

## Antwort

des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU  
– Drucksache 16/5582 –

### Erreichbarkeit der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz

Die Große Anfrage 16/5582 vom 17. September 2015 hat folgenden Wortlaut:

Ziel des Landeskrankenhausgesetzes ist es, eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen sowie wirtschaftlich und eigenverantwortlich handelnden Krankenhäusern sicherzustellen. Die Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte (Sicherstellungsauftrag). Das Land erfüllt seine Aufgabe besonders durch die Aufstellung des Landeskrankenhausplans und des Investitionsprogramms und durch die öffentliche Förderung der Krankenhäuser.

Bei einer Klausurtagung soll sich der Ministerrat laut einer aktuellen Meldung zur flächendeckenden Krankenhausversorgung auf dem Land bekannt haben. Der Krankenhausreport 2015 hat jetzt das Thema Krankenhauserreichbarkeit behandelt, allerdings ohne auf die spezifische Situation in Rheinland-Pfalz einzugehen.

Wir fragen die Landesregierung:

1. Welches ist der Maßstab für die Wohnortnähe des Krankenhausangebots in Rheinland-Pfalz nach § 1 Landeskrankenhausgesetz?
2. Welchen Stellenwert hat die Wohnortnähe des Krankenhausangebots in Rheinland-Pfalz gegenüber den in Nr. 4.6 des Landeskrankenhausplans genannten Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Finanzierbarkeit sowie der Qualität der Versorgung?
3. In welcher minimalen, maximalen und durchschnittlichen Fahrzeit vom Wohnort aus ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Rheinland-Pfalz, differenziert nach den jeweiligen Versorgungsgebieten sowie Landkreisen und kreisfreien Städten, zu erreichen? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
4. In welcher minimalen, maximalen und durchschnittlichen Fahrzeit vom Wohnort aus ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in Rheinland-Pfalz, differenziert nach den jeweiligen Versorgungsgebieten sowie Landkreisen und kreisfreien Städten zu erreichen? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
5. In welcher minimalen, maximalen und durchschnittlichen Fahrzeit vom Wohnort aus ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung in Rheinland-Pfalz, differenziert nach den jeweiligen Versorgungsgebieten sowie Landkreisen und kreisfreien Städten, zu erreichen? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
6. Welcher Bevölkerungsanteil nach Differenzierung wie zuvor erreicht ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb von
  - a) unter 15 Minuten,
  - b) unter 30 Minuten,
  - c) unter 45 Minuten und
  - d) unter 60 MinutenFahrzeit? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?

7. Welcher Bevölkerungsanteil nach Differenzierung wie zuvor erreicht ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung innerhalb von
  - a) unter 15 Minuten,
  - b) unter 30 Minuten,
  - c) unter 45 Minuten und
  - d) unter 60 MinutenFahrzeit? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
8. Welcher Bevölkerungsanteil nach Differenzierung wie zuvor erreicht ein Krankenhaus der Maximalversorgung innerhalb von
  - a) unter 15 Minuten,
  - b) unter 30 Minuten,
  - c) unter 45 Minuten und
  - d) unter 60 MinutenFahrzeit? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
9. Inwieweit ist das jeweilige Versorgungsangebot nach Differenzierung wie zuvor und insgesamt als bedarfsgerecht zu bezeichnen? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
10. Inwieweit besteht hinsichtlich des Versorgungsangebots nach Differenzierung wie zuvor sowie insgesamt noch Handlungsbedarf? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
11. Wie beurteilt die Landesregierung die Auswirkungen der demografischen Entwicklung insoweit?
12. Wie will sie im Vollzug der Landeskrankenhausplanung darauf eingehen?

Das **Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie** hat die Große Anfrage namens der Landesregierung – Zuleitungsschreiben der Ständigen Vertreterin des Chefs der Staatskanzlei vom 27. Oktober 2015 – wie folgt beantwortet:

Vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen und dem medizinisch-technischen Fortschritt ist es gerade für ein überwiegend vom ländlichen Raum geprägten Land wie Rheinland-Pfalz wichtig, dass eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung gewährleistet werden kann. Die Sicherstellung einer gut erreichbaren Krankenhausversorgung ist ein Kernelement der Daseinsvorsorge. Die nachfolgenden Antworten verdeutlichen, dass in kreisfreien, aber auch in kreisangehörigen Städten in Rheinland-Pfalz eine sehr hohe bis hohe Versorgungsdichte besteht. Selbst in den bereits heute eher schwächer mit stationären Versorgungskapazitäten ausgestatteten ländlichen Regionen stellen sich die vorhandenen Kapazitäten aktuell als ausreichend und vertretbar dar. In Rheinland-Pfalz existiert somit ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, das eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet. Innovative zukunftsweisende Versorgungsmodelle sollen dafür sorgen, dass dies auch in Zukunft so bleibt.

*1. Welches ist der Maßstab für die Wohnortnähe des Krankenhausesangebots in Rheinland-Pfalz nach § 1 Landeskrankenhausgesetz?*

Die Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz operationalisiert den Terminus „wohnortnahe Versorgung“ nicht. Gemäß § 6 des rheinland-pfälzischen Landeskrankenhausgesetzes werden unter Beachtung der Ziele der Erfordernis der Raumordnung und Landesplanung alle gegenwärtig und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten, in den Landeskrankenhausplan aufgenommen.

Vorgaben für den „Raumbezug der stationären Versorgung“ könnten aus den Raumordnungsgesetzen der Länder abgeleitet werden. In den Raumordnungsgesetzen der Länder, so auch in Rheinland-Pfalz, gibt es Erreichbarkeitsstandards. Sie gelten bundesweit als oberste Grenze für den zumutbaren Reiseaufwand von Wohnstandorten zum nächsten Zentrum: Ein Mittelzentrum muss im motorisierten Individualverkehr (MIV) in 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden können; Oberzentren sollten im MIV in 60 Minuten erreichbar sein. Wendet man diese Vorgaben auf den stationären Versorgungsbereich in der Medizin an, ergibt sich: Erreichbarkeit im MIV für die elektive Grund- und Regelversorgung: 30 Minuten. Erreichbarkeit im MIV für die elektive Schwerpunkt- und Maximalversorgung: 60 Minuten. Ein mögliches Maß für die Erreichbarkeit ist die Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus.

*2. Welchen Stellenwert hat die Wohnortnähe des Krankenhausesangebots in Rheinland-Pfalz gegenüber den in Nr. 4.6 des Landeskrankenhausplans genannten Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Finanzierbarkeit sowie der Qualität der Versorgung?*

Gemäß Landeskrankenhausplan Nr. 4.6 wird ein wohnortnahes Angebot an stationärer Akutversorgung angestrebt. Das Ziel der wohnortnahen Versorgung ist mit den Zielen der Wirtschaftlichkeit und der Finanzierbarkeit sowie der Qualität der Versorgung abzuwägen, wobei die Sicherstellung einer dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Qualität Vorrang hat.

Zur Qualität der medizinischen Versorgung gehört auch Wohnortnähe. Im Notfall muss eine schnelle und damit gut erreichbare Akutversorgung gewährleistet sein. Die Versorgung soll zudem auf Basis der verfügbaren und gesicherten Erkenntnisse erfolgen. Das rheinland-pfälzische Landesrettungsdienstgesetz sieht im Landesrettungsdienstplan als Aufgabe des Rettungsdienstes (A. III 1.1 Notfallrettung) den schnellstmöglichen Transport in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus vor. Der Notfallpatient hat vitales Interesse an einer nach medizinischen Standards qualitativ hochwertigen und qualitätsgesicherten Versorgung unter Einsatz modernster Rettungstechnik und unter Einbeziehung der Erkenntnisse des medizinischen Fortschritts. Auch in der Notfallversorgung haben qualitative Aspekte und Strukturanforderungen aufgrund der Dringlichkeit und hohen Heterogenität der Fälle besondere Bedeutung. Bezogen auf einige Indikationen gibt es hochwertige Evidenz, dass die Versorgung in spezialisierten Strukturen gegenüber der Normalversorgung vorteilhaft ist (zum Beispiel bei Stroke Units/Schlaganfalleinheiten, Chest-Pain-Units/kardiologischen Schwerpunkten oder Trauma-Zentren). Um eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung im Sinne des Patientennutzens sicherzustellen, kann dies in Fällen, in denen das behandelnde Zielkrankenhaus eine der oben angeführten spezialisierten Fachrichtungen oder Einrichtungen haben muss, dazu führen, dass nicht das nächste, sondern dass ein gegebenenfalls weiter entferntes, im Hinblick auf die Indikation jedoch wohnortnächstes Krankenhaus durch den Rettungsdienst angesteuert wird.

Bei planbaren Leistungen kommt der wohnortnahen Versorgung eine eher untergeordnete Bedeutung zu. Für diese elektiven Leistungen kann die Wohnortnähe/ Erreichbarkeit nicht das Hauptkriterium sein. Vielmehr steht die Qualität der erbrachten Leistung im Vordergrund. Diese wird oftmals nur an einzelnen hochspezialisierten Einrichtungen gewährleistet. Letztlich ist hier die Qualität wesentlicher als die Wohnortnähe. Für planbare Behandlungen nehmen Patienten bereits heute längere Wegstrecken in Kauf, um sich in der auf das jeweilige Krankheitsbild spezialisierten Klinik behandeln zu lassen. Die medizinische Qualität einer Klinik ist damit das entscheidende Kriterium für die Wahl eines Krankenhauses.

Der große Stellenwert der Qualität der medizinischen Versorgung zeigt sich auch daran, dass zukünftig Qualitätsaspekte in der Krankenhausplanung eine deutlich größere Rolle spielen werden als bisher. An der Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen wird derzeit auf Bundesebene gearbeitet (Krankenhausstrukturgesetz Gesetzentwurf Änderung KHG § 6 Abs. 1 a i. V. m. § 8 Abs. 1 a bis 1 c).

3. *In welcher minimalen, maximalen und durchschnittlichen Fahrzeit vom Wohnort aus ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Rheinland-Pfalz, differenziert nach den jeweiligen Versorgungsgebieten sowie Landkreisen und kreisfreien Städten zu erreichen? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?*
4. *In welcher minimalen, maximalen und durchschnittlichen Fahrzeit vom Wohnort aus ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in Rheinland-Pfalz, differenziert nach den jeweiligen Versorgungsgebieten sowie Landkreisen und kreisfreien Städte zu erreichen? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?*
5. *In welcher minimalen, maximalen und durchschnittlichen Fahrzeit vom Wohnort aus ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung in Rheinland-Pfalz, differenziert nach den jeweiligen Versorgungsgebieten sowie Landkreisen und kreisfreien Städte zu erreichen? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?*

Eines der Ziele des Landeskrankenhausesplans 2010 (Nr. 4.5) ist es, eine ortsnahe, qualifizierte und wirtschaftliche Krankenhausversorgung in einem nach wie vor nach Versorgungsstufen, Versorgungsgebieten und zentralen Orten gegliedertem System zu gewährleisten. Dabei sind Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung für die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in der Fläche von besonderer Bedeutung.

Eine wohnortnahe Versorgung ist dann gegeben, wenn eine ortsnahe Grundversorgung – und zwar in erster Linie im Bereich der Inneren Medizin und Chirurgie – gewährleistet wird.

Die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind in Rheinland-Pfalz unter Beachtung der Ziele der Erfordernis der Raumordnung so verteilt, dass sie flächendeckend für jedermann möglichst ortsnahe verfügbar sind. Krankenhäuser höherer Versorgungsstufe verfügen über ein breites Spektrum an Fachabteilungen und versorgen überörtliche Einzugsbereiche. Diese sogenannte Schwerpunkt- und Maximalversorgung konzentriert sich auf einige zentrale Standorte.

Diese abgestufte Versorgung steht einer bedarfsgerechten Versorgung nicht entgegen. Vielmehr sichert sie die Qualität der Leistungsangebote und deren wirtschaftlich notwendige Auslastung.

Wie eine öffentlich zugängliche Untersuchung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zeigt, stellen sich die Versorgungsgrade der Bevölkerung, gemessen an der Erreichbarkeit von Krankenhäusern und damit die flächendeckende Krankenhausversorgung, bundesweit als sehr gut dar. Auf Grundlage der aktualisierten Standortdatei von Krankenhäusern der Grundversorgung wurde die Pkw-Fahrzeit zum jeweils nächsten Krankenhausstandort für die 11 294 Gemeinden (Gebietsstand 31. Dezember 2012) ermittelt. Legt man die notwendige Pkw-Fahrzeit zur Erreichung des nächsten Krankenhausstandorts zugrunde, so können 88 Prozent der Bevölkerung von ihrem Wohnort aus das nächste Krankenhaus innerhalb von einer Viertelstunde (15 Minuten) mit dem Pkw erreichen. Für 4 Prozent beträgt die Fahrzeit mehr als 20 Minuten.

Ausgehend von der deutschlandweiten Betrachtung ist Rheinland-Pfalz gut aufgestellt.

Legt man die notwendige Pkw-Fahrzeit zur Erreichung des nächsten Krankenhausstandortes zugrunde, so können 81 Prozent der Bevölkerung von ihrem Wohnort aus das nächste Krankenhaus innerhalb von 15 Minuten und insgesamt 99 Prozent der Bevölkerung von ihrem Wohnort aus das nächste Krankenhaus innerhalb von 25 Minuten erreichen. Für 1 Prozent beträgt die Fahrzeit zum nächsten Versorger länger als 25 oder 30 Minuten (Quelle: Klinik Check Südwest).

Bei den Kommunen, bei denen die Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 30 Minuten beziehungsweise etwas länger als 30 Minuten beträgt, handelt es sich um acht Gemeinden mit circa 2 300 Einwohnern insgesamt, davon fünf Gemeinden im Eifelkreis Bitburg-Prüm, nämlich Roscheid (30 Minuten), Lützkampen (30 Minuten), Sengerich (30 Minuten), Harspelt (32 Minuten) und Sevenig (34 Minuten), zwei Gemeinden des Landkreises Bernkastel-Wittlich, nämlich Horath (31 Minuten) und Merschbach (31 Minuten) sowie eine Gemeinde des Rhein-Hunsrück-Kreises, nämlich Dommershausen (33 Minuten).

Bezogen auf die fünf rheinland-pfälzischen Versorgungsgebiete und die dazugehörigen Landkreise variiert die durchschnittliche Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung von ca. neun Minuten im Versorgungsgebiet Rheinpfalz über 13 Minuten im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe, 14 Minuten im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald, 15 Minuten im Versorgungsgebiet Westpfalz und bis 16 Minuten für das Versorgungsgebiet Trier (siehe Tabelle nach Versorgungsgebieten/Landkreisen).

Erwartungsgemäß stellt sich die Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung in rheinland-pfälzischen Ballungsräumen deutlich besser dar als im ländlichen Raum (Anlage Erreichbarkeit von Grundversorgern in Rheinland-Pfalz nach siedlungsstrukturellen Kreistypen). Jedoch zeigt sich, dass sich die durchschnittliche Fahrzeit insbesondere zwischen kreisfreien Großstädten einerseits und anderen siedlungsstrukturellen Kreisen andererseits unterscheidet. In kreisfreien Großstädten in Rheinland-Pfalz kann ein Grundversorger durchschnittlich in zwei Minuten erreicht werden. In den anderen siedlungsstrukturellen Kreistypen beträgt die durchschnittliche Fahrzeit zum nächsten Grundversorger zwischen zwölf und 16 Minuten.

Während, wie oben ausgeführt, Grund- und Regelversorger flächendeckend die wohnraumnahe Versorgung sichern, versorgen Krankenhäuser höherer Versorgungsstufe (Schwerpunkt- und Maximalversorger) aufgrund ihrer besonderen Aufgaben, unter anderem im Bereich der Hochleistungsmedizin, überörtliche Einzugsbereiche. Nach dem Raumordnungsbericht des Landes Rheinland-Pfalz gibt es fünf Oberzentren: Kaiserslautern, Koblenz, Ludwigshafen, Mainz und Trier. Hier befinden sich Krankenhäuser der Maximal- und/oder Schwerpunktversorgung. Darüber hinaus befinden sich weitere Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung in Mittelzentren beziehungsweise den kreisfreien/kreisangehörigen Städten, wie Worms, Idar-Oberstein, Neuwied, Bad Kreuznach und Zweibrücken. Gemäß dem Raumordnungsbericht 2013 des Landes Rheinland-Pfalz erreichen nahezu 100 Prozent der Bevölkerung innerhalb von maximal 30 Minuten mit dem Pkw mindestens ein Mittel- beziehungsweise Oberzentrum. Vielfach werden sogar mehrere Zentren innerhalb dieser als zumutbar geltenden Zeit erreicht. 92 Prozent der Bevölkerung erreichen innerhalb einer Pkw-Stunde eines der fünf rheinland-pfälzischen Oberzentren, wobei in 33 der insgesamt 50 Mittelbereiche alle Einwohnerinnen und Einwohner in dieser als zumutbar geltenden Zeit ein Oberzentrum erreichen. Geringe Erreichbarkeitsquoten zeigen Mittelbereiche im ländlichen Raum, insbesondere in Grenzlagen wie Dahn, Gerolstein und Betzdorf/Kirchen/Wissen. In letzterem erreichen die Einwohnerinnen und Einwohner zwar kein rheinland-pfälzisches Oberzentrum innerhalb von einer Pkw-Stunde, jedoch liegt das nordrhein-westfälische Oberzentrum Siegen in guter Erreichbarkeit.

Dagegen stellt sich die Erreichbarkeitssituation in den Mittelbereichen Idar-Oberstein/Birkenfeld und Kirn sowie in der nördlichen Eifel (Prüm, Gerolstein, Daun) und in der Grenzlage zu Frankreich (Dahn), in denen weniger als die Hälfte der Bevölkerung ein Oberzentrum innerhalb einer zumutbaren Zeit erreichen kann, schwieriger dar. Insgesamt besteht im ländlichen Raum jedoch noch eine Erreichbarkeitsquote von 82 Prozent.

Das heißt, Patienten dieser Mittelbereiche müssen für die Erreichbarkeit einer Spezialversorgung im Bereich der Transplantationsmedizin sowie der Herzchirurgie sogenannte besondere Aufgaben der Hochleistungsmedizin, die zu den Aufgabenbereichen der in den Oberzentren angesiedelten Maximal- und Schwerpunktversorgern gehören, weitere Wege in Kauf nehmen. Da es sich hier jedoch insbesondere um planbare, elektive Eingriffe handelt, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, erscheint – auch vor dem Hintergrund der historisch gewachsenen Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz sowie der Tatsache, dass diese, wie oben aufgezeigt, in guter Übereinstimmung mit den Siedlungsstrukturen steht – eine Spezialisierung auch im Patienteninteresse dieser hochkomplexen Leistungen in wenigen, aber dafür geeigneten Einrichtungen mit entsprechender Infrastruktur angemessen.

Wie die Zahlen zeigen, können in städtischen Zentren Krankenhäuser ohne größeren Zeitaufwand angefahren werden. Aber auch in der weit überwiegenden Anzahl der ländlichen Gebiete können Krankenhäuser noch innerhalb eines angemessenen Zeitkorridors ohne deutlich größeren Zeitaufwand erreicht werden.



6. Welcher Bevölkerungsanteil nach Differenzierung wie zuvor erreicht ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb von
- a) unter 15 Minuten,
  - b) unter 30 Minuten,
  - c) unter 45 Minuten und
  - d) unter 60 Minuten
- Fahrzeit? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
7. Welcher Bevölkerungsanteil nach Differenzierung wie zuvor erreicht ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung innerhalb von
- a) unter 15 Minuten,
  - b) unter 30 Minuten,
  - c) unter 45 Minuten und
  - d) unter 60 Minuten
- Fahrzeit? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
8. Welcher Bevölkerungsanteil nach Differenzierung wie zuvor erreicht ein Krankenhaus der Maximalversorgung innerhalb von
- a) unter 15 Minuten,
  - b) unter 30 Minuten,
  - c) unter 45 Minuten und
  - d) unter 60 Minuten
- Fahrzeit? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?

Die Krankenhausstatistik enthält keine Angaben über bevölkerungsanteilbezogene Fahrzeiten in ein Krankenhaus. Entsprechende Merkmale werden nicht erhoben.

9. Inwieweit ist das jeweilige Versorgungsangebot nach Differenzierung wie zuvor und insgesamt als bedarfsgerecht zu bezeichnen? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?
10. Inwieweit besteht hinsichtlich des Versorgungsangebots nach Differenzierung wie zuvor sowie insgesamt noch Handlungsbedarf? Welche spezifischen Unterschiede gibt es insoweit zwischen kreisfreien Städten, städtischen Kreisen, ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen?

In Rheinland-Pfalz gibt es 79 Plankrankenhäuser an 101 Krankenhausstandorten mit 103 Betriebsstätten sowie zwölf Vertragskrankenhäuser. Die flächendeckende ortsnahe Krankenhausversorgung stellt sich in Rheinland-Pfalz sehr gut dar. Im Status quo lässt sich keine Gefährdung der wohnortnahen Versorgung ableiten. Für 99 Prozent der rheinland-pfälzischen Bevölkerung ist – wie bereits dargestellt – eine Fachabteilung für Innere Medizin oder für Chirurgie innerhalb von 25 Minuten erreichbar.

Mithilfe der Telemedizin wird die beste medizinische Versorgung auch in der Fläche verfügbar. Mit der Fortentwicklung der Strukturen im Bereich der Altersmedizin soll der Entwicklungsprognose der hoch betagten Bevölkerung zukünftig noch besser Rechnung getragen werden. Die Krankenhausstandorte sollen auch zukünftig gesichert bleiben, sodass im Notfall jeder Einwohner schnell versorgt wird. Mit der Bestimmung von speziellen Schlaganfallereinheiten, der Herzinfarktregister und der flächendeckenden Netzbildung von Trauma-Zentren ist Rheinland-Pfalz sehr gut – auch für die Zukunft – aufgestellt. Als weiterer wichtiger Baustein wird zu Beginn des Jahres 2016 ein Netzwerk zur telemedizinischen Versorgung des Schlaganfalls für ganz Rheinland-Pfalz seine Arbeit aufnehmen.

11. Wie beurteilt die Landesregierung die Auswirkungen der demografischen Entwicklung insoweit?

Da sich die demografische Entwicklung je nach Kommune und Region sehr unterschiedlich gestaltet, wird es Wachstums-, Stagnations- und Schrumpfaregionen geben.

Zu beobachten ist auch ein Trend zur Urbanisierung, der durch wirtschaftliche Faktoren, wie Arbeitsplätze, höhere Einkommen oder größere Aufstiegschancen im Beruf ausgelöst wird. Insbesondere jüngere Menschen verlassen ländliche Gebiete, um sich in Ballungsräumen anzusiedeln. Darüber hinaus wird zumindest auch ein Teil der Älteren den Jüngeren folgen. Langfristig wird diese Entwicklung auch für Rheinland-Pfalz zu einer räumlichen Verschiebung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen führen, die in Kombination mit einer zunehmenden Ambulantisierung des stationären Behandlungsspektrums die Auslastung der Krankenhäuser beeinflussen wird. Die sinkende Bevölkerungszahl in ländlichen Gebieten und das damit auch verringerte Patientenpotenzial wird die dort ansässigen Krankenhäuser im Hinblick auf ihre Tragfähigkeit vor neue Herausforderungen stellen.

Die vom Statistischen Landesamt aktuell veröffentlichten Zahlen zur voraussichtlichen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz bestätigen diesen Trend. Die Bevölkerung in den kreisfreien Städten wuchs zum 31. Dezember 2014 gegenüber dem 9. Mai 2011 um durchschnittlich 2,4 Prozent. Zehn Städte weisen seit dem Stichtag des Zensus 2011 eine positive Einwohnerentwicklung auf, die in Ludwigshafen (plus 4 Prozent), in Koblenz und in Mainz (jeweils plus 3,3 Prozent) am stärksten ausfiel. Rückläufig war die Einwohnerentwicklung in den kreisfreien Städten Pirmasens (minus 2,1 Prozent) und Zweibrücken (minus 0,6 Prozent). In den

Landkreisen lag die Einwohnerzahl im Durchschnitt um 0,1 Prozent niedriger als am Zensusstichtag; 13 der 24 Landkreise verzeichneten Bevölkerungsverluste. Der höchste Rückgang entfiel mit je 2,6 Prozent auf die Landkreise Birkenfeld und Kusel, den stärksten Zuwachs gab es im Rhein-Pfalz-Kreis mit plus 2,2 Prozent.

Im Krankenhausbereich bringt diese demografische Entwicklung in Rheinland-Pfalz Herausforderungen, beispielsweise für die geburtshilfliche Versorgung im ländlichen Raum, mit sich. Im Land gibt es derzeit 39 Geburtskliniken. Die Versorgung ist damit flächendeckend gewährleistet und wird es auch bleiben, obwohl in der Vergangenheit immer wieder Geburtshilfen den Versorgungsauftrag zurückgeben mussten, da bei sinkenden Geburtenzahlen immer weniger Belegärzte bereit sind, diese Aufgabe zu übernehmen.

Der bekannte demografische Trend des Anwachsens der Bevölkerungsanteile im höheren Lebensalter wurde auch für Rheinland-Pfalz durch das Statistische Landesamt bestätigt (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015: RHEINLAND-PFALZ 2060). Die wachsende Zahl älterer Menschen, insbesondere der Hochbetagten, dürfte zu einer weiteren Herausforderung führen. Das Angebot an Krankenhausbehandlungsleistungen, beispielsweise im akutgeriatrischen Bereich, muss an die demografisch bedingte, voraussichtliche Nachfragezunahme angepasst werden. Das bestehende Geriatrie-Konzept des Landes Rheinland-Pfalz wird derzeit entsprechend weiterentwickelt. Um die wohnortnahe und flächendeckende Krankenversorgung auch in Zukunft sicherzustellen, werden insbesondere langfristig zunehmend auch sektorenübergreifende Maßnahmen beziehungsweise die Entwicklung weiterer zukunftsorientierter Konzepte erforderlich werden.

#### *12. Wie will sie im Vollzug der Landeskrankenhausplanung darauf eingehen?*

Die regional unterschiedliche demografische Entwicklung, insbesondere die zunehmende Multimorbidität der Bevölkerung, macht es auch in Rheinland-Pfalz erforderlich, die Versorgungsstrukturen in der ambulanten, akutstationären und rehabilitativen Behandlung bedarfsgerecht anzupassen und auch verstärkt Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung zu verankern.

Unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Behandlung sind bestimmte Konzentrationen und Schwerpunktbildungen sinnvoll, beispielsweise die Bildung von Kompetenzzentren, die sich auf die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder oder auf bestimmte Behandlungen konzentrieren. Ziel ist es, durch eine gewisse Konzentration und damit Spezialisierung die Versorgungsqualität zu sichern.

Um der demografischen Entwicklung für den geriatrischen Versorgungsbedarf Rechnung zu tragen, wurde bereits mit der Umsetzung des Geriatrie-Konzepts von 2009 durch den rheinland-pfälzischen Landeskrankenhausplan 2010 und der aktuellen, bedarfsorientierten Fortschreibung des Landeskrankenhausplans über 500 zusätzliche, akutgeriatrische stationäre Behandlungsplätze eingerichtet. Die Behandlung der hochbetagten Menschen macht eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende, nahtlose Behandlungskette erforderlich. Deshalb ist die Bildung von verbindlichen Netzwerken zur Erreichung einer lückenlosen Behandlungskette von der ambulanten über die akutstationäre und rehabilitative Phase eines der Anliegen des Geriatrie-Konzepts des Landes Rheinland-Pfalz. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Identifizierung des geriatrischen Patienten bereits in der Notaufnahme. Ziel ist es, durch derartige vorbeugende Maßnahmen Komplikationen (Delir, Verwirrheitszustand, Durchgangssyndrom usw.) und deren Folgewirkungen im Rahmen des Krankenhausaufenthalts zu vermeiden. Des Weiteren ist die frühzeitige Verknüpfung unfallchirurgischer mit geriatrischer Kompetenz, die sogenannte Alterstraumatologie, mit dem Ziel des Erhalts der Selbstständigkeit der Patienten ein wichtiges Anliegen des Konzepts. Der Ausbau der Demenzkompetenz in den Krankenhäusern ist ein wesentliches Element in der medizinischen und pflegerischen Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft, dem sich das weiterentwickelte Geriatrie-Konzept widmet.

Um die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung auch in den ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz weiter zu sichern, hat das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie ein Projekt ausgeschrieben, um die Entwicklung regionaler, sektorenübergreifender Versorgungszentren im Sinne des Sachverständigengutachtens zu fördern. Dazu sollen fünf Krankenhausstandorte durch ein qualifiziertes Beratungsprogramm dabei unterstützt werden, sich zu einem solchen sektorenübergreifenden Gesundheitszentrum weiterzuentwickeln. Die Auswahl der zu beratenden Krankenhausstandorte soll im November 2015 erfolgen. Der Beratungsprozess soll sich über sechs Monate erstrecken, sodass die Ergebnisse Mitte des Jahres 2016 präsentiert werden können.

Trotz eines mittel- und langfristig zu erwartenden Bevölkerungsrückgangs wird die Zahl der Krankenhaussfälle in den meisten Bundesländern (Quelle: Ämter des Bundes und der Länder; Demografischer Wandel in Deutschland 2010) – so auch in Rheinland-Pfalz – weiter zunehmen, was sich bei einzelnen Indikationen, wie beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, überproportional stark zeigt. Besonders im ländlichen Raum werden Krankenhausplanung und -finanzierung durch die demografische Entwicklung und die steigende Morbiditätslast vor erhebliche Herausforderungen gestellt. Diese müssen teilweise durch Maßnahmen innerhalb des Krankenhauses bewältigt werden, insbesondere langfristig werden jedoch zunehmend sektorenübergreifende Maßnahmen erforderlich sein. Aufgrund dessen werden in Rheinland-Pfalz Vernetzungen von ländlichen Krankenhäusern über telemedizinische Verfahren, beispielsweise im Bereich Herz-Kreislauferkrankungen oder Schlaganfallversorgung, mit Krankenhäusern höherer Versorgungsstufe vorangetrieben.

Durch die regionale Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten, niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, Krankenhäusern und überregionalen Versorgungsdienstleistern werden klassische Sektorengrenzen überwunden und eine abgestimmte, patientenorientierte Therapie ermöglicht. Dazu gehört die Umsetzung eines strukturierten und sektorenübergreifenden Entlassmanagements.

Bei allen Strukturentwicklungen muss das gesundheitspolitische Ziel der Wohnortnähe entsprechender Versorgungsangebote für die Patientinnen und Patienten mit den gleichfalls bestehenden Zielen einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Leistungserbringung in Übereinstimmung gebracht werden. Zur Sicherstellung der Versorgung, vor allem in ländlichen Gebieten, muss der Fokus zukünftig verstärkt auf Kooperationen, Fusionen und integrierte Versorgung gelegt werden.

Die Aufhebung der sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie Kooperationen zwischen allen beteiligten Akteuren ermöglichen es, in Zeiten verstärkter Finanzzwänge die medizinische Versorgung als einen wichtigen Bestandteil der Daseinsvorsorge wohnortnah und qualitativ hochwertig aufrechtzuerhalten.

Ein Modell für diese zukunftsweisenden Versorgungsformen mit stationären Leistungsangeboten ist das Gesundheitszentrum Glantal in Meisenheim.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler  
Staatsministerin

## Anlagen

Eigene Berechnung auf Datengrundlage BBSR Bonn 2013

Nach Versorgungsgebieten /Landkreisen: Durchschnitt/Min/Max

Versorgungsgebiet /dazugehörige Landkreise	Durchschnitt: Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung in Minuten	Min-Wert: Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung in Minuten	Max-Wert: Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung in Minuten
<b>Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald insgesamt</b>	<b>14</b>		
davon Landkreise			
Ahrweiler	14	1	27
Altenkirchen (Ww.)	12	1	24
Cochem-Zell	15	1	29
Mayen-Koblenz	14	0	28
Neuwied	11	0	20
Rhein-Hunsrück-Kreis	15	1	33
Rhein-Lahn-Kreis	13	1	25
Westerwaldkreis	14	0	26
<b>Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe insgesamt</b>	<b>13</b>		
davon Landkreise			
Alzey-Worms	12	2	22
Bad Kreuznach	13	1	26
Birkenfeld	14	0	26
Mainz-Bingen	14	1	25
<b>Versorgungsgebiet Westpfalz insgesamt</b>	<b>15</b>		
davon Landkreise			
Donnersbergkreis	16	2	28
Kaiserslautern	16	3	26
Kusel	15	1	26
Südwestpfalz	13	1	27
<b>Versorgungsgebiet Rheinpfalz insgesamt</b>	<b>9</b>		
davon Landkreise			
Germersheim	10	1	17
Bad Dürkheim	9	1	25
Rhein-Pfalz-Kreis	9	3	14
Südliche Weinstraße	9	1	22
<b>Versorgungsgebiet Trier insgesamt</b>	<b>16</b>		
davon Landkreise			
Trier-Saarburg	15	0	27
Vulkaneifel	15	1	24
Bernkastel-Wittlich	17	1	31
Eifelkreis Bitburg-Prüm	17	1	34

Eigene Berechnung auf Datenbasis BBSR Jahr 2013  
Erreichbarkeit von Grundversorgern nach siedlungsstrukturellen Kreistypen Rheinland-Pfalz

Siedlungsstruktureller Kreistyp	Durchschnittliche Fahrzeit zum nächsten Grundversorger in Minuten
Kreisfreie Großstädte	2
Städtische Kreise	12
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	14
Dünn besiedelte ländliche Kreise	16

D.h. in kreisfreien Großstädten kann ein Grundversorger durchschnittlich innerhalb von 2 Minuten erreicht werden. In den anderen siedlungsstrukturellen Kreistypen beträgt die durchschnittliche Fahrzeit zum nächsten Grundversorger zwischen 12 und 16 Minuten.



Eigene Berechnung auf Datenbasis BBSR Jahr 2013

Erreichbarkeit von Grundversorgern in RP nach siedlungsstrukturellen Kreistypen: Durchschnitt/Min/Max

Kreise 31.12.2012	Siedlungsstruktureller Kreistyp	Städtisch/ländlicher Raum	Raumordnungsregion/Versorgungsgebiet	PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung in Minuten (Stadt) bzw. im Durchschnitt (Landkreise)	Min-Werte PKW-Fahrzeit zum nächsten Grundversorger in Minuten	Max-Werte PKW-Fahrzeit zum nächsten Grundversorger in Minuten
Koblenz, Stadt	KS Koblenz	städtischer Raum	Mittelrhein-Westenwald	1	1	1
Trier, Stadt	KS Trier	städtischer Raum	Trier	0	0	0
Ludwigshafen am Rhein, Stadt	KS Ludwigshafen am Rhein	städtischer Raum	Rheinpfalz	4	4	4
Mainz, kreisfreie Stadt	KS Mainz	städtischer Raum	Rheinhausen-Nahe	2	2	2
Altenkirchen (Westenwald)	Altenkirchen (Westenwald)	städtischer Raum	Mittelrhein-Westenwald	12	1	24
Mayen-Koblenz	Mayen-Koblenz	städtischer Raum	Mittelrhein-Westenwald	14	0	28
Neuwied	Neuwied	städtischer Raum	Mittelrhein-Westenwald	11	0	20
Rhein-Lahn-Kreis	Rhein-Lahn-Kreis	städtischer Raum	Mittelrhein-Westenwald	13	1	25
Westenwaldkreis	Westenwaldkreis	städtischer Raum	Mittelrhein-Westenwald	14	0	26
Frankenthal (Pfalz), Stadt	Ludwigshafen/Frankenthal/Speyer	städtischer Raum	Rheinpfalz	4	4	4
Kaiserslautern, Stadt	Kreis u. Stadt Kaiserslautern	städtischer Raum	Westpfalz	2	2	2
Landau in der Pfalz, Stadt	Südliche Weinstraße/Landau	städtischer Raum	Rheinpfalz	1	1	1
Neustadt an der Weinstraße, Stadt	Bad Dürkheim/Neustadt	städtischer Raum	Rheinpfalz	0	0	0
Speyer, Stadt	Ludwigshafen/Frankenthal/Speyer	städtischer Raum	Rheinpfalz	2	2	2
Worms, Stadt	Alzey-Worms/Worms	städtischer Raum	Rheinhausen-Nahe	2	2	2
Alzey-Worms	Alzey-Worms/Worms	städtischer Raum	Rheinhausen-Nahe	12	2	22

Eigene Berechnung auf Datenbasis BBSR Jahr 2013

Erreichbarkeit von Grundversorgern in RP nach siedlungsstrukturellen Kreistypen: Durchschnitt/Min/Max

Kreise 31.12.2012	Siedlungsstruktureller Kreistyp	Städtisch/ländlicher Raum	Raumordnungsregion/Versorgungsgebiet	PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung in Minuten (Stadt) bzw. im Durchschnitt (Landkreise)	Min-Werte PKW-Fahrzeit zum nächsten Grundversorger in Minuten	Max-Werte PKW-Fahrzeit zum nächsten Grundversorger in Minuten
Bad Dürkheim	Bad Dürkheim/Neustadt	städtischer Raum	Rheinpfalz	9	1	25
Germersheim	Germersheim	städtischer Raum	Rheinpfalz	10	1	17
Kaiserslautern	Kreis u. Stadt Kaiserslautern	städtischer Raum	Westpfalz	16	3	26
Südliche Weinstraße	Südliche Weinstraße/Landau	städtischer Raum	Rheinpfalz	9	1	22
Rhein-Pfalz-Kreis	Ludwigshafen/Frankenthal/Speyer	städtischer Raum	Rheinpfalz	9	3	14
Mainz-Bingen	Mainz-Bingen	städtischer Raum	Rheinhesen-Nahe	14	1	25
Ahrweiler	Ahrweiler	ländlicher Raum	Mittelrhein-Westenwald	14	1	27
Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	ländlicher Raum	Rheinhesen-Nahe	13	1	26
Rhein-Hunsrück-Kreis	Rhein-Hunsrück-Kreis	ländlicher Raum	Mittelrhein-Westenwald	15	1	33
Trier-Saarburg	Trier-Saarburg	ländlicher Raum	Trier	15	0	27
Pirmasens, Stadt	Südwestpfalz/Pirmasens/Zweibrücken	ländlicher Raum	Westpfalz	3	3	3
Zweibrücken, Stadt	Südwestpfalz/Pirmasens/Zweibrücken	ländlicher Raum	Westpfalz	0	0	0
Donnersbergkreis	Donnersbergkreis	ländlicher Raum	Westpfalz	16	2	28
Kusel	Kusel	ländlicher Raum	Westpfalz	15	1	26

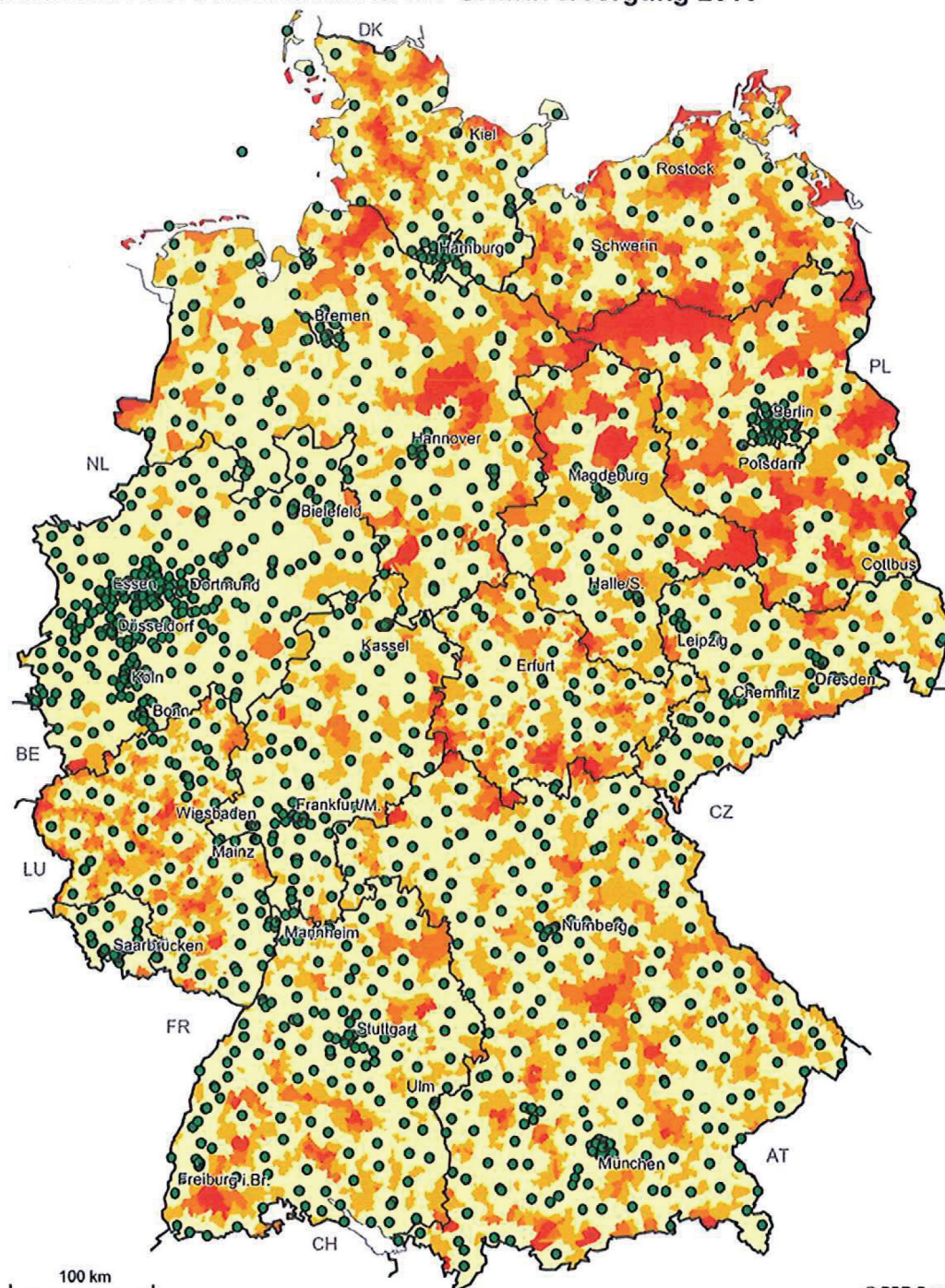


Eigene Berechnung auf Datenbasis BBSR Jahr 2013

Erreichbarkeit von Grundversorgern in RP nach siedlungsstrukturellen Kreistypen: Durchschnitt/Min/Max

Kreise 31.12.2012		Siedlungsstruktureller Kreistyp	Städtisch/ländlich er Raum	Raumordnungsregion/Versor- gungsgebiet	PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgu- ng in Minuten (Stadt) bzw. im Durchschnitt (Landkreise)	Min-Werte PKW Fahrzeit zum nächsten Grundversorger in Minuten	Max-Werte PKW-Fahrzeit zum nächsten Grundversorger in Minuten
Südwestpfalz	Südwestpfalz/Pirmasens/Zweibrücken	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	ländlicher Raum	Westpfalz	13	1	27
Birkenfeld	Birkenfeld	Dünn besiedelte ländliche Kreise	ländlicher Raum	Rheinhausen-Nahe	14	0	26
Cochem-Zell	Cochem-Zell	Dünn besiedelte ländliche Kreise	ländlicher Raum	Mittelrhein-Westenwald	15	1	29
Bernkastel-Wittlich	Bernkastel-Wittlich	Dünn besiedelte ländliche Kreise	ländlicher Raum	Trier	17	1	31
Eifelkreis Bitburg-Prüm	Eifelkreis Bitburg-Prüm	Dünn besiedelte ländliche Kreise	ländlicher Raum	Trier	17	1	34
Vulkaneifel	Vulkaneifel	Dünn besiedelte ländliche Kreise	ländlicher Raum	Trier	15	1	24

## Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 2013



**Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus  
der Grundversorgung 2013 in Minuten**

- 0 bis unter 15
- 15 bis unter 20
- 20 bis unter 25
- 25 bis unter 30
- 30 und mehr

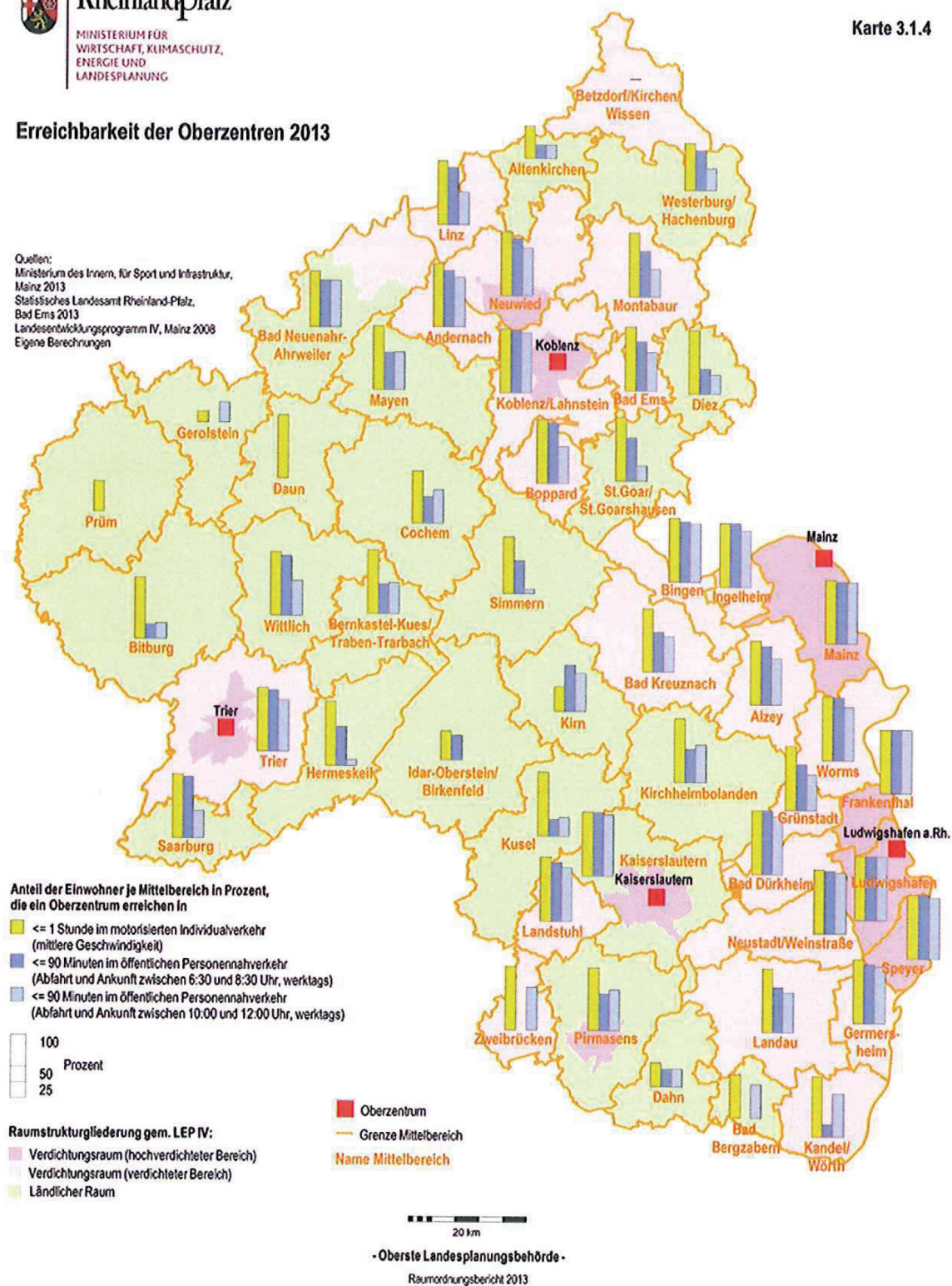
© BBR Bonn 2015  
Datenbasis: Laufende Raumbewertung des BBSR,  
RWI u.a.  
Geometrische Grundlage: BKG, Länder, 31.12.2012



Karte 3.1.4

**Erreichbarkeit der Oberzentren 2013**

Quellen:  
 Ministerium des Innern, für Sport und Infrastruktur,  
 Mainz 2013  
 Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz,  
 Bad Ems 2013  
 Landesentwicklungsprogramm IV, Mainz 2008  
 Eigene Berechnungen





**Erreichbarkeit der Mittelzentren 2013**

Quellen:  
 Ministerium des Innern, für Sport und Infrastruktur,  
 Mainz 2013  
 Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz,  
 Bad Ems 2013  
 Landesentwicklungsprogramm IV, Mainz 2008  
 Eigene Berechnungen

