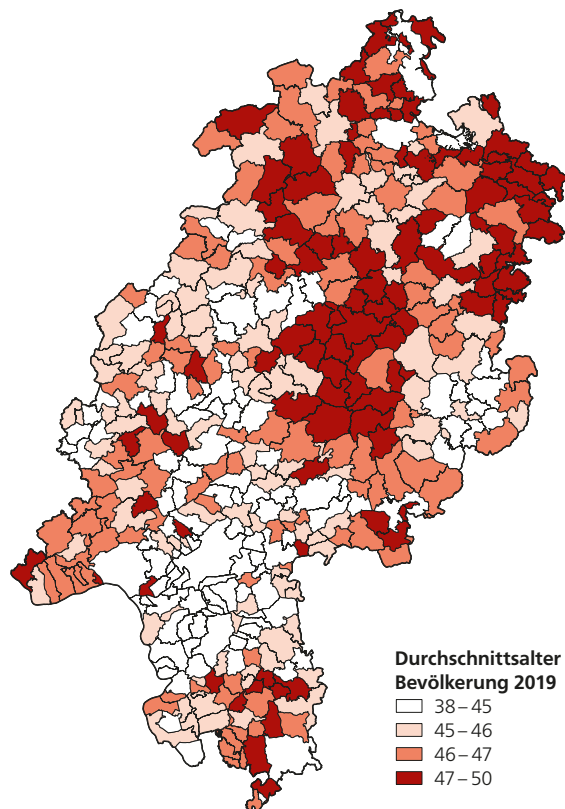
Analog verteilt sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Hessen: Im Norden befinden sich die Gemeinden mit dem höchsten, im Süden diejenigen mit dem geringsten Durchschnittsalter (Abbildung 2). Die Projektion der aktuellen Altersstruktur in das Jahr 2040 zeigt, dass der Anteil der Einwohner\_innen 65 Jahre und älter im Vergleich zu den 20- bis 64-Jährigen (=Altenquotient) im Norden und Südwesten des Landes auf 60 bis 80 Prozent ansteigen könnte (Abbildung 3).

### 2.2 AMBULANTE VERSORGUNGS-STRUKTUREN UND VERTRAGSÄRZTLICHE BEDARFSPLANUNG

Für die Beschreibung der ambulanten Versorgungsstrukturen wurde in Anlehnung an das Gutachten von Greß und Stegmüller (2011) beispielhaft die ambulante vertragsärztliche Versorgung betrachtet. Bezüglich der Datengrundlage für die hausärztliche Versorgung ist zu beachten, dass es in Deutschland unterschiedliche Statistiken zur Anzahl der hausärztlich tätigen Ärzt\_innen gibt, was eine Analyse und insbesondere die Vergleichbarkeit mit vorangegangenen Auswertungen erschwert.



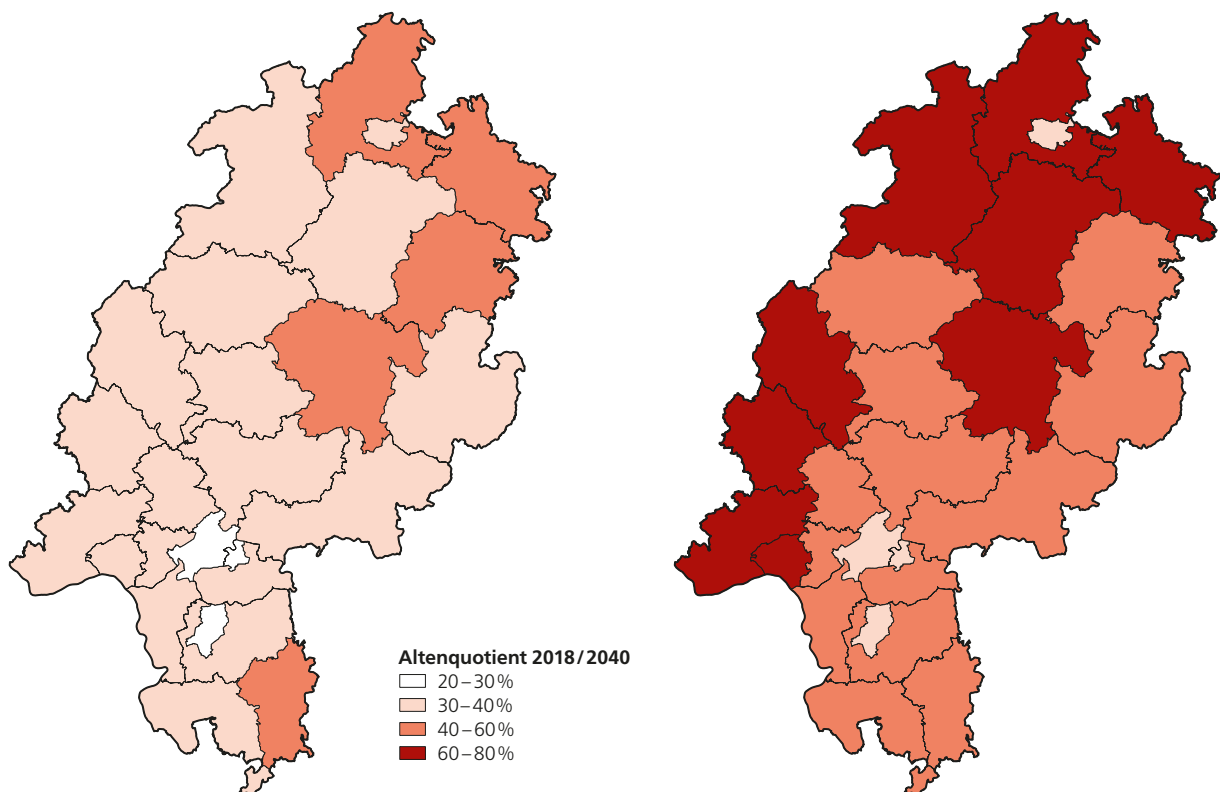
Abbildung 2  
Durchschnittsalter der Bevölkerung in den hessischen Gemeinden 2019



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen (Statistik Hessen 2020), eigene Darstellung.

**Zur Erläuterung:** Zunächst gibt es mehrere Arztgruppen, die in der hausärztlichen Versorgung arbeiten, darunter eine geringer werdende Anzahl praktische Ärzt\_innen, Fachärzt\_innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt\_innen für Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit. Diese Arztgruppen werden nach der Definition der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zusammen geplant. Folgt man hingegen der Definition des §73 Abs. 1a SGB V, so sind auch Kinderärzt\_innen Teil der hausärztlichen Versorgung. Davon abziehen ist der sehr kleine Teil an Allgemeinmediziner\_innen und praktischen Ärzt\_innen, die nicht hausärztlich, sondern fachärztlich tätig sind. Je nachdem, welche Definition der Statistik zugrundeliegt, ergeben sich unterschiedliche Zahlen zur hausärztlichen Versorgung. Im weiteren Text folgen wir der Definition des SGB V, weisen aber zusätzlich an einigen Stellen die Zahlen nach Definition des G-BA aus (= Hausärzt\_innen ohne Kinderärzt\_innen), in Anlehnung an die Erläuterungen zum Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Abbildung 3  
Projektion des Altenquotienten auf Landkreisebene von 2018 auf das Jahr 2040



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen (Statistik Hessen 2020), eigene Darstellung.

Tabelle 1

**Entwicklung der Arztzahlen und Versorgungsaufträge in der hausärztlichen Versorgung zwischen 2010 und 2019 in Hessen und im Deutschlandtrend**

|                                              | Hessen        |               |                       | Deutschland           |
|----------------------------------------------|---------------|---------------|-----------------------|-----------------------|
|                                              | 2010          | 2019          | Entwicklung/Trend [%] | Entwicklung/Trend [%] |
| berufstätige Ärzt_innen                      | 24.984        | 31.053        | +24,3                 | +20,5                 |
| Vertragsärzt_innen und Psychotherapeut_innen | 12.369        | 13.437        | +16,4                 | +14,2                 |
| hausärztliche Versorgung                     | 4.352         | 4.492         | +3,2                  | +2,2                  |
| Hausarzt_innen ohne Kinderärzt_innen         | 3.874         | 3.966         | +2,4                  | +1,1                  |
| volle Versorgungsaufträge (Hausarzt_innen)   | 3.673         | 3.057         | -16,8                 | -16,9                 |
| Medizinstudierende (nur deutschlandweit)     | 80.574 (in D) | 98.736 (in D) |                       | +22,5                 |
| Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin       | 83            | 130           | +56,6                 | +55,7                 |

Quelle: Bundesärztekammer (BÄK 2021), Hessische Ärztekammer (LÄK Hessen 2021), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV 2021) eigene Darstellung.

## 2.2.1 ENTWICKLUNG DER ARZTZAHLN

Die Entwicklung der Arztzahlen, des Versorgungsumfangs, der Zahl der Medizinstudierenden und der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin zwischen 2010 und 2019 in Hessen bzw. in Deutschland insgesamt zeigt Tabelle 1.

Während die **Zahl der berufstätigen Ärzt\_innen insgesamt** in diesem Zeitraum in Hessen um ein Viertel und bundesweit um ein Fünftel zugenommen hat, liegt der Zuwachs im **hausärztlichen Bereich** lediglich bei 3,2 Prozent in Hessen und bei 2,2 Prozent bundesweit. Wenn man die im Rahmen der Bedarfsplanung zur hausärztlichen Versorgung hinzugerechneten **Kinderärzt\_innen abzieht**, ist der Zuwachs noch geringer.

Angesichts der insgesamt steigenden Arztzahlen kann man nicht von einem generellen Ärztemangel sprechen, der durch eine einfache Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze beeinflusst werden könnte. Erhebliche Probleme gibt es vor allem im hausärztlichen Bereich, in dem neben dem zu geringen Zuwachs bei den Arztzahlen auch der Umfang der Versorgungsaufträge abnimmt (Abbildung 4).

### (1) Abnahme voller Versorgungsaufträge

Wichtig für die konkrete ambulante Versorgung vor Ort ist, in welchem Umfang (haus)ärztliche Behandlungskapazität zu Verfügung steht. Betrachtet man den Teilnahmeumfang an der Versorgung, arbeiteten 2019 im Vergleich zu 2010 deutschlandweit 16,9 Prozent Hausarzt\_innen weniger mit einem vollen Vertragsarztsitz, in Hessen waren es 16,8 Prozent weniger. Bei den Hausarzt\_innen ohne Kinderarzt\_innen lagen diese Werte bei -16,8 Prozent im Bundesland Hessen und -14,5 Prozent in Gesamtdeutschland.

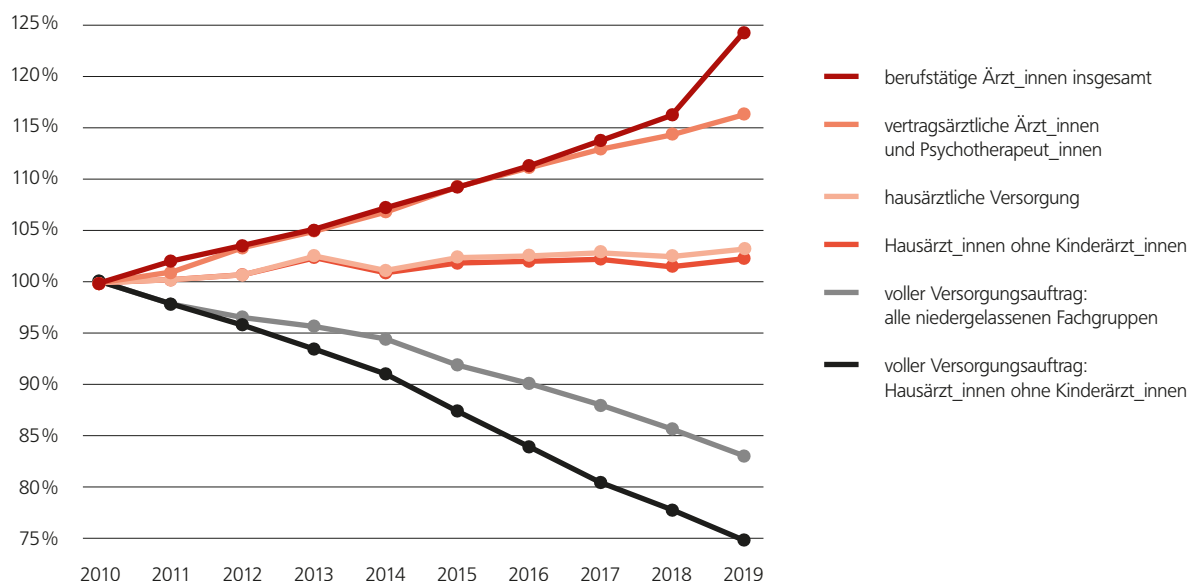
Im Gegenzug hat sich der Anteil derjenigen, die in Teilzeit in der ambulanten Versorgung tätig sind, zwischen 2010 und 2019 in Hessen und in ganz Deutschland verfünffacht. In der hausärztlichen Versorgung hat sich dieser Anteil in Hessen vervierfacht bzw. bundesweit mehr als verdreifacht. In absoluten Zahlen sind zwar weiterhin mehr Ärzt\_innen auf vollen Sitzen beschäftigt als in Teilzeit, die Anteile verschieben sich aber zunehmend.

Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die Abnahme des Umfangs der Versorgungsaufträge durch die Zunahme der Arztzahlen bei den Vertragsarzt\_innen insgesamt und insbesondere bei den Hausarzt\_innen kompensiert werden kann. Anders als im stationären Sektor kann dazu keine Zählung von Vollzeitäquivalenten erfolgen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) berücksichtigt daher Teilnahmeform und -umfang in Form sogenannter Bedarfsplanungsgewichte.<sup>1</sup>

Berechnet man auf Grundlage der vorliegenden Daten solche Bedarfsplanungsgewichte<sup>2</sup>, wird deutlich, dass die Verringerung des Teilnahmeumfangs durch die Zunahme der Arztzahlen nur teilweise kompensiert wird. Für die hausärztliche Versorgung steht damit rechnerisch weniger Behandlungskapazität zu Verfügung (Tabelle 2).

- <sup>1</sup> Hierbei werden Teilnahmeform und -umfang an der Versorgung berücksichtigt. Dabei wird eine volle Zulassung mit 1 gewichtet, eine halbe Zulassung mit 0,5. Ebenso wird eine Anstellung in Vollzeit mit 1 gewichtet, eine Teilzeittätigkeit von beispielsweise 75 Prozent mit 0,75. Die Personenzahlen werden mit dieser Gewichtung multipliziert.
- <sup>2</sup> Berechnung erfolgte anhand Erläuterungen zum Bundesarztregister (vgl. KBV 2020).

Abbildung 4  
Entwicklung von Arztzahlen und Versorgungsaufträgen bis 2019 bezogen auf das Ausgangsjahr 2010



Quelle: Hessische Ärztekammer (LÄK Hessen 2021), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV 2021), Gesundheitsberichterstattung (GBE 2021); eigene Darstellung.

Tabelle 2  
Entwicklung der Bedarfsplanungsgewichte ausgewählter Arztgruppen zwischen 2010 und 2019 in Hessen und im Deutschlandtrend

|                                              | Hessen    |           |                       | Deutschland           |
|----------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------|-----------------------|
|                                              | 2010      | 2019      | Entwicklung/Trend [%] | Entwicklung/Trend [%] |
| Vertragsärzt_innen und Psychotherapeut_innen | 10.576,75 | 10.554,00 | -0,2                  | +2,6                  |
| hausärztliche Versorgung                     | 4.259,25  | 4.182,75  | -1,8                  | -2,0                  |
| Hausärzt_innen ohne Kinderärzt_innen         | 3.851,75  | 3.783,5   | -1,8                  | -2,4                  |
| Kinderärzt_innen                             | 407,5     | 399,25    | -2,0                  | +1,0                  |

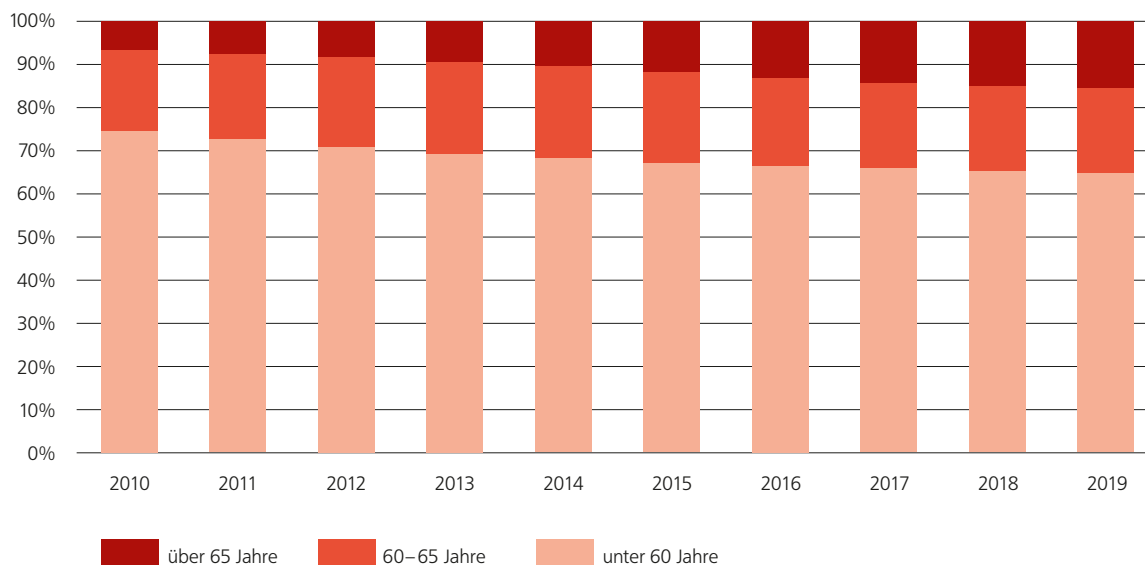
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV 2021), eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

Die Reduktion von verfügbaren Arztstunden ist multifaktoriell bedingt. Neben den veränderten Arbeitspräferenzen nachrückender Arztgenerationen (Teilzeittätigkeit und anhaltender Trend zur Anstellung) wird auch auf das sich angleichende Geschlechterverhältnis in der Medizin als Begründung verwiesen (van den Busche et al. 2019). Tatsächlich spiegelt sich dies auch in der vertragsärztlichen Versorgung wider. Der Frauenanteil unter allen Vertragsärzt\_innen und Psychotherapeut\_innen stieg von 40 Prozent in 2010 auf 48 Prozent in 2019. Unter Ausklammerung der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeut\_innen, die mehrheitlich weiblich sind, stieg der Frauenanteil der Arztgruppen immerhin noch von 36 Prozent auf 43 Prozent.

## (2) Wandel der Praxisformen

Betrachtet man die Praxisformen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, ist die Mehrzahl zwar weiterhin die der Einzelpraxis, ihr Anteil sank zwischen 2010 und 2019 jedoch um 6,2 Prozent in Hessen und um 7,9 Prozent bundesweit. Bei den kooperativen Strukturen stieg der Anteil der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) um sieben Prozent, während der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften (BAG, früher Gemeinschaftspraxis) um 2,2 Prozent sank. Zu möglichen Ursachen dieser Entwicklungen kann nur spekuliert werden, beispielsweise ob die Gründung von MVZ, in denen eine flexible Aufteilung von Vertragsarztsitzen und Anstellungsmöglichkeiten vorhanden sind, dazu führt, dass diese Arbeitsformen häufiger werden, möglicherweise auch

Abbildung 5

**Veränderungen der Altersgruppen in der hausärztlichen Versorgung zwischen 2010 und 2019 in Deutschland**

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV 2021), eigene Darstellung.

gegenüber BAG, in denen jede\_r Partner\_in einen Vertrags-sitz braucht und die Anstellungsmöglichkeiten begrenzt sind.

### (3) Altersstruktur der Vertragsärzt\_innen

Während die sinkende Zahl von vollen Versorgungsaufträgen durch den absoluten Anstieg der Kopfzahlen bei den Vertragsärzt\_innen in vielen Fachgruppen derzeit noch kompensiert werden kann, zeigt ein Blick auf die Altersstruktur, dass dies bereits in naher Zukunft nicht mehr möglich sein wird. Das Durchschnittsalter in der ambulanten Versorgung stieg in Hessen im Beobachtungszeitraum von 52,5 (Deutschland: 52,3) auf 54,1 (Deutschland: 54,3) Jahre. Der Anteil der Ärzt\_innen in den Altersgruppen 60–65 Jahre und über 65 Jahre stieg von 2010 bis 2019 deutschlandweit von 21,1 Prozent auf 30,9 Prozent an und umfasst somit fast ein Drittel der Vertragsärzteschaft. Annähernd 55.000 Ärzt\_innen stehen also kurz vor dem Rentenalter oder haben dieses bereits erreicht. Bei den Hausärzt\_innen war bundesweit im Jahr 2019 bereits mehr als ein Drittel (35,2 Prozent, ca. 19.000 Ärzt\_innen) über 60 Jahre alt (Abbildung 5), der Anteil der über 65-Jährigen hat sich im Beobachtungszeitraum verdoppelt (von 7,1 Prozent auf 15,5 Prozent). Das Durchschnittsalter in Hessen stieg von 52,4 (Deutschland: 52,5) auf 54,0 (Deutschland: 54,1) Jahre und bei den Hausärzt\_innen ohne Kinderärzt\_innen von 53,1 (Deutschland: 53,1) auf 55,2 (Deutschland: 55,4) Jahre. Ohne die über den möglichen Ruhestand hinausgehende Arbeitsleistung der Ärzt\_innen würde bereits heute ein größeres Defizit in der ambulanten Versorgung bestehen.

### (4) Ärztlicher Nachwuchs

Eine weitere Frage ist, ob für die zukünftig aus der Versorgung ausscheidenden (Haus-)Ärzt\_innen genügend ärztlicher Nachwuchs aus- und weitergebildet wird.

Die Studierendenzahlen im Fach Humanmedizin sind zwischen 2010 und 2019 um ca. ein Fünftel (22,5 Prozent) angestiegen (Tabelle 1). Ursächlich ist vor allem eine Ausweitung der Ausbildungskapazitäten (Zunahme von Studierenden im ersten Fachsemester). Gleichzeitig blieb die Zahl der Absolvent\_innen mit jährlichen Schwankungen weitgehend stabil. Dem jährlichen Mittelwert von 9.567 Absolvent\_innen des Humanmedizinstudiums in den Jahren 2010 bis 2018 stehen deutlich mehr Ärzt\_innen gegenüber, die vor dem Ruhestand stehen. Zusätzlich ist anzumerken, dass die Anzahl der Absolvent\_innen keine Aussage darüber erlaubt, wie viele eine fachärztliche Weiterbildung beginnen und später als Vertragsärzt\_innen tätig werden. Der Weiterbildungsbeginn kann aus unterschiedlichen Gründen erst später erfolgen (beispielsweise Fertigstellung einer Dissertation) oder eine Approbation, die zur ärztlichen Tätigkeit berechtigt, wird gar nicht erst beantragt, sondern ein anderer Karriereweg eingeschlagen.

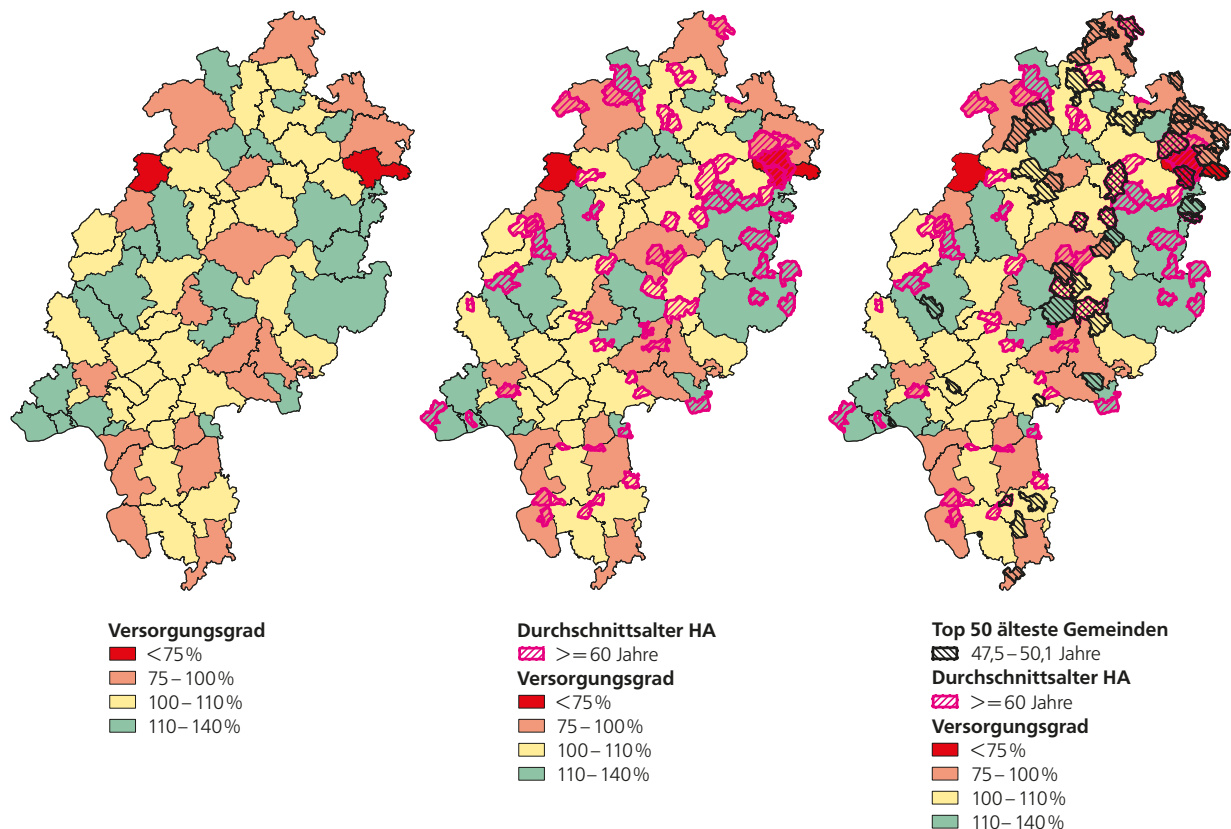
Die Bemühungen zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses in der Allgemeinmedizin zeigen nach den verfügbaren Zahlen Wirkung. Die Anzahl der geförderten Ärzt\_innen in Weiterbildung (ÄiW) verdoppelte sich von 2010 bis 2017 sowohl im Bereich der KV Hessen als auch bundesweit. Obgleich die formale Weiterbildungsdauer 60 Monate beträgt, liegt die durchschnittliche Dauer bis zur Facharztprüfung bei 9,5 Jahren (Rusche et al. 2010). Dies ist bei der Interpretation dieser Zahlen zu berücksichtigen.

Die Zahl der Facharztanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin stieg im Beobachtungszeitraum ebenfalls, in Hessen um 56,6 Prozent und auf Bundesebene um 55,7 Prozent. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Zahlen neben denjenigen, die originär diese Facharztweiterbildung abschließen, sowohl Ärzt\_innen beinhalten, die aus dem Ausland zuziehen und



Abbildung 6

**Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung, in Beziehung gesetzt zum Durchschnittsalter der Hausärzt\_innen und der Bevölkerung in den hessischen Gemeinden 2019**



Quelle: Fokus Gesundheit 2018 (KV Hessen 2018), Landesamt für Statistik Hessen (Statistik Hessen 2020), eigene Darstellung.

deren Ausbildungsstand anerkannt wird, als auch sogenannte Quereinsteiger\_innen, die zusätzlich zu ihrem bisherigen Facharzt/zu ihrer bisherigen Fachärztin eine weitere, meist verkürzte, Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin absolviert haben.

## 2.2.2 BEDARFSPLANUNG

Für die Darstellung des Status quo der Bedarfsplanung wurde der Versorgungsgrad (VSG) herangezogen. Dieser gibt an, ob bzw. inwieweit das in der Bedarfsplanungs-Richtlinie von 2012 festgelegte Arzt-Einwohner-Verhältnis prozentual über- oder unterschritten wird.<sup>3</sup> Da die hausärztliche Bedarfsplanung seit 2013 nicht mehr auf Landkreisebene, sondern kleinräumiger auf der Ebene sogenannter Mittelbereiche vorgenommen wird, ist ein direkter Vergleich mit dem Jahr 2009 aus methodischen Gründen nicht möglich. Daher wird hier nur der hausärztliche Versorgungsgrad von 2019 kartografisch dargestellt (Abbildung 6). Aus Abbildung 6 wird ersichtlich, dass insbesondere die Randlagen einen Versorgungsgrad unter 100 Prozent aufweisen.

Ein Vergleich mit dem Jahr 2017 (ohne Abbildung) zeigt, dass die Zahl der unterversorgten Mittelbereiche (VSG < 75 Prozent) zwar gleichgeblieben ist (n=2). Gleichzeitig hat sich jedoch die Anzahl der von Unterversorgung bedrohten Mittelbereiche (VSG zwischen 75 und 100 Prozent) in den Jahren 2017 bis 2019 fast verdoppelt (von 9 auf 17). Die Zahl der überversorgten Mittelbereiche (VSG > 110 Prozent) hat dagegen erheblich abgenommen (von 38 auf 23). Insofern zeigt im Rahmen der Bedarfsplanung die Verschlechterung des Versorgungsgrades einen zunehmenden Hausärztemangel an (KV Hessen 2017a, 2019). Im Durchschnitt hat sich der hausärztliche VSG zwischen 2017 und 2019 um vier Prozent reduziert (von 110 auf 106 Prozent). Da die Altersstruktur der Hausärzt\_innen hierfür ein wesentlicher Einflussfaktor ist, ist dem Versorgungsgrad in Abbildung 6 (zweite Karte) das Durchschnittsalter der Hausärzt\_innen über 60 Jahre als Schraffur hinzugefügt. Das Durchschnittsalter der Hausärzt\_innen auf Gemeindeebene wurde aus den „Fokus Gesundheit“-Publikationen der KV Hessen entnommen (KV Hessen 2018). Zum Zeitpunkt der Analysen lagen die Daten für das Alter der Hausärzt\_innen nur für das Jahr 2017 vor. Daher ist von einer Unterschätzung der Alterssituation im Vergleich zum Jahr 2019 auszugehen. Es ist erkennbar, dass sich Gemeinden mit einem hohen Durchschnittsalter der Hausärzt\_innen vor allem im Norden des Landes häufen. Allerdings gibt es auch überversorgte Mittelbereiche (VSG > 110 Prozent), in denen das mittlere Alter der Hausärzt\_innen über

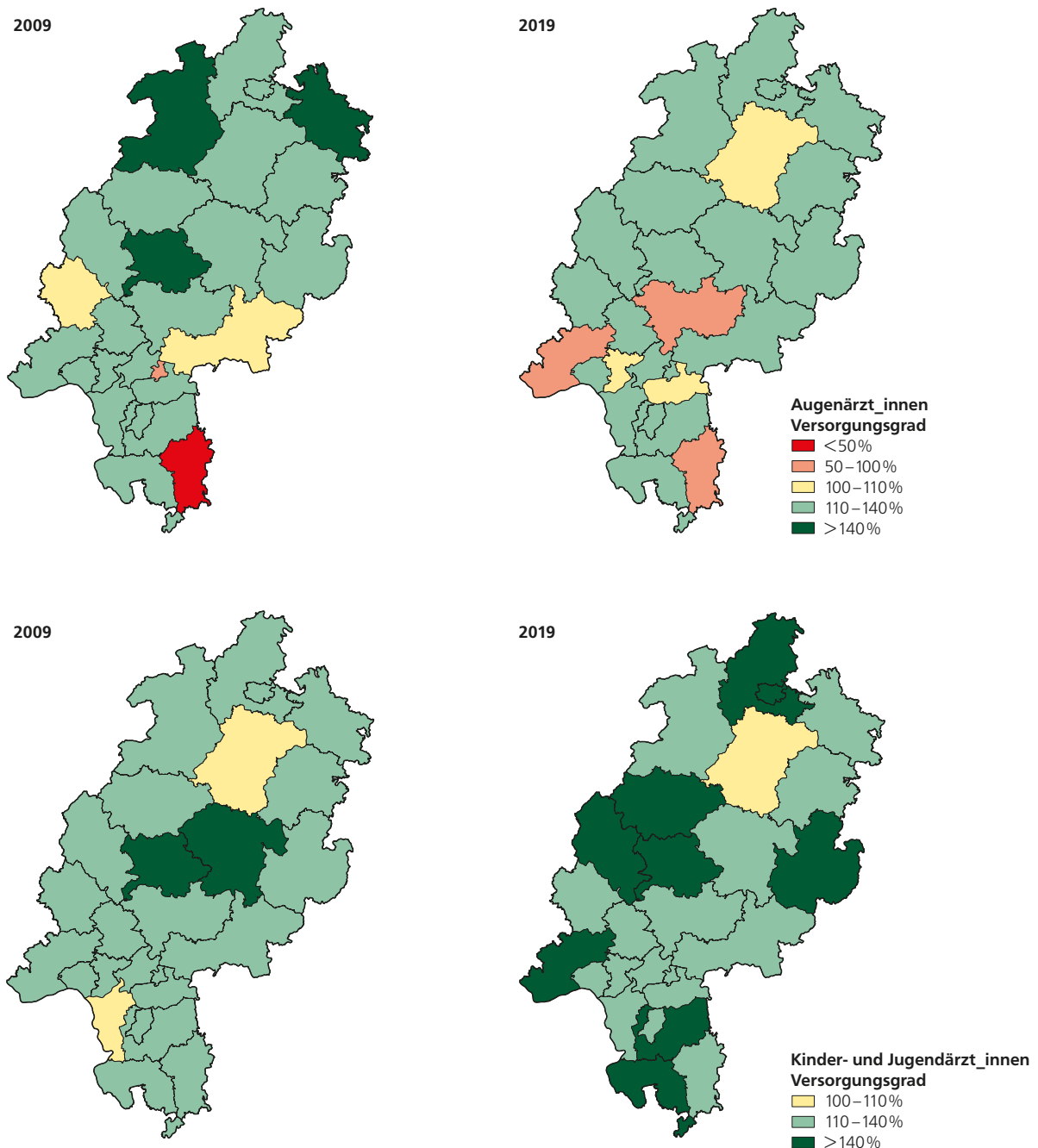
<sup>3</sup> <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content28636>

60 Jahre liegt. Überlagert man den Versorgungsgrad zusätzlich mit dem Durchschnittsalter der Bevölkerung im Jahr 2019 (dargestellt sind die 50 „ältesten“ Gemeinden), ergibt sich die dritte Karte in Abbildung 6. In der räumlichen Überlagerung der drei Faktoren (VSG im Jahr 2019, Alter Hausärzt\_innen im Jahr 2017 und Alter Bevölkerung im Jahr 2019) zeigen sich die Regionen mit dem dringendsten Handlungsbedarf. Dieser ergibt sich aufseiten der hausärztlichen Vertragsärzt\_innen durch einen zunehmenden Nachbesetzungsbedarf und auf Bevölkerungsseite durch einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf. Risikoregionen sind vor allem der Werra-

Meißner-Kreis und der Vogelsbergkreis, wo aktuell schon eine Unterversorgung besteht, die zusätzlich durch eine alternde Bevölkerung und Hausärzteschaft verstärkt wird.

Für die allgemeine fachärztliche Versorgungsebene erfolgte keine Änderung der Planungsregion. Sie wird weiterhin auf Landkreisebene geplant, sodass hier ein Zeitvergleich zwischen 2009 und 2019 vorgenommen werden konnte. Beispielfhaft werden nachfolgend die Versorgungsgrade der beiden Arztgruppen Augenärzt\_innen und Kinder- und Jugendärzt\_innen dargestellt.

Abbildung 7

**Versorgungsgrad der Augenärzt\_innen und der Kinder- und Jugendärzt\_innen in Hessen 2009 und 2019**

Quelle: KV Hessen 2009 und 2019, eigene Darstellung.

Bei der Fachgruppe der Augenärzt\_innen (Abbildung 7) sieht man im Laufe der vergangenen zehn Jahre eine Homogenisierung der regionalen Verteilung. Der sehr niedrige Versorgungsgrad im Odenwaldkreis hat sich etwas verbessert, die starke Überversorgung in Nord- und Mittelhessen hat abgenommen. Einzelne Landkreise sanken im Versorgungsgrad leicht ab, andere wiederum stiegen leicht an.

Bei den Kinder- und Jugendärzt\_innen (Abbildung 7) hingegen ist der Versorgungsgrad ausschließlich gestiegen. Dies kann aber auch an der veränderten Verhältniszahl bei sich verändernder demografischer Grundlage liegen. Durch den Geburtenrückgang sinkt die Zahl der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen, was bei gleichbleibender Zahl der Sitze zu einem steigenden Versorgungsgrad führt.

### 2.2.3 ERREICHBARKEITSANALYSEN

In Abbildung 8 ist die mittlere Fahrzeit zum nächsten Hausarzt/zur nächsten Hausärztin aus jeder Gemeinde Hessens dargestellt. Je dunkler die Gemeinde dargestellt wird, desto kürzer ist die Fahrzeit. Es überrascht daher nicht, dass sich die Metropolregion um Frankfurt am Main, aber auch Darmstadt, Kassel, Gießen und Marburg sich auf der Karte dunkel abzeichnen. Längere Fahrzeiten finden sich hingegen im Odenwaldkreis oder in den Landkreisen Hersfeld-Rotenburg und Waldeck-Frankenberg. Abbildung 8 zeigt, dass in diesen Regionen auch der hausärztliche Versorgungsgrad niedrig ist. Im Durchschnitt ist in Hessen ein Hausarzt/eine Hausärztin innerhalb von elf Minuten erreichbar.

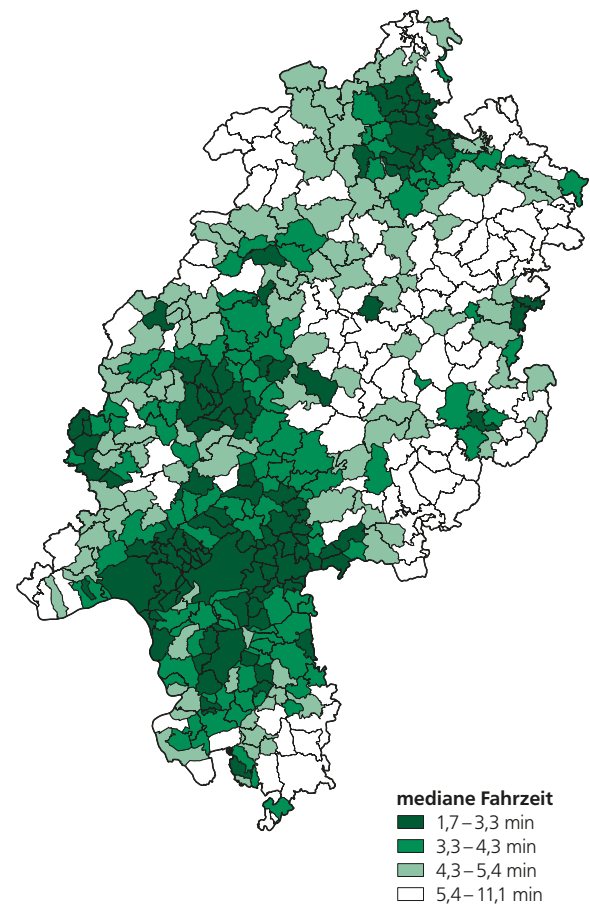
## 2.3 STATIONÄRE VERSORGUNGSSTRUKTUREN UND KRANKENHAUSPLANUNG

Die Entwicklung der stationären Versorgungsstrukturen und des stationären Leistungsgeschehens wurde für Hessen und für ganz Deutschland im Zeitverlauf von 2010 bis 2017 betrachtet, da die aktuellsten verfügbaren Daten aus der Krankenhausstatistik zum Zeitpunkt des Berichts aus dem Jahr 2017 stammen. Zur Beurteilung wurden die folgenden Indikatoren herangezogen: **Anzahl der Krankenhäuser, Bettenzahl, Fallzahlen und Verweildauer, Anzahl der Beschäftigten** sowie die **Kosten** im stationären Sektor. Bei der Berechnung regionaler Indikatoren wurden Parameter des Leistungsgeschehens auf die Einwohnerzahl auf Landkreisebene bezogen. Außerdem wurde die **wirtschaftliche Situation** der Krankenhäuser betrachtet. Darüber hinaus wurden **Pkw-Erreichbarkeiten** für alle Plankrankenhäuser im Jahr 2017 sowie separat für die Plankrankenhäuser mit zentraler Notaufnahme berechnet.

### 2.3.1 ANZAHL DER KRANKENHÄUSER, BETTENZAHL, FALLZAHLEN UND VERWEILDAUER

Abbildung 9 gibt einen Überblick über die prozentuale Veränderung der Leistungsparameter Anzahl der Krankenhäuser, aufgestellte Betten, Fallzahlen und Verweildauer. Das Jahr

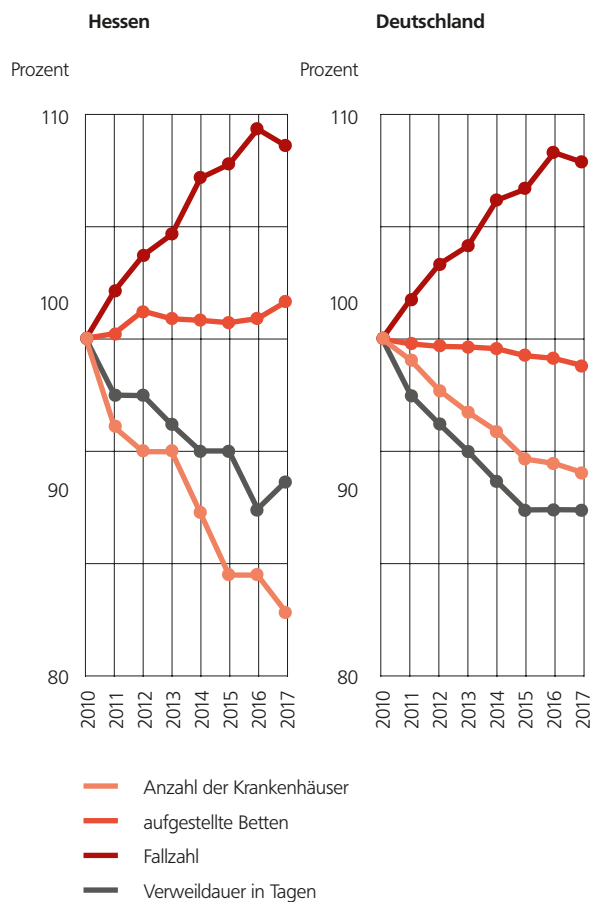
Abbildung 8  
**Mediane Pkw-Fahrzeit zur nächsten hausärztlichen Praxis auf Gemeindeebene in den hessischen Landkreisen**



2010 wird dabei als Startpunkt definiert und mit 100 Prozent gleichgesetzt. Es zeigt sich, dass die Zahl der Krankenhäuser stetig abgenommen hat, in Hessen stärker als im Deutschlandtrend. Auch die Verweildauer hat im betrachteten Zeitraum kontinuierlich abgenommen. Allerdings sieht man in Hessen eine Stagnation der Verweildauer ab dem Jahr 2016. Der Verringerung der Zahl der Krankenhäuser und der Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer steht ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen gegenüber. Allerdings hält dieser Trend nur bis zum Jahr 2016 an. Ab 2017 sind stagnierende bzw. leicht rückläufige Fallzahlen erkennbar, die erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenhäuser haben (Augurzyk et al. 2020). Die Bettenzahl ist in Deutschland leicht rückläufig, während sie in Hessen zwischen 2010 und 2012 leicht ansteigt und dann auf diesem Niveau im Wesentlichen stabil bleibt.

Der Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser ist je nach Trägerschaft unterschiedlich stark ausgeprägt. In Hessen ist ein deutlicher Rückgang der Krankenhäuser in privater Trägerschaft zu verzeichnen (–44 Prozent), während diese auf Bundesebene etwas zunehmen (+1 Prozent). Bei den freigemeinnützigen Trägern nimmt die Zahl der Krankenhäuser ebenfalls ab (in Hessen um 23 Prozent, im Bundesgebiet um 16 Prozent). Die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher

Abbildung 9  
Veränderung der Leistungsparameter in der stationären Versorgung 2010–2017



Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser 2010 bis 2017, (Destatis 2004–2019), eigene Darstellung.

Trägerschaft verringert sich in Hessen nur um vier Prozent, während sie im Bundesgebiet um 13 Prozent zurückgeht. Die meisten Schließungen ( $n=4$ ) und Fusionen ( $n=12$ ) von Plankrankenhäusern zwischen 2010 und 2017 erfolgten im Versorgungsgebiet Kassel (HMSI 2017).

Trotz der rückläufigen Zahl der Krankenhäuser ist eine leichte Zunahme der aufgestellten Betten in Hessen zu erkennen, während diese Zahl auf Bundesebene leicht rückläufig bzw. stabil ist. Insbesondere die Zahl der Intensivbetten ist in Hessen stärker zunehmend (+18 Prozent) als im Deutschlandtrend (+12 Prozent), während die Zahl der Belegbetten stark rückläufig ist (2017 nur noch knapp 60 Prozent der im Jahr 2010 verfügbaren Belegbetten). Allerdings macht der Anteil an Intensiv- und Belegbetten nur einen sehr kleinen Anteil an den aufgestellten Betten aus (2017: zehn Prozent in Hessen und acht Prozent auf Bundesebene). Dass die Bettenzahl trotz Reduktion der Zahl der Krankenhäuser im betrachteten Zeitraum stabil blieb, liegt vor allem an einem erheblichen Rückgang der Verweildauer. Durch die sinkende Verweildauer können mehr Fälle pro Zeiteinheit behandelt werden (Sozialpolitik aktuell o. J.).

Betrachtet man die Veränderung der Fallzahlen in den fallzahlstärksten Fachabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin,

Gynäkologie, Geriatrie, Kinder- und Jugendmedizin), ist die höchste Zunahme in der Geriatrie zu verzeichnen (in Hessen +50 Prozent gegenüber 2010). Die Ursache hierfür liegt vor allem im demografischen Wandel der Bevölkerung begründet. In den übrigen Fachabteilungen finden sich Zuwächse der Fallzahlen zwischen 1 und 16 Prozent bis zum Jahr 2016. Der Rückgang der Fallzahlen ab 2016 ist auf Bundesebene stärker ausgeprägt als in Hessen. Besonders deutlich zeigt sich dies in der Kinder- und Jugendmedizin sowie in der Gynäkologie. In der Geriatrie ist in Hessen im Unterschied zum Bundesgebiet kein Rückgang der Fallzahlen ab 2016 erkennbar.

Die Verweildauer ist sowohl ein Indikator für den medizinischen Fortschritt als auch für die Effizienz der stationären Versorgung. Das heißt, die im Mittel aller Fachabteilungen immer noch sinkende Liegedauer resultiert einerseits aus dem anhaltenden medizinischen Fortschritt, gerade im Bereich der Chirurgie (besser verträgliche Narkosen, schonendere Operationstechniken). Andererseits ist sie Ausdruck einer Effizienzsteigerung, ausgelöst durch die Einführung des DRG-Systems ab 2003, in dem nicht mehr nach Liegedauer, sondern nach Fallpauschalen abgerechnet wird. Die Verkürzung der Liegedauer ist eine logische Konsequenz der Einführung des DRG-Systems, da ein finanzieller Anreiz besteht, mehr Patient\_innen pro Zeiteinheit zu behandeln und auf diese Weise mehr Fallpauschalen zu generieren. Die Geriatrie hat erwartungsgemäß die höchste Verweildauer und zeigt im Zeitverlauf auch keinen Rückgang. Insgesamt ist die mittlere Verweildauer in Hessen zwischen 2010 und 2017 von 7,9 auf 7,4 Tage gesunken. Interessanterweise ist sie in den Fachabteilungen der Chirurgie und der Inneren Medizin in Hessen stärker gesunken als im Bundesdurchschnitt. In der Gynäkologie und in der Kinder- und Jugendmedizin befindet sich die Verweildauer auf einem ähnlichen Niveau. Insgesamt ist sie in den vergangenen acht Jahren pro Fachabteilung zwischen 16 und 50 Prozent zurückgegangen (Augurzky et al. 2020).

Ein weiterer wichtiger Indikator ist die Zahl ambulant durchgeführter Operationen nach SGB V, da diese zukünftig als ein wichtiger Finanzierungsfaktor für Krankenhäuser gewertet werden (Augurzky et al. 2020). Da nicht jeder chirurgische Eingriff ambulant durchgeführt werden kann, haben Vertreter\_innen von Ärzt\_innen, Kliniken und Krankenkassen gemeinsam einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen sowie eine entsprechende Vergütung der jeweiligen Krankenhäuser bzw. Vertragsärzt\_innen erarbeitet. Die Leistungsbewertung des jeweils gültigen Katalogs ambulant durchführbarer Operationen ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)<sup>4</sup> definiert. Allerdings war im Beobachtungszeitraum nur ein moderater Anstieg um sechs Prozent in Hessen und auf Bundesebene zu verzeichnen.

### 2.3.2 ANZAHL DER BESCHÄFTIGTEN

Analog zur allgemeinen Fallzahlsteigerung hat auch die Zahl der Beschäftigten in den Krankenhäusern im Beobachtungs-

<sup>4</sup> <https://www.kbv.de/html/87.php>



Zeitraum zugenommen. Beim ärztlichen Dienst findet sich eine Steigerung um 35 Prozent in Hessen und um 22 Prozent in ganz Deutschland. Beim Pflegepersonal liegen diese Zahlen bei neun Prozent in Hessen und bei sieben Prozent im Bundesgebiet (Abbildung 10).

Dabei ist ähnlich wie im ambulanten Sektor sowohl in Hessen als auch in ganz Deutschland eine starke Zunahme der Teilzeitbeschäftigung im ärztlichen Dienst zu verzeichnen (+83 Prozent) (Abbildung 10). Beim Pflegedienst liegt die Steigerung bei neun Prozent in Hessen bzw. bei sieben Prozent auf Bundesebene, da der Anteil der Teilzeitbeschäftigten bereits im Jahr 2010 wesentlich höher war als beim ärztlichen Dienst.

### 2.3.3 KOSTEN

Zur Abbildung der Kostenstrukturen wurden die Personalkosten je Vollzeitskraft und die Kosten je Behandlungsfall herangezogen (Abbildung 11).

Analog zum stärkeren zahlenmäßigen Zuwachs beim ärztlichen Dienst konnte zwischen 2010 und 2017 in Hessen und deutschlandweit eine deutliche Steigerung der Personalkosten um 23 Prozent beobachtet werden. Im Gegensatz dazu stiegen die Personalkosten beim Pflegedienst um 15 Prozent in Hessen und 18 Prozent deutschlandweit. Über alle Funktionsdienste hinweg war eine Zunahme der Personalkosten um 22 Prozent (für Hessen und Deutschland) beobachtbar.

Bei den Fallkosten war ebenso eine Steigerung zwischen 2010 und 2017 erkennbar (Abbildung 11). Insgesamt stiegen die Kosten pro Behandlungsfall um 23 Prozent auf Bundesebene bzw. um 21 Prozent in Hessen. Dabei machten die Personalkosten den größten Anteil aus (25 Prozent in Deutschland bzw. 24 Prozent in Hessen), liegen aber zeitlich stabil bei ca. 30 Prozent der Gesamtkosten. Die Sachkosten stiegen im gleichen Zeitraum um 20 Prozent bzw. um 15 Prozent in Hessen. Trotz der geringeren prozentualen Steigerung der Kosten in Hessen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegen die zahlenmäßigen Kosten aber in jedem Bereich in Hessen höher als im Bundesvergleich.

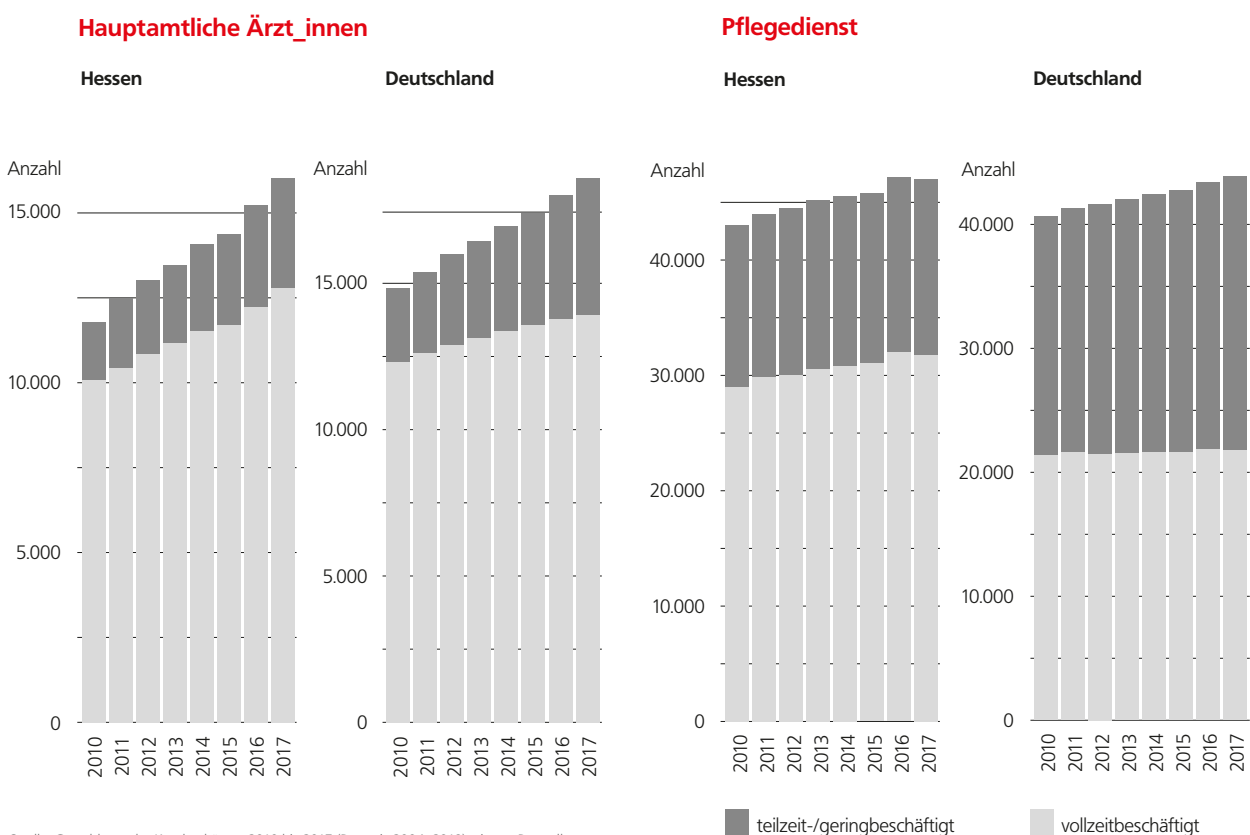
### 2.3.4 REGIONALE INDIKATOREN DES LEISTUNGSGESCHEHENS

Bei der Berechnung der regionalen Indikatoren wurden die stationären Leistungsparameter auf die Bevölkerung der Landkreise Hessens bezogen.

#### (1) Anzahl der Krankenhäuser, Bettenzahl, Fallzahlen und Verweildauer in Hessen

Die mit Abstand höchste Krankenhausedichte hat der Landkreis Waldeck-Frankenberg mit 6,4 Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner\_innen, gefolgt vom Vogelsbergkreis (3,8) und der Stadt Kassel mit 3,5 Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner\_innen. Die geringste Krankenhausedichte weist der

Abbildung 10  
Beschäftigungsumfang nach ärztlichem Dienst und Pflegedienst



Landkreis Darmstadt-Dieburg (0,3) auf (Abbildung 12). Bundesweit liegt diese Zahl bei 1,8 Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner\_innen (Augurzyk et al. 2020).

Analog zur Krankenhausedichte ist die Stadt Kassel mit über 1.000 aufgestellten Betten pro 100.000 Einwohner\_innen Spitzenreiter in Hessen, gefolgt von den Landkreisen Darmstadt, Gießen und Waldeck-Frankenberg mit über 900 Betten (Leistungsreport 2017). Im Bundesdurchschnitt liegt die Zahl bei ungefähr 600 Betten pro 100.000 Einwohner\_innen (Destatis 2020a). Bei der Zahl der Intensivbetten schwankt der Wert zwischen 370 Betten pro 100.000 Einwohner\_innen in Waldeck-Frankenberg und 26 Intensivbetten im Landkreis Darmstadt-Dieburg (Leistungsreport 2017). Der Durchschnittswert auf Bundesebene für das Jahr 2017 liegt bei 33 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner\_innen.

Auch bei den Fallzahlen findet sich die Stadt Kassel mit 56 Krankenhausfällen pro 100 Einwohner\_innen an erster Stelle, gefolgt von den größeren (Universitäts-)Städten Darmstadt, Gießen und Frankfurt, auf dem letzten Platz liegt Darmstadt-Dieburg mit 5,6 Fällen. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 23,5 Krankenhausfällen pro 100 Einwohner\_innen. Hier ist davon auszugehen, dass diese Städte durch ihr größeres Versorgungsangebot mit einer höheren Spezialisierung viele Patient\_innen aus dem Umland mitversorgen.

Bezüglich der durchschnittlichen Verweildauer ist auffällig, dass ländliche Landkreise eine höhere Verweildauer aufwei-

sen als kreisfreie Städte. Hier wäre eine mögliche Erklärung, dass ländliche Krankenhäuser, im Vergleich zu städtischen Häusern, oft eine ältere Bevölkerung versorgen, die aufgrund ihres Alters per se eine längere Liegezeit haben. Auf der anderen Seite können Krankenhäuser in städtischen Gebieten effizienter arbeiten und/oder es zu einem leichteren/schnelleren Transfer von medizinischem Fortschritt in die Regelversorgung kommen (Universitätskliniken).

Städtische Regionen weisen eine höhere Zahl an ambulanten Operationen auf als ländlich geprägte Landkreise. Die obersten vier Ränge belegen die Städte Kassel, Frankfurt am Main, Gießen und Darmstadt mit 4.159 bis 3.240 ambulanten Operationen pro 100.000 Einwohner\_innen. Auf den hintersten vier Plätzen liegen der Odenwaldkreis, der Rheingau-Taunus-Kreis, der Landkreis Kassel und Darmstadt-Dieburg mit unter 860 Operationen pro 100.000 Einwohner\_innen. Eine Erklärung dafür ist, dass städtische Regionen eher die entsprechende Infrastruktur für solche ambulanten Operationen vorhalten und diese daher auch vermehrt durchführen können. Außerdem kann auch die höhere Spezialisierung an größeren städtischen Krankenhäusern und Universitätskliniken in Zusammenhang mit der höheren Anzahl an ambulanten OPs stehen.

## (2) Rating der Krankenhäuser (wirtschaftliche Lage)

Für die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser in Hessen und bundesweit wurde der „Kranken-

Abbildung 11  
Durchschnittliche Kosten pro stationärem Behandlungsfall

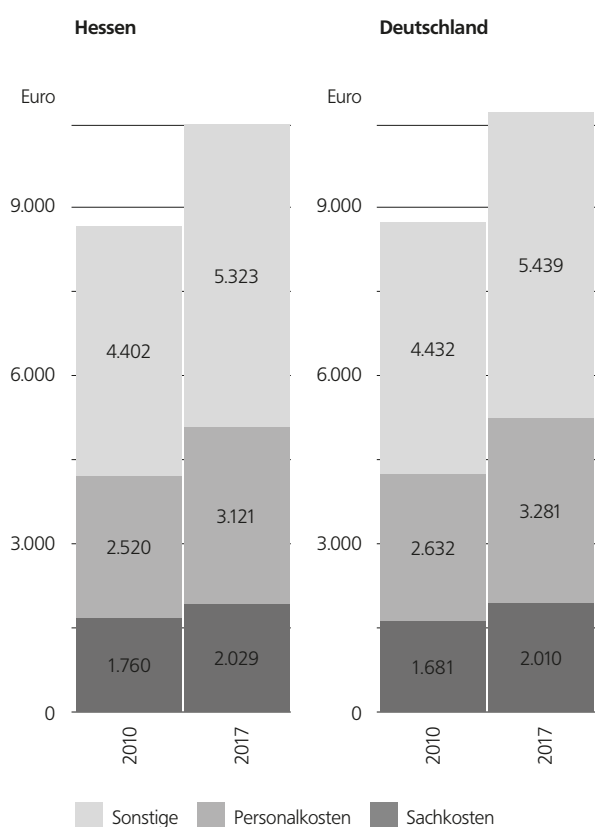
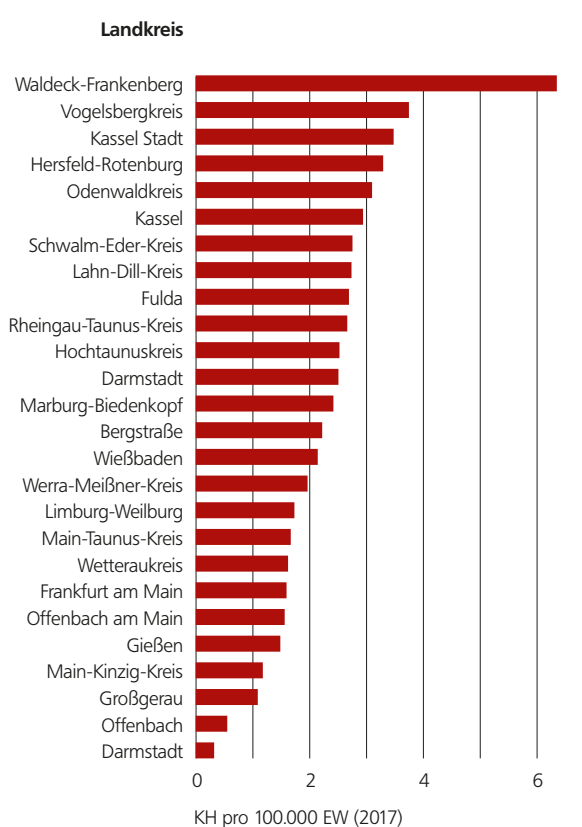


Abbildung 12  
Krankenhausedichte pro Landkreis in Hessen im Jahr 2017



haus Rating Report“ von 2020 herangezogen (Augurzy et al. 2020). Als Indikator wurde die Ausfallwahrscheinlichkeit eines Krankenhauses verwendet, die definiert ist als eine Wahrscheinlichkeit zwischen null und 100 Prozent, dass ein Krankenhaus innerhalb eines Jahres seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann. Für die betrachteten Krankenhäuser lag die Ausfallwahrscheinlichkeit zwischen null und zehn Prozent. Anhand der Ergebnisse wurde eine Einteilung des Ausfallrisikos in Form eines Ampelsystems vorgenommen (siehe Tabelle 3).

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser variiert innerhalb Deutschlands stark. Der größte Unterschied besteht dabei zwischen Ost- und Westdeutschland. In 2018 waren 14 Prozent der Krankenhäuser in Westdeutschland im roten Bereich mit hohem Ausfallrisiko, im Osten Deutschlands dagegen knapp über die Hälfte (Tabelle 4). Auf Ebene der Bundesländer haben Hessen und Bayern die meisten Krankenhäuser mit hohem Ausfallrisiko. Schaut man sich die Ausfallwahrscheinlichkeit nach Trägerschaft des Krankenhauses an, wird deutlich, dass nur zwei Prozent der Krankenhäuser in privater, aber 27 Prozent der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von einem hohen Ausfallrisiko bedroht sind. In Hessen haben sogar 34 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser ein hohes Ausfallrisiko (Tabelle 4).

Ein weiterer Indikator für die (wirtschaftliche) Stabilität der Krankenhausstrukturen ist u. a. die Anzahl kleiner Kranken-

häuser mit bis zu 150 Betten. Denn für diese Häuser ist es oft schwieriger, Fixkosten zu finanzieren, adäquates Fachpersonal zu finden und über gezielte Spezialisierung eine hohe medizinische Qualität zu erreichen (Klauber et al. 2020: 12).

Dabei gelten bereits Landkreise mit einem Anteil kleiner Krankenhäuser von über 20 Prozent als instabil. Aber auch Landkreise mit einer günstigeren Krankenhausstruktur können instabil sein, wenn z. B. ein starker Wettbewerbsdruck zwischen verschiedenen Krankenhäusern herrscht. Beispielsweise führt in bevölkerungsreichen Regionen und Großstädten nicht die kleinteilige Krankenhausstruktur zu wirtschaftlichen Instabilitäten, sondern die hohe Wettbewerbsdichte zwischen den Krankenhäusern, das heißt der Wettbewerb um Patient\_innen (Augurzy et al. 2020:4).

In Abbildung 13 ist der Anteil der Krankenhäuser mit bis zu 150 Betten auf Landkreisebene in Hessen dargestellt. Im südlichen Hessen finden sich Landkreise mit einem Anteil kleiner Krankenhäuser von über 60 Prozent. In den nördlichen Landkreisen Hessens liegt der Anteil kleinerer Krankenhäuser zwischen 20 und 40 Prozent.

### 2.3.5 ERREICHBARKEITSANALYSEN

Abbildung 14 zeigt die Pkw-Erreichbarkeit der Standorte der Plankrankenhäuser und der Plankrankenhäuser mit zentraler

Tabelle 3

#### Einteilung der Ausfallwahrscheinlichkeit von Krankenhäusern anhand eines Ampelsystems

| Ausfallwahrscheinlichkeit | Bedeutung                                                                        |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 0 bis 1 %                 | geringes bis moderates Ausfallrisiko; Kreditaufnahme einfach mit geringen Kosten |
| > 1 bis 2,6 %             | Kreditaufnahme erschwert und Kredite werden teurer                               |
| > 2,6 %                   | erhebliche Probleme bei der Kreditaufnahme bzw. nicht mehr möglich               |

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020 (Augurzy et al. 2020); eigene Darstellung.

Tabelle 4

#### Ausfallwahrscheinlichkeit von Krankenhäusern in Hessen und Deutschland nach Trägerschaft

| Bundesland                    | Hoch | Mittel | Gering |
|-------------------------------|------|--------|--------|
| Gesamt                        | 13 % | 23 %   | 64 %   |
| Ost-Deutschland               | 8 %  | 20 %   | 72 %   |
| West-Deutschland              | 14 % | 24 %   | 62 %   |
| Hessen                        | 21 % | 21 %   | 58 %   |
| öffentlich-rechtlich          | 27 % | 37 %   | 36 %   |
| freigemeinnützig              | 10 % | 27 %   | 63 %   |
| privat                        | 2 %  | 4 %    | 94 %   |
| Hessen (öffentlich-rechtlich) | 34 % | 41 %   | 25 %   |

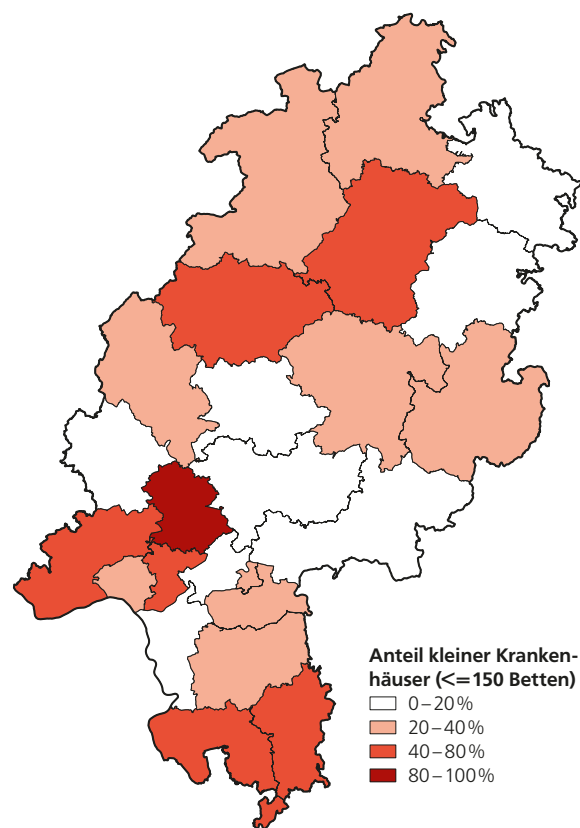
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020 (Augurzy et al. 2020); eigene Darstellung.

Notaufnahme („unabdingbaren“ Teilnahme an der Notfallversorgung) im Jahr 2017. Die Daten für die Standorte stammen aus dem Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser von 2017 (HMSI 2017). Ausgangspunkt für die Berechnung der Pkw-Erreichbarkeit sind bewohnte Zensus-Rasterzellen in der Auflösung von 100 × 100 m (Destatis 2020b); weiße Flecke in den Karten stellen unbewohnte Gebiete dar (z. B. Gebirge, Wasserflächen etc.).

Bis auf wenige Ausnahmen sind alle Plankrankenhaus-Standorte innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreichbar. Regionen mit einer längeren Fahrzeit von mehr als 30 Minuten befinden sich in den Grenzgebieten zwischen den Landkreisen oder an der Landesgrenze. Besonders deutlich zeigt sich dies im Versorgungsgebiet Darmstadt an der Grenze zwischen dem Landkreis Bergstraße und dem Odenwaldkreis. Aber auch an der östlichen Landesgrenze von Hessen finden sich Gebiete mit einer höheren Fahrzeit. Hier wurde allerdings nicht analysiert, inwieweit die Bevölkerung in den grenznahen Gebieten Angebote der stationären Versorgung im angrenzenden Bundesland in Anspruch nimmt.

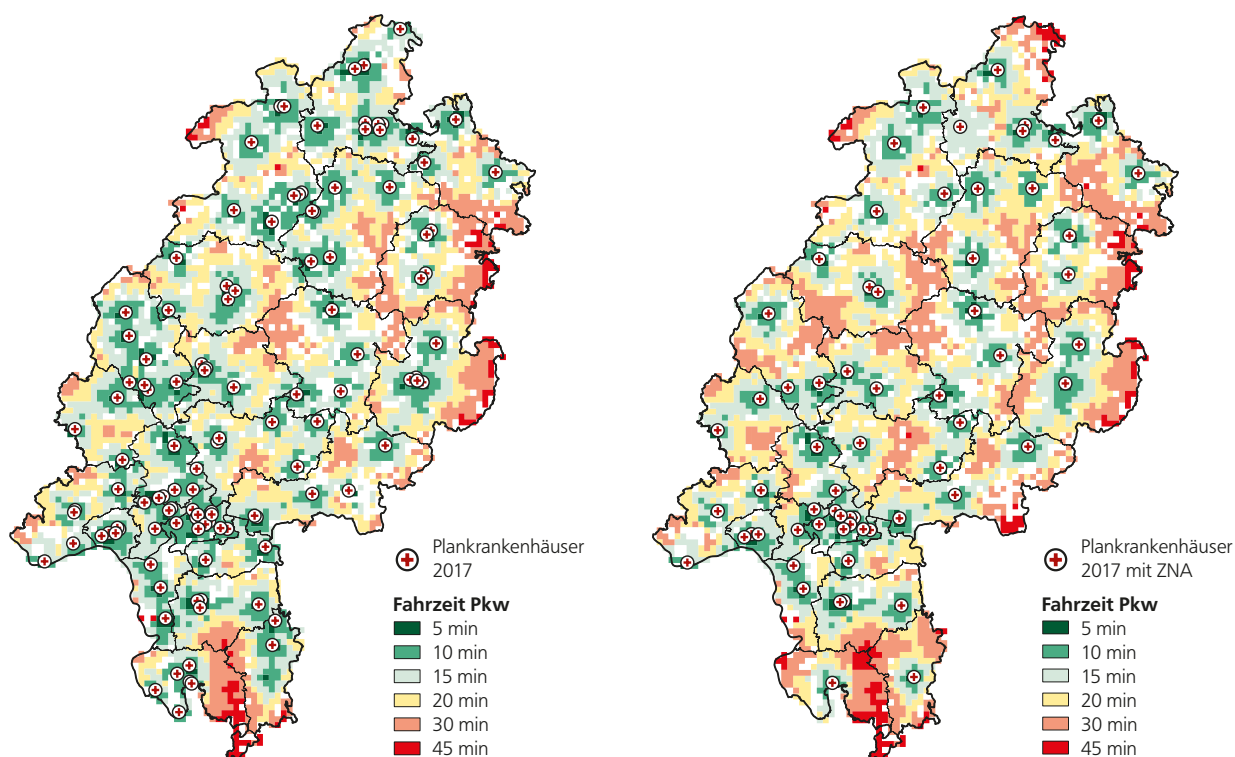
Betrachtet man nur die Plankrankenhäuser mit zentraler Notaufnahme (Abbildung 14), verringert sich die Anzahl der Standorte von 127 auf 67. Trotzdem verschlechtert sich die Erreichbarkeit nicht wesentlich. Nur einige der Regionen, die schon bei der Betrachtung aller Plankrankenhaus-Standorte Fahrzeiten über 30 Minuten aufwiesen, vergrößern sich etwas.

Abbildung 13  
**Anteil kleiner Krankenhäuser mit 150 oder weniger Betten in den hessischen Landkreisen 2017**



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020 (Augurzyk et al. 2020); eigene Darstellung.

Abbildung 14  
**Erreichbarkeit (Pkw-Fahrzeit) aller Plankrankenhäuser bzw. nur Plankrankenhäuser mit zentraler Notaufnahme (ZNA)**



Quelle: Leistungsreport (HMSI 2017), eigene Berechnung.



## 3

## BISHERIGE MASSNAHMEN UND PERSPEKTIVEN FÜR DIE GESUNDHEITS-VERSORGUNG IN HESSEN

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorangegangenen umfassenden Versorgungsanalyse in Beziehung zu den zwischenzeitlich geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen und neu eingeführten Instrumenten zum Abbau von Versorgungsdefiziten gesetzt.

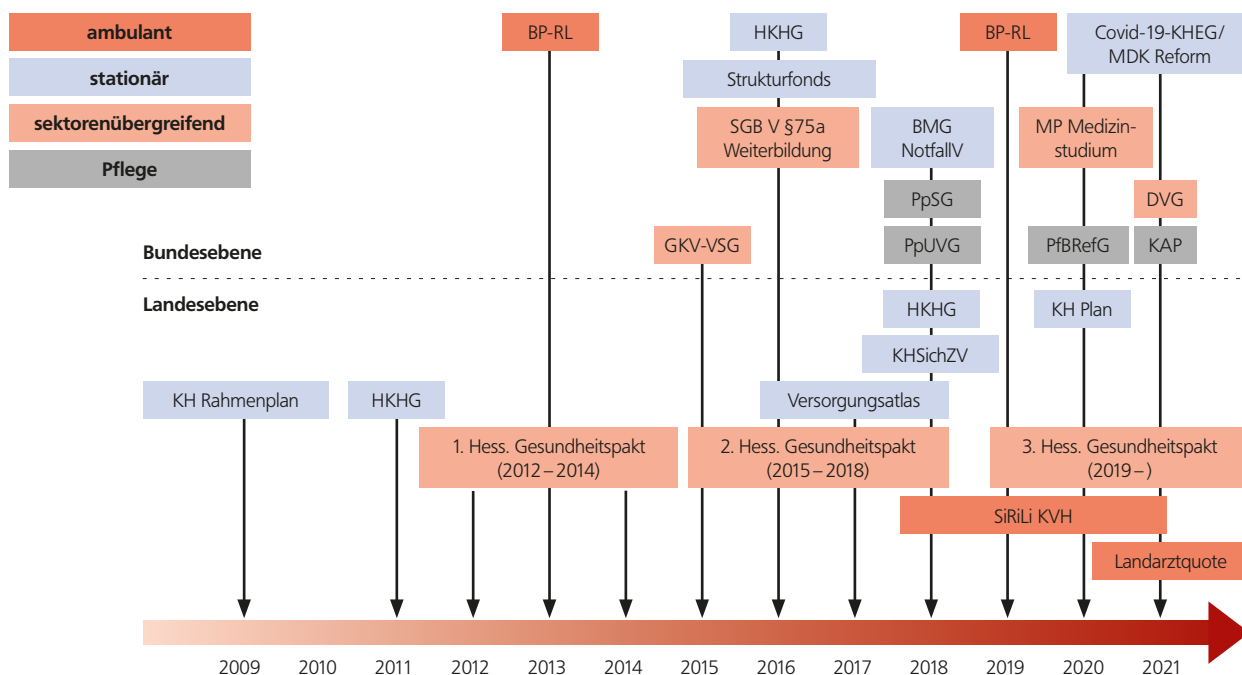
Dazu werden die in der Analyse identifizierten zentralen Ergebnisse und Problembereiche sowie die seit 2009/2010 auf Bundes- und Landesebene ergriffenen bzw. in wichtigen wissenschaftlichen Gutachten empfohlenen Maßnahmen dargestellt, die diesen Problemen entgegenwirken sollen.

Auf dieser Basis werden Zukunftsperspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten für die Sicherung der Gesundheitsversorgung in Hessen aufgezeigt. Dabei wird die Gliederung in ambulanten und stationären Sektor beibehalten.

Aufgrund der Vielzahl der im betrachteten Zeitraum für den ambulanten und stationären Bereich geänderten gesetzlichen Grundlagen sind diese in der Übersicht in Abbildung 15 zusammengestellt. Neben gesetzlichen Grundlagen wurden auch verschiedene Gutachten und Empfehlungen einbezogen, die aufgrund ihrer Komplexität im Folgenden kurz erläutert werden.

Abbildung 15

**Übersicht über relevante Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen im ambulanten und stationären Bereich auf Bundes- und Landesebene 2009–2021**



**BP-RL** Bedarfsplanungs-Richtlinie  
**DVG** Digitales Versorgungsgesetz  
**GKV-VSG** GKV-Versorgungsstärkungsgesetz  
**HKHG** Hessisches Krankenhausgesetz

**KAP** Konzentrierte Aktion Pflege  
**KHEG** Krankenhausentlastungsgesetz  
**KHSG** Krankenhausstrukturgesetz  
**KHSichZV** Krankenhaus-Sicherstellungszuschlagsverordnung

**MDK** Medizinischer Dienst der Krankenkassen  
**MP** Masterplan  
**PfBRefG** Pflegeberufereformgesetz  
**PpSG** Pflegepersonal-Stärkungsgesetz  
**PpUGV** Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung  
**SIRiLi KVH** Sicherstellungsrichtlinie KV Hessen

Quelle: eigene Darstellung.

### **(1) SVR-Gutachten**

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) legt der Bundesregierung im Rahmen seiner Beratungsfunktion in regelmäßigen Abständen Gutachten vor, in denen die gesundheitliche Versorgung unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen analysiert, Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehender Überversorgungen entwickelt und Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in die politische Debatte eingebracht werden (SVR 2021a). Im Beobachtungszeitraum, der dieser Analyse zugrunde liegt, veröffentlichte der SVR fünf Gutachten, davon drei Sondergutachten. Insbesondere das Sondergutachten 2009 (SVR 2009) zur Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens sowie das Gutachten 2014 (SVR 2014) mit dem Thema Perspektiven für ländliche Regionen geben Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Das 2018 veröffentlichte Gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung (SVR 2018) nimmt die sektorierte Versorgung in den Fokus und gibt Empfehlungen für eine zukünftige bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung unter Berücksichtigung der Notfallversorgung. Das erst kürzlich veröffentlichte Gutachten (SVR 2021b) zur Digitalisierung im Gesundheitswesen mit Zielen und Rahmenbedingungen für ein dynamisch lernendes Gesundheitssystem wird ebenfalls einbezogen.

### **(2) G-BA-Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung**

Das Gutachten des G-BA, das im Jahr 2018 veröffentlicht wurde (G-BA 2018) (HMSI 2012), war die Grundlage der Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die nach den Änderungen 2013 im Jahr 2019 erneut angepasst wurde. Dabei wurden Rahmenbedingungen für eine Planung benannt, die die wissenschaftlich begründete Ermittlung des Versorgungsbedarfs und dessen regionale Ausweisung in Arztkapazitäten in einem Konzept vereint. Themen des Gutachtens waren u. a. die Bewertung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung, die Ermittlung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung und dessen Übersetzung in Arztkapazitäten, die Neustrukturierung der räumlichen Verteilung der Versorgungsangebote und die Neuausrichtung der Planungssystematik. Zur Bewertung des Zugangs zur ambulanten Versorgung wurden Erreichbarkeitswerte für die hausärztliche Versorgung von maximal 15 Minuten, für die allgemeine fachärztliche Versorgung von maximal 30 Minuten und für Frauen- und Kinderärzt\_innen von maximal 20 Minuten für 99 Prozent der Bevölkerung vorgeschlagen. Ein weiterer Vorschlag war eine Neuberechnung der Verhältniszahlen zwischen Ärzt\_innen und Patient\_innen nach dem tatsächlichen medizinischen Bedarf sowie eine Berücksichtigung von Mitversorgereffekten in anderen Planungsbezirken anhand konkreter Pendlerströme. Für die Berechnung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs sollten neben Alter und Geschlecht der Patient\_innen auch klassifizierte Krankheitsgruppen und die Multimorbidität aus ambulanten Abrechnungsdaten herangezogen werden. Außerdem wurde die Bestimmung des durchschnittlichen Versorgungsauftrags je

Arztsitz (und nicht die pauschale Annahme von 20 Sprechstunden/Woche) für die Planung benötigter Arztkapazitäten als notwendig angesehen, da ansonsten im ungünstigsten Fall systematisch zu geringe Arztkapazitäten geplant würden.

### **(3) Ausgewählte politische Positionspapiere**

Institutionen wie (politische) Stiftungen und Verbände nehmen durch Studien oder Positionspapiere politischen Einfluss und bringen neue Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ein. So veröffentlichte die FES beispielsweise 2013 und 2017 Positionspapiere (Bormann et al. 2013, FES 2017), die sich auch mit Verbesserungsmöglichkeiten der ambulanten Versorgungsstrukturen befassten. 2013 identifizierten Bormann et al. drei zentrale strukturelle Mängel im deutschen Gesundheitswesen: die Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, die starke Trennung in ambulanten und stationären bzw. kurativen und rehabilitativen Sektor sowie regionale Versorgungsdisparitäten in der ambulanten Versorgung. Daraus ergaben sich u. a. folgende Forderungen und Vorschläge für den ambulanten Sektor: Förderung von integrierter und hausärztlicher Versorgung, Abbau des Missverhältnisses zwischen sprechender Medizin und apparativer Diagnostik, gezielte Förderung von Selektivverträgen und hausärztlicher Versorgung, eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, ein höherer Stellenwert der Allgemeinmedizin an Universitäten, ein Ausbau der Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin insbesondere in Praxen, Fördermöglichkeiten für an der Allgemeinmedizin und einer ländlichen Tätigkeit interessierte Studierende.

Wie das 2017 veröffentlichte Positionspapier zur patientengerechten, sektorenübergreifenden Versorgung richtig konstatiert, wurden zumindest einige dieser, in Teilen weitreichenden Vorschläge in die Praxis umgesetzt, wie z. B. der Ausbau allgemeinmedizinischer Lehrstühle sowie die Förderung der Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung. Wenig Bewegung gab es bezüglich der Reduzierung von Sektorengrenzen, sodass im Positionspapier 2017 eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung als Forderung beibehalten wurde. Weitere, insbesondere die ambulante Versorgung betreffende Forderungen waren, die Bedarfsplanung für Haus- und Kinderärzt\_innen künftig an der zu versorgenden Bevölkerungszahl auszurichten, Vertragsarztsitze in überversorgten Planungsregionen nach Praxisaufgabe an die KV zurückzugeben, ein Ende der Quartalisierung der Honorarabrechnung sowie eine stärkere Hausarztbindung beispielsweise durch Wahltarife. Ob diese Forderungen in der Zukunft politisch umgesetzt werden können, bleibt abzuwarten.

### **(4) Hessischer Gesundheitspakt 1 bis 3**

Der „Hessische(r) Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung 1–3“ wurde von verschiedenen Partnern geschlossen und spiegelt die auch im Land Hessen wahrgenommenen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung, u. a. ausgelöst durch den demografischen Wandel und einen zunehmenden Ärztemangel, wider. Der erste Gesundheitspakt (2012 bis 2014) (HMSI 2012) fokussierte vor allem auf die Sicherung der (haus-)ärztlichen Versorgung in

ländlichen Regionen. Neben Zielen, die die Unterzeichner\_innen selbst umsetzen konnten (z. B. die finanzielle Unterstützung der Kompetenzzentren Weiterbildung in Frankfurt a. M. und Marburg oder eine finanzielle Förderung der ärztlichen Ansiedlung in Gebieten mit regionalem Versorgungsbedarf), fanden sich auch Ziele, für die andere Institutionen zuständig sind wie eine Veränderung der Zulassung zum Studium und eine Reformierung der ärztlichen Approbationsordnung.

Der 2. Hessische Gesundheitspakt (2015 bis 2018) (HMSI 2015) hatte ein deutlich erweitertes Themenspektrum, u. a. Pflege, Migration, sowie einen besseren Zugang zur Versorgung für Menschen mit Behinderung. Bisherige Initiativen wie die Förderung der Kompetenzzentren Weiterbildung oder die Ansiedlungsförderung wurden fortgeführt. Nach der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung im Jahr 2012 wurde die Förderung von Famulaturen (Pflichtpraktika im Medizinstudium) im ambulanten Sektor in ländlichen Regionen sowie von Wahlfächern für Allgemeinmedizin, Pädiatrie und allgemeine fachärztliche Versorgung in niedergelassenen Praxen im Praktischen Jahr als Ziel aufgenommen. Weitere neue Ziele waren die Erstellung regionaler Versorgungsatlanen und die Förderung von regionalen Gesundheitsnetzen. Erwähnung fand auch die mögliche Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungseinheiten, wie vom SVR Gesundheit mit den lokalen Gesundheitszentren (Nolting et al. 2021) vorgeschlagen, oder der Abbau von Überversorgung durch den Ankauf von Arztsitzen, welcher beobachtet werden sollte.

Der 3. Hessische Gesundheitspakt (ab 2019) (HMSI 2019) legt den Fokus auf die Fachkräftesicherung und Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung. Hier findet sich auch eine Forderung, die Zahl von Medizinstudienplätzen zu erhöhen. Dies ist insbesondere deshalb interessant, weil sich im 1. Gesundheitspakt noch die Aussage findet, eine Ausweitung der Studienplätze sei nicht erforderlich, da das Land Hessen im bundesweiten Vergleich über überproportional viele Studienplätze verfüge. Bezüglich einer sektorenübergreifenden Versorgung sollen neben der Vereinbarung über einen gemeinsamen Datenpool für eigene datengestützte Aus- und Bewertungen sektorenübergreifende Dialogstrukturen zur Verbesserung des Informationsaustausches unter Einbeziehung der regionalen Gesundheitskonferenzen vorangetrieben und weiter ausgebaut werden. Die regionalen Gesundheitskonferenzen basieren in Hessen auf den sechs Versorgungsgebieten der Krankenhausplanung und haben die Aufgabe, die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und in einen intensiven Dialog über die Versorgungslage zu treten. Gleichzeitig sollen sie drohende Unterversorgung erkennen und Qualitätsdefizite aufdecken. Außerdem sollen kooperative Versorgungsstrukturen weiter gestärkt werden, z. B. mittels gezielter Anreize zum Betrieb von vertragsärztlichen Zweigstellen in unterversorgten Gebieten, um besonders älteren Menschen oder Menschen mit Mehrfacherkrankungen längere Wege zu ersparen. Außerdem stellt der 3. Hessische Gesundheitspakt die stärkere Einbindung der Kommunen (Landkreise und kreisfreien Städte) in den Vordergrund. Da sich die Strukturveränderungen (Veränderung der Angebotsstrukturen aufgrund von Morbidität und demografischer Wandel regional und lokal

unterschiedlich vollziehen, sollten auch die Kommunen in die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung stärker miteinbezogen werden. Denn diese sind seit Jahrzehnten wichtige Akteure im Gesundheitswesen, beispielsweise in der Krankenhausplanung oder als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Rettungsdienste etc., und verfügen diesbezüglich über langjährige Erfahrungen. Diese sollten in eine Gesamtstrategie Gesundheit einfließen. Es existieren bereits viele regionale Diskussionskreise mit Akteuren der ambulanten Versorgung, auf Grundlage derer bereits konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vor Ort vereinbart wurden. Diese koordinierende Funktion der Landkreise sollte möglichst flächendeckend auch mithilfe des Förderprogrammes des HMSI „Bildung regionaler Gesundheitsnetze“ vorangetrieben und weiter ausgebaut werden. Konkret soll Kommunen ein Maßnahmenkatalog mit Empfehlungen zum Erhalt einer angemessenen Versorgungsstruktur an die Hand gegeben werden (Info-Broschüre zu konkreten Möglichkeiten der Einflussnahme vor Ort). Bezüglich der wichtigen Frage, inwieweit Kommunen Versorgungsstrukturen subventionieren oder eigene Gesundheitseinrichtungen mit angestellten Ärzt\_innen betreiben können, empfiehlt der Gesundheitspakt, dass die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen gemäß §95 Abs. 1a SGB V nur als Ultima Ratio erfolgen soll. Daher sind bei Nachbesetzungsverfahren die Kommunen als nachrangig im Vergleich zu den ärztlichen Bewerber\_innen anzusehen. Die Aufgabe der Kommunen wird vor allem in der Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen gesehen, die damit auch neue Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung unterstützen können. Des Weiteren wird die Nutzung von telemedizinischen Angeboten und E-Health befürwortet, um ländliche Räume besser an die Versorgung anzubinden, was insbesondere für Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf durch ein interprofessionelles Versorgungsteam (z. B. mehrfach chronisch erkrankte, ältere Menschen) von Vorteil wäre.

## 3.1 AMBULANTE VERSORGUNG

### 3.1.1 ARZTZAHLN

**Zentrales Problem: Zunehmender Mangel an (Haus-)Ärzt\_innen und abnehmender Versorgungsumfang resultiert in geringeren Behandlungskapazitäten**

Sowohl die Anzahl berufstätiger Ärzt\_innen als auch die Zahl der Vertragsärzt\_innen in Deutschland und Hessen ist zwischen 2010 und 2019 kontinuierlich gestiegen.

Betrachtet man jedoch die hausärztliche Versorgung, so hat die Anzahl der hausärztlich tätigen Ärzt\_innen nur in sehr geringem Umfang zugenommen. Gleichzeitig hat die Anzahl voller Versorgungsaufträge in Hessen und deutschlandweit deutlich abgenommen, und die Anzahl der Personen mit hälftigem Versorgungsauftrag oder in Teilzeitanstellung im ambulanten Bereich ist dementsprechend angestiegen.

In der Summe führt dies dazu, dass die Behandlungskapazität in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen geringfügig abgenommen hat, während sie deutschlandweit leicht gestiegen ist. In der hausärztlichen Versorgung führt die Kombination dieser beiden gegenläufigen Trends insgesamt zu einer Abnahme der Behandlungskapazität. Verschärfen wird sich diese Entwicklung durch das zunehmend höhere Durchschnittsalter in der Vertragsärzteschaft, insbesondere bei den Hausärzt\_innen. Im Jahr 2019 war bereits 15 Prozent der Hausärzteschaft über 65 Jahre alt.

Ein positiver Trend zeichnet sich bei der Förderung von Ärzt\_innen in Weiterbildung sowie bei der Zahl der Facharztprüfungen für Allgemeinmedizin ab. Dass die Anzahl der geförderten ÄiW deutlich stärker gestiegen ist als die Zahl der neu anerkannten Fachärzt\_innen für Allgemeinmedizin, lässt vermuten, dass auch die Zahl der Facharztanerkennungen weiter steigen wird. Derzeit wäre die Summe neuer Fachärzt\_innen pro Jahr allerdings zu gering, um die ausscheidenden Hausärzt\_innen zu ersetzen.

Positiv hervorzuheben ist auch der leichte Anstieg der Studierendenzahlen im Fach Humanmedizin.

## Bisherige Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung

Zwischen 2010 und 2019 wurde durch verschiedene Institutionen und auf verschiedenen Ebenen eine Vielzahl von Maßnahmen initiiert, die einem bereits 2010 absehbaren zunehmenden Ärztemangel im ambulanten Bereich entgegenwirken sollten. Aufgrund der Fülle der Initiativen können hier nur die wichtigsten Maßnahmen schlaglichtartig dargestellt werden.

2012 trat eine Änderung der Approbationsordnung für Ärzt\_innen durch Beschluss des Bundesrates in Kraft. Damit wurde u. a. ein hausärztliches Pflichtpraktikum (sogenannte Famulatur) eingeführt und das Blockseminar für das Fach Allgemeinmedizin erweitert. Außerdem sollte den Studierenden bis 2019 ermöglicht werden, einen Teilabschnitt ihres Praktischen Jahres (das letzte Studienjahr) in der Allgemeinmedizin abzuleisten. All diese Maßnahmen sollten das Fach Allgemeinmedizin stärken und wurden durch den 2. Hessischen Gesundheitspakt aufgegriffen und zusätzlich finanziell gefördert.

Ein Teil der Anpassungen erfolgte über die Änderungen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung im Jahr 2013. Diese werden nachfolgend in Kapitel 3.1.2 separat erläutert.

Die ambulante ärztliche Weiterbildung wird bereits seit 1999 gefördert. 2010 wurde die finanzielle Förderung deutlich erhöht und Koordinierungsstellen, u. a. als Ansprechpartner für ÄiW, geschaffen. Im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurde 2015 das Förderprogramm Weiterbildung in das SGB V überführt und die Anzahl an Förderstellen erhöht.

Ab 2017 wurden flächendeckend Kompetenzzentren für Weiterbildung gegründet, um die Facharztweiterbildung in

der Allgemeinmedizin durch zusätzliche Maßnahmen, u. a. Seminarprogramme und Mentoring, weiter zu stärken. Die Förderung des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen bzw. dessen Vorläufer wurde bereits mit dem 1. Hessischen Gesundheitspakt angestoßen und war damit auch bundesweit beispielgebend.

2018 wurde nach lange währender Diskussion eine neue Musterweiterbildungsordnung zum Facharzt/zur Fachärztin beschlossen. Damit ergaben sich auch Änderungen für die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin (z. B. kürzere Weiterbildungszeit im Krankenhaus). Da diese Musterweiterbildungsordnung noch von den einzelnen Landesärztekammern in geltendes Recht überführt werden musste, dürfte diese Maßnahme keinen maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der Zahlen bis 2019 gehabt haben.

Maßnahmen nach Erreichen des Facharztstatus, z. B. mit dem Ziel einer Anstellung oder Niederlassung in (drohend) unterversorgten Regionen, sind im Hessischen Gesundheitspakt und in der Sicherstellungsrichtlinie der KV Hessen enthalten und werden in Kapitel 3.1.1 ausführlich beschrieben.

## Perspektiven für die zukünftige Gesundheitsversorgung

Viele Maßnahmen werden bereits diskutiert bzw. sind auf den Weg gebracht worden, um einer (haus-)ärztlichen Unterversorgung entgegenzuwirken. Diese folgen vor allem zwei Strategien:

- Förderung des (haus-)ärztlichen Nachwuchses;
- Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen, die den Vorstellungen des ärztlichen Nachwuchses entsprechen.

Wie in diesem Gutachten aufgezeigt, kann nicht von einem generellen Ärztemangel gesprochen werden, sondern es gibt fach- und regionsbezogene Lücken in der Versorgung. Dementsprechend können und sollten künftige Maßnahmen daraufhin fokussiert werden.

### (1) Maßnahmen zur Nachwuchsförderung in Aus- und Weiterbildung

Wie im 3. Hessischen Gesundheitspakt erwähnt wird, soll die Anzahl der Medizinstudienplätze erhöht werden. Eine solche Maßnahme führt jedoch nicht zwingend dazu, dass sich mehr Studierende für eine Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheiden oder auf dem Land (haus-)ärztlich tätig werden. Eine gezielte Auswahl von Studienplatzbewerber\_innen, die anhand von Studien nachweislich eine höhere Affinität zum ländlichen Raum haben, weil sie z. B. selbst dort aufgewachsen sind, könnte diesbezüglich erfolgreicher und auch kosteneffektiver sein.

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass eine solche Maßnahme sehr lange braucht, bis sie sich in der Versorgung niederschlägt. So beträgt beispielsweise die mediane Studiendauer sieben Jahre und die mediane Weiterbildungsdauer zum



Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin noch mal acht Jahre, sodass bis zu 15 Jahre zwischen Maßnahme und Wirkung vergehen können.

Die Verpflichtung von Studienbewerber\_innen, später für eine gewisse Zeit landärztlich tätig zu werden, wie in der geplanten Landarztquote vorgesehen, könnte zu erneuten Versorgungseinbrüchen nach Ablauf der Pflichtzeit führen, wenn das Leben und Arbeiten im ländlichen Raum doch nicht die Erwartungen erfüllt.

In den vergangenen Jahren wurden die Studienbedingungen mehrfach verändert, um stärkere Anreize für das Fach Allgemeinmedizin zu schaffen. Die geplante Änderung der Approbationsordnung mit Umstrukturierung des Praktischen Jahres und der Einführung eines sogenannten hausärztlichen bzw. ambulanten Quartals weist in die richtige Richtung und kann zum Ende des Studiums die Vorteile einer Praxistätigkeit aufzeigen. Für die Förderung einzelner Fächer im Studium bietet sich vor allem eine das ganze Studium durchziehende „longitudinale“ Einbindung an, wie es an manchen Universitäten bereits für das Fach Allgemeinmedizin durchgeführt wird. Ebenso zeigen internationale Erfahrungen, dass die Ausbildung von Studierenden in ländlichen Regionen, beispielsweise durch Praktika in ländlichen Krankenhäusern oder Praxen, sinnvoll ist und sich gut in die bestehenden Studienabschnitte integrieren ließe. Bevor weitere Ansätze zur Umgestaltung des Studiums angedacht werden, sollte zunächst eine konsequente Umsetzung der bisher eingeleiteten Maßnahmen mit entsprechender Ausstattung der Lehrstühle und anschließend eine Evaluation der vorgenommenen Änderungen erfolgen.

In Bezug auf die Weiterbildungsbedingungen gibt es weniger regulativen Spielraum. Die notwendigen Inhalte und Abschnitte für die Anmeldung zur Facharztprüfung werden von den Landesärztekammern festgelegt und sind gerade aktualisiert worden. Positiv hervorzuheben sind die deutschlandweiten Bemühungen, die Weiterbildung im ambulanten Bereich fächerübergreifend zu stärken und finanziell zu fördern.

## **(2) Maßnahmen zur Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen**

Nach erfolgreicher Facharztprüfung folgt gegebenenfalls der Schritt in die selbstständige Niederlassung oder eine Anstellung. Auch hier kann eine Weichenstellung für unterversorgte Regionen gelingen, wenn für den Nachwuchs attraktive Arbeitsbedingungen angeboten werden. Ebenso können gute Arbeitsbedingungen ein wichtiges Argument für die Wahl einer bestimmten Fachrichtung sein.

Kooperative Arbeitsstrukturen, auch um Teilzeitarbeitsmodelle, Arbeit im Team und Anstellungen zu ermöglichen, werden von angehenden Ärzt\_innen bevorzugt. Für ländliche Regionen wird in diesem Zusammenhang z.B. explizit die Gründung lokaler Gesundheitszentren (LGZ) vom Sachverständigenrat für Gesundheit vorgeschlagen. Gleichzeitig ist das finanzielle Risiko einer der Faktoren, die aus Sicht junger Ärzt\_innen am stärksten gegen eine selbstständige Niederlassung sprechen. Hier ließe sich Abhilfe schaffen, wenn

solche Zentren zunächst kommunal, regional oder über eine Körperschaft des öffentlichen Rechts (beispielsweise KV) aufgebaut und betrieben würde, mit dem Ziel einer späteren Übernahme durch die dort tätigen Personen. Dies kann, beispielsweise nach einer Bedarfsanalyse, auch gezielt pilotiert und gefördert werden.

Bestehende Niederlassungsförderungen sollten fortgeführt, aber gegebenenfalls auf „Mitnahmeeffekte“ überprüft werden. Der gesetzlich mögliche, jedoch bisher fast nie umgesetzte Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Regionen sollte nicht unter dem Aspekt einer Angebotsverknappung an Niederlassungsmöglichkeiten gesehen werden, sondern unter dem Aspekt eines (gewünschten) Abbaus von Überversorgung. Dass demgegenüber einer Verknappung an Niederlassungsmöglichkeiten eine Umorientierung in ländliche Räume zur Folge hätte, ist bislang nicht belegt.

Weitere flankierende Maßnahmen, die über die Entlastung von Ärzt\_innen eine höhere Arbeitszufriedenheit bewirken können, sind der Ausbau einer Patientenversorgung im Team mit anderen Gesundheitsberufen (inklusive Delegationsmodelle) sowie der Ausbau digitaler Versorgungsangebote und telemedizinischer Angebote.

## **3.1.2 BEDARFSPLANUNG UND ERREICHBARKEIT**

**Zentrales Problem: Zunehmender Mangel an (Haus-)Ärzt\_innen und abnehmender Versorgungsumfang führt zu einer Verschlechterung des Versorgungsgrades**

Bezüglich der hausärztlichen Bedarfsplanung ist in Hessen insgesamt eine Abnahme des hausärztlichen Versorgungsgrades festzustellen, das heißt, das festgelegte Hausarzt-Einwohner-Verhältnis wird immer häufiger unterschritten. Betroffen sind vor allem ländliche Randlagen und Regionen, in denen eine überalterte Hausärzteschaft und eine ältere Bevölkerung zusammentreffen. Eine alternde Bevölkerung bedeutet in den meisten Fällen auch einen höheren Versorgungsaufwand und -bedarf. Doch schon jetzt kann die Zahl der aus der Versorgung ausscheidenden Hausärzt\_innen durch den zur Verfügung stehenden Nachwuchs nicht ausgeglichen werden. Von der begrenzten Zahl an jungen Allgemeinmediziner\_innen entscheidet sich wiederum nur ein kleiner Teil für eine Tätigkeit auf dem Land.

Es ist zu erwarten, dass sich die Situation vor allem im ländlichen Bereich weiter verschärfen wird, da die veränderten Arbeitspräferenzen beim ärztlichen Nachwuchs, der auf dem Land stärker fortschreitender demografischer Wandel der Bevölkerung und die Überalterung der Hausärzt\_innen als Einflussfaktoren bestehen bleiben bzw. zunehmen werden.

Bezüglich der Erreichbarkeit sind die Metropolregion um Frankfurt am Main und die Städte Darmstadt, Kassel, Gießen und Marburg sehr gut aufgestellt, während in ländlichen



Regionen, wie z. B. im Odenwaldkreis oder in den Landkreisen Hersfeld-Rotenburg und Waldeck-Frankenberg längere Fahrzeiten notwendig sind, da in diesen Regionen auch der hausärztliche Versorgungsgrad niedrig ist. Im Durchschnitt ist in Hessen ein Hausarzt/eine Hausärztin innerhalb von elf Minuten erreichbar.

## Bisherige Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung

Um einem zukünftigen (Haus-)Ärztemangel entgegenzuwirken, wurde eine Vielzahl an gesetzlichen Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene beschlossen und umgesetzt, von denen die wichtigsten hier kurz dargestellt werden.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (=Bedarfsplanung) obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie ist als bundeseinheitlicher Rahmen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BP-RL) festgeschrieben. Es gab grundsätzliche Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie in den Jahren 2013 und 2019.<sup>5</sup> Als zentrales Instrument der Bedarfsplanung wird der Bedarfsplan durch die jeweilige KV aufgestellt, der den aktuellen Stand der Versorgung dokumentiert und aus dem sich konkrete Maßnahmen zum Abbau von Über- bzw. Unterversorgung ableiten lassen. Die Beurteilung der Versorgungssituation erfolgt mittels des Versorgungsgrades, der die prozentuale Über- oder Unterschreitung der Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen arztgruppenspezifisch wiedergibt. Der Forderung, eine kleinräumigere Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung zu etablieren, wurde mit der Reform der BP-RL im Jahr 2013 Rechnung getragen. Die Beplanung der hausärztlichen Versorgung findet seitdem auf der deutlich kleinräumigeren Planungsebene der Mittelbereiche statt. Die arztgruppenspezifische Verhältniszahl wurde aufgrund des G-BA-Gutachtens von 2018 in die Änderungen der BP-RL von 2019 (G-BA 2019) übernommen und kann regional über drei Faktoren modifiziert werden: (1) durch verschiedene Regionstypen (z. B. mitversorgende Regionen), (2) durch einen Morbiditätsfaktor, der den Leistungsbedarf der Bevölkerung aufgrund von Alter, Geschlecht und Morbiditätskategorien einschätzt, und (3) wird auf Angebotsseite der reale Teilnahmeumfang eines Arztes/einer Ärztin (und nicht die Kopfzahl) an der vertragsärztlichen Versorgung (z. B. Teilzeittätigkeit) als sogenanntes Bedarfsplanungsgewicht angegeben. Dadurch soll eine realistische Einschätzung der Behandlungskapazitäten ermöglicht und in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Daneben gibt es noch weitere regionale Faktoren zur Anpassung der Verhältniszahl, wie beispielsweise sozioökonomische Faktoren (Einkommensarmut, Migrationsanteil, Pflegebedarf) oder auch geografische Besonderheiten (Erreichbarkeiten von Randlagen). Im Bedarfsplan 2019 für Hessen wurde beispielsweise im Hochtaunuskreis und im Main-Taunus-Kreis aufgrund der guten Sozialstruktur (hohe Rate an privat krankenversicherten Personen, niedrige Arbeitslosenquote) die Verhältniszahl für die hausärztliche Versorgung um 15 Prozent erhöht. Zusätzlich ermittelt die KV Hessen prospektiv

den Versorgungsbedarf auf Gemeindeebene unter Ausschluss von Hausärzt\_innen mit einem Alter über 60 Jahre.

Zum Abbau einer Überversorgung, das heißt bei einer Überschreitung des Soll-Versorgungsniveaus um mindestens zehn Prozent, steht der KV das Instrument einer Zulassungsbeschränkung und gegebenenfalls Sperrung des Planungsgebietes zur Verfügung (Kann-Regelung). Weitere Zulassungen sind dann nicht oder nur unter besonderen Voraussetzungen möglich. Bei einem Versorgungsgrad von 140 Prozent oder mehr soll, seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015, einer Nachbesetzung nicht stattgegeben werden, außer die Praxis ist aus Versorgungsgründen notwendig. Die KV hat in diesem Fall den abgebenden Vertragsarzt/die abgebende Vertragsärztin zu entschädigen (KBV o. J.a).

Die Landesausschüsse konnten mit einer Übergangszeit von drei Jahren bestimmte Planungsbereiche vorübergehend sperren und Zulassungsbeschränkungen beibehalten, um kurzfristige Niederlassungen aufgrund der neuen Regelungen zu verhindern, beispielsweise in der Hoffnung, dass dann eine Niederlassung in einem weniger gut versorgten Planungsbereich stattfindet. Dies ist in Hessen unseres Wissens nach nicht erfolgt.

Um einer Unterversorgung entgegenzuwirken, stehen den KVen verschiedene Fördermaßnahmen zur Verfügung. Dabei wird von einer Unterversorgung gesprochen, wenn der Versorgungsgrad im hausärztlichen Bereich unter 75 Prozent und im fachärztlichen Bereich unter 50 Prozent liegt. Von drohender Unterversorgung wird gesprochen, wenn der Versorgungsgrad zwischen 100 Prozent und 75 Prozent bzw. 50 Prozent liegt (KBV o. J.a).

Seit 2015 ist in §105 Abs. 1a SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes gesetzlich festgelegt, dass die KVen einen Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bilden, der mindestens 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung umfasst und der zur Finanzierung von Fördermaßnahmen genutzt werden soll.

Die Sicherstellungsrichtlinie (SiRili) der KV Hessen definiert die Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds nach §105 Abs. 1a SGB V (KV Hessen 2017b). Neben einer Ansiedlungsförderung für Praxen in bestimmten Regionen sind weitere Einzelmaßnahmen aufgeführt, die die Übernahme einer Praxis bzw. die eigene Niederlassung in förderungswürdigen Gebieten attraktiver machen sollen, wie z. B. ein Landarztzuschlag für die allgemeine fachärztliche Versorgungsebene, eine Erstattung der Umzugskosten, eine (Teil-)Übernahme der Kinderbetreuungskosten und eine befristete Honorarumsatzgarantie bei Neuniederlassung. In Gebieten mit einer starken Überalterung der Vertragsärzt\_innen gibt es außerdem eine Förderung für einen verzögerten Praxisausstieg. Zusätzlich beinhaltet die SiRili eine Reihe struktureller Förderungen (z. B. Workshops für niederlassungswillige Ärzt\_innen, eine Praxisbörse, die Förderung anerkannter Weiterbildungsverbünde oder die Förderung von Praxisnetzen) und ist Bestandteil des Hessischen Gesundheitspakts 3.0 (HMSI 2019). Der hessische Gesundheitspakt wurde ursprünglich als Übergangslösung bis zur Einführung der

<sup>5</sup> <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/historie>

neuen Bedarfsplanung konzipiert. Schon der erste (2012 bis 2015) (HMSI 2012) Pakt hatte die Ansiedlung von Ärzt\_innen in definierten Gebieten mit regionalem Versorgungsbedarf vorgesehen. Dazu stellen das Land, die KV Hessen und die Krankenkassen jährlich 200.000 Euro zur Verfügung.

## Perspektiven für die zukünftige Gesundheitsversorgung

Trotz der Vielzahl an Maßnahmen und neu eingeführten Instrumenten, um einer (haus-)ärztlichen Unterversorgung entgegenzuwirken, hat sich die Versorgungssituation gerade im ländlichen Raum nicht verbessert. Daher wurde von verschiedenen Akteuren (z. B. SVR, Partner des HGP, KV Hessen) eine Reihe von Vorschlägen erarbeitet, wie die Bedarfsplanung zukünftig weiterentwickelt werden kann.

### (1) Etablierung sektorenübergreifender Versorgungseinheiten

Die Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung ist und bleibt ein wichtiges Zukunftsthema (HMSI 2019; SVR 2018). Denn im Hinblick auf den demografischen Wandel bedarf es speziell in ländlichen Räumen integrierter und sektorenübergreifender Versorgungsformen für ältere Menschen, die Leistungen aus den Bereichen Medizin, Pflege und soziale Betreuung vernetzt anbieten. Das Land fördert solche innovativen Ansätze, wie beispielsweise lokale Gesundheitszentren (siehe Kapitel 3.1.1) und den Einsatz von Gemeindeschwestern als dezentrale Anlaufstelle. Gesundheitszentren (Land hat Zukunft 2021a) konnten bisher z. B. in der Stadt Oberzent (Odenwaldkreis), in Sontra (Werra-Meißner-Kreis) und Breitscheid (Lahn-Dill-Kreis, vgl. Gesundheitszentrum Breitscheid 2021) erfolgreich den Betrieb aufnehmen. Allerdings reicht das bei Weitem nicht aus, um den zukünftigen Versorgungsbedarf zu decken. Daher sollten sektorenübergreifende, integrierte Versorgungsmodelle besonders auf dem Land weiter gefördert und unterstützt werden. Die kürzlich veröffentlichte Studie „Gesundheitszentren für Deutschland“ des IGES-Instituts (IGES 2021) stellt aufgrund der drängenden Probleme des demografischen Wandels und der zunehmenden hausärztlichen Unterversorgung gerade in ländlichen Regionen die Stärkung der Primärversorgung durch Gesundheitszentren in den Vordergrund (Nolting et al. 2021). Im Zentrum dieser Primärversorgungssysteme oder Gesundheitszentren stehen multiprofessionelle Teams, die sich bedarfsorientiert aus Gesundheitsberufen unterschiedlicher Professionen zusammensetzen und für die Versorgung ihrer Patient\_innen mit einem Netzwerk aus kooperierenden Leistungserbringern (z. B. ambulante Pflegedienste) zusammenarbeiten. Solche Primärversorgungsstrukturen mit regionaler Verwurzelung und teambasierten Arbeitsmodellen bieten auch die Möglichkeit zu Anstellung und Teilzeitarbeit und werden von vielen Medizinstudierenden begrüßt (Nolting et al. 2021). Nach Schätzungen des IGES bräuchte man ca. 1.000 solcher Standorte, um eine flächendeckende Primärversorgung in Deutschland sicherzustellen. Auch sollte es zu einer Erweiterung der Behandlungsspielräume anderer Gesundheitsprofessionen (z. B. durch den Einsatz von Advanced Nursing Practitioners/Physician Assistants etc.) kommen, da-

mit sich der Hausarzt/die Hausärztin stärker auf seine/ihre Rolle als Primärversorger\_in konzentrieren und gleichzeitig das gesamte Team Angebote im Sinne einer umfassenden und integrativen Gesundheitsversorgung der Patient\_innen (kurativ, präventiv, rehabilitativ, palliativ) machen kann. Zur rechtlichen Sicherung schlägt die Studie vor, Primärversorgung als eigenständige kooperative und multiprofessionelle Versorgungsform im SGB V sowie in den nachgeordneten Vertragswerken zu verankern. Die teambasierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer\_innen und Gesundheitsprofessionen soll über Kooperationsverträge erreicht werden.

Außerdem kann die im Juni 2021 veröffentlichte Richtlinie des HMSI zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen als richtiges Signal gewertet werden (HMSI 2021). Mit der neuen Richtlinie sollen neben der Förderung von Einzel- oder Zweigpraxen auch sektorenübergreifende Konzepte unterstützt werden, die die Bündelung verschiedener medizinischer und therapeutischer Dienstleistungen vorsehen. Außerdem sollen in enger Zusammenarbeit mit lokalen Trägern innovative Modellvorhaben umgesetzt sowie die Versorgung regional angepasst und verbessert werden. Ein weiterer zentraler Punkt der Richtlinie ist die Förderung der Entwicklung einer regionalen Gesamtstrategie „Gesundheit“ auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise. Dabei werden Zuschüsse in Höhe von 45.000 Euro je Gebietskörperschaft und Jahr für einen Zeitraum von fünf Jahren gewährt.

### (2) Sektorenübergreifende Versorgungsplanung und präzisere Schätzung des Versorgungsgrades

Eine Weiterentwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden Planung wird von zahlreichen Akteuren gefordert (SVR 2018). Die bisherige Angebotskapazitätsplanung, die getrennt für den ambulanten und den stationären Sektor erfolgt, sollte weiterentwickelt werden, um eine stärker verzahnte bedarfsgerechtere Planung zu erreichen. Der SVR Gesundheit empfiehlt in diesem Kontext einen Übergang hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung aus einer Hand. Erst durch eine umfassende Perspektive auf die Versorgungslandschaft kann die Planung zu einem wirksamen Steuerungsinstrument werden. Dazu hat die AOK in ihrem kürzlich veröffentlichten Positionspapier „Neue Nähe“ (AOK 2021) einen Vorschlag gemacht. Die Planung der Versorgung und die Vergabe der Versorgungsaufträge könnte auf Landesebene gemeinsam durch Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausesellschaften und Krankenkassen unter Beteiligung der Länder durch ein sogenanntes 3+1-Gremium erfolgen. Für die finanzielle Ausstattung dieses Gremiums könnten Mittel aus den Strukturfonds der KVen, den Krankenhaus-Strukturfonds sowie den Krankenhaus-Zukunftsfonds vorgesehen werden. Im Sinne einer sektorenübergreifenden Planung könnte das Gremium ambulante Versorgungsaufträge an niedergelassene Ärzt\_innen oder Krankenhäuser sowie stationäre Versorgungsaufträge an Krankenhäuser vergeben.

Um den Leistungsbedarf einer Region präziser voraussagen zu können, sollte die Bedarfsplanung stärker in eine Ange-

bots-(Leistungserbringer) und eine Nachfrageseite (Bevölkerung) aufgeteilt werden. Aufseiten der Bevölkerung sollte die Nutzung von Sekundärdaten, wie Diagnose bzw. Abrechnungsdaten, einbezogen werden, um den Leistungsbedarf einer Region genauer voraussagen zu können. Dafür wird allerdings eine solide Datenbasis benötigt, und angesichts der zahlreichen Einschränkungen bei der Nutzung von Routinedaten ist eine schrittweise Implementation ratsamer als eine sofort vollständig auf solchen Daten basierende Planung (SVR 2018). Auf der Angebotsseite sollten die realen Kapazitäten ermittelt werden, um einen Nachteilsausgleich für ungleiche Arbeitsbedingungen bzw. eine höhere Arbeitslast zu schaffen. Es sollten daher nicht pauschal 20 (Sprech-)Stunden für einen vollen Versorgungsauftrag angenommen werden, sondern die durchschnittliche Sprechstundenzahl in einer Region. Auch der Einbezug regional relevanter Interessengruppen kann zu einer realistischeren und bedarfsgerechteren Planung beitragen. Seit Juni 2021 gibt es auf der Homepage der KV Hessen (KV Hessen 2021) frei verfügbare, interaktive Karten zum Versorgungsgrad der unterschiedlichen Versorgungsebenen mit zusätzlichen Informationen wie Anzahl der Praxen oder Anzahl der freien Sitze.

### (3) Nachbesetzung

Darüber hinaus sollte das Nachbesetzungsverfahren für ambulante Vertragssitze reformiert werden. Praxen dürfen kein Spekulationsobjekt sein, teilweise werden sehr hohe Preise für Praxen in „Traumlagen“ erreicht. Dazu sollten die Preise regional erfasst und ausgewertet werden, um mittlere Preise für Praxen in einer Region einschätzen zu können, ähnlich einem Mietspiegel. Darüber hinaus sollten Nachbesetzungsverfahren in „unbeliebten“ Regionen mit einem Vorlauf von mindestens fünf Jahren erfolgen. Allerdings besteht hier das Problem, dass viele (Haus-)Ärzt\_innen nicht genau wissen, wann sie aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden werden.

### (4) Vergütung

Daneben sollten die finanziellen Anreize für Versorgungsmodelle in unterversorgten Gebieten weiter ausgebaut werden. Dazu gehört neben dem Ausbau von Delegationsmodellen vor allem die Vergütung einer Versorgung im Team, wenn der/die Patient\_in durch weitere spezialisierte, nichtärztliche Mitarbeiter\_innen mitversorgt wird. Aber auch eine höhere Arbeitslast sollte durch die Einführung einer morbiditätsorientierten (hausärztlichen) Pauschalvergütung attraktiver gemacht werden.

### (5) Erreichbarkeit

Des Weiteren sollte in (drohend) unterversorgten Gebieten auch ein prospektives Monitoring der Erreichbarkeit möglichst kleinräumig auf Ebene der Zensus-Rasterzellen stattfinden, um Regionen zu identifizieren, die nur mit längeren Fahrzeiten (> 20 min) einen (Haus-)Arzt/eine (Haus-)Ärztin erreichen können. Bei prospektiven Berechnungen zur Erreichbarkeit sollten Hausärzt\_innen nicht mehr einbezogen werden, die ein bestimmtes Alter erreicht haben (z. B. > 60 oder 65 Jahre).

## (6) Evaluation der umgesetzten Maßnahmen

Aufgrund der Begrenztheit der Mittel im GKV-finanzierten Gesundheitssystem ist eine (standardmäßige) Evaluation der umgesetzten Maßnahmen dringend geboten. In der Vergangenheit kam es zu einem Nebeneinander einer Vielzahl von Maßnahmen, ohne eine Priorisierung nach der Wirksamkeit vorzunehmen. Mit fortschreitender Digitalisierung auch im ambulanten Sektor wird es zukünftig einfacher, Versorgungsdaten zu generieren und damit zuverlässigere Aussagen über die Wirksamkeit eingeführter Maßnahmen zu treffen. Als Beispiel kann hier die elektronische Patientenakte (ePA) genannt werden (SVR 2021).

## 3.2 STATIONÄRE VERSORGUNG

### 3.2.1 KRANKENHAUSSTRUKTUR

**Zentrales Problem: Ausgeprägte (ländliche) Krankenhausinfrastruktur mit schwieriger wirtschaftlicher Lage**

Die Ausgangslage in Hessen (wie auf bundesdeutscher Ebene) ist geprägt durch den Rückgang an finanziellen und personellen Ressourcen. Dabei stellt der seit 2017 zu beobachtende Fallzahlrückgang (um ca. einen Prozent) ein erhebliches Finanzierungsproblem für die Krankenhäuser dar. Im Zuge der Corona-Pandemie sind die Fallzahlen im Durchschnitt um 13 Prozent zurückgegangen (Aug 2021), allerdings wurden die finanziellen Einbußen der Krankenhäuser durch Corona-Ausgleichszahlungen des Bundes teilweise kompensiert. Diese Hilfen werden ab 2022 nicht mehr zur Verfügung stehen, sodass sich die wirtschaftliche Situation weiter verschlechtern wird. Schon jetzt befindet sich das Land Hessen in Bezug auf die wirtschaftliche Lage der Kliniken auf den hintersten Plätzen zusammen mit Bayern und Baden-Württemberg (Aug 2020). Ein Grund ist u. a. die ausgeprägte Krankenhausinfrastruktur mit einem hohen Anteil an kleinen Krankenhäusern (< 150 Betten), vor allem in ländlichen Landkreisen. Auf der einen Seite wird dadurch eine flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung mit Fahrzeiten unter 30 Minuten ermöglicht. Auf der anderen Seite führt das Vorhalten dieser ausgeprägten Infrastruktur zu Problemen bei der wirtschaftlichen Leistungserbringung aufgrund der geringen Fallzahlen – Qualitätsanforderungen sind aufgrund von Mindestmengenregelungen schwerer zu erfüllen und adäquates Fachpersonal ist schwieriger zu rekrutieren. Das gilt sowohl für Pflegepersonal als auch für Ärzt\_innen in Weiterbildung (zum Thema Fachkräftemangel in der stationären Pflege siehe Kapitel 3.2.5). Durch die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) erleiden gerade kleinere Häuser finanzielle Einbußen, weil Fachabteilungen aufgrund von Personalmangel geschlossen werden müssen. Ein weiteres Problem ist, dass sich die Länder immer weiter aus der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser zurückziehen. Die Krankenhausfinanzierung erfolgt nach dem dualistischen Prinzip, das heißt, die Kosten für die Patientenbehandlung (=Betriebskosten)

werden von den Krankenkassen getragen und die Investitionskosten von den Ländern. Zwischen 1991 und 2018 ist der Anteil der Investitionskosten im Länderdurchschnitt von über zehn Prozent auf 3,4 Prozent zurückgegangen. Dabei sollten jährlich ca. sieben bis acht Prozent der Gesamtkosten in Investitionen fließen (Klauber et al. 2020).

## Bisherige Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung

Die Einführung eines Fallpauschalsystems (DRG) für die Vergütung stationärer Leistungen im Jahr 2003 hatte zum Ziel, die Versorgung wirtschaftlicher zu machen und dadurch die GKV-Ausgaben zu stabilisieren. Außerdem sollte mehr Transparenz über Leistungen und Kosten in den Krankenhäusern hergestellt werden. Weiterhin wurde erwartet, dass der zunehmende Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um Patient\_innen den Strukturwandel der Krankenhauslandschaft in Richtung Spezialisierung und Zentralisierung vorantreibt.

Bis heute bleibt jedoch unklar, ob die Einführung der DRGs wirklich zu einer höheren Kosteneffizienz geführt und ob sie gleichzeitig einen negativen Einfluss auf die Behandlungsqualität genommen hat. Der erwartete starke Rückgang der Kliniken und Bettenzahlen fiel moderat aus (Klauber et al. 2020). Der zunehmende Kosten- und Wettbewerbsdruck hat nur zu einem teilweisen Umbau der Krankenhauslandschaft geführt, der nicht unbedingt an objektiven Versorgungsbedarfen orientiert war. Es steht außer Frage, dass es auch zu Fehlanreizen durch das DRG-System kam, die sich vor allem in einer Mengenausweitung bestimmter Prozeduren geäußert haben.

Um diesen Fehlanreizen zu begegnen und um die Strukturoptimierung der Krankenhäuser weiter voranzutreiben, wurde 2016 das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG 2016) (Deutscher Bundestag 2015) verabschiedet. Ziel war es, Rahmenbedingungen für eine „gut erreichbare, qualitative hochwertige Krankenhausversorgung“ zu definieren. Dazu wurde das Instrument eines Strukturfonds eingeführt. Finanzielle Mittel aus dem Gesundheitsfonds und in gleicher Höhe von den Bundesländern sollen für den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in regionale Gesundheitszentren eingesetzt werden. Außerdem werden die Sicherstellungszuschläge (siehe auch hier zu Kapitel 3.2.4.) konkretisiert und ein Instrument zur Mengensteuerung (Fixkostendegressionsabschlag) definiert. Die Krankenhausplanung ist im Gegensatz zur Bedarfsplanung Aufgabe der Länder. Im hessischen Krankenhausplan von 2009 wurden Rahmenbedingungen festgelegt, wie z. B. Planungsziele für die Notfallversorgung oder Gestaltungskriterien für regionale Versorgungskonzepte. Dabei sollte die stationäre Versorgung für die sechs Versorgungsregionen in regionalen Krankenhauskonferenzen entwickelt werden.

Mit dem Hessischen Krankenhausgesetz 2011 (HKHG 2011) wurden Gesundheitskonferenzen eingerichtet, in denen eine sektorenübergreifende Betrachtung der Versorgungssituation ermöglicht werden soll, was allerdings in der praktischen Umsetzung auf verschiedene Schwierigkeiten stieß.

Mit der Veröffentlichung des Hessischen Krankenhausplans 2020 (HMSI 2020) wurden die Ziele des KHSG 2016 konkretisiert: (1) Vorrang der Allgemeinkrankenhäuser vor Fachkliniken, (2) Optimierung der Krankenhausstrukturen durch Verbundbildung und Standortkonzentration, (3) Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung. Ebenfalls aufgenommen wurden das Thema einer flächendeckenden Versorgung und Erreichbarkeit, eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie das 2018 im Hessischen Krankenhausgesetz (HKHG 2018) verankerte Ziel der Patientengerechtigkeit. Inhaltlich orientiert sich der Krankenhausplan eng an vom G-BA beschlossenen, planungsrelevanten Indikatoren (G-BA o. J.b). Diese sehen neben den Vereinbarungen von Mindestmengen die Auswahl von Krankenhäusern zur Erbringung bestimmter Leistungen vor (z. B. koordinierende onkologische Zentren, Perinatalzentren, Transplantationszentren etc.). Außerdem werden die bestehenden Fachkonzepte zur Onkologie, Geriatrie, Schlaganfall, Psychosomatik mit Qualitäts- und Strukturvorgaben erweitert und aktualisiert. Das Geriatriekonzept nimmt das Thema demografischer Wandel auf. Basierend auf den Qualitätsvorgaben des G-BA sollen Behandlungskonzepte (Onkologie, Geriatrie, Schlaganfall, Psychosomatik) berücksichtigt und umgesetzt werden. Die sektorenübergreifende Versorgung stellt zwar einen Schwerpunkt im Krankenhausplan 2020 dar, allerdings liegt der Hauptfokus immer noch auf der akutstationären Versorgung. Konkrete planerische Entscheidungen fehlen hier völlig.

## Perspektiven für die zukünftige Gesundheitsversorgung

### (1) Gesteuerter Strukturwandel

Der gewünschte Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft ist nur partiell eingetreten. Stattdessen geraten immer mehr Krankenhäuser in wirtschaftliche Schwierigkeiten. Der prognostizierte Fallzahlrückgang (vor allem durch eine stärkere Ambulantisierung stationärer Leistungen) wird zu einer Verstärkung des Wettbewerbs um die knappen Finanz- und Personalressourcen führen. Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser wird sich ab 2022 weiter verstärken, wenn die Corona-Ausgleichszahlungen für freigehaltene Betten wegfallen, sodass möglicherweise manches bedarfsnotwendige Krankenhaus aufgeben muss. Eine gesteuerte Strukturreform, bei der die Rahmenbedingungen auf Bundesebene festgelegt werden, könnte Abhilfe schaffen. Von der Allianz der Großkrankenhäuser wurde im September 2021 mit dem Positionspapier „Jenseits des Lagerdenkens“ ein Stufenkonzept vorgelegt (AKG 2021). Dabei wird jedes Krankenhaus einer von drei Versorgungsstufen zugeordnet. Vorbild ist das gestufte Modell der Notfallversorgung (SVR 2018, siehe auch Kapitel 3.2.3). Der ersten Stufe sind die Krankenhäuser der Basisversorgung zugeordnet, die mindestens die Fachgebiete Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geriatrie aufweisen und in 30 Minuten erreichbar sein müssen. Spezialkliniken, die ein erweitertes Spektrum bzw. Subdisziplinen der oben genannten Fachgebiete (z. B. Kardiologie) anbieten können und in 45 Minuten erreichbar sind, bilden die zweite Stufe. Der dritten Stufe sind Krankenhäuser der Maximalversorgung und Unikliniken zugeordnet (Erreich-



barkeit zwischen 60 und 90 Minuten). Voraussetzung für eine Umsetzung dieses gestuften Konzepts sind eine ausreichende Finanzierung auf jeder Ebene und die Erarbeitung von einheitlichen Kriterien für die Zuordnung der Kliniken auf Bundesebene. Auch für die Umnutzung von nicht bedarfsnotwendigen Krankenhäusern gibt es inzwischen eine Vielzahl von erprobten Konzepten. Zwei Beispiele hierfür sind der Gesundheitscampus Sauerland in Nordrhein-Westfalen (<http://www.gesundheitscampus-sauerland.de>) und das Gesundheitszentrum Neuerburg in Rheinland-Pfalz (<http://www.gesundheitszentrum-neuerburg.de>).

## (2) Leistungsorientierte Krankenhausplanung

Die aktuelle Krankenhausplanung in Hessen schreibt die Bettenzahlen aufgrund der Bevölkerungsentwicklung fort. Auf diese Weise können keine Leistungen, sondern nur Standorte geplant werden. Bei einer leistungsorientierten Planung steht der Fall im Mittelpunkt, und es wird anhand von Leistungsbereichen und -gruppen geplant. Der Leistungsbereich der internistischen Grundversorgung könnte beispielsweise in verschiedene Leistungsgruppen wie Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie etc. unterteilt werden. Dabei kann neben dem tatsächlichen Ressourceneinsatz auch das ambulante Behandlungspotenzial mitberücksichtigt werden, da nicht mehr pro Bett, sondern pro Fall geplant wird. Ein weiterer großer Vorteil ist die Möglichkeit einer Verknüpfung von Qualitätsindikatoren und Strukturvorgaben für Leistungsbereiche und -gruppen. Auf diese Weise kann die Planungsbehörde technische und personelle Vorgaben für bestimmte Leistungsbereiche/-gruppen festlegen (z. B. Verfügbarkeit von Fachärzt\_innen oder Vorhaltung von Medizintechnik). Allerdings wäre für den Übergang zu einer leistungsorientierten Krankenhausplanung ein hoher initialer Entwicklungsaufwand notwendig, da der Aufbau einer Leistungssystematik komplex und zeitaufwendig ist. Das Land Nordrhein-Westfalen geht diesbezüglich voran und wird den zukünftigen Krankenhausplan auf eine leistungsorientierte Systematik umstellen (MAGS NRW 2019), wovon Impulse für andere Bundesländer erhofft werden.

## (3) Krankenhausfinanzierung

Im internationalen Vergleich ist die Investitionsförderung der Krankenhäuser pro Einwohner\_in und Jahr in Deutschland wesentlich geringer als in anderen europäischen Industriestaaten (Schweiz: 199 Euro, Dänemark: 99 Euro, Niederlande: 77 Euro und Deutschland: 34 Euro) (SVR 2018). Die Krankenhäuser versuchen, die fehlenden Mittel zum Teil aus eigener Kraft aufzubringen (durch Erlöse aus DRGs, Zusatzentgelte und Wahlleistungen), was mit Blick auf die zurückgehenden Fallzahlen immer schwieriger wird. Daher hat der SVR in seinem Gutachten 2018 empfohlen, die Krankenhausfinanzierung von einem dualistischen in ein monistisches System zu überführen, in dem die Krankenkassen Betriebskosten (inklusive Behandlungskosten) und Investitionskosten finanzieren. Dazu gibt es jedoch bis jetzt keinen politischen Konsens. Daher wird als Sofortmaßnahme die Verstetigung der Krankenhaus-Strukturfonds vorgeschlagen, da sie gut geeignet sind, um die Krankenhausstrukturen zu reformieren und die Investitionsförderung der Länder zu ergänzen. Dabei sollte künftig

auch ein Schwerpunkt auf die Schließung von Krankenhäusern in überversorgten Gebieten gelegt werden, nicht nur auf die Schließung von Fachabteilungen (SVR 2018).

## 3.2.2 ERREICHBARKEIT DER KRANKENHÄUSER

### **Zentrales Ergebnis: Ausgeprägte Klinikinfrastruktur bedingt gute Erreichbarkeit der Krankenhäuser**

Durch die ausgeprägte Krankenhausinfrastruktur in Hessen zeigte sich im Jahr 2017 insgesamt eine gute Erreichbarkeit der Plankrankenhäuser. Nur in wenigen Randlagen zwischen Bundesland- oder zwischen Landkreisgrenzen haben die Einwohner\_innen Fahrzeiten von über 30 Pkw-Minuten zum nächstgelegenen hessischen Krankenhaus, und es ist anzunehmen, dass in diesem Fall Kliniken im benachbarten Bundesland in Anspruch genommen werden. Auch bei alleiniger Betrachtung der Krankenhäuser mit ZNA zeigten sich nur geringfügige Änderungen der (guten) Erreichbarkeit. Würde die Zahl der Krankenhausstandorte in etwa halbiert, wären die meisten Gebiete weiterhin innerhalb von 30 Pkw-Minuten erreichbar.

### Bisherige Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung

Der hessische Krankenhausplan (KHP) 2020 legt fest, dass eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen insbesondere in ländlichen Regionen mit einer geringen Versorgungsdichte vorgehalten werden muss. Im Rahmen der Neuordnung des KHSG 2016 wurde der G-BA mit der Festlegung konkreter Vorgaben beauftragt, wann ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt, unter welcher Voraussetzung die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist und welche basisversorgungsrelevanten Leistungen von den Krankenhäusern vorgehalten werden müssen. Dazu wurden durch den G-BA bundeseinheitliche Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für basisversorgungsrelevante Krankenhäuser im jeweiligen Krankenhausplan geschaffen, die aufgrund einer geringen Fallzahl nicht kostendeckend arbeiten können.

Das HMSI hat Ende 2018 eine in Bezug auf die Kriterien „Gefährdung der flächendeckenden Versorgung“ und „Geringer Versorgungsbedarf“ abweichende Landesregelung getroffen, das heißt, die hessische Landesregierung hat den Kreis der Krankenhäuser im Krankenhausplan erweitert, die einen Sicherstellungszuschlag beantragen können. Diese sind in der „Verordnung zur Sicherstellung der flächendeckenden stationären Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Sicherstellungszuschlagsverordnung – KHSichZV)“ geregelt.<sup>6</sup> Die Vorgaben des G-BA legen fest, dass eine flächendeckende

<sup>6</sup> [https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/begruendung\\_zur\\_krankenhaus-sicherstellungszuschlagsverordnung.pdf](https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/begruendung_zur_krankenhaus-sicherstellungszuschlagsverordnung.pdf)



Versorgung gefährdet ist, wenn mindestens 5.000 Einwohner\_innen > 30 Minuten Fahrzeit bis zum nächsten Krankenhaus der Basisversorgung haben. In der hessischen Richtlinie wurde diese Zahl auf 3.500 Einwohner\_innen reduziert und die Fahrzeit auf > 40 Minuten erhöht, und Sicherstellungszuschläge können auch unabhängig vom Vorliegen einer geringen Versorgungsdichte beantragt werden. Zur Begründung heißt es, dass in Hessen in den vergangenen 20 Jahren eine starke Zentralisierung im Krankenhausbereich stattgefunden hat, die verbleibenden Standorte jedoch in relativ bevölkerungsreichen Gebieten liegen. Die Kriterien des G-BA für Sicherstellungszuschläge würden in Hessen nur fünf Krankenhausstandorte erfüllen, mit den erweiterten Bedingungen sind es derzeit 22 Krankenhausstandorte. Laut KHP 2020 soll an dieser Entscheidung zum Sicherstellungszuschlag festgehalten werden (HMSI 2020).

## Perspektiven für die zukünftige Gesundheitsversorgung

Mit den Sicherstellungszuschlägen hat der Gesetzgeber versucht, zwei gegensätzliche Zielsetzungen der Krankenhausplanung zu vereinen. Einerseits sollten durch die DRG-Einführung leistungsfähige und bedarfsorientierte Krankenhausstrukturen geschaffen werden. Andererseits soll eine wohnortnahe stationäre Grundversorgung weiterhin gewährleistet sein (Orolowski 2020). Die aufgrund geringer Fallzahlen entstehenden Defizite sollen durch zusätzliche Sicherstellungszuschläge ausgeglichen werden. Dabei sollen jedoch explizit nur strukturelle Defizite ausgeglichen und keine unwirtschaftlichen Strukturen weiterfinanziert werden (Orolowski 2020). Bei Anwendung der ursprünglichen G-BA-Kriterien würden nur wenige Krankenhäuser in Hessen Sicherstellungszuschläge erhalten. Daher wurden landesspezifische Anpassungen der bundeseinheitlichen Kriterien vorgenommen, damit mehr Krankenhäuser von Sicherstellungszuschlägen profitieren können. Die durchgeführten Erreichbarkeitsanalysen zeigen, dass die Zahl der Regionen mit einer Fahrzeit von mehr als 30 Minuten zu einem Krankenhaus nur geringfügig zunimmt, wenn lediglich Plankrankenhäuser mit einer ZNA einbezogen werden (= ca. 50 Prozent der Kliniken). Mit Blick auf diese Ergebnisse könnte die Frage aufgeworfen werden, ob ein substanzieller Anteil vor allem der kleineren Kliniken in Hessen womöglich verzichtbar sein könnte. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass Krankenhäuser in ländlichen Regionen Hessens angesichts des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten Bereich auch zur Sicherstellung der Primärversorgung beitragen. In diesem Zusammenhang könnte ein sinnvoller zukünftiger Ansatz darin bestehen, die finanziellen und personellen Ressourcen auf weniger stationäre Standorte zu konzentrieren und die (ländliche) Peripherie durch entsprechende bedarfsgerechte Angebote anzubinden. Eine Möglichkeit wäre die Umgestaltung eines nicht versorgungsnotwendigen Krankenhauses zu einem lokalen Gesundheitscampus oder -zentrum (Gesundheitszentrum Neuerburg 2021; Gesundheitscampus Sauerland 2021).

Solche Versorgungsangebote haben den Vorteil, dass sie auf die lokalen Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnitten wer-

den können. Außerdem sind solche Versorgungszentren wesentlich attraktiver für den medizinischen Nachwuchs, da sie dessen Präferenzen hinsichtlich Arbeitsbedingungen, moderner Ausstattung und interessanten beruflichen Zukunftsperspektiven wesentlich besser entsprechen als die insbesondere im ländlichen Raum immer noch am häufigsten vorkommende Einzelpraxis.

Für die Bevölkerung im ländlichen Raum ist es eher von Vorteil, wenn die lokalen Gesundheitsangebote an einem Standort konzentriert sind, weil dadurch die Wegezeit verkürzt wird. Auch wird z.B. die Organisation von Hol- und Bringdiensten für immobile Bürger\_innen dadurch einfacher und effizienter. Die räumliche Nähe von unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgern vereinfacht eine sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgung, wovon besonders ältere multimorbide Patient\_innen und chronisch Kranke mit komplexen Versorgungsbedarf profitieren.

Ein wichtiges Thema in dem Zusammenhang ist die bisher ungeklärte Vergütung von ambulanten und stationären Leistungen im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung. Eine Möglichkeit wäre die Etablierung von regionalen Gesundheitsbudgets auf Grundlage von Pauschalen für Versicherte (Capitationmodell). Dabei erhält eine definierte Gesundheitsregion ein festgelegtes (risikoadjustiertes) Budget für die Versorgung der Bevölkerung, unabhängig davon, wo und wie diese stattfindet. Dadurch soll ein Anreiz entstehen, dass statt durch eine Erhöhung der Leistungen der Fokus auf die Vermeidung unnötiger Behandlungen und auf die Gesundheitsprävention gelegt wird (Klauber et al. 2020).

## 3.2.3 NOTFALLVERSORGUNG

### **Zentrales Ergebnis: Gute flächenmäßige Abdeckung in der Notfallversorgung**

Bezüglich der stationären Notfallversorgung zeigt Hessen eine flächenmäßige gute Abdeckung. Als Indikator wurden die Erreichbarkeitszeiten per Pkw zu den Krankenhäusern mit zentraler Notaufnahme analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass es nur wenige Regionen in Hessen gibt, in denen man mehr als 30 Minuten bis zum nächsten Krankenhaus mit ZNA fahren muss. Dies betrifft insbesondere die Kreisgrenze zwischen dem Landkreis Bergstraße und dem Odenwaldkreis.

### **Bisherige Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung**

In §1 Abs. 2 des HKHG 2011 wird „insbesondere“ eine ausreichende Anzahl von Krankenhäusern gefordert, die die Notfallversorgung und Intensivmedizin sicherstellen. In der Folge ist die Sicherstellung der Notfallversorgung in der Fläche ein zentrales Ziel im hessischen Krankenhausplan 2020 (HMSI 2020). Darin ist explizit festgelegt, dass aus jeder Region Hessens ein Krankenhaus der Notfallversorgung in mindestens 30 Minuten erreichbar sein muss (HMSI 2020). Die

Hilfsfristen des Hessischen Rettungsdienstgesetzes tragen in Kombination mit den Erreichbarkeitsvorgaben des Krankenhausplans ebenfalls dazu bei, die Versorgung in der Fläche zu sichern und die Transportzeiten möglichst kurz zu halten. Dabei sollen die örtlichen Rettungsdienste am Verfahren des Interdisziplinären Versorgungsnachweises (IVENA) teilnehmen. IVENA ist eine Software zur Einschätzung von aktuell verfügbaren personellen und technischen Ressourcen in der Notfallversorgung, um Patientenflüsse adäquat steuern zu können. Dazu greifen Rettungsdienste und Krankenhäuser auf eine gemeinsame Datenbasis zu. So kann vermieden werden, dass beispielsweise Patient\_innen mit schwerer Kopfverletzung in ein Krankenhaus gefahren werden, das für diese Art der Behandlung nicht mit den entsprechenden personellen (Facharzt\_innen) und/oder medizintechnischen (CT oder MRT) Ressourcen adäquat ausgestattet ist. Außerdem wird im KHP Hessen die Empfehlung ausgesprochen, das im Klinikum in Höchst praktizierte „Höchster Modell“ eines gemeinsamen Tresens von zentraler Notaufnahme und ärztlichem Bereitschaftsdienst (ÄBD) der KVH als Modell für eine sektorenübergreifende Notfallversorgung umzusetzen. Hier entscheidet das Personal aus ZNA und ÄBD gemeinsam, ob Patient\_innen stationär oder ambulant weiter versorgt werden soll.

Es gibt in Hessen verschiedene Projekte, um eine sektorenübergreifende Notfallversorgung in der Praxis zu erproben und die Ressourcen aller Beteiligten besser zu nutzen. Ein Beispiel ist das seit Oktober 2020 in drei hessischen Landkreisen gestartete Projekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ (SaN) (Ärzteblatt.de 2020a). Dabei geht es im Kern darum, Notfälle mit stationärem Behandlungsbedarf von ambulant behandelbaren Fällen möglichst bereits beim Anruf der Patient\_innen bei der 112 oder bei der ärztlichen Bereitschaftsdienstzentrale zu unterscheiden und der richtigen Versorgungsebene zuzuleiten. Dazu kann der Rettungsdienst auch ambulante (hausärztliche) Partnerpraxen für die Versorgung von Patient\_innen anfahren. Voraussetzung ist die digitale Vernetzung aller Beteiligten unter Nutzung von IVENA und des strukturierten medizinischen Ersteinschätzungs-Tools SmED.

## Perspektiven für die zukünftige Gesundheitsversorgung

Die angekündigte bundesweite Reform der Notfallversorgung wurde aufgrund der Corona-Pandemie bis auf Weiteres verschoben (BMG 2020a). Dennoch sind im Eckpunktepapier zur Neuordnung der Notfallversorgung des BMG im Jahr 2018 bereits wichtige strategische Festlegungen getroffen worden (BMG 2020). Viele dieser Punkte greifen Vorschläge aus dem SVR-Gutachten von 2018 (SVR 2018) mit dem Thema einer bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung auf, das auch ein Kapitel mit Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Notfallversorgung enthält. Sowohl die stark gestiegene Inanspruchnahme der ZNA durch Bagatellfälle, die lange Wartezeiten und damit verbunden eine steigende Unzufriedenheit des Personals verursacht, als auch finanzielle Fehlanreize (z. B. keine Vergütung für Leerfahrten des Rettungsdienstes, dadurch finan-

zieller Anreiz zum Transport und zur stationären Aufnahme) zeigen die dringende Reformbedürftigkeit der Notfallversorgung. Auch die bisher unzureichende Verzahnung der drei Säulen der Notfallversorgung, die in unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens angesiedelt sind (ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und ZNA,) führen zu steigenden Kosten bei begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen. Um die finanziellen und personellen Ressourcen effizienter einzusetzen, schlägt das Eckpunktepapier des BMG folgende Punkte vor:

- Organisation von integrierten Notfall-Leitstellen (ILS), in denen alle bei den Notrufnummern 112 und 116117 eingehenden Anrufe zentral beantwortet werden;
- Einrichtung integrierter Notfallzentren (INZ);
- Ausweisung des Rettungsdienstes als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich.

In den ILS kann bereits beim Anruf des Patienten oder der Patientin entschieden werden, ob es sich um einen akuten Notfalleinsatz für den Rettungsdienst und/oder den Notarzt/die Notärztin handelt, oder ob ein (geplanter) Termin in einem INZ bzw. beim eigenen Hausarzt/bei der eigenen Hausärztin vereinbart werden kann. Dazu sollten erfahrene Pflegekräfte oder MFAs als Dispatcher\_innen mit erfahrenen Allgemeinmediziner\_innen im Hintergrund eingesetzt werden. Diese können dann auch konkrete Termine, z. B. bei einem niedergelassenen Arzt/einer niedergelassenen Ärztin oder in den INZ, vergeben.

INZ sollen an Krankenhäusern angesiedelt sein und das Konzept des „gemeinsamen Tresens“ (siehe oben) verfolgen, an dem eine gemeinsame Einschätzung der für den Patienten/die Patientin notwendigen Behandlung durch ÄBD und ZNA-Personal erfolgt. Hier wird entschieden, ob ein\_e Patient\_in einer ambulanten oder einer stationären Behandlung bedarf. Auf diese Weise wird die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme unabhängig von den Interessen des Krankenhausträgers getroffen. Die Vergabe eines Termins in einem INZ soll im Normalfall nur bei vorherigem Anruf des Patienten/der Patientin bei der ILS möglich sein. Bei Selbstüberweisung kann es dagegen zu längeren Wartezeiten kommen, wenn keine Dringlichkeit festgestellt wurde.

Zum Gelingen einer solchen sektorenübergreifenden Notfallversorgung ist die Digitalisierung eine wichtige Voraussetzung. Zum Beispiel ist es für die Ersteinschätzung von Patient\_innen zentral, dass alle Versorger Zugriff sowohl auf die medizinischen Informationen über den jeweiligen Patienten/die jeweilige Patientin (z. B. mittels einer elektronischen Patientenakte) als auch auf die verfügbaren technischen und personellen Ressourcen haben (mittels IVENA). Außerdem ist es für die zukünftige Weiterentwicklung der Notfallversorgung unabdingbar, dass eine datenbasierte standardisierte Evaluation sowohl sektorenübergreifend als auch für die einzelnen Sektoren durchgeführt wird. Dazu sollte ein Evaluationskonzept mit entsprechender Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit mitgedacht und eingeführt werden.

Weitere, im SVR-Gutachten 2018 vorgeschlagene, flankierende Maßnahmen zur Entlastung von ZNA sind eine Flexibilisierung der Sprechzeiten von niedergelassenen (Haus-)Ärzt\_innen, z. B. durch vermehrte Abend- und Samstagssprechstunden, sowie eine Erweiterung und Vereinheitlichung der Befugnisse von Notfallsanitärt\_innen. Durch eine multimediale Aufklärungskampagne sollte die Bevölkerung über das Konzept der gestuften/sektorenübergreifenden Notfallversorgung und die zentralen Rufnummern informiert werden.

Als Fazit lässt sich festhalten: Eine Reform der Notfallversorgung ist dringend geboten. Dabei kann die neue Legislaturperiode als Chance genutzt werden, eine umfassende und echte Strukturreform durchzuführen, die die Grenzen zwischen Sektoren, Professionen und Bundesländern überwindet.

Das Eckpunktepapier des BMG (BMG 2020b) beinhaltet die Änderung eines bisher zentralen Paradigmas, in dem vor allem die schnelle räumliche Erreichbarkeit der stationären Versorgung zählte und erst in zweiter Linie die Behandlungsqualität. Zukünftig sollte die Notfallversorgung radikal aus Patientensicht gedacht werden, mit der Priorität auf einer möglichst hohen Behandlungsqualität bei der jeweiligen Erkrankung. Das heißt konkret, dass z. B. ein\_e akute\_r Schlaganfallpatient\_in grundsätzlich statt in die nächstliegende Klinik in ein Krankenhaus gebracht werden soll, das die personellen und medizinisch-technischen Voraussetzungen zur optimalen Behandlung von Schlaganfällen (z. B. Stroke-Unit) besitzt.

Für die entsprechende Ausstattung bzw. den Umbau der Krankenhäuser zur Realisierung einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung und für eine sektorenunabhängige Finanzierung sollte der im Rahmen des am 29.10.2020 in Kraft getretenen Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) (BMG 2020c) initiierte Krankenhauszukunftsfonds genutzt werden. Dieser Fonds soll den Krankenhäusern in Deutschland ein digitales Update ermöglichen, wofür der Bund 3 Milliarden Euro bereitstellt. Es sollen damit Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und in eine Digitalisierung inklusive entsprechender Vorkehrungen für die IT-Sicherheit ermöglicht werden. Die Länder sollen zusätzlich weitere Investitionsmittel von 1,3 Milliarden Euro aufbringen.

### 3.2.4 PERSONALSITUATION

**Zentrales Problem: Fachkräftemangel im stationären Bereich**

Der Fachkräftemangel in der Pflege ist und bleibt eines der zentralen Probleme in der Gesundheitsversorgung sowohl in Hessen als auch in Deutschland insgesamt. In Hessen hat die Zahl der Beschäftigten im pflegerischen Dienst der Kliniken zwischen 2010 und 2017 lediglich um neun Prozent zugenommen, während sie im gleichen Zeitraum beim ärztlichen Dienst um 35 Prozent stieg. Dabei sind die zentralen Punkte vor allem die Arbeitsbelastung und die zunehmende Arbeitsverdichtung in der Pflege. Die Verkürzung der Liegezeit führt dazu, dass Pflegekräfte in den vergangenen

Jahren mehr Patient\_innen betreuen müssen. Dabei ist empirisch belegt, dass mehr und besser ausgebildete Pflegekräfte zu einem besseren Behandlungsergebnis führen (BM 2017).

Der Fachkräftemangel in der Pflege ist in Hessen bereits spürbar, laut Pflegemonitor war für das Jahr 2018 die Nachfrage in allen Regionen und Bereichen weit größer als das Angebot. In der Projektion auf das Jahr 2030 werden hessenweit aufgrund des altersbedingten Ersatzes und des demografischen Wandels 81 Prozent mehr Stellen gebraucht. Die Zahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen konnte zwar kontinuierlich gesteigert werden, die steigenden Absolventenzahlen werden aber bei Weitem nicht die Nachfrage abdecken (Hess. Pflegemonitor 2019). Die ausgeprägte Infrastruktur vor allem kleiner ländlicher Krankenhäuser in Hessen führt dabei zu besonderen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von gut ausgebildetem Pflegepersonal. Aber auch die Rekrutierung von Assistenzärzt\_innen wird für kleine Krankenhäuser zunehmend schwieriger (Ärzteblatt.de 2020b).

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie zeigen vor allem im Bereich der Intensivpflege, dass die Arbeitslast zu hoch ist. In Deutschland betreut eine Intensivpflegekraft derzeit durchschnittlich zwei beatmete Patient\_innen am Tag und drei in der Nacht. In anderen europäischen Ländern liegt dieser Schlüssel bei eins zu eins tagsüber wie auch nachts. Durch die Pandemie haben sich die Arbeitsbedingungen weiter verschlechtert und den Fachkräftemangel deutlich sichtbar gemacht: Der Mangel an geeignetem Personal wurde zum „bottle neck“ bei der Ausweitung der stationären Intensivbetten für die Behandlung von Covid-19-Patient\_innen. Pflegekräfte aus anderen Fachabteilungen wurden kurzfristig nachgeschult und ohne die nötige intensivmedizinische Erfahrung eingesetzt, oder Intensivplätze blieben aus Personalmangel ungenutzt (Böcken/Preusker 2021).

### Bisherige Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung

Vor allem in den vergangenen drei Jahren wurden neue Gesetzesinitiativen angestoßen, um dem Fachkräftemangel und der zu hohen Arbeitsbelastung in der Pflege entgegenzuwirken. Im Jahr 2019 wurde das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossen, das die Ausgliederung der Personalkosten für die Pflege aus den DRGs vorsieht und über ein kostendeckendes Pflegebudget finanziert: Neueinstellungen, Tarifänderungen und Honorarkräfte werden daraus vollständig refinanziert. Darüber hinaus ist darin die Weiterentwicklung und Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Abteilungen im Krankenhaus verankert. Neue Untergrößen werden in der sogenannten Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung (PpUGV) aufgeführt. Dadurch wird sichergestellt, dass Pflegekräfte in Abteilungen mit hohem Pflegeaufwand mehr Zeit für die Patientenversorgung zur Verfügung haben, was die Belastung des Personals reduzieren soll. Seit Anfang 2019 bestehen Personaluntergrößen in der Intensivmedizin, Kardiologie, Unfallchirurgie und Geriatrie, seit 2020 auch in der Herzchirurgie, Neurologie, in den Stroke-Units und in der neurologischen Frührehabilitation. Werden diese Untergrößen unterschritten, führt das zu

einer vorübergehenden Schließung einer Station und damit zu Erlösverlusten. Der Gesamtverlust bzw. das Defizit über alle Krankenhäuser hinweg summiert sich dadurch auf ca. 80 Millionen Euro pro Jahr (Augurzky et al. 2020). Gerade kleinere Krankenhäuser sind hiervon stärker betroffen, da sie mehr Schwierigkeiten haben, kurzfristig Fachkräfte zu rekrutieren. Während der Corona-Pandemie wurde die PpUGV vorübergehend ausgesetzt.

Außerdem fördert das PpSG Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Krankenhäusern. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können Krankenhäuser für einen Zeitraum von sechs Jahren hälftig aus Mitteln der Kostenträger decken. Diese stellen hierfür in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 70 Millionen Euro bereit.

Die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) wurde von den drei Bundesministerien BMG, BMFSFJ und BMAS im Juli 2018 ins Leben gerufen. Zusammen mit den Ländern und zahlreichen Verbänden wurden in fünf Arbeitsgruppen konkrete Maßnahmen vereinbart und seitdem umgesetzt, um den Arbeitsalltag von Pflegekräften spürbar zu verbessern. Ein wesentlicher Baustein sind verbindliche Regeln für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften, die mithilfe des Instruments zur Bemessung des notwendigen Pflegebedarfs und der Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus (Pflegepersonal-Regelung -PPR 2.0) (DKG 2021) quantifiziert werden. Durch dieses Instrument könnte auf die PpUGV verzichtet und könnten somit die finanziellen Einbußen (vor allem für kleine Krankenhäuser) verringert werden. Allerdings zeigte das Instrument in der Pilotierung einen erheblichen Mehrbedarf an Pflegekräften (ca. zehn Prozent) an. Ferner beinhaltet die KAP Erleichterungen bei der Gewinnung ausländischer Pflegekräfte, eine Ausbildungs-offensive durch Erhöhung der Ausbildungskapazitäten um zehn Prozent sowie einen Mindestlohn für Pflegefach- und -hilfskräfte.

Eine weitere Strategie zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege war die Reform des Pflegeberufgesetzes (PflBG) zum 1.1.2020. Mit dieser Reform wurden die ursprünglich getrennten Ausbildungen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zu einer generalistischen dreijährigen Pflegeausbildung zusammengefasst, mit der die EU-weit anerkannte Berufsbezeichnung Pflegefachmann/-frau erworben wird. Alternativ können Auszubildende nach dem zweiten Ausbildungsjahr entscheiden, ob sie eine Vertiefung in Richtung Alten-, Gesundheits- oder Kinderkrankenpflege mit entsprechendem Abschluss wählen möchten.

Strategien zur Fachkräftesicherung in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen in Hessen sind auch im hessischen Gesundheitspakt 3.0 (HMSI 2019) enthalten, wie z. B. Initiativen zum Kennenlernen der Pflegeberufe für junge Menschen (Hessische Gesundheitscamps 2021), zur beruflichen Integration von Geflüchteten und Migrant\_innen im Pflegebereich (Programm Pflege in Hessen integriert)<sup>7</sup> oder zur Rekrutierung von Wiedereinsteiger\_innen und Studien- oder

Ausbildungsabbrecher\_innen für die Pflegeberufe. Zusätzlich sollen Social-Media-Kampagnen helfen, das Image der Pflegeberufe aufzuwerten. Der Pflegemonitor Hessen (Hessischer Pflegemonitor 2021) ist ein wichtiges Informations- und Steuerungsinstrument zur Vorhersage und Abschätzung des gegenwärtig vorhandenen und zukünftig zu erwartenden Fachkräftepotenzials in der Pflege und veröffentlicht alle zwei Jahre Einschätzungen zur Situation auf dem Pflegearbeitsmarkt sowie in der Aus- und Weiterbildung.

Zum Thema Arbeitsbedingungen in der Pflege soll die Initiative „Beruf und Pflege vereinbaren“ Arbeitgeber\_innen für unterstützende Maßnahmen in diesem Bereich sensibilisieren. Dialogprozesse auf Landesebene sollen initiiert werden, wie die Arbeitsbedingungen in der Pflege in Hessen verbessert und regionale Initiativen unterstützt werden können. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Anwerbung und nachhaltige Integration von internationalen Pflegekräften.

Seit Juni 2021 unterstützt das Pflegequalifizierungszentrum Hessen (PQZ) Arbeitgeber\_innen gezielt bei der Gewinnung ausländischer Fachkräfte – neben der Beratung von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern begleitet das Zentrum den Anerkennungsprozess der Pflegefachkräfte.

## Perspektiven für die zukünftige Gesundheitsversorgung

### (1) Gesetzliche Änderungen

Da die meisten Änderungen erst in jüngster Vergangenheit in Kraft getreten sind, werden sich die Auswirkungen der neu eingeführten Maßnahmen erst in der Zukunft zeigen. Bezüglich der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs wird einerseits erwartet, dass dadurch eine Verbesserung der stationären Pflegepersonalausstattung und damit eine Verringerung der Arbeitsbelastung erreicht wird. Andererseits müssen dafür zwei unterschiedliche Entgeltsysteme aufwendig nebeneinander betrieben werden, was mehr Bürokratie und neue Nachweispflichten bedeutet, die Mitarbeitende zusätzlich belasten. Außerdem könnten pflegeferne/-entlastende Tätigkeiten dem Pflegebudget zugeordnet werden. Auch wird erwartet, dass durch die volle Refinanzierung der Pflegekosten aufgrund der besseren Bezahlung eine Abwanderung von Pflegepersonal aus Alten- und Pflegeheimen in die Krankenhäuser entsteht. Augurzky et al. 2020 gehen davon aus, dass die Mehrausgaben durch die im Rahmen des KAP geforderte Einführung eines Mindestlohns für Pflegefach- und Hilfskräfte vollständig in das Pflegebudget fallen und somit nicht durch das Krankenhaus finanziert werden müssen.

Bezüglich der generalisierten Ausbildung in der Pflege wird befürchtet, dass Pflegefachkräfte sich zukünftig vermehrt für die Tätigkeit im Krankenhaus entscheiden und sich dadurch die Personalprobleme in der Altenpflege weiter verschärfen werden. Außerdem können Krankenhäuser die neuen Anforderungen viel leichter als Seniorenheime oder ambulante Pflegedienste erfüllen, da die Auszubildenden bis zu fünf Praktika absolvieren müssen, was kleine ambulante Dienste nicht leisten können.

<sup>7</sup> <https://soziales.hessen.de/familie-soziales/senioren/pflege/altenpflegeausbildung>



## **(2) Akademische Pflegeforschung**

Außerdem braucht es einen Ausbau der Pflegeforschung an den Hochschulen bzw. die Einführung einer Innovationswerkstatt Pflege. Ideen zur Entlastung der Pflege finden derzeit nur selten den Weg in die Praxis, da sie von einzelnen Einrichtungen nicht rechtssicher erprobt und finanziert werden können. Eine Innovationswerkstatt könnte Konzepte für pflegeentlastende und pflegesubstituierende Maßnahmen praxistauglich ausarbeiten und ausgereifte Lösungen für alle Einrichtungen zur Verfügung stellen. Eine weitere Möglichkeit wäre, im Rahmen des Innovationsfonds eine Förderlinie explizit für Pflegeforschung einzurichten.

## **(3) Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs**

Eine weitere wichtige Strategie ist die gesellschaftliche Aufwertung des Pflegeberufes, wozu nicht nur ein höheres Lohnniveau, sondern auch gute Arbeitsbedingungen wie verlässliche Arbeitszeiten, flexible Arbeitszeitmodelle und eine zu bewältigende Arbeitslast gehören. Die inhaltliche Stärkung der Pflege durch Übernahme von mehr Verantwortung, eine stärker interprofessionell ausgerichtete Ausbildung sowie die Arbeit im Team mit anderen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe können ebenfalls zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs beitragen.

## **(4) Digitale Transformation**

Im Zuge der digitalen Transformation im Gesundheitssystem sollten auch Aus-, Fort- und Weiterbildung bei allen Gesundheitsberufen neu gedacht werden. Bisher bleiben Veränderungen durch eine stärkere Ambulantisierung, durch personalisierte Medizin, Automatisierung oder künstliche Intelligenz in den Curricula weitgehend unberücksichtigt. So sind Absolvent\_innen derzeit nur unzureichend auf ein sich wandelndes, zukünftig viel stärker digital ausgerichtetes Gesundheitswesen vorbereitet.



## 4

## ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die Analyse der Gesundheitsversorgung in Hessen zeigt insbesondere zwei Entwicklungen, die auch andere Regionen in Deutschland betreffen. Im ambulanten Sektor ist gerade im hausärztlichen Bereich ein Rückgang der Arztzahlen und Behandlungskapazitäten zu beobachten. Dagegen sind im stationären Sektor weiterhin ausgeprägte Krankenhausstrukturen vorhanden. Beide Tendenzen finden sich verstärkt in den ländlichen Regionen Hessens. Es ist zu erwarten, dass die beschleunigte Alterung der Bevölkerung und der (Haus-)Ärzteschaft sowie eine zunehmende Ambulantisierung stationärer Leistungen diese Entwicklungen zukünftig weiter vorantreiben werden. Eine Fortschreibung des aktuellen Zustands im hessischen Gesundheitswesen würde daher zu einem Anstieg des ambulanten Versorgungsbedarfs der Bevölkerung bei weiter schrumpfenden Behandlungskapazitäten infolge der abnehmenden Arztzahlen besonders bei Hausärzt\_innen führen. Auf der stationären Seite würde der Rückgang der stationären Fallzahlen durch eine verstärkte Ambulantisierung von Leistungen die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser noch weiter verschlechtern und den Druck auf die knappen finanziellen und personellen Ressourcen noch verstärken.

Die immer höhere Dichte der verabschiedeten Gesetze auf Bundes- und Landesebene in den vergangenen Jahren zeigt die Dringlichkeit, bezüglich der beschriebenen Fehlentwicklungen steuernd einzugreifen. Dabei werden die dargestellten Probleme jedoch weiterhin nach Sektoren getrennt angegangen, was beispielsweise im Hinblick auf die Verschiebung von Versorgungsbedarf und -kapazitäten zwischen ambulantem und stationärem Bereich wenig hilfreich erscheint. Eine Möglichkeit, hier steuernd einzugreifen, wäre die Einführung einer **sektorenübergreifenden Bedarfsplanung**. Dazu gibt es bereits ausgearbeitete Vorschläge, wie z.B. den von der AOK aus dem Jahr 2021, der die Einführung eines 3+1 Gremiums aus Vertreter\_innen der Krankenkassen, der KVen, der Landeskrankenhausgesellschaft und des Landes vorsieht, das im Sinne einer sektorenübergreifenden Planung ambulante Versorgungsaufträge an niedergelassene Ärzt\_innen oder Krankenhäuser sowie stationäre Versorgungsaufträge an Krankenhäuser vergeben könnte. Dabei könnten auch Kriterien einer leistungsorientierten Planung einbezogen und auf diese Weise sichergestellt werden, dass Aspekte der flächendeckenden Versorgung berücksichtigt sind.

Den abnehmenden Arztzahlen und verfügbaren Behandlungskapazitäten im hausärztlichen und ländlichen Bereich stehen stetig steigende Arztzahlen insgesamt gegenüber.

Dieser doppelten fachlichen und regionalen Fehlverteilung sollte mit gezielten Fördermaßnahmen für betroffene Fachgebiete und Regionen begegnet werden. Entsprechende Ansätze in der Aus- und Weiterbildung, beispielsweise als Praktika in ländlichen Praxen, existieren bereits, könnten aber in viel stärkerem Ausmaße gefördert oder verpflichtend werden. Zusätzlich müssen die ambulanten und ländlichen Arbeitsbedingungen konkurrenzfähig sein. Außerdem sollte die Ebene der hausärztlichen Versorgung durch den Aufbau **lokaler Gesundheitsversorgungszentren** weiter gestärkt und ausgebaut werden. Diese sind durch ihren multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Ansatz besonders dazu geeignet, eine flächendeckende Grundversorgung für eine alternde Bevölkerung gerade in ländlichen Regionen sicherzustellen und gleichzeitig den veränderten Arbeitspräferenzen der jungen Ärztegeneration gerecht zu werden, wie eine aktuelle Studie des IGES gezeigt hat. Solche Primärversorgungsstrukturen mit regionaler Verwurzelung, teambasierten Arbeitsmodellen mit der Möglichkeit zu Anstellung und Teilzeitarbeit werden auch von vielen Medizinstudierenden begrüßt. Nach Schätzungen des IGES bräuchte man ca. 1.000 Standorte, um eine flächendeckende Primärversorgung in Deutschland sicherzustellen. Das Land Hessen fördert solche lokalen Gesundheitszentren bereits mit der Offensive „Land hat Zukunft“<sup>8</sup> und der aktuellen Förderrichtlinie zur gesundheitlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum. Allerdings reichen diese Initiativen derzeit noch nicht aus, um den aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarf zu decken.

Aber auch im stationären Sektor sind dringend Strukturreformen nötig, da die Krankenhäuser schon jetzt in einem starken Wettbewerb um immer knapper werdende finanzielle und personelle Ressourcen stehen, der die wirtschaftliche Situation vor allem kleinerer Krankenhäuser immer schwieriger macht. Nicht zuletzt die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass eine Konzentration und Spezialisierung der Krankenhauslandschaft die Behandlungsqualität und Patientensicherheit erhöhen könnte. So mussten beispielsweise in der ersten Welle der Corona-Pandemie 30 Prozent der beatmeten Patient\_innen verlegt werden, da die Krankenhäuser für ihre Behandlung nicht adäquat ausgestattet waren. Umgekehrt waren gestufte Krankenhausysteme mit definierten Versorgungspfaden erfolgreicher in der Versorgung schwerst-

<sup>8</sup> <https://www.land-hat-zukunft.de/lokale-gesundheitszentren.html>

kranker Corona-Patient\_innen. Auch hat sich der Mangel an qualifiziertem Fachpersonal als Hauptproblem bei der Ausweitung der Intensivkapazitäten herausgestellt. Die Ausweitung der stationären Kapazitäten für Corona-Fälle hat gezeigt, dass derzeit keine Steuerung der Krankenhäuser nach Qualitäts- oder Leistungskriterien erfolgt. Ein Vorschlag hierzu ist das **Stufenmodell** der Allianz der Großkrankenhäuser, das eine Zuordnung der Krankenhäuser zu drei Stufen (Basis-, Spezial- und Maximalversorgung) vorsieht. Eine solche Stratifizierung der Kliniken könnte eine flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung mit einem nachhaltigen und tragfähigen Ressourceneinsatz ermöglichen. Allerdings wären für solche Strukturreformen ausreichende Investitionsmittel der Länder notwendig. Außerdem bedarf es einer Krankenhausplanung, die Leistungen in Abhängigkeit von Qualitätskriterien planen kann.

Die im Rahmen des vorliegenden Gutachtens dargestellten Entwicklungen legen nahe, dass die aktuellen und zukünftigen Probleme in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Hessen (aber auch bundesweit) absehbar nur durch eine **stärkere Überwindung der Sektorengrenzen** lösbar sind. Dabei hat die Corona-Pandemie nicht nur die aktuellen Probleme, vor allem im stationären Bereich, deutlich gemacht, sondern auch gezeigt, auf welche Weise die Digitalisierung Möglichkeiten für eine Vernetzung und Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg schaffen könnte. Konzepte und Instrumente für die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung sind nicht nur in der Notfallversorgung bereits ausgearbeitet, sie sollten zukünftig erprobt und umgesetzt werden. Die Einführung einer elektronischen Patientenakte könnte erheblich dazu beitragen, dass der Informationsfluss zwischen Gesundheitsversorgern erleichtert und verbessert wird. Gleiches gilt für telemedizinische Angebote, die nicht nur eine vertikale (räumliche) Anbindung der Peripherie an Zentren ermöglichen, sondern auch eine sektorenübergreifende Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgern. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig die elektronische Verfügbarkeit von zentralen Versorgungsdaten ist. Solche Daten sind ebenso für die Versorgungsforschung wichtig, um wissenschaftliche Empfehlungen zu evidenzbasierten und patientenzentrierten Leistungsangeboten abgeben zu können. Bei allen Bemühungen um die nachhaltige Sicherstellung einer auch zukünftig flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und effizienten Gesundheitsversorgung in Hessen sollte immer das Wohl der Patient\_innen im Zentrum stehen.



# Abkürzungsverzeichnis

|                         |                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>ÄBD</b>              | Ärztlicher Bereitschaftsdienst                             |
| <b>ÄiW</b>              | Ärzt_innen in Weiterbildung                                |
| <b>AKG</b>              | Allianz kommunaler Großkrankenhäuser                       |
| <b>BAG</b>              | Berufsausübungsgemeinschaften                              |
| <b>BÄK</b>              | Bundesärztekammer                                          |
| <b>BBSR</b>             | Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung          |
| <b>BMFSFJ</b>           | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| <b>BMAS</b>             | Bundesministerium für Arbeit und Soziales                  |
| <b>BMG</b>              | Bundesministerium für Gesundheit                           |
| <b>BP-RL</b>            | Bedarfsplanungs-Richtlinie                                 |
| <b>Covid-19-KHEntlG</b> | Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz                      |
| <b>DVG</b>              | Digitales Versorgungsgesetz                                |
| <b>EBM</b>              | Einheitlicher Bewertungsmaßstab                            |
| <b>GBE</b>              | Gesundheitsberichterstattung                               |
| <b>G-BA</b>             | Gemeinsamer Bundesausschuss                                |
| <b>GKV-VSG</b>          | GKV-Versorgungsstärkungsgesetz                             |
| <b>HGP</b>              | Hessischer Gesundheitspakt                                 |
| <b>HKHG</b>             | Hessisches Krankenhausgesetz                               |
| <b>HMSI</b>             | Hessisches Ministerium für Gesundheit und Integration      |
| <b>ILS</b>              | Integrierte Notfall-Leitstelle                             |
| <b>INZ</b>              | Integrierte Notfallzentren                                 |
| <b>IVENA</b>            | Interdisziplinärer Versorgungsnachweis                     |
| <b>KAP</b>              | Konzertierte Aktion Pflege                                 |
| <b>KBV</b>              | Kassenärztliche Bundesvereinigung                          |
| <b>KH</b>               | Krankenhaus                                                |
| <b>KHP</b>              | Krankenhausplan                                            |
| <b>KHSG</b>             | Krankenhausstrukturgesetz                                  |
| <b>KHSichZV</b>         | Krankenhaus-Sicherstellungszuschlagsverordnung             |
| <b>KVH</b>              | Kassenärztliche Vereinigung Hessen                         |
| <b>LÄK</b>              | Landesärztekammer                                          |
| <b>LGZ</b>              | Lokale Gesundheitszentren                                  |
| <b>LK</b>               | Landkreis                                                  |
| <b>MDK</b>              | Medizinischer Dienst der Krankenkassen                     |
| <b>MVZ</b>              | Medizinische Versorgungszentren                            |
| <b>PfIBRefG</b>         | Pflegeberufereformgesetz                                   |
| <b>PPR</b>              | Pflegepersonalregelung                                     |
| <b>PpSG</b>             | Pflegepersonal-Stärkungsgesetz                             |
| <b>PpUGV</b>            | Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung                      |
| <b>PQZ</b>              | Pflegequalifizierungszentrum Hessen                        |
| <b>SaN</b>              | Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung          |
| <b>SiRiLi</b>           | Sicherstellungs-Richtlinie                                 |
| <b>SVR</b>              | Sachverständigenrat Gesundheit                             |
| <b>SGB</b>              | Sozialgesetzbuch                                           |
| <b>VSG</b>              | Versorgungsgrad                                            |
| <b>VWD</b>              | Verweildauer                                               |
| <b>ZNA</b>              | Zentrale Notaufnahme                                       |

# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>11 Abbildung 1<br/><b>Einteilung der Landkreise Hessens nach ihrer Ländlichkeit</b></p> <p>12 Abbildung 2<br/><b>Durchschnittsalter der Bevölkerung in den hessischen Gemeinden 2019</b></p> <p>12 Abbildung 3<br/><b>Projektion des Altenquotienten auf Landkreisebene von 2018 auf das Jahr 2040</b></p> <p>14 Abbildung 4<br/><b>Entwicklung von Arztzahlen und Versorgungsaufträgen bis 2019 bezogen auf das Ausgangsjahr 2010</b></p> <p>15 Abbildung 5<br/><b>Veränderungen der Altersgruppen in der hausärztlichen Versorgung zwischen 2010 und 2019 in Deutschland</b></p> <p>16 Abbildung 6<br/><b>Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung, in Beziehung gesetzt zum Durchschnittsalter der Hausärzt_innen und der Bevölkerung in den hessischen Gemeinden 2019</b></p> <p>17 Abbildung 7<br/><b>Versorgungsgrad der Augenärzt_innen und der Kinder- und Jugendärzt_innen in Hessen 2009 und 2019</b></p> <p>18 Abbildung 8<br/><b>Mediane Pkw-Fahrzeit zur nächsten hausärztlichen Praxis auf Gemeindeebene in den hessischen Landkreisen</b></p> <p>19 Abbildung 9<br/><b>Veränderung der Leistungsparameter in der stationären Versorgung 2010–2017</b></p> <p>20 Abbildung 10<br/><b>Beschäftigungsumfang nach ärztlichem Dienst und Pflegedienst</b></p> <p>21 Abbildung 11<br/><b>Durchschnittliche Kosten pro stationärem Behandlungsfall</b></p> <p>21 Abbildung 12<br/><b>Krankenhausdichte pro Landkreis in Hessen im Jahr 2017</b></p> <p>23 Abbildung 13<br/><b>Anteil kleiner Krankenhäuser mit 150 oder weniger Betten in den hessischen Landkreisen 2017</b></p> <p>23 Abbildung 14<br/><b>Erreichbarkeit (Pkw-Fahrzeit) aller Plankrankenhäuser bzw. nur Plankrankenhäuser mit zentraler Notaufnahme (ZNA)</b></p> <p>24 Abbildung 15<br/><b>Übersicht über relevante Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen im ambulanten und stationären Bereich auf Bundes- und Landesebene 2009–2021</b></p> | <p>13 Tabelle 1<br/><b>Entwicklung der Arztzahlen und Versorgungsaufträge in der hausärztlichen Versorgung zwischen 2010 und 2019 in Hessen und im Deutschlandtrend</b></p> <p>14 Tabelle 2<br/><b>Entwicklung der Bedarfsplanungsgewichte ausgewählter Arztgruppen zwischen 2010 und 2019 in Hessen und im Deutschlandtrend</b></p> <p>22 Tabelle 3<br/><b>Einteilung der Ausfallwahrscheinlichkeit von Krankenhäusern anhand eines Ampelsystems</b></p> <p>22 Tabelle 4<br/><b>Ausfallwahrscheinlichkeit von Krankenhäusern in Hessen und Deutschland nach Trägerschaft</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# Literaturverzeichnis

**AKG** 2021: Das AKG-Stufenmodell, [https://www.akg-kliniken.de/fileadmin/user\\_upload/startseite/downloads/20210716\\_AKG\\_Positionspapier\\_6.0\\_final.pdf](https://www.akg-kliniken.de/fileadmin/user_upload/startseite/downloads/20210716_AKG_Positionspapier_6.0_final.pdf) (29.9.2021).

**AOK** 2021: Neue Nähe: Für eine Vergütungs- und Strukturreform im Krankenhaussektor, [https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/positionspapiere/langfassung\\_aok\\_khs\\_positionen.pdf](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/positionspapiere/langfassung_aok_khs_positionen.pdf) (29.9.2021).

**Ärzteblatt.de** 2020a: Hessen startet Modellprojekt zur vernetzten Notfallversorgung, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115856/Hessen-startet-Modellprojekt-zur-vernetzten-Notfallversorgung> (7.10.2021).

**Ärzteblatt.de** 2020b: Personalmangel zwingt Kliniken in Hessen zur Abmeldung von Betten, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/110950/Personalmangel-zwingt-Kliniken-in-Hessen-zur-Abmeldung-von-Betten> (7.10.2021).

**Augurzy; Krolop; Pilny; Schmidt; Wuckel** 2020: Krankenhaus Rating Report 2020 Ende einer Ära: Aufbruch ins neue Jahrzehnt, <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-202009192225742263986> (29.9.2021).

**BÄK** 2021: Ärztestatistik, <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik> (29.9.2021).

**BBSR** 2011: Siedlungsstrukturelle Kreistypen, [https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/download-ref-kreistypen-xls.xlsx;jsessionid=37DA75B8C91F88B6046FA1EE5BD566E9.live11294?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/download-ref-kreistypen-xls.xlsx;jsessionid=37DA75B8C91F88B6046FA1EE5BD566E9.live11294?__blob=publicationFile&v=2) (29.9.2021).

**BMG** 2020a: Reform der Notfallversorgung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html> (7.10.2021).

**BMG** 2020b: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung: Referentenentwurf, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf\\_zur\\_Reform\\_der\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf) (29.9.2021).

**BMG** 2020c: Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenzukunftsgesetz.html> (7.10.2021).

**Böcken J; Preusker** UK 2021: Reaktionsfähigkeit von Kliniken, Bertelsmann Stiftung, [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/SG\\_Reaktionsfaehigkeit\\_Kliniken\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/SG_Reaktionsfaehigkeit_Kliniken_final.pdf) (29.9.2021).

**Bormann, René et al.** 2013: Zukunft der Krankenhäuser: Mehr Qualität, flächendeckende Versorgung und gerechte Finanzierung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/10198.pdf> (7.10.2021).

**Destatis** 2004–2019: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Gesundheit 6, Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt, [https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESeries\\_mods\\_00000124](https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESeries_mods_00000124) (16.9.2021).

**Destatis** 2020a: Deutschlands Versorgungsdichte mit Intensivbetten im internationalen Vergleich hoch: Ausstattungsgrad in Spanien und Italien deutlich niedriger als in Deutschland, [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20\\_119\\_231.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_119_231.html) (7.10.2021).

**Destatis** 2020b: Ergebnisse des Zensus 2011 zum Download, erweitert, <https://www.zensus2011.de/DE/Home/Aktuelles/DemografischeGrunddaten.html> (7.10.2021).

**Deutscher Bundestag** 2015: Krankenhausstrukturgesetz: KHSG, [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl115s2229.pdf#\\_bgbl\\_\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl115s2229.pdf%27%5D\\_\\_1632988896097](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2229.pdf#_bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2229.pdf%27%5D__1632988896097) (29.9.2021).

**DKG** 2021: Ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument, <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/> (7.10.2021).

**FES** 2017: Patient first! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf> (7.10.2021).

**G-BA** 2018: Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20\\_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf) (29.9.2021).

**G-BA** 2019: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3798/2019-05-16\\_2019-06-20\\_BPL-RL\\_Weiterentwicklung\\_konsolidiert\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3798/2019-05-16_2019-06-20_BPL-RL_Weiterentwicklung_konsolidiert_BAnz.pdf) (7.10.2021).

**G-BA** o. J.a: Bedarfsplanungs-Richtlinie: Historie, <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/historie> (7.10.2021).

**G-BA** o. J.b: Vorgaben zur Qualitätssicherung, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/> (7.10.2021).

**GBE** 2021: Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen, [https://www.gbe-bund.de/gbe/trecherche.prc\\_them\\_rech?tk=14501&tk2=15352&p\\_uid=gast&p\\_aid=86336152&p\\_sprache=D&cnt\\_ut=17&ut=15401](https://www.gbe-bund.de/gbe/trecherche.prc_them_rech?tk=14501&tk2=15352&p_uid=gast&p_aid=86336152&p_sprache=D&cnt_ut=17&ut=15401) (7.10.2021).

**Gesundheitscampus Sauerland** 2021: Homepage, <http://www.gesundheitscampus-sauerland.de> (7.10.2021).

**Gesundheitszentrum Breitscheid** 2021: Homepage, <https://gesundheitszentrum-breitscheid.de/> (7.10.2021).

**Gesundheitszentrum Neuburg** 2021: Homepage, <http://www.gesundheitszentrum-neuburg.de> (7.10.2021).

**Greif, Stefan; Stegmüller, Klaus** 2011: Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land: Ein Zukunftskonzept, Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Wiesbaden, <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf> (7.10.2021).

**Hessische Gesundheitscampus** 2021: Homepage, <https://www.gesundheitscampus-hessen.de/index.html> (7.10.2021).

**Hessischer Pflegemonitor** 2021: Homepage, <http://www.hessischer-pflegemonitor.de/> (7.10.2021).

**HMSI** 2012: Hessischer Gesundheitspakt 1.0 (2012–2014), [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiWi8rHrabzAhXQh0HHeHIDT8QFnoECAIQAAQ&url=http%3A%2F%2Fdocplayer.org%2F59478289-Hessisches-ministerium-fuer-soziales-und-integration-e-health-initiative-hessen.html&usq=AOvVaw1M9V\\_T18XUsXlqds2Hny7U](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiWi8rHrabzAhXQh0HHeHIDT8QFnoECAIQAAQ&url=http%3A%2F%2Fdocplayer.org%2F59478289-Hessisches-ministerium-fuer-soziales-und-integration-e-health-initiative-hessen.html&usq=AOvVaw1M9V_T18XUsXlqds2Hny7U) (29.9.2021).

**HMSI** 2015: Hessischer Gesundheitspakt 2.0 (2015–2018), [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy6O-5rabzAhWlGf0HHRNFB3cQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fsoziales.hessen.de%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmedia%2Fhsm%2F2015.03.23\\_gesundheitspakt\\_2.0\\_ratifiziert\\_1.pdf&usq=AOvVaw2LUFaN3UclebyGqndblQd](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy6O-5rabzAhWlGf0HHRNFB3cQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fsoziales.hessen.de%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmedia%2Fhsm%2F2015.03.23_gesundheitspakt_2.0_ratifiziert_1.pdf&usq=AOvVaw2LUFaN3UclebyGqndblQd) (29.9.2021).

**HMSI** 2017: Versorgungsatlas Hessen: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser.

**HMSI** 2019: Hessischer Gesundheitspakt 3.0 (2019–2022), [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiH1YurabzAhX9\\_7sIHR\\_pBmkQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fsoziales.hessen.de%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmedia%2Fhsm%2Fgwe\\_gesundheitspakt\\_3.0.pdf&usq=AOvVaw0njD9A98LmgUEPFVLRVFQY](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiH1YurabzAhX9_7sIHR_pBmkQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fsoziales.hessen.de%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmedia%2Fhsm%2Fgwe_gesundheitspakt_3.0.pdf&usq=AOvVaw0njD9A98LmgUEPFVLRVFQY) (29.9.2021).

**HMSI** 2020: Krankenhausplan 2020, [https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/web\\_krankenhausplan2020.pdf](https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/web_krankenhausplan2020.pdf) (29.9.2021).

**HSMI** 2021: Richtlinie zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen, [https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/fr-gesundheitlichen\\_versorgung\\_insbesondere\\_in\\_laendlichen\\_raeumen\\_-\\_gezeichnet.pdf](https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/fr-gesundheitlichen_versorgung_insbesondere_in_laendlichen_raeumen_-_gezeichnet.pdf) (29.9.2021).

**IGES** 2021: 40 Jahre Erfahrung, [https://www.iges.com/institut/index\\_ger.html](https://www.iges.com/institut/index_ger.html) (7.10.2021).

**KBV** 2020: Erläuterungen zu den statistischen Informationen aus dem Bundessatzregister, [https://www.kbv.de/media/sp/Erlaeuterungen\\_BAR-Statistik.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Erlaeuterungen_BAR-Statistik.pdf) (7.10.2021).

**KBV** 2021: Gesundheitsdaten: Vertragsärztliche Versorgung, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (29.9.2021).

**KBV** o. J.a: Bedarfsplanung, <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content28374> (7.10.2021).

**KBV** o. J.b: Ambulantes Operieren, [https://www.kbv.de/html/themen\\_1126.php](https://www.kbv.de/html/themen_1126.php) (7.10.2021).

**Klauber; Geraedts; Friedrich; Wasem; Beivers** 2020: Krankenhaus-Report 2020, Berlin, Heidelberg.

**KV Hessen** 2009: Bedarfsplan 2009.

**KV Hessen** 2017a: Bedarfsplan 2017, [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjklbvrabzAhUth\\_0HH5Q5AXEQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.kvhessen.de%2Ffileadmin%2Fuser\\_upload%2Fkvhessen%2FBerufseinsteiger%2FNiederlassung%2FBEDARFSPLAN\\_2017\\_15122017.pdf&usg=AOvVaw10nlxsaRhqQIN6aCFXPH9L](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjklbvrabzAhUth_0HH5Q5AXEQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.kvhessen.de%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fkvhessen%2FBerufseinsteiger%2FNiederlassung%2FBEDARFSPLAN_2017_15122017.pdf&usg=AOvVaw10nlxsaRhqQIN6aCFXPH9L) (29.9.2021).

**KV Hessen** 2017b: Sicherstellungsrichtlinie, [https://www.kvhessen.de/fileadmin/user\\_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht\\_Vertrag/RICHTLINIE\\_FOERDERUNG\\_Sicherstellungsrichtlinie\\_Sirili.pdf](https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht_Vertrag/RICHTLINIE_FOERDERUNG_Sicherstellungsrichtlinie_Sirili.pdf) (29.9.2021).

**KV Hessen** 2018: Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung in den Landkreisen Hessens (Fokus Gesundheit), [https://www.kvhessen.de/fileadmin/user\\_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/FOKUS-GESUNDHEIT\\_Gross-Gerau\\_2018.pdf](https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/FOKUS-GESUNDHEIT_Gross-Gerau_2018.pdf) (25.3.2020).

**KV Hessen** 2019: Bedarfsplan 2019, [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjzvrvcrabzAhX7gf0HHbrzDIMQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.kvhessen.de%2Ffileadmin%2Fuser\\_upload%2Fkvhessen%2FBerufseinsteiger%2FNiederlassung%2FBEDARFSPLAN\\_2019.pdf&usg=AOvVaw1H8VLMWxpSkG5B0n\\_3RzT8](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjzvrvcrabzAhX7gf0HHbrzDIMQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.kvhessen.de%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fkvhessen%2FBerufseinsteiger%2FNiederlassung%2FBEDARFSPLAN_2019.pdf&usg=AOvVaw1H8VLMWxpSkG5B0n_3RzT8) (29.9.2021).

**KV Hessen** 2021: Daten zur ambulanten Versorgung in Hessen, <https://www.kvhessen.de/publikationen/daten-zur-ambulanten-versorgung-in-hessen/> (7.10.2021).

**LÄK Hessen** 2021: Mitgliederstatistiken, <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/mitgliedschaft/mitgliederstatistiken> (29.9.2021).

**Land hat Zukunft** 2021a: Homepage, <https://www.land-hat-zukunft.de/hessischer-gesundheitspakt.html> (7.10.2021).

**Land hat Zukunft** 2021b: Integrierte Versorgung: Lokale Gesundheitszentren, <https://www.land-hat-zukunft.de/lokale-gesundheitszentren.html> (7.10.2021).

**MAGS NRW (Hrsg.)** 2019: Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, [https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/gutachten\\_kurz\\_krankenhauslandschaft\\_nrw\\_-\\_kurzfassung\\_-\\_stand\\_05.09.2019.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/gutachten_kurz_krankenhauslandschaft_nrw_-_kurzfassung_-_stand_05.09.2019.pdf) (29.9.21).

**Nolting; Ochmann; Zich** 2021: Gesundheitszentren für Deutschland, Robert Bosch Stiftung GmbH, IGES Gesundheit, <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland> (29.9.2021).

**Orolowski** 2020: Sicherstellungszuschlag – nur für Inselkrankenhäuser?, in: Das Krankenhaus (3), S. 226–234, [https://newsletter.kohlhammer.de/daskrankenhaus/2020-03\\_226-234-Orlowski.pdf](https://newsletter.kohlhammer.de/daskrankenhaus/2020-03_226-234-Orlowski.pdf) (29.9.2021).

**Rusche; Klock; Osenberg; Weismann; Huenges** 2010: Weiterbildung aus Sicht der (Haus-)ärzte von morgen, in: ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin (10), S. 369–378, DOI: 10.3238/zfa.2010.0369.

**Statistik Hessen** 2020: Tabellen: Bevölkerung, <https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten/bevoelkerung-gebiet-haushalte-familien/bevoelkerung-tabellen> (29.9.2021).

**SVR** 2009: Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/sondergutachten-2009> (29.9.2021).

**SVR** 2014: Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Kurzfassung2014.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf) (7.10.2021).

**SVR** 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018> (29.9.2021).

**SVR** 2021a: Homepage, <https://www.svr-gesundheit.de> (7.10.2021).

**SVR** 2021b: Digitalisierung für Gesundheit, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2021/SVR\\_Gutachten\\_2021.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf) (29.9.2021).

**Sozialpolitik aktuell** o. J.: Entwicklung der Krankenhausversorgung 1991–2018, [https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV132.pdf](https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV132.pdf) (7.10.2021).

**van den Busche; Boczor; Siegert; Nehls; Selch; Kocalevent R-D; Scherer M.** 2019: Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2), in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA) (95 (1)), S. 9–13, [https://www.online-zfa.com/fileadmin/user\\_upload/van\\_der\\_Bussche\\_KarMed\\_Studie2.pdf](https://www.online-zfa.com/fileadmin/user_upload/van_der_Bussche_KarMed_Studie2.pdf) (23.9.2021).





## Impressum

### Herausgeberin:

Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.  
Godesberger Allee 149  
53175 Bonn  
E-Mail: [info@fes.de](mailto:info@fes.de)  
Registernummer: VR2392  
Vereinsregister Bonn  
Amtsgericht Bonn  
Vorsitzender: Martin Schulz  
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied: Dr. Sabine Fandrych

### Verantwortung und redaktionelle Mitarbeit:

Severin Schmidt  
Landesbüro Hessen  
Marktstraße 10  
65183 Wiesbaden  
[landesbuero.hessen@fes.de](mailto:landesbuero.hessen@fes.de)

### Inhaltliche Ausarbeitung:

Dr. rer. med. Dorothea Lemke, Pascal Nohl-Deryk, Dr. med. Antje Erler  
Institut für Allgemeinmedizin  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt am Main

### Gestaltung:

Meintrup, Grafik-Design / Andreas Rupprecht, Berlin

### Druck:

Druckerei Brandt, Bonn

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). Eine gewerbliche Nutzung der von der Friedrich-Ebert-Stiftung herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

ISBN: 978-3-96250-970-5

© Friedrich-Ebert-Stiftung Hessen 2021

