

Herausforderungen für die Gesundheitsversor- gung in ländlichen Regionen am Beispiel des südöstlichen Hochsauerlandes

Elena Cramer, Peter
Enste, Jenny Wielga

Auf den Punkt

- In ländlichen Regionen ist die Sicherstellung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung oft mit Problemen behaftet.
- Krankenhäuser in ländlichen Regionen stehen vor unterschiedlichsten Herausforderungen, wie zum Beispiel Fachkräftemangel, Digitalisierungsdruck und eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten.
- Versorgungsgrade der ambulanten Versorgung sind in ländlichen Regionen vielfach gering.
- Der demografische Wandel wird das Krankheitsspektrum im südöstlichen Hochsauerland nachhaltig verändern.
- Es braucht neue Versorgungskonzepte und -ansätze, wie beispielsweise Spezialisierungen, Verbundbildungen und telemedizinische Leistungen.

Zentrale Einrichtung der
Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen Bocholt
Recklinghausen in
Kooperation mit der
Ruhr-Universität Bochum

 **Westfälische
Hochschule**

**RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM** **RUB**

Einleitung

Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gehört zu einer zentralen Aufgabe der Daseinsvorsorge und beinhaltet sowohl eine qualitativ hochwertige Versorgung als auch einen Zugang für möglichst alle Teile der Bevölkerung. Es zeigt sich jedoch zunehmend, dass es immer schwieriger wird, den Bedarf an gesundheitlichen Leistungen in der gesamten Fläche aufrechtzuerhalten. Vor allem ländliche Regionen stehen vor besonderen Herausforderungen. Auf politischer Seite ist die Problematik seit vielen Jahren bekannt. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 wurden Reformen eingeleitet, die der drohenden Unterversorgung vor allem in ländlichen Regionen entgegenwirken sollen. Die Gründe für die Probleme in der ländlichen Versorgung sind vielfältig. In diesem Beitrag wird ein besonderer Blick auf die Herausforderungen der zukünftigen Gesundheitsversorgung im südöstlichen Hochsauerlandkreis gelegt. Dabei werden der Entwicklungstrend der Alterung der Gesellschaft sowie die Herausforderungen der Finanzierung und Erfüllung des Versorgungsauftrags von Krankenhäusern und die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum näher beleuchtet, deren Wechselwirkungen erörtert und mögliche Lösungsansätze aufgezeigt.

Alterung der Gesellschaft

Während die Prognosen vor einigen Jahren eher von einem Bevölkerungsrückgang ausgegangen sind, haben neue Entwicklungstrends (z. B. steigende Geburtenzahlen, Zuwanderung) dazu geführt, dass neueste Prognosen zur Bevölkerungsanzahl mittlerweile davon ausgehen, dass sich die Zahl der Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2040 in Deutschland nicht maßgeblich verändern wird. Es ist allerdings mit einer deutlichen Zunahme von regionalen Disparitäten zu rechnen. Während vor allem große Metropolregionen um Berlin, München und Hamburg weiterwachsen werden, wird der Bevölkerungsstand in ländlichen Regionen in Ostdeutschland, aber auch beispielsweise in Ostwestfalen oder dem Sauerland, weiter rückläufig sein. Diese Entwicklung ist gleichzeitig verbunden mit einem Anstieg des Durchschnittsalters (Maretzke et al. 2021). Obwohl heute der überwiegende Teil der älteren Menschen relativ gesund alt wird, steigt das Risiko, im höheren Alter an einer oder mehreren Krankheiten zu leiden und somit auch der Bedarf nach medizinischer und pflegerischer Versorgung. Gleichzeitig verändert sich auch das Krankheitsspektrum, was in der Folge noch näher beschrieben wird.

Finanzierung und Erfüllung des Versorgungsauftrages von Krankenhäusern

Im Jahr 2019 sorgte eine Studie für mediale Aufmerksamkeit mit der umstrittenen Aussage, dass in Deutschland eine qualitativ bessere Versorgung mit halb so vielen Krankenhäusern möglich sei, weil die deutsche Krankenhauslandschaft in Deutschland durch Überkapazitäten und unzureichende Bündelung der Expertise und Spezialisierung geprägt sei (Loos et al. 2019). Dem gegenüber steht der enorme Versorgungsbedarf, worauf im Weiteren expliziter eingegangen wird.

Die Krankenhauslandschaft steht schon seit vielen Jahren vor großen Herausforderungen: Fachkräftemangel, demografischer Wandel, Digitalisierungsdruck und finanzieller Druck seien an dieser Stelle beispielhaft genannt. Kleine Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen stehen zudem vor dem Problem, dass mit sinkender Bevölkerungszahl auch der Einzugsbereich möglichst groß sein muss,

um kostendeckend und wirtschaftlich agieren zu können. Eine große Rolle spielen dabei die Fix- und Versorgungskosten. Das Prinzip der Fixkostendegression bedeutet, dass die Kosten pro Leistungseinheit mit zunehmender Auslastung fallen. Aufgrund der potenziell geringeren Nachfrage, verbunden mit der niedrigen Bevölkerungsdichte im ländlichen Raum, haben kleinere Häuser gegenüber größeren Häusern einen Nachteil. Somit können kleine ländliche Kliniken nicht mit großen Häusern mithalten. Ergänzend führt dies dazu, dass jedes Haus bemüht ist, eine möglichst hohe Auslastung zu erzielen (Fleßa und Greiner 2013). Die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen kann überwiegend als flächendeckend bezeichnet werden, für einige Regionen können allerdings Anzeichen von Über-, Unter- und Fehlversorgung festgestellt werden. Eine drohende Unterversorgung lässt sich dabei insbesondere im ländlichen Raum beobachten (Partnerschaft Deutschland 2019). Mit dem Krankenhausplan NRW aus dem Jahr 2022 sollen diese Lücken geschlossen werden. Die Krankenhausplanung orientiert sich demnach nicht mehr allein an der Bettenzahl. Der Bedarf richtet sich vielmehr an der jährlichen Fallzahl je medizinischer Leistung, zusätzlich sind Erreichbarkeitsschwellen definiert und die Erfüllung von Mindestvoraussetzungen wird verlangt. Mit der Einführung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen soll die Kooperation der Kliniken gefördert werden (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2022).

Hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum

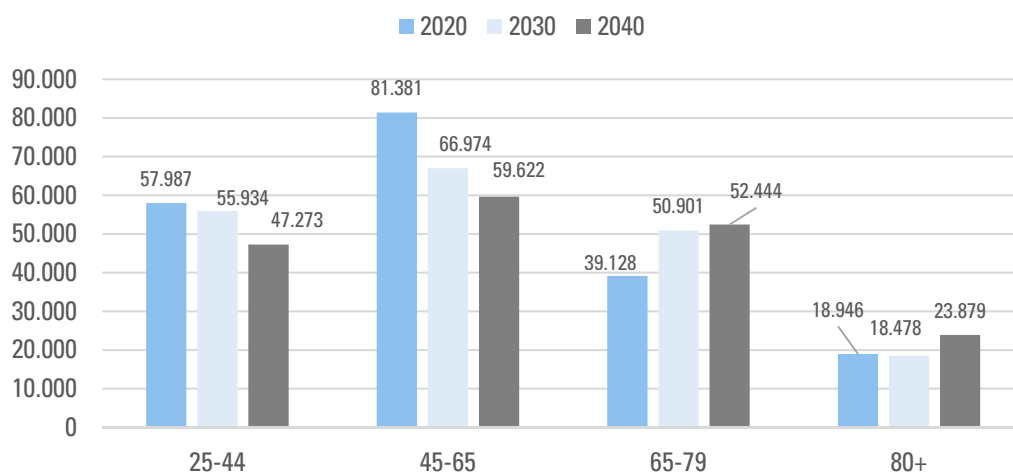
Ein überwiegender Teil der gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Regionen wird durch die niedergelassenen Hausarztpraxen geleistet. Trotz zahlreicher Bemühungen ist es allerdings bis jetzt nicht gelungen, das Problem des Hausarztmangels in den Griff zu bekommen und somit eine zukunftsfähige Sicherstellung der Versorgung in diesem Bereich zu gewährleisten. Im Jahr 2019 war bereits jeder siebte praktizierende Hausarzt älter als 65 Jahre und 3.300 Kassensitze blieben unbesetzt. Prognosen gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2035 diese Zahl auf 11.000 ansteigen wird, mit der Konsequenz, dass ein Fünftel der Kreise in Deutschland als unterversorgt gelten werden. Mit besonderer Härte wird es hier die ländlichen Regionen treffen (Nolting et al. 2021).

Die vorab skizzierten allgemeinen Entwicklungen und Herausforderungen der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum werden nun im weiteren Verlauf beispielhaft für die Region des südöstlichen Sauerlands beschrieben.

Beispiel der Herausforderung „Alternde Gesellschaft“ im Hochsauerlandkreis

Im Vergleich zum gesamten Bundesland Nordrhein-Westfalen ergeben sich für die Demografie im südöstlichen Sauerland einige Besonderheiten, die sich nachhaltig auf die zukünftigen Bedarfe der gesundheitlichen Versorgung auswirken werden. Im gesamten Hochsauerlandkreis (HSK) leben derzeit 259.030 Menschen. Bedingt durch den demografischen Wandel kommt es allerdings in den nächsten Jahren zu einer deutlichen Veränderung der Bevölkerungsstruktur: Bevölkerungsprognosen für die Jahre 2030 und 2040 zeigen, dass die Anzahl der älteren Menschen in der Region deutlich zunehmen und gleichzeitig die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter abnehmen wird.

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung im HSK nach Altersklassen 2020-2040



Quelle: Eigene Darstellung. HSK-Demografiemonitor (2021).

Die Abbildung 1 zeigt den oben skizzierten Entwicklungstrend: Die beiden jüngeren Altersklassen sind durch Bevölkerungsrückgänge gekennzeichnet, während die Balken der älteren Altersklassen bis zum Jahr 2040 wachsen.

Diese Entwicklungstendenzen lassen sich am Beispiel der Stadt Brilon gut darstellen. Aktuell leben in Brilon 25.336 Menschen, von denen nach Daten des Demografiemonitors (2021) die meisten zwischen 25 und 65 Jahren alt sind. Die Prognose deutet darauf hin, dass sich die Anzahl der Personen im Alter von 25 bis 65 Jahren von 13.437 Personen in 2020 auf 10.690 Personen in 2040 reduzieren wird. Demgegenüber erhöht sich die Anzahl der 65- bis 79-Jährigen von 3.960 Personen auf 5.244 Personen und der über 80-Jährigen von 1.981 Personen in 2020 auf 2.388 Personen in 2040. Der Altenquotient¹ entwickelt sich von 38,5 (2020) zu 57 (2040). Gleichzeitig zeigen sich gerade in der Altersklasse 80 Jahre und älter geschlechtsspezifische Unterschiede: hochaltrige Frauen nehmen mit 63 % einen deutlich höheren Anteil im Gegensatz zu den hochaltrigen Männern ein (37 %).

Pflegebedürftigkeit im HSK

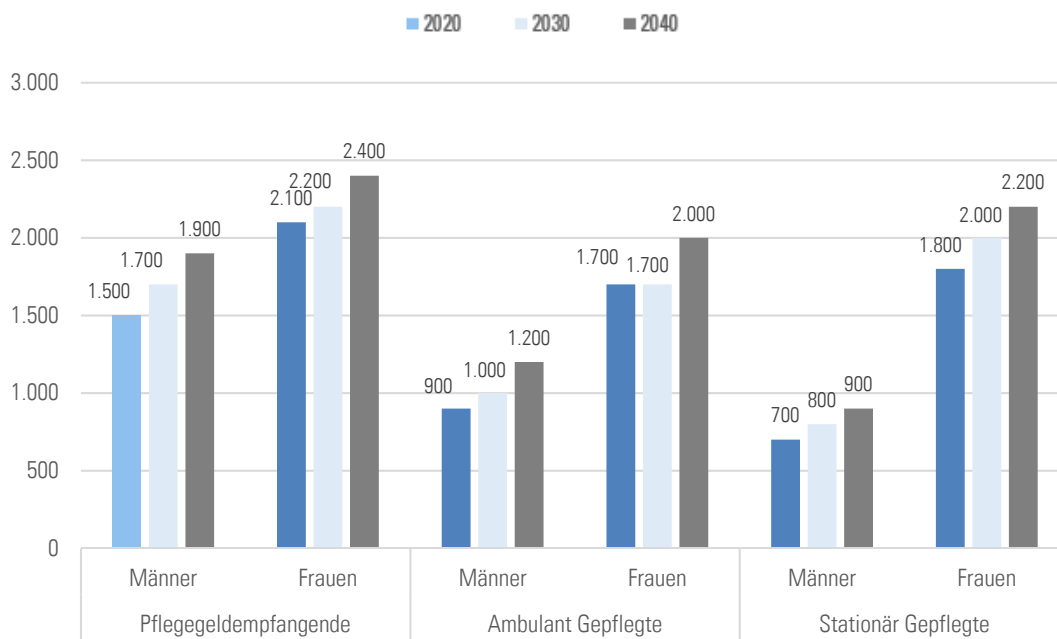
Die Entwicklung in der Altersstruktur wirkt sich ebenfalls deutlich auf die Anzahl der pflegebedürftigen Personen im HSK aus. Obwohl Alter nicht gleichzusetzen ist mit Gebrechlichkeit, steigt im Alter die Gefahr an einer oder mehreren Erkrankungen zu leiden und auf Pflege angewiesen zu sein.

Dies wird auch in der Prognose des HSK-Sozialmonitors (2021) deutlich, aus der eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit von 2020 bis 2040 hervorgeht. Differenziert wird hierbei nach Pflegegeldempfangenden, ambulant Gepflegten und stationär Gepflegten, wobei in allen drei Bereichen eine Zunahme zu verzeichnen ist. Die Zunahme in den drei Bereichen verteilt sich wie folgt: die Zahl der Pflegegeldempfangenden wird von 3.600 Personen im Jahr 2020 auf 4.300 Personen im Jahr 2040 steigen (+ 19,4 %). Ambulant gepflegt wurden 2020 noch 2.600 Personen, dies erhöht sich in 2040 auf 3.200

¹ Der Altenquotient bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter (z. B. 65 Jahre und älter) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (z. B. von 20 bis unter 65 Jahren) ab.

Personen (+ 23 %). Im Bereich der stationären Pflege werden die Zahlen von 2.500 Personen auf 3.100 Personen ansteigen (+ 24 %) (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Prognose der Pflegebedürftigkeit von 2020 bis 2040 im HSK



Quelle: Eigene Darstellung. HSK-Sozialmonitor (2021).

Somit ist davon auszugehen, dass mindestens 600 weitere Personen bis zum Jahr 2040 im gesamten HSK auf einen stationären Pflegeplatz angewiesen sind. Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass der Bevölkerungsrückgang in den jüngeren Altersklassen und der Trend zur Singularisierung dazu führen werden, dass die Zahl der pflegenden Angehörigen sich rückläufig entwickelt. Somit könnte sich die Gruppe der ambulant und stationär Gepflegten nochmals erhöhen. Insgesamt entsteht ein deutlich wachsender Bedarf an Pflegeangeboten in der Region. Sowohl die demografische Entwicklung als auch die Entwicklung der steigenden Pflegebedürftigkeit machen eine Sicherstellung und Optimierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Brilon unabdingbar, denn gerade die Altersklasse der über 65-Jährigen ist auf eine ortsnahe Versorgung angewiesen.

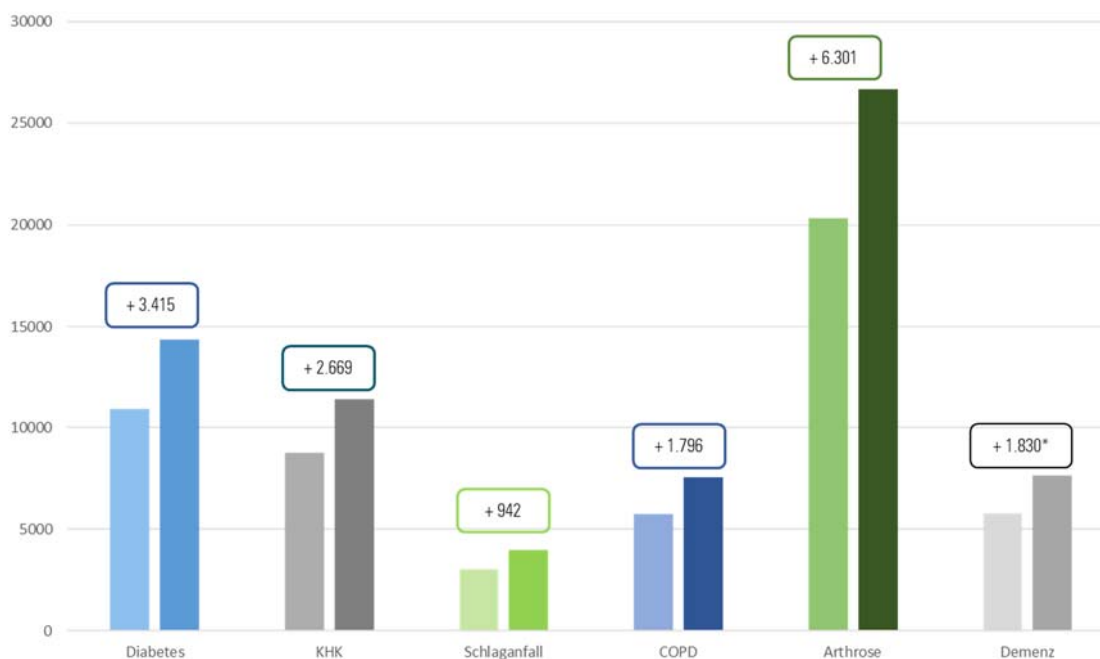
Prognostische Entwicklung ausgewählter Krankheitsbilder

Um zukünftige Versorgungsbedarfe abschätzen zu können, wurde eine prognostische Berechnung für ausgewählte Krankheitsbilder bis 2040 durchgeführt. Für die Berechnung der Prognosen wurden die Prävalenzdaten des Health Monitorings vom RKI zugrunde gelegt, die auf die Bevölkerungszahlen und -prognosen für den HSK übertragen wurden. Hierbei wurden typische Krankheitsbilder dargestellt, die durch eine hohe Prävalenz im Alter gekennzeichnet sind und sich somit an den Prognosen für die demografische Entwicklung in der Region orientieren: Diabetes, Koronare Herzkrankheit (KHK), Schlaganfall, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) und Arthrose. Eine gesonderte Darstellung erfolgt für das Krankheitsbild der Demenz.

Berücksichtigt werden muss, dass es weitere externe Größen und Entwicklungen geben kann, die den Verlauf positiv oder negativ beeinflussen können. Beispielhafte externe und nur schwer kalkulierbare Variablen sind dabei eine veränderte Bevölkerungsentwicklung durch Covid-Todesfälle oder andere Entwicklungen, eine Änderung des Krankheitsspektrums oder Lebensstilveränderungen. Die Prognosewerte sind demnach als Tendenzen zu sehen, die einen ersten Überblick über zukünftige Bedarfe für medizinische und pflegerische Versorgung geben sollen.

Die Hochrechnung der Fallzahlen unter den heute gegebenen Bedingungen („ceteris paribus“) für den gesamten HSK für das Jahr 2040 prognostiziert eine deutliche Zunahme für verschiedene alters-typische Krankheitsbilder (siehe Abbildung 3). Dabei ergibt sich folgendes Bild: Die Anzahl von Patient:innen mit Diabetes mellitus wird bis 2040 mutmaßlich um 3.415 Fälle zunehmen, für die koronare Herzkrankheit um 2.669 Fälle, für einen Schlaganfall um 942 Fälle, für die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) um 1.796 Fälle und für Arthrose um 6.301 Fälle. Somit wird der Versorgungsbedarf für diese ausgewählten Krankheitsbilder im gesamten HSK deutlich steigen.

Abbildung 3: Prognostische Entwicklung einiger Krankheitsbilder im gesamten HSK von 2020 (links) bis 2040 (rechts)



Quelle: Eigene Darstellung. Robert-Koch-Institut: Health Monitoring (2020).

*Demenz: ermittelt bei einer durchschnittlichen Prävalenz von 10%. Da mit steigendem Lebensalter die Prävalenz deutlich steigt, ist mit einem deutlich höheren Anstieg zu rechnen.

Für das Krankheitsbild der Demenz ergibt sich eine Besonderheit, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Die Prävalenzraten sind innerhalb der Altersgruppe 65+ stark differenziert, sodass eine Prognose mit den vorliegenden Daten sehr schwierig ist und die Gefahr besteht, die Anzahl der demenziell Erkrankten für das Jahr 2040 deutlich zu niedrig zu prognostizieren. Man kann davon ausge-

hen, dass in der Altersgruppe 65+ im Durchschnitt etwa 10 % an einer demenziellen Erkrankung leiden. Dies würde bedeuten, dass im gesamten HSK die Zahl der Erkrankten von 5.800 (2020) auf 7.630 (2040) ansteigen wird. Dass sich mit zunehmendem Lebensalter aber der Anteil der Erkrankten deutlich erhöht, zeigen folgende Zahlen: Während in der der Altersgruppe 65 – 69 Jahre lediglich 1,6 % an einer demenziellen Erkrankung leiden, steigt der Wert in der Altersgruppe 80 – 84 Jahre schon auf 15,6 % an. In der Altersgruppe 90+ geht man davon aus, dass mehr als 40 % an einer demenziellen Erkrankung leiden. Zudem zeigen sich große geschlechtsspezifische Unterschiede. Da bis zum Jahr 2040 vor allem auch die Anzahl an hochaltrigen Personen in der Region steigen wird, ist davon auszugehen, dass die weiter oben prognostizierte Anzahl deutlich überschritten wird.

Somit wird der gesamte Versorgungsbedarf in der Region erheblich wachsen. Aus der Analyse der prognostischen Entwicklung lässt sich schlussfolgern, dass es alternativlos ist das medizinische und pflegerische Versorgungsangebot auszubauen. Dafür werden neue Versorgungsformen benötigt, wie beispielsweise eine Tagesklinik für die Zunahme der geriatrischen Patient:innen oder telemedizinische Angebote, die die Menschen in der Region unterstützen können, möglichst lange selbstbestimmt in der eigenen Wohnung leben zu können.

Um die gesundheitliche Versorgung auch langfristig für eine älter werdende Gesellschaft zu sichern, lassen sich aus diesen Ergebnissen zwei konkrete Handlungsfelder für die Region ableiten. Zum einen ist davon auszugehen, dass der Bedarf an ambulanten und stationären Pflegekapazitäten deutlich zunehmen wird, so dass an dieser Stelle ein Ausbau angestrebt werden muss. Auch für die Krankenhäuser der Region entstehen durch diese Entwicklung neue Herausforderungen. Besonders das Entlassungsmanagement und der Sozialdienst müssen für eine nahtlose Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus sorgen. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, Übergangspflege für maximal zehn Tage als Leistung zu berechnen, wenn im Anschluss an die durchgeführte Behandlung eine anschließende pflegerische Versorgung nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden kann. Diese Leistung kann in der momentanen Situation dazu dienen, einen kurzfristigen Engpass in der stationären oder ambulanten pflegerischen Versorgung aufzufangen. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Entwicklung stößt diese Leistung aber sehr schnell an ihre Grenzen, so dass über andere Möglichkeiten nachgedacht werden muss, den steigenden Bedarf aufzufangen.

Zum anderen entsteht durch die Zunahme der Anzahl von älteren Menschen ein zusätzlicher Bedarf nach altersmedizinischen Leistungen. Dieser Bedarf kann durch das momentane Angebot in der Region nicht langfristig als gedeckt beurteilt werden. Auf die besonderen Herausforderungen bezüglich bestimmter altersspezifischer Krankheiten wird in einem der folgenden Kapitel noch gesondert eingegangen.

Auch wenn, wie bereits weiter oben beschrieben, Alter nicht gleichzusetzen ist mit Krankheit, muss auch bedacht werden, dass mit steigendem Alter der Aktivitäts- und Mobilitätsradius abnimmt. Für die gesundheitliche Versorgung bedeutet dies, dass ein breites Spektrum an ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung wohnortnah sichergestellt werden muss.

Die Analyse der Daten zeigt des Weiteren, dass sich die Veränderungen der Bevölkerungsstruktur in den nächsten Jahren zunehmend auf die Entwicklung der zukünftigen Krankheitsgeschehnisse in der

Bevölkerung auswirken wird. Mit Blick auf die neue Krankenhausplanung NRW, die nun nicht mehr Fachabteilungen ausweist, sondern Leistungsbereiche mit untergeordneten Leistungsgruppen, ergeben sich für eine ländliche Region wie den Hochsauerlandkreis besondere Herausforderungen.

Die Krankenhausplanung NRW sieht weiter vor, dass allen Menschen im Land in gleicher Weise Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung möglich sein muss. Anstatt der bisherigen Bettenplanung wird dies mit qualitativen Mindestanforderungen, wie zum Beispiel mit Facharztquoten, Verfügbarkeiten oder vorzuhaltenden Geräten für Leistungsbereiche, geregelt. Am Beispiel der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ bedeutet dies, dass folgende Kriterien erfüllt sein müssen: insgesamt müssen drei Fachärzte mit der Qualifikation auf dem Gebiet der Inneren Medizin beschäftigt sein, eine 24/7 Rufbereitschaft muss gewährleistet sein sowie mindestens sechs medizinische Gerätschaften (z.B. Röntgen, EKG, etc.) vorgehalten werden. Zusätzlich muss die Leistungsgruppe Intensivmedizin am Standort erbracht werden sowie die Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie in Kooperation vorhanden sein. Gleichzeitig sieht die Planung auch für die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ vor, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen (90 %) ein Krankenhaus in mindestens 20 PKW-Minuten erreichen soll. Diese Grenze unterschreitet die 30-Minuten-Grenze aus § 3 der Sicherstellungszuschläge-Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Beide Anforderungen (Erreichbarkeitsschwelle und Mindestvoraussetzungen) zu erfüllen stellt gerade ländliche Regionen in Nordrhein-Westfalen vor besondere Herausforderungen: können Krankenhäuser die geforderte Facharztquote nicht erfüllen, hätte dies zur Konsequenz, dass bestimmte Abteilungen nicht mehr weiterbetrieben werden könnten oder sogar ganze Häuser geschlossen werden müssten. Damit würde aber erstens die Forderung nach der 20-minütigen Erreichbarkeit nicht mehr tragfähig sein und zweitens würden Regionen deutliche Standortnachteile erhalten, weil beispielsweise in Schlüsselbereichen der Versorgung Lücken vorprogrammiert sind, etwa in der Kardiologie. Darunter würde dann nicht nur die Lebensqualität der Bevölkerung leiden, sondern dies wäre auch ein erheblicher Nachteil für die Qualität des Wirtschaftsstandorts bei der Arbeitskräftesicherung.

Diese Situation wirft die Frage auf nach neuen sektorübergreifenden Allianzen und auch Kooperationen zwischen den Krankenhäusern einer Region und nahegelegenen Maximalversorgern, um gemeinsam eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Dabei müssen auch die Chancen der Digitalisierung in Form von Telekonsilen, Televisiten, digitalen Akten etc. mitgedacht werden. Den hohen Anforderungen der Krankenhausplanung NRW an die Fachlichkeit und an Fallmindestmengen könnte so mit einer dauerhaft angelegten und virtuell, telemedizinisch gestützten Partnerschaft genüge getan werden. Erste Erfahrungen aus virtuellen und digital gestützten Verbundstrukturen berechtigen zu der Hoffnung, dass dies nicht nur zur Absicherung der bisherigen Versorgungsqualität beiträgt, sondern noch hilft, das Versorgungsniveau anzuheben.

Beispiel der Herausforderung **“Finanzierung und Erfüllung des Versorgungsauftrages von Krankenhäusern” im Hochsauerlandkreis**

In einem weiteren Schritt wurden acht Krankenhäuser im südöstlichen Hochsauerlandkreis analysiert. Dafür wurden sowohl die Qualitätsberichte des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2019 wie auch Online-Informationen für folgende Krankenhäuser einbezogen: Maria-Hilf Krankenhaus in Brilon, Krankenhaus Maria Hilf in Warstein, St. Walburga Krankenhaus in Meschede, Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft in Schmallenberg, Elisabeth Klinik in Olsberg, St. Franziskus Hospital in Winterberg, St. Marien Hospital in Marsberg und das Stadtkrankenhaus in Korbach.

Abbildung 4: Analytierte Krankenhäuser im südöstlichen Hochsauerlandkreis, dargestellt nach Größe



Quelle: Eigene Darstellung. Datengrundlage: Qualitätsberichte des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2019

Es zeigt sich, dass die Fachabteilungen der Chirurgie, inneren Medizin, Intensivmedizin, Altersmedizin und der Funktionsbereich der Radiologie vielfach durch alle analysierten Krankenhäuser abgedeckt werden. Beim Vergleich der Leistungsangebote der unterschiedlichen Häuser lassen sich aber dennoch Akzentsetzungen erkennen, die dann für einen großen Einzugsbereich Versorgungsrelevanz haben. Beispielhaft lassen sich für das Krankenhaus Maria Hilf in Brilon hier zum einen die Fachabteilung für Geburtshilfe mit ausgeprägter ‚angelagerter‘ Versorgungsstruktur (v.a. über eine Hebammenpraxis, eine Gemeinschaftspraxis und eine Elternschule) sowie zum anderen die Diabetologie und Nephrologie ausmachen. Des Weiteren setzt Brilon mit den Fachbereichen für Adipositaschirurgie und Wirbelsäulenchirurgie weitere regionale Schwerpunkte im HSK. Die Darstellung deutet daraufhin, dass die stationäre Versorgung im Hochsauerlandkreis aktuell noch gegeben ist, aber sich bereits Entwicklungen hinsichtlich Schließungen von Krankenhäusern und einzelnen Abteilungen (z.B. Schließung Geburtenklinik Warstein) abzeichnen.

Das Beispiel des Hochsauerlandkreises verdeutlicht die Herausforderungen in der Erfüllung des Versorgungsauftrages. Zurzeit ist weitgehend eine Versorgung der Bürger:innen im ländlichen Raum gewährleistet. Zukünftig zeichnet sich jedoch eine Gefährdung der Versorgung ab. Langfristig werden daher Konzepte benötigt, um den stationären Versorgungsbedarf zu decken. Mögliche Ansätze sind dabei eine verstärkte Verbundbildung, weitere Kooperationen mit Häusern der Maximalversorgung und weitere Spezialisierungen der lokalen Krankenhäuser.

Beispiel der Herausforderung "Hausärztliche Versorgung" im Hochsauerlandkreis

Um die gesundheitliche Versorgungssituation in der untersuchten Region umfassend beurteilen zu können, wurde neben der Analyse der Krankenhäuser auch die allgemeinärztliche Versorgung untersucht. Hierfür wurden Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) genutzt. Die allgemeinmedizinische hausärztliche Versorgung im HSK gestaltet sich regional sehr unterschiedlich: So lassen sich Versorgungsgrade in den Mittelbereichen² (MB) im HSK (2020) zwischen 85,3 % für Brilon MB bis hin zu maximal 108,8 % in Winterberg MB ausmachen. Der Versorgungsgrad wird auf Grundlage des SOLL- und IST-Niveaus der hausärztlichen Versorgung ermittelt. Winterberg ist dabei mit einem Versorgungsgrad über 100 % die einzige Ausnahme. In Brilon ist der Versorgungsgrad am geringsten. Damit wird Brilon der Kategorie „drohende Unterversorgung“ zugeordnet.

Mit Blick auf die Altersstruktur der Allgemeinmediziner:innen wird erkenntlich, dass ca. 38 % der Allgemeinmediziner:innen über 65 Jahre alt sind. Weitere 33 % sind zwischen 55 und 65 Jahren alt, zurzeit ist kein Allgemeinmediziner:in jünger als 45 Jahre. Es ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren eine große Anzahl aus der Gruppe der über 65-Jährigen Allgemeinmediziner:innen in den Ruhestand gehen wird, so dass eine Versorgungslücke zu entstehen droht.

Der Versorgungsgrad reduziert sich weiter drastisch, wenn keine Nachfolgeregelungen für bestehende Hausarztpraxen gefunden werden. Laut KVWL gibt es Probleme bei der Nachbesetzung von Hausarztsitzen im ländlichen Bereich, so dass Praxisneugründungen, Praxisübernahmen oder Anstellungen finanziell gefördert werden. Für die ambulante Versorgung resultiert daraus ein akuter Handlungsbedarf, insbesondere für die Versorgung im Mittelbereich Brilon. Mögliche Handlungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation könnten in einer verstärkten Ambulantisierung liegen, dem Ausbau eines kommunal betriebenen Medizinischen Versorgungszentrums oder einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Angeboten.

Die Versorgungslage bei niedergelassenen Hausärzt:innen im Einzugsbereich der Krankenhäuser der Region ist Herausforderung und Gestaltungsverpflichtung gleichzeitig. Ohne dass Krankenhäuser mit einer leistungsfähigen niedergelassenen (Haus-)Ärztenschaft zusammenarbeiten, können sie ihre eigenständige Zukunftsfähigkeit nicht (oder allenfalls suboptimal) sicherstellen. Ein Engagement für

² Die hausärztliche Versorgung ist aufgeteilt in 111 Mittelbereiche, die aus kreisfreien Städten oder einem Zusammenschluss kreisabhängiger Gemeinden bestehen. (Quelle: KVWL)

die Stärkung und für den Ausbau der ambulanten Versorgung und für eine starke niedergelassene Medizin könnte nicht nur der Verbesserung der Versorgung ‚vor Ort‘ dienen, sondern auch die eigenen Zukunftspotenziale weiterentwickeln – und wird deshalb zu einer Verpflichtung, der im Interesse der kommunal zu verantwortenden Daseinsvorsorge nachgekommen werden sollte.

Zusammenfassung

Die Gesundheitspolitik in Deutschland – sowohl seitens der Bundesregierung als auch seitens großer Teile der Opposition – setzt darauf, dass in den kommenden Jahren auf regionaler Ebene patientenorientiert vernetzte Versorgungsstrukturen entstehen. Auch die neue Koalitionsvereinbarung 2022-2027 von CDU und Grünen „Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen“ zielt auf eine optimale sektorübergreifende Versorgung durch Kooperation der ambulanten und stationären Angebote. Stichworte dafür sind etwa: Krankenhausverbünde mit Spezialisierungen, Gesundheitsregionen und multiprofessionelle Gesundheitszentren. Dies sind Szenarien, die für den Hochsauerlandkreis im Allgemeinen und für das südöstliche Hochsauerland im Besonderen fruchtbar gemacht werden können. Für kommunal getragene Krankenhäuser bieten sich mehrere Handlungsansätze: Ein erster könnte eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Angeboten sein; ein wichtiger Beitrag hierzu wären etwa patientenorientierte Verbesserungen beim Übergangsmanagement. Ein weiterer Schritt könnte der Ausbau von ambulanten Angeboten durch die Krankenhäuser vor Ort sein, natürlich nur dort, wo keine Konkurrenz zu den Angeboten niedergelassener Ärzt:innen zu erwarten ist.

Die durchgeführte Analyse zur Gesundheitsversorgung im südöstlichen Hochsauerlandkreis deckt exemplarisch zukünftige Versorgungsbedarfe und Entwicklungsmöglichkeiten auf. Durch den demografischen Wandel, die Zunahme der Pflegebedürftigkeit, den steigenden Anteil an Personen mit versorgungsrelevanten Krankheiten und den geringen ambulanten Versorgungsgrad werden zeitnahe und tragfähige Versorgungs- und Zukunftskonzepte benötigt. Beispielsweise könnten Krankenhäuser in ländlichen Regionen sich bzgl. ihrer Spezialbereiche mit benachbarten Krankenhäusern abstimmen und ihr Angebot somit gegenseitig ergänzen, anstatt in Konkurrenz zu treten, ganz im Sinne des neuen Krankenhausrahmenplans, der in den kommenden Jahren möglichst zeitnah umgesetzt werden soll. Eine stärkere Spezialisierung könnte eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten, vorausgesetzt natürlich, die bestehenden Angebote und zukünftigen Bedarfe werden im Vorfeld erhoben. Darüber hinaus sollte dort, wo sich fachliche Engpässe ergeben, über telemedizinische Zusammenarbeit die Expertise aus Kooperationskrankenhäusern eingeholt werden. Akteure in ländlichen Regionen sollen dahingehend die Chance ergreifen, anstoßend, kooperierend, konzipierend und wo nötig mit dem Ausbau der Versorgungsangebote proaktiv an der Gestaltung ihrer Gesundheitsregionen mitzuwirken. Dies ist ein zentraler Schritt, damit eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe gesundheitliche Versorgung für möglichst alle Menschen – nicht nur in Nordrhein-Westfalen – sichergestellt werden kann.

Literaturverzeichnis

Fleßa, Steffen; Greiner, Wolfgang (2013): Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen. 3., überarb. Aufl. Wiesbaden: Springer Gabler (Lehrbuch).

Loos, Stefan; Albrecht, Martin; Zich, Karsten; Bertelsmann Stiftung (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung.

Maretzke, Steffen; Hoymann, Jana; Schlömer, Claus; Stelzer, Alexander (2021): Raumordnungsprognose 2040. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (BBSR-Analysen kompakt, 2021, 03).

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022): Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. Düsseldorf.

Nolting, Hans-Dieter; Ochmann, Richard R.; Zich, Karsten (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Partnerschaft Deutschland (2019): Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen. Berlin.

Autor:innen: Dr. Peter Enste leitet den Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik, Elena Cramer und Jenny Wielga sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in dem Forschungsschwerpunkt.

Kontakt: enste@iat.eu; cramer@iat.eu; wielga@iat.eu

ISSN 1866 – 0835

*Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen –
Bocholt – Recklinghausen*

Redaktionsschluss: 30.06.2022

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Institut Arbeit und Technik

Fax: 0209 - 1707 110

Munscheidstr. 14

E-Mail: braczko@iat.eu

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>