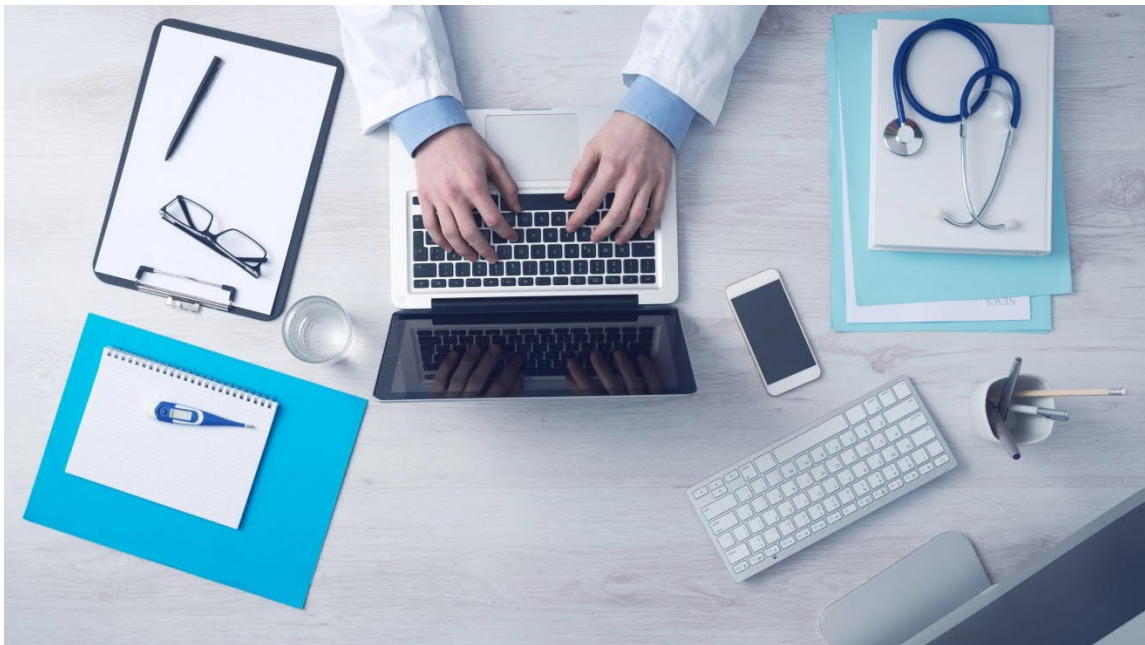




Datenerhebung und -analyse in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg

Impressum:

Landratsamt Regensburg
– Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Regensburg –

Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg
Altmühlstr. 3
93059 Regensburg
Telefon: 0941 4009-780
Internet: <https://www.gesundheitsregionplus-regensburg.de>
E-Mail: gesundheitsregionplus@landratsamt-regensburg.de

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfacheren Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

Gutachten im Auftrag der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg und gefördert durch Mittel des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege



Die Verantwortung für den Inhalt obliegt den Autoren.

Autoren

Markus Schneider (BASYS)
Christian Rindsfüßer (SAGS)
Uwe Hofmann (BASYS)
Nina Kaufmann (SAGS)
Thomas Krauss (BASYS)
Josef G. Brecht (BASYS)
Aynur Köse (BASYS)

Augsburg, Januar 2020

BASYS Beratungsgesellschaft für
angewandte Systemforschung mbH
Reisingerstr. 25
D-86152 Augsburg

SAGS, Institut für Sozialplanung, Jugend- und
Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik
Theodor-Heuss-Platz 1
D-86150 Augsburg

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	9
1.1	Health in all policies	9
1.2	Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven	10
1.3	Bestandsbewertung	11
1.4	Mögliche Ziele	12
1.5	Mögliche Zielkonflikte und Synergien	12
1.6	Handlungsempfehlungen	13
2.	Ambulante ärztliche Versorgung	14
2.1	Zusammenfassung	14
2.2	Hausärzte: Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven	14
2.3	Hausärzte: Bestandsbewertung	18
2.4	Fachärzte: Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven.....	22
2.5	Fachärzte: Bestandsbewertung.....	26
2.6	Mögliche Ziele und Handlungsfelder	32
3.	Krankenhausversorgung	34
3.1	Zusammenfassung	34
3.2	Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven	34
3.3	Bestandsbewertung	39
3.4	Mögliche Ziele und Handlungsfelder	40
4.	Versorgung mit Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen	41
4.1	Zusammenfassung	41
4.2	Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven	41
4.3	Bestandsbewertung	44
4.4	Mögliche Ziele und Handlungsfelder	45
5.	Versorgung Pflegebedürftiger	46
5.1	Zusammenfassung	46
5.2	Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven	46
5.3	Bestandsbewertung der Pflegeversorgung.....	53
5.4	Mögliche Ziele und Handlungsfelder	54
6.	Palliativ- und Hospizversorgung.....	55
6.1	Zusammenfassung	55
6.2	Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven	55
6.3	Bestandsbewertung	57
6.4	Mögliche Ziele und Handlungsfelder	58
7.	Anhang: Methodik und Daten.....	59
7.1	Bestandsanalyse und Projektion	59

7.2 Daten	60
7.3 Isochrone	61
8. Literaturverzeichnis	63
9. Glossar	67
10. Anhang: Indikatoren nach Versorgungsbereichen	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Hausärzte nach Bedarfsplanung* (Stand Feb. 2019).....	18
Tabelle 2:	Erreichbarkeit von Hausärzten (Minuten PKW-Fahrzeit).....	20
Tabelle 3:	Ärzte je 100.000 Einwohner in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.....	24
Tabelle 4:	Kinderärzte nach Bedarfsplanung (Februar 2019)	26
Tabelle 5:	Frauenärzte nach Bedarfsplanung (Februar 2019)	28
Tabelle 6:	Augenärzte nach Bedarfsplanung (Februar 2019)	29
Tabelle 7:	Psychotherapeuten nach Bedarfsplanung (Februar 2019).....	31
Tabelle 8:	Erreichbarkeit in der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung (Minuten PKW-Fahrzeit).....	32
Tabelle 9:	Entwicklung der hochaltrigen Altersgruppen in Stadt und Landkreis Regensburg, 2007 - 2037	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bedarfsprojektion nach Versorgungsbereichen	11
Abbildung 2:	Einwohner und Behandlungsfälle je Hausärzte.....	15
Abbildung 3:	Altersstruktur der Hausärzte	16
Abbildung 4:	Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen	17
Abbildung 5:	Erreichbarkeit von Hausärzten (10 Minuten PKW-Fahrzeit).....	19
Abbildung 6:	Bevölkerungsdichte nach Gemeinden	21
Abbildung 7:	Einwohner je ambulant tätigen Arzt	22
Abbildung 8:	Fachärzte je 100.000 Einwohner	23
Abbildung 9:	Altersstruktur der Fachärzte	24
Abbildung 10:	Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen	25
Abbildung 11:	15 Minuten Erreichbarkeit von Kinderärzten	27
Abbildung 12:	15 Minuten Erreichbarkeit von Frauenärzten	28
Abbildung 13:	15 Minuten Erreichbarkeit von Augenärzten	29
Abbildung 14:	15 Minuten Erreichbarkeit von Psychotherapeuten.....	30

Abbildung 15:	Versorgungsgrade nach Fachrichtungen.....	31
Abbildung 16:	Krankenhausbetten	35
Abbildung 17:	Entwicklung der Bettenkapazitäten nach Fachgebieten.....	36
Abbildung 18:	Entwicklung der Krankenhausnachfrage.....	37
Abbildung 19:	Relative Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach Diagnosen...	38
Abbildung 20:	Relative Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach Altersgruppen.....	39
Abbildung 21:	Betten in Rehabilitationseinrichtungen.....	42
Abbildung 22:	Rehabilitationsfälle je 1.000 Einwohner	42
Abbildung 23:	Projektion der Rehabilitationsfälle je 1.000 Einwohner	44
Abbildung 24:	Angebotsmix in der Langzeitpflege.....	47
Abbildung 25:	Angebot an Pflegebetten	48
Abbildung 26:	Bedarf und Versorgungsquote an Kurzzeitpflegeplätze	49
Abbildung 27:	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.....	50
Abbildung 28:	Leistungsstruktur in der Pflegeversorgung.....	52
Abbildung 29:	Angebot an Hospiz- und Palliativplätzen.....	56
Abbildung 30:	Entwicklung der Sterbefälle	57
Abbildung 31:	Handlungszyklus der Gesundheitsregionen ^{plus}	60
Abbildung 32:	OECD-Modell der Bestands- und Bedarfsanalyse der Gesundheitsleistungen	61

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARGE	Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Kranken- und Pflegekassen
BayKrG	Bayerisches Krankenhausgesetz
BaySMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
BBSR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BY	Bayern
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DRG	Diagnosis Related Groups
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GFKB	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	International Classification of Diseases and Conditions, Version 10
INM	Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, München
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KZVB	Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
LKR	Landkreis
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OPF	Bezirk Oberpfalz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PSG	Pflegestärkungsgesetz
R	Gesundheitsregion ^{plus} Regensburg aus Stadt- und Landkreis
R.L	Landkreis Regensburg
R.S	Stadt Regensburg
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPGK	Seniorenpolitisches Gesamtkonzept
SVRiG	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZAR	Zentrum für ambulante Rehabilitation

1. Zusammenfassung

Für die Planung und Bewertung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg werden in dieser Untersuchung perspektivische Entwicklungen in den einzelnen Versorgungsbereichen betrachtet. Diese Analyse soll helfen, das Konzept der Gesundheitsregion^{plus} in den Stadtentwicklungsplan einzubringen. Damit soll eine Optimierung und Stärkung der lokalen Gesundheitsversorgung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung in der Region erreicht werden. Im Fokus steht die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf kommunaler Ebene.

Die Stadt Regensburg hat 2005 einen Plan für die Stadtentwicklung als Richtschnur für alle ihre Ämter und Abteilungen erstellt. Dieser wird seit 2019 weiterentwickelt. Entsprechend wird sich die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg zusammen mit dem Gesundheitsamt in den Entwicklungsprozess der Planfortschreibung einbringen. Der gemeinsame Planungsprozess soll mögliche Zielkonflikte mit anderen Bereichen identifizieren und rechtzeitig klären. Der Stadtentwicklungsplan dient dabei mit mittel- und langfristigen Aussagen als Vorgabe für die weiteren Detailplanungen in den einzelnen Fachbereichen.

1.1 Health in all policies

Gesundheit betrifft nahezu alle Lebensbereiche. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat diesen Gedanken in dem sektorübergreifenden Ansatz „Health in all policies“ strukturiert. Die unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit – von individuellen Verhaltensweisen über wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen bis hin zu Gen-Umwelt-Interaktionen – bieten entsprechend viele Ansatzpunkte, die Gesundheit zu schützen bzw. zu optimieren. Mit der Aufnahme des Themenfeldes Gesundheit soll ein erster Aufschlag unternommen werden, dem Ansatz „Gesundheit in allen (Politik-)Bereichen mitzudenken“, Rechnung zu tragen.

Regensburg sieht sich vielen Veränderungen und Herausforderungen, wie z. B. einem hohen Bevölkerungswachstum bei gleichzeitig begrenzten Siedlungsmöglichkeiten, gegenüber. Das Thema Gesundheit stellt sich auch gerade einer „Gesunden Stadt“ als sehr facettenreich dar (siehe beispielsweise Baumgart et al. 2018). Dem Grundgedanken des „Health in all policies“-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation entsprechend sollten die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung durch politische Entscheidungen umfassend und systematisch in allen Planungsbereichen einer Stadtentwicklung berücksichtigt werden. „Gesundheit“ ist somit nicht ausschließlich Aufgabe und Ziel nur im Gesundheitswesen.

Die vorliegende Datenerhebung und -analyse fokussiert auf die medizinischen Versorgungsstrukturen. Zur systematischen Erfassung von Mitversorger-Effekten zwischen Stadt und Landkreis Regensburg werden bei der Analyse die Versorgungsstrukturen des Landkreises mitberücksichtigt (soweit dies die Datenlage zulässt). In der regionalen Analyse wird jeweils zwischen Stadt und Land unterschieden. Der Vergleich mit dem Regierungsbezirk Oberpfalz und Bayern wird aus Gründen der Interpretation und der Qualitätssicherung stets mitberechnet.

1.2 Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven

Das Angebot an ambulanten und stationären Versorgungsleistungen in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg wurde in den letzten Jahren in mehrfacher Hinsicht gestärkt: Die Personalkapazitäten wurden kontinuierlich erhöht und qualitativ gestärkt. Heute arbeiten rund 21.300 Menschen in der ambulanten und stationären Versorgung der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, darunter 10.900 in ambulanten Einrichtungen (Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Sonstige Praxen, Apotheken und Sanitätsfachhäuser). Der stationäre Bereich einschl. Pflegeheime gibt rund 10.400 Menschen einen Arbeitsplatz. Weitere Arbeitsplätze gibt es in der Verwaltung, Ausbildung und Forschung, im medizinischen Großhandel sowie in der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie. Die zukünftige Dynamik der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg ist damit auch von hoher Bedeutung für die wirtschaftliche Entwicklung von Stadt- und Landkreis Regensburg.

Leistungen der Gesundheitsversorgung werden vor allem in der ambulanten Versorgung nachgefragt. Einschließlich der von den niedergelassenen Ärzten verordneten Arznei- und Hilfsmittel fallen auf den ambulanten Bereich rund 49 % der Gesundheitsausgaben und der weit überwiegende Teil der Krankheitsfälle. In der stationären Versorgung sind es weitere 42 %.

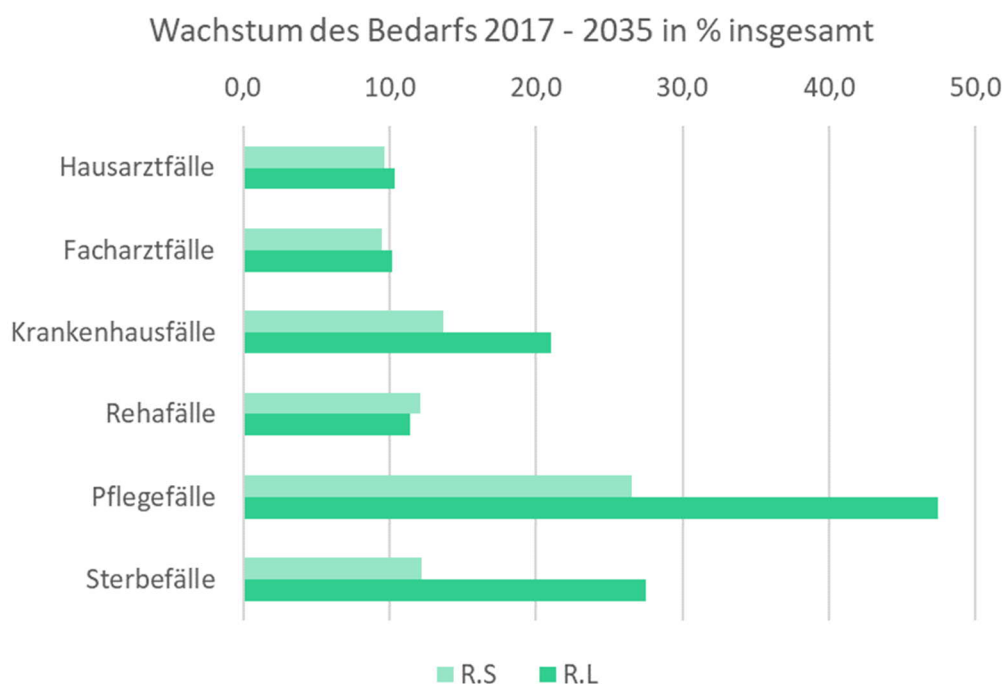
Innerhalb des ambulanten Bereichs stieg im Zeitraum 2012 – 2017 die Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen mit 2,2 % generell etwas stärker als die nach hausärztlichen Leistungen (2,0 %). Für die Zukunft wird ein etwa gleicher Anstieg in beiden Bereichen erwartet, der jedoch über der Entwicklung des bayerischen Durchschnitts und der Oberpfalz liegt.

Der Anstieg des Bedarfs an Krankenhausleistungen ist demographisch bedingt vor allem im Landkreis deutlich höher und erreicht etwa einen doppelten Zuwachs als bei den ambulanten Leistungen (vgl. Abbildung 1). Bei den Rehabilitationsleistungen liegt die Projektion darunter, jedoch über der haus- und fachärztlichen Versorgung.

Erkennbar höher liegt dagegen der Bedarfszuwachs im Pflegebereich (vgl. Abbildung 1). Auffällig ist auch, dass bei Männern höhere Zuwächse als bei Frauen zu erwarten sind.

Auch im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung ist aufgrund der Zunahme der Sterbefälle ein weiterer Bedarfsanstieg zu erwarten. Dieser Anstieg fällt wie in den anderen Bereichen stärker im Landkreis als im Stadtkreis Regensburg aus.

Abbildung 1: Bedarfsprojektion nach Versorgungsbereichen



R.L. = Landkreis Regensburg, R.S. = Stadtkreis Regensburg

Quelle: BASYS, SAGS.

1.3 Bestandsbewertung

Die Organisation der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg weist viele Stärken auf, die sich vor allem aus den leistungsfähigen Einrichtungen der Stadt Regensburg ergeben. Obgleich die Anzahl der ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Arztpraxen im Landkreis Regensburg über den Richtwerten der Bedarfsplanung liegen, bestehen perspektivisch als Folge des Ausscheidens älterer Ärzte gerade hier Herausforderungen.

In den vergangenen Jahren wurden in der Stadt Regensburg die Versorgungskapazitäten in einer Vielzahl von Bereichen ausgebaut und die überregionale Mitversorgungsfunktion gestärkt. Diese Herausforderung wird sich als Folge des Strukturwandels fortsetzen. Aus der Datenanalyse ergibt sich eine Vielzahl möglicher Handlungsfelder.

- o Die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg hat eine sehr differenzierte und umfangreiche ambulante Versorgung gemessen an Standards der Bedarfsplanung, aber auch im internationalen Vergleich. Die ungleiche Verteilung zwischen Stadt und Land ist das Ergebnis der Spezialisierung und regionalen Verdichtung. Im Stadtkreis Regensburg gibt es mehr als doppelt so viele Ärzte wie im Landkreis.
- o Das prognostizierte Wachstum des stationären Leistungsbedarfs erfordert gezielte Maßnahmen zur kostensparenden Verlagerung in den ambulanten Bereich.
- o Die Bedeutung der Rehabilitation wird sich mit der Zunahme der chronischen Krankheiten und der daraus erwachsenden Behinderungen wegen der sich vollziehenden demographischen Entwicklung noch vergrößern. Dies gilt nicht zuletzt auch wegen der

gesetzlich eingeführten Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Die medizinische Rehabilitation sichert u. a. die Erwerbsfähigkeit der regionalen Bevölkerung.

- o Die Langzeitpflege, die in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg durch ein gestuftes Versorgungssystem sichergestellt ist, in welchem, wie in anderen Teilen Bayerns, die Versorgung durch Angehörige eine zentrale Rolle einnimmt, steht vor den größten Herausforderungen.

1.4 Mögliche Ziele

Durch den Aufbau geeigneter Kommunikations- und Koordinationsstrukturen hat die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg in den letzten Jahren die trans- und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit in der Region gefördert. Die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg bietet damit eine Plattform für Vernetzung und Wissenstransfer.

Anhand einer früheren Bestands- und Bedarfsanalyse wurden folgenden Oberziele für die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg beschlossen:

- Sicherung und Optimierung der Gesundheitsversorgung in Stadt und Landkreis inklusive Pflege und Nachwuchsförderung,
- Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung und Zusammenarbeit und
- Förderung sozialer und gesundheitlicher Chancengleichheit.

Zur Bearbeitung dieser Oberziele wurden entsprechende Arbeitsgruppen (AG) eingerichtet. Diese konkretisieren jeweils die identifizierten Herausforderungen und formulieren darauf aufbauend weitere Handlungsschritte. Derzeit sind in der Gesundheitsregion^{plus} folgende Arbeitsgruppen etabliert:

- AG 1 „Medizinische Versorgung – Nachwuchskräfte – Pflege“,
- AG 2 „Sektorenübergreifende Versorgung“ und
- AG 3 „Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit“

Die Aktualität dieser Ziele wird in dieser Untersuchung bestätigt und steht mit dem Ergebnis der Projektionen dieses Berichts im Einklang.

1.5 Mögliche Zielkonflikte und Synergien

Die zukünftige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird neben den demografischen Veränderungen wesentlich durch die Rahmenbedingungen für die Erstattung und Planung von Leistungen bestimmt, die von Landes- und Bundesböden und finanzierungsseitig überwiegend durch die Gesetzliche Krankenversicherung und die Soziale Pflegeversicherung ausgeführt werden. Ein weiterer Faktor, den es zu beachten gilt, ist der medizinisch-technische Fortschritt, welcher nicht nur zu neuen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten führen wird, sondern auch über Innovationen die Versorgung verbessert.

In den sich ergänzenden Gesundheitsversorgungsbereichen sollten eigentlich keine Zielkonflikte bestehen. Die knappen personellen und finanziellen Ressourcen, die dem steigenden Bedarf gegenüberstehen, erfordern jedoch intelligente Lösungen durch neue innovative Strukturen. Eine Möglichkeit besteht darin, die Leistungsprozesse stärker den unterschiedlichen

Bedarfen anzupassen. So könnte etwa die Inanspruchnahme von stationären Pflegeeinrichtungen bei leichter Pflegebedürftigkeit erschwert werden. Die Verbesserung von Anreizstrukturen (mit negativen Auswirkungen auf die Pflegedauer) etwa zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung, schafft ebenso Synergien.

1.6 Handlungsempfehlungen

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wird in ländlich geprägten Regionen, so auch im Landkreis Regensburg, zu einem immer wichtigeren Handlungsfeld. Insbesondere die hausärztliche Versorgung befindet sich in einem Generationenwechsel. Ein großer Teil der Versorgung wird heute noch von Ärzten aus der Generation der Baby-Boomer gewährleistet. Diese scheiden vermehrt aus dem Beruf aus, sodass immer mehr Praxen Nachfolger suchen. In diesem Rahmen sind auch insbesondere die Kommunen aufgerufen, im Dialog mit der Ärzteschaft neue, lokal angepasste Formen der Gesundheitsversorgung zu konzipieren und auf den Weg zu bringen.

Die Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung sollten nicht zur Vernachlässigung der fachärztlichen Versorgung führen. Im Zusammenhang mit dem überdurchschnittlich steigenden Behandlungsbedarf von Männern sind die Strukturen zu überprüfen.

Eine Aussage über den zukünftigen Bedarf vollstationärer Plätze in der Pflege gestaltet sich aufgrund der vielen Einflussfaktoren schwierig. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter und somit auch die Wahrscheinlichkeit einer vollstationären Versorgung. Die Altersgruppe der über 80-Jährigen nimmt aus diesem Grund einen besonderen Stellenwert ein. Die vollstationären Einrichtungen der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg werden ihre Kapazitätsgrenzen erreichen. Zukünftig braucht es weiterhin eine engmaschige Betrachtung der Entwicklung, um flexibel und bedarfsgerecht reagieren zu können.

2. Ambulante ärztliche Versorgung

2.1 Zusammenfassung

Die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg hat eine sehr differenzierte und umfangreiche ambulante Versorgung gemessen an Standards der Bedarfsplanung, aber auch im internationalen Vergleich. Die ungleiche Verteilung zwischen Stadt und Land ist das Ergebnis der Spezialisierung und regionalen Bevölkerungsverdichtung. Im Stadtkreis Regensburg gibt es je Einwohner mehr als doppelt so viele Ärzte wie im Landkreis. In der fachärztlichen Versorgung ist die Ungleichheit noch größer.

Die ambulante ärztliche Versorgung gliedert sich in ein mehrstufiges System von Fachdisziplinen. Die wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende Struktur der ärztlichen Versorgung wird durch die Bedarfsplanung sichergestellt. Darin werden vier Versorgungsbereiche für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen unterschieden (siehe Bedarfsplanungsrichtlinie 2019):

- (1) hausärztliche Versorgung;
- (2) allgemeine fachärztliche Versorgung;
- (3) spezialisierte fachärztliche Versorgung;
- (4) gesonderte fachärztliche Versorgung.

Im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung liegen die Handlungsmöglichkeiten im Wesentlichen bei den Vertragspartnern. Die Sicherstellung der Erreichbarkeit im Landkreis Regensburg durch die hohe Mitversorgungsfunktion erfordert eine besondere Beachtung. Szenarien zur Verbesserung der Erreichbarkeit setzen die genaue Kenntnis der geographischen Verteilung der Ärzte voraus.

Im Folgenden wird zunächst auf die hausärztliche und sodann auf die fachärztliche Versorgung eingegangen.

2.2 Hausärzte: Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven

2.2.1 Rückschau und Status quo in der hausärztlichen Versorgung

Angebot an Hausärzten

Die Basis der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden die Hausarztpraxen. Zu den Hausärzten zählen Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte sowie hausärztlich tätige Internisten.

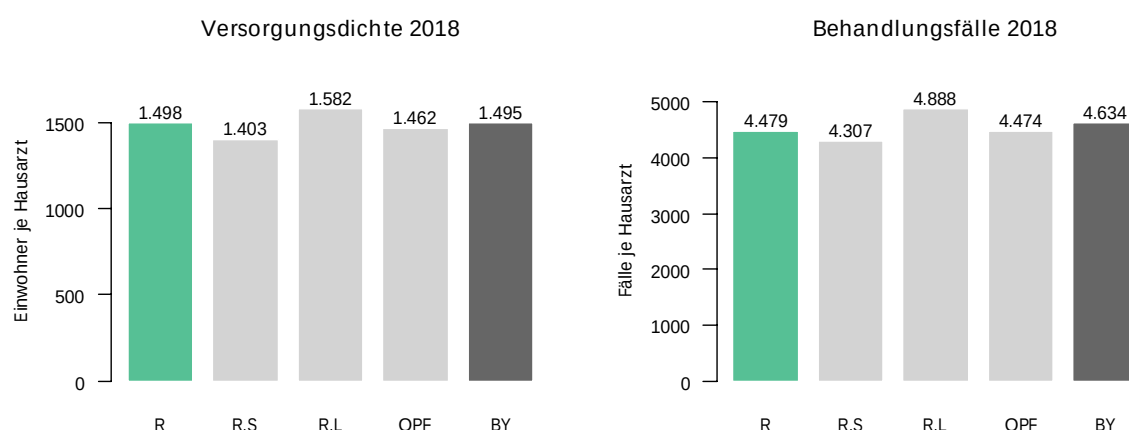
Die Arztstühle sollen möglichst wohnortnah eingerichtet sein. Die Planung der hausärztlichen Versorgung erfolgt deshalb von allen Versorgungsebenen am kleinräumigsten. Planungsbereich ist der sogenannte Mittelbereich, der mehrere Gemeinden zusammenfasst. In Bayern unterscheidet die Planung insgesamt 204 Planungsbereiche. Ausgangspunkt bilden hierfür die Festlegungen des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBSR).

Nach der neuesten Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung gilt nach der Bedarfsplanungsrichtlinie 2019 ein Richtwert von 1 Arzt pro 1.609 Einwohner. Eine 100-prozentige Versorgung ist laut Bedarfsplanungsrichtlinie also dann gegeben, wenn in einer Planungsregion unter Berücksichtigung der Altersstruktur die Relation der Gesamtzahl der Ärzte zur Gesamtbevölkerung der Region 1 zu 1.609 beträgt. Dabei wird die Verteilung von Ärzten bzw. Bevölkerung innerhalb der Planungsregion vernachlässigt.

Nach Abbildung 2 versorgt in der Stadt Regensburg ein Hausarzt durchschnittlich 1.403 Bürgerinnen und Bürger, dagegen sind es im Landkreis 1.582 Einwohner. Das ist geringfügig besser als die allgemeine Verhältniszahl der Bedarfsplanungsrichtlinie von 1.671 Einwohnern (gültig für 2019, siehe auch Tabelle 1).

Für die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg insgesamt ergibt sich eine Versorgungsdichte an Hausärzten, die dem bayerischen Durchschnittswert entspricht.

Abbildung 2: Einwohner und Behandlungsfälle je Hausärzte



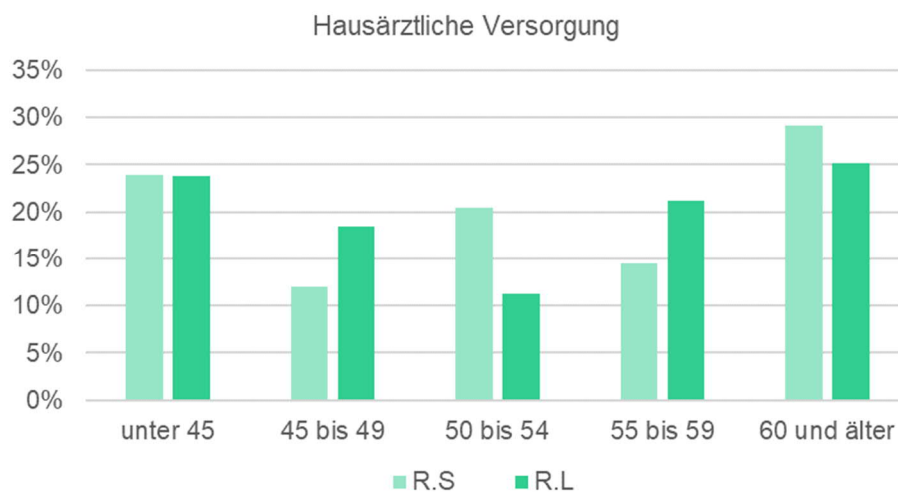
R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg, OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Berechnung BASYS anhand LGL, KVB- und Bayerisches Landesamt für Statistik.

Wie die Abbildung 2 ferner zeigt, rechnet ein Hausarzt in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg durchschnittlich mehr Behandlungsfälle als im bayerischen Durchschnitt ab. Dies korrespondiert mit der Verteilung der Hausärzte. Erwartungsgemäß führen mehr Einwohner, die versorgt werden müssen, zu einer höheren Arbeitsbelastung je Arzt.

Viele der praktizierenden Hausärzte sind heute bereits im Rentenalter oder werden bald in Rente gehen. Etwas mehr als ein Viertel der Hausärzte ist 60 Jahre und älter (vgl. Abbildung 3). Im Hinblick auf die zukünftige Versorgung ist die Altersstruktur der Hausärzte im Planungsbereich Wenzelbach als besondere Herausforderung anzusehen.

Abbildung 3: Altersstruktur der Hausärzte

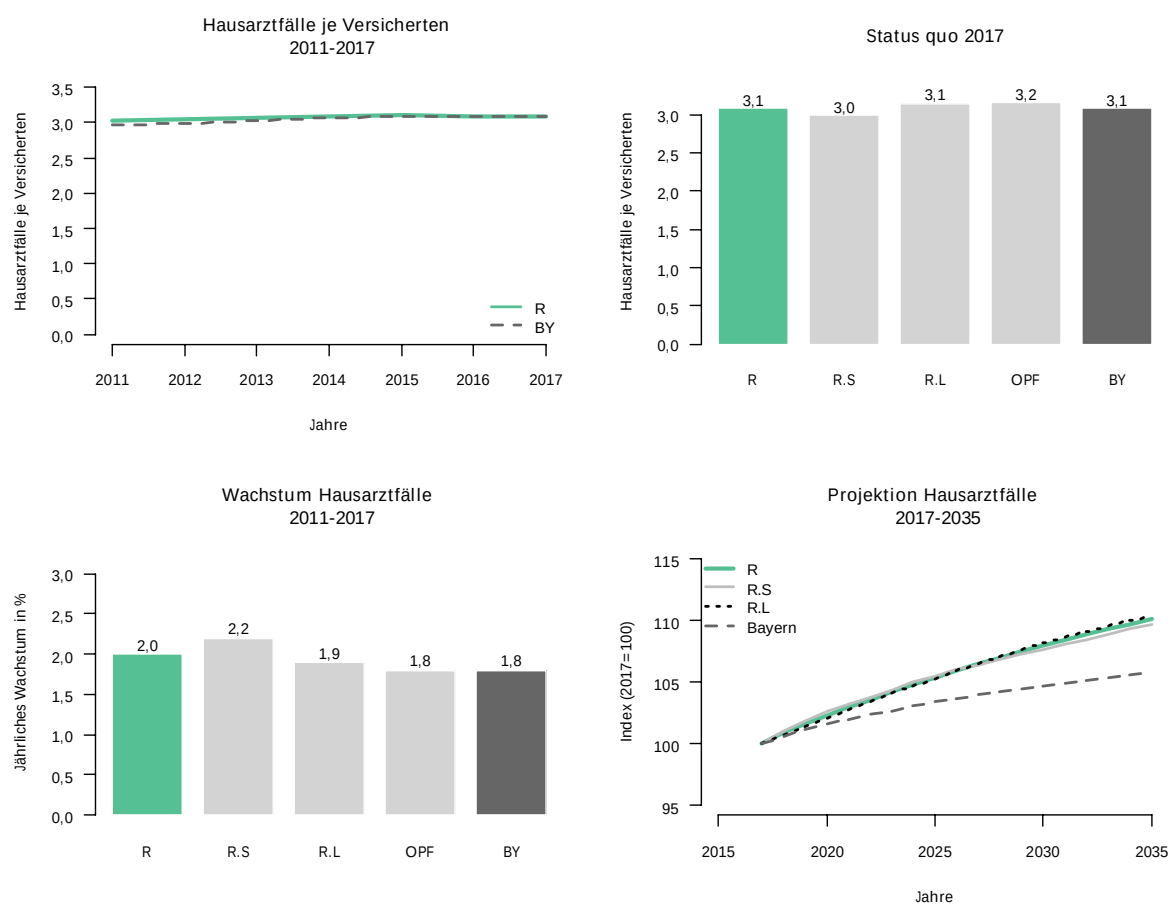


Quelle: KVB Versorgungsatlas Hausärzte.

Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen

Die Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen, gemessen als Anzahl der abgerechneten Hausarztfälle, ist in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg während der letzten Jahre um durchschnittlich 2% im Jahr gestiegen, also etwas stärker als im bayerischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 4). Treiber war im Wesentlichen die Zunahme der GKV-Versicherten. Die Zahl der Hausarztfälle je GKV-Versicherten liegt mit rund 3,1 Fällen je Versicherten nämlich im bayerischen Durchschnitt und hat sich im Zeitraum 2011-2017 nur geringfügig erhöht.

Abbildung 4: Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen



R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg, OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Berechnung BASYS anhand LGL- und Bayerisches Landesamt für Statistik.

2.2.2 Perspektive der hausärztlichen Versorgung

Die Projektion der Bedarfsentwicklung verwendet die bayernweiten Quoten der Inanspruchnahme der LGL-Indikatoren zu den ambulanten Fällen nach Alter und Geschlecht in hausärztlichen und fachärztlichen Praxen (vgl. Tabelle 2: 0319D und 0319H).

Die zukünftige Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen wird wesentlich von der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung geprägt. Es ist zu erwarten, dass die Leistungsanspruchnahme im Landkreis Regensburg etwas stärker als in der Stadt steigt. Das gilt auch für die fachärztliche Versorgung.

Zukünftig wird sich voraussichtlich die Situation in der hausärztlichen Versorgung nicht verbessern. Als Konsequenz stellt sich die Frage, inwieweit die ungleiche Verteilung von Hausärzten sich zukünftig durch individuelle Mobilität kompensieren lassen wird. Die Herausforderung ergibt sich durch verschiedene Faktoren: Alterung der Bevölkerung, Altersstruktur der Hausärzte und Berufsvorstellungen junger Ärzte hinsichtlich Lebensplanung, Selbständigkeit und Spezialisierung.

In der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg rechneten die Hausärzte 842.364 Fälle für die GKV-Versicherten im Jahr 2017 ab. Die Entwicklung seit dem Jahr 2011 ist dabei deutlich steigend. Das Wachstum der Leistungsanspruchnahme insgesamt war in der Gesundheitsregion^{plus} mit jährlich 2,0 % stärker als im Durchschnitt der Oberpfalz oder Bayerns mit 1,8 %. Dies dürfte sich vor allem durch die vergleichsweise stärkere Zunahme der GKV-Versicherten erklären. Bezogen auf einen GKV-Versicherten sind es derzeit 3,1 Fälle, die ein Hausarzt im Durchschnitt abrechnet.

2.3 Hausärzte: Bestandsbewertung

Legt man die Vorgaben der ärztlichen Bedarfsplanung zugrunde, ist die Region gut bis sehr gut mit Hausärzten versorgt. Der Versorgungsgrad liegt zwischen 111,7 % und 124,4 %. Die Versorgungsgrade der fünf Planungsbereiche der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg für hausärztliche Versorgung werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Hausärzte nach Bedarfsplanung* (Stand Feb. 2019)

Planungsbereich	Anzahl Hausärzte		darunter:		Anzahl Einwohner	Versorgungsgrad	Durchschnittsalter
	Bedarfsäquivalente	Personen	Frauen	über 60			
Regenstauf	57,50	62	28	15	87.111	111,7	51,5
Wenzenbach	25,00	27	8	5	39.410	109,6	53,1
Neutraubling	19,00	20	6	4	30.222	108,5	51,5
Bad Abbach	38,00	42	19	14	56.876	116,4	54,6
LKR Regensburg	139,50	151	61	38	213.619	112,1	52,6
Stadt Regensburg	107,60	117	44	34	150.894	124,4	53,2
Gesundheitsregion	247,10	268	105	72	364.513	117,2	52,9

* Die Abgrenzung der Planungsbereiche für Hausärzte ist nicht mit den Grenzen des Landkreises identisch. Der Berechnung liegt noch eine Verhältniszahl von 1:1.671 zugrunde.

Quelle: KVB Versorgungsatlas Hausärzte.

Nach dem Versorgungsatlas Hausärzte (Stand Dezember 2019) beträgt die allgemeine Verhältniszahl in der hausärztlichen Bedarfsplanung nun 1.609 Einwohner je Hausarzt. Dadurch verringerten sich die Versorgungsgrade der Tabelle 1 in allen Planungsbereichen. Die Spanne der Versorgungsgrade reicht nun von 102,36 für Wenzenbach bis zu 122,05 für die Stadt Regensburg.

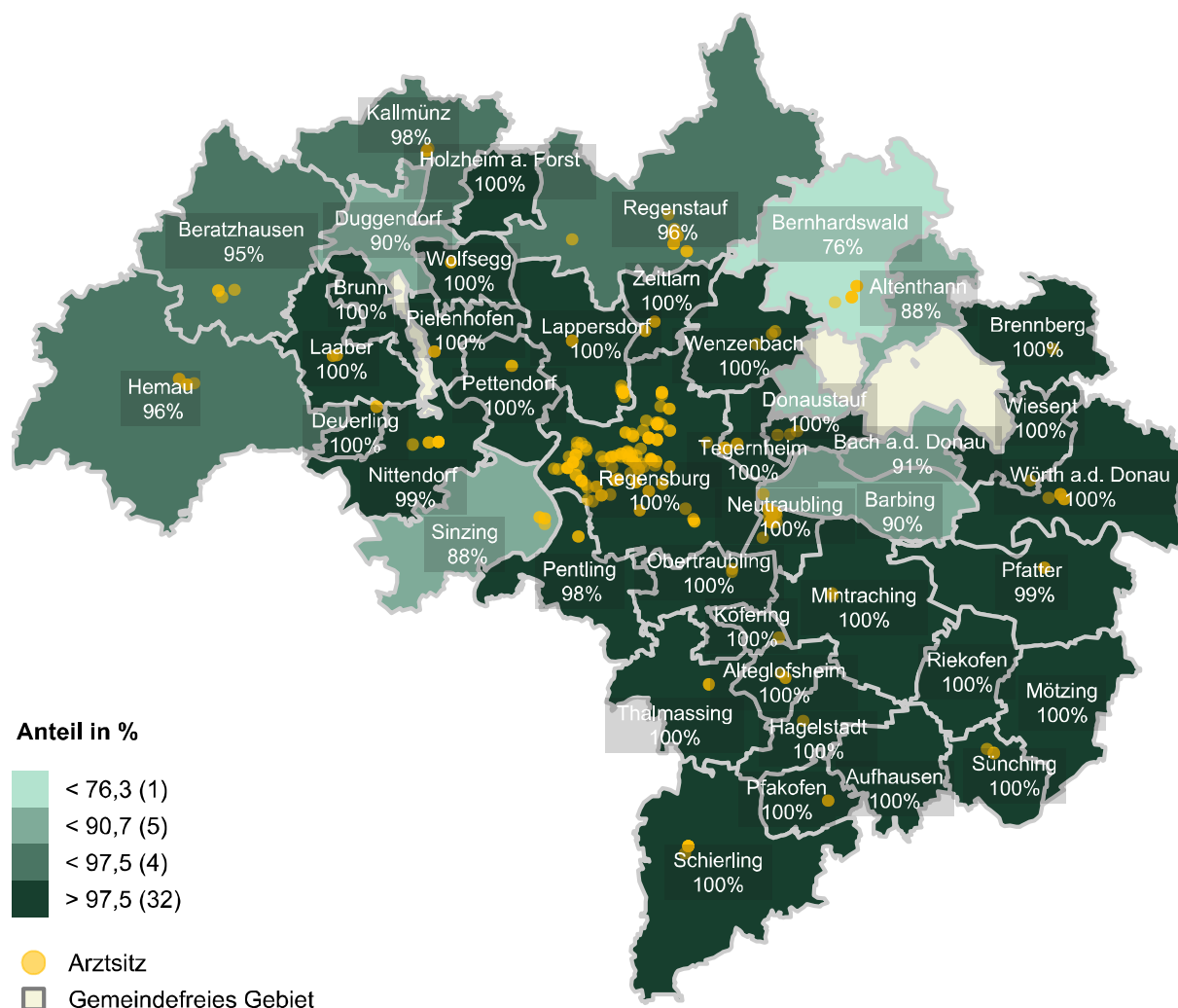
Die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung wurde bereits in der „Bestands- und Bedarfsanalyse 2017“ analysiert und wurde dort als sehr gut befunden (vgl. Gesundheitsregion^{plus} Regensburg 2017, Abschnitte 5.1.1 bis 5.1.3). Bei der Betrachtung der Hausarztichte auf der Ebene einzelner Gemeinden zeigte sich nach der Untersuchung der Bestandsaufnahme von 2017 eine große Heterogenität innerhalb der Planungsregionen:

- 20 von 41 Kommunen, also knapp die Hälfte der Kommunen, liegen unter dem Versorgungsrichtwert (davon haben 10 Kommunen keinen Hausarzt);
- Zum Teil zeigt sich innerhalb der Planungsregionen eine sehr ungleichmäßige Verteilung der Ärzte und sehr hohe Konzentration in wenigen Gemeinden (Beispiel:

Neutraubling: 14 Ärzte (von 20 der Planungsregion); Bad Abbach (LK Kelheim/Niederbayern): 13 Ärzte (von 38 der Planungsregion)).

Für die Analyse der Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung wurden eigene Berechnungen durchgeführt (vgl. Abbildung 5). Dabei wurden die aktuellen Berechnungen von Spiekermann & Wegener Stadt- und Regionalforschung 2019 in die Berechnungen mit einbezogen.

Abbildung 5: Erreichbarkeit von Hausärzten (10 Minuten PKW-Fahrzeit)



Quelle: Eigene Berechnungen für die Facharztgruppe Allgemeinmedizin nach KVB_Arztuche_Bezirksstelle_Oberpfalz-20191021.

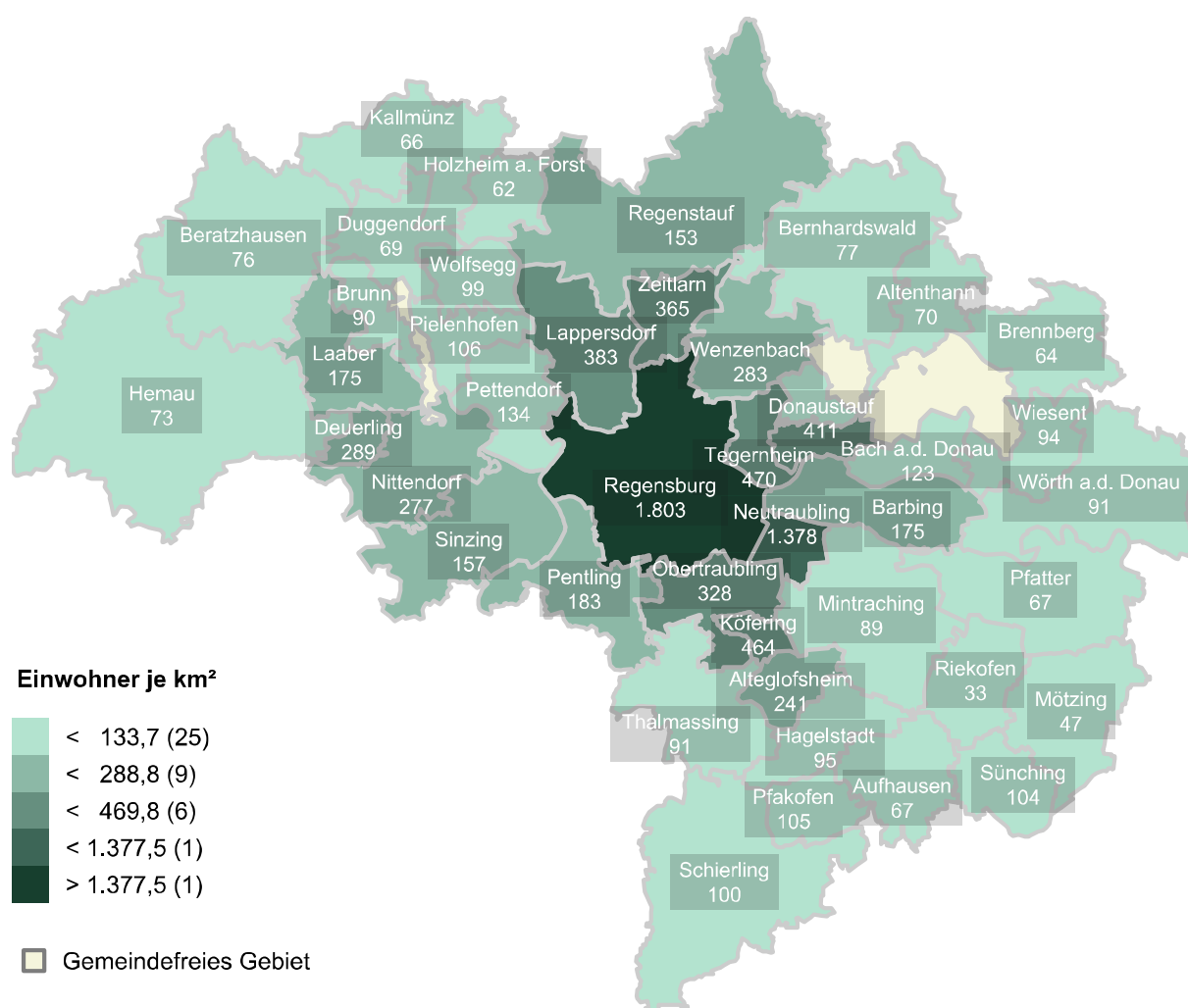
Der Weg zum Hausarzt ist im Durchschnitt 5,5 Kilometer lang und die durchschnittliche Wegzeit zum Hausarzt betrug 12,2 Minuten. Bei kleinräumiger Betrachtung liegen die Wegstrecken im Schnitt zum Hausarzt zwischen 12,2 Kilometer (z. B. Duggendorf ohne ansässigen Hausarzt) und 1,0 Kilometern zum Allgemeinarzt (z. B. Sünching mit einer Hausarzttdichte von über 1,4). Die Wohnortnähe der Versorgung zeigt also durchaus Wirkung auf den Zugang zur Versorgung.

Tabelle 2: Erreichbarkeit von Hausärzten (Minuten PKW-Fahrzeit)

Gemeinde	Erreichbarkeit				
	5 Min.	10 Min.	15 Min.	20 Min.	30 Min.
Alteglofsheim	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Altenthann	2,5	88,0	99,8	100,0	100,0
Aufhausen	48,9	100,0	100,0	100,0	100,0
Bach a.d. Donau	1,3	90,1	100,0	100,0	100,0
Barbing	72,3	88,3	100,0	100,0	100,0
Beratzhausen	67,6	95,0	100,0	100,0	100,0
Bernhardswald	53,3	76,3	100,0	100,0	100,0
Brennberg	81,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Brunn	39,2	100,0	100,0	100,0	100,0
Deuerling	72,2	100,0	100,0	100,0	100,0
Donaustauf	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Duggendorf	46,4	89,6	100,0	100,0	100,0
Hagelstadt	94,5	100,0	100,0	100,0	100,0
Hemau	62,2	96,4	100,0	100,0	100,0
Holzheim a. Forst	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kallmünz	71,6	97,5	99,9	99,9	100,0
Köfering	75,4	100,0	100,0	100,0	100,0
Laaber	92,6	100,0	100,0	100,0	100,0
Lappersdorf	97,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Mintraching	78,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Mötzing	34,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Neutraubling	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0
Nittendorf	87,6	99,2	100,0	100,0	100,0
Obertraubling	79,6	100,0	100,0	100,0	100,0
Pentling	61,4	98,5	100,0	100,0	100,0
Pettendorf	55,5	100,0	100,0	100,0	100,0
Pfakofen	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0
Pfatter	70,8	98,6	100,0	100,0	100,0
Pielenhofen	67,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Regensburg Stadt	96,9	100,0	100,0	100,0	100,0
Regenstauf	86,0	95,9	99,7	100,0	100,0
Riekofen	88,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Schierling	74,2	99,9	100,0	100,0	100,0
Sinzing	47,5	87,5	99,8	100,0	100,0
Sünching	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tegernheim	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0
Thalmassing	75,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Wenzenbach	77,8	100,0	100,0	100,0	100,0
Wiesent	94,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Wolfsegg	94,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Wörth a.d. Donau	87,4	99,6	99,6	100,0	100,0
Zeitlarn	93,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Eigene Berechnungen für die Facharztgruppe Allgemeinmedizin nach KVB_Arztsuche_Bezirksstelle_Oberpfalz-20191021.

Abbildung 6: Bevölkerungsdichte nach Gemeinden



Quelle: Eigene Berechnungen nach Mikrozensus 2011.

Nach dem Seniorenpolitischen Gesamtkonzept (SPGK) wie auch nach dem Aktionsplan Inklusion stellen Kommunen ohne Hausärzte für nicht (auto-)mobile, behinderte und/oder ältere Personen ein Problem dar, da die Hausärzte schwieriger zu erreichen sind. Dies gilt, wie sich in den Bürgergesprächen in den Kommunen im Rahmen des SPGK vielfach zeigt, auch für Patienten aus äußeren Ortsteilen von (ansonsten gut versorgten) Kommunen. Außerdem kommt als Problem hinzu, dass teilweise Ärzte nicht barrierefrei erreichbar sind (Bericht 2017).

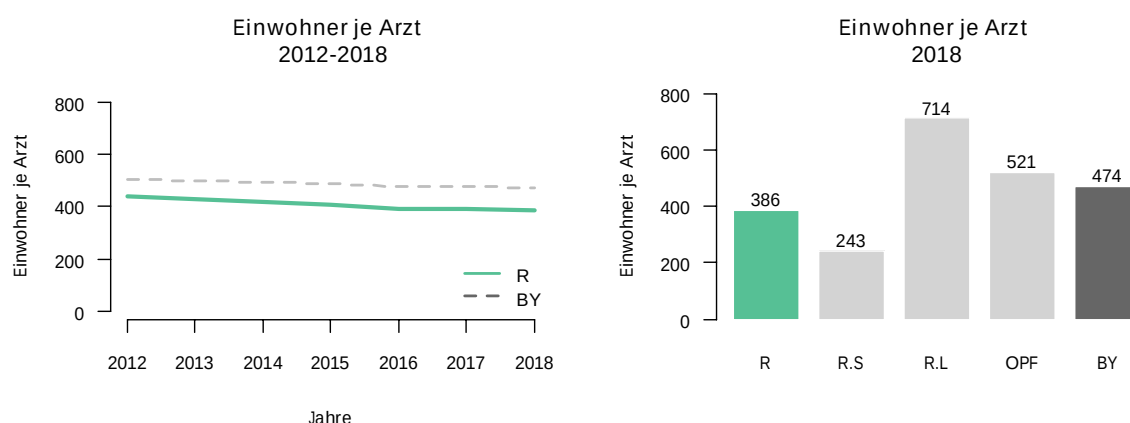
Nach Befragungsergebnissen des BASIS Instituts lässt sich für einen Großteil der Bevölkerung im Landkreis eine fehlende hausärztliche Versorgung innerhalb einer Kommune durch individuelle Mobilität kompensieren. 95,2 % der Befragten gaben an, einen Hausarzt zu haben, wobei in der Stadt etwas weniger einen Hausarzt (90,6 %) haben als auf dem Land (96,3 %). Im Durchschnitt mussten die Befragten 1,2 Tage auf einen Termin bei ihrem Hausarzt warten und die durchschnittliche Wartezeit im Wartezimmer betrug 30,3 Minuten.

Sowohl in der Stadt als auch im Landkreis wird der Hausarzt in etwa gleich oft (4,6 mal/Jahr) aufgesucht. Der Weg (in Kilometern) zum Hausarzt ist im Landkreis nur wenig länger als in der Stadt, aber der Zeitaufwand für den Weg ist im Landkreis signifikant kürzer als in der Stadt mit ihren Verkehrsstrukturen, -aufkommen und -problemen. Auch weitere Angaben belegen,

dass es – betrachtet man nur den „durchschnittlichen“ Patienten – kaum Unterschiede zwischen Stadt und Landkreis gibt.

Bei der Bewertung der hausärztlichen Versorgung sollte schließlich auch nicht übersehen werden, dass sich die ambulante ärztliche Versorgung der Gesundheitsregion^{plus} durch ambulant tätige Ärzte (Hausärzte und Fachärzte) deutlich verbessert hat. Wie die Abbildung 7 zeigt, sank die Zahl der Einwohner, die ein Arzt zu Versorgung hat, im Zeitraum 2012 – 2018 stärker als im bayerischen Durchschnitt. Zudem unterschreitet die Einwohnerzahl je ambulant tätigen Arzt in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg mit einem Wert von 386 Einwohnern deutlich den bayerischen Durchschnitt von 474 Einwohnern je ambulant tätigen Arzt (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Einwohner je ambulant tätigen Arzt



Quelle: LGL, Bayerische Landesärztekammer.

Rein rechnerisch versorgte zum Stichtag (31.12.2018) im Landkreis Regensburg im Durchschnitt ein Arzt in ambulanten Einrichtungen 714 Personen, in der Stadt Regensburg waren es 243 Personen. Im Vergleich mit der Stadt kommen im Landkreis Regensburg also fast dreimal so viele Einwohner auf einen Arzt. Auch im Vergleich mit anderen Landkreisen schneidet der Landkreis Regensburg hier schlechter ab, das Versorgungsniveau der Stadt Regensburg liegt auf dem Niveau der Vergleichsstädte Würzburg und Erlangen (vgl. Gesundheitsregion^{plus} Regensburg 2017).

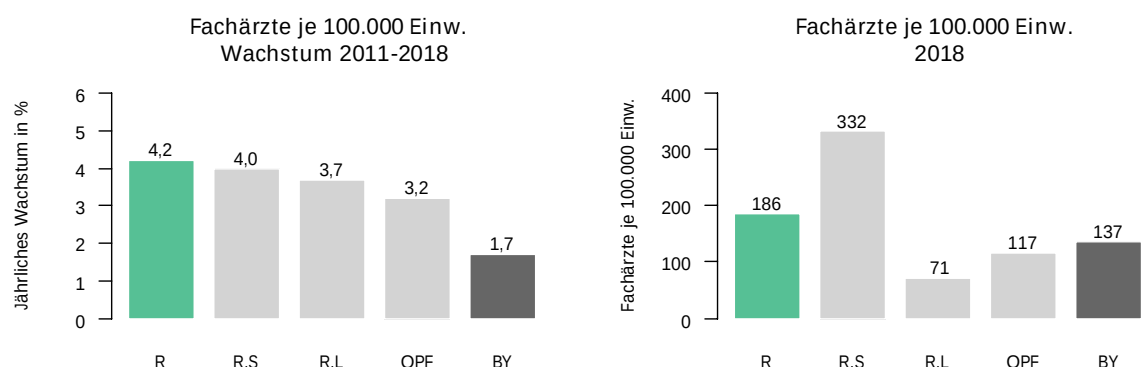
2.4 Fachärzte: Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven

2.4.1 Rückschau und Status quo in der fachärztlichen Versorgung

Angebot an Fachärzten

Nach Daten des LGL (vgl. Abbildung 8) erreichte die Facharztdichte (ambulant tätige Fachärzte je 100.000 Einwohner) ein Niveau von 186 im Vergleich zu 137 für Bayern. Auffällig sind auch die hohen Unterschiede zwischen Stadt- und Landkreis (332 zu 71). Ferner ist das starke jährliche Wachstum an Fachärzten in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg zu erwähnen, das mit 4,2 % dasjenige Bayerns von 1,7 % um mehr das Doppelte übertrifft.

Abbildung 8: Fachärzte je 100.000 Einwohner



Quelle: LGL, Bayerische Landesärztekammer, KVB, Berechnungen BASYS (Differenz ambulant tätige Ärzte und Hausärzte [Personenzählung]).

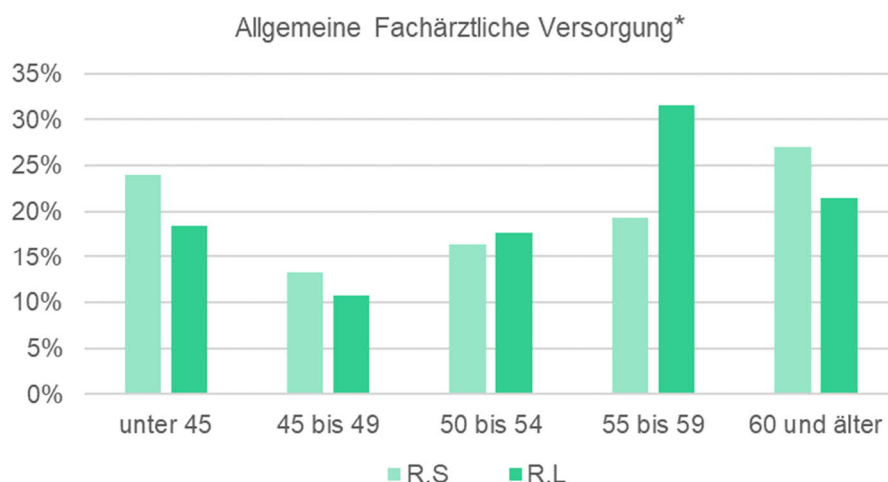
Die räumliche Ungleichverteilung in der fachärztlichen Versorgung betreffen alle drei Ebenen:

- allgemeine fachärztliche Versorgung;
- spezialisierte fachärztliche Versorgung;
- gesonderte fachärztliche Versorgung.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Zur Rubrik der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zählen die neun Disziplinen der Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Urologen. Diese werden nach Maßgabe der Bedarfsplanungsrichtlinie auf Kreisebene geplant. Zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Siedlungsstrukturen in Deutschland werden sechs Kreistypen unterschieden. Die Typisierung der Kreise erfolgt mit Blick auf das Ausmaß der sogenannten Mitversorgung. Entsprechend wird eine Differenzierung in mitversorgende Regionen, mehr oder weniger stark mitversorgte Regionen und eigenversorgte Regionen vorgenommen und die arztgruppenspezifische Verhältniszahl je Kreistyp bedarfsgerecht festgelegt. Aus diesem Grund wird z. B. Großstädten, die als stark mitversorgend gelten, eine höhere Arztdichte zugebilligt als ländlichen Gebieten. Die allgemeine fachärztliche Versorgung des Landkreises Regensburg wird nach dem Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung als stark mitversorgtes Umland eingestuft, was zur Folge hat, dass der Bedarf im Landkreis deutlich geringer als im Stadtkreis Regensburg eingeschätzt wird.

Abbildung 9: Altersstruktur der Fachärzte



* Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Urologen

Quelle: KVB Versorgungsatlas 2019.

Viele der Ärzte in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind heute bereits im Rentenalter oder werden bald in Rente gehen. Knapp ein Viertel dieser Fachärzte sind 60 Jahre und älter (vgl. Abbildung 9).

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung, zu welcher die Arztgruppen der Anästhesisten, Radiologen, fachärztlich tätigen Internisten sowie der Kinder- und Jugendpsychiater gehören, geht der Planungsbereich der KVB über die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg hinaus. Planungsbereich ist die Raumordnungsregion Regensburg, die noch zusätzlich die Landkreise Cham und Kelheim umfasst.

Die Arztdichte nach den vier Disziplinen für das Jahr 2019 in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg im Vergleich zu Bayern zeigt die Tabelle 3. Danach liegt die Facharztdichte in diesen vier Disziplinen deutlich über dem bayerischen Durchschnitt.

Tabelle 3: Ärzte je 100.000 Einwohner in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung

Fachrichtung	Gesundheitsregion ^{plus} Regensburg	Stadtkreis Re- gensburg	Landkreis Re- gensburg	Bayern
Anästhesisten	7,9	13,9	3,1	6,0
Fachärztlich tätige Internisten	19,5	35,8	6,8	14,9
Kinder- und Jugendpsychiater	21,9	50,7	3,0	9,0
Radiologen	11,4	16,6	7,3	5,0

Quelle: KVB Versorgungsatlas 2019.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

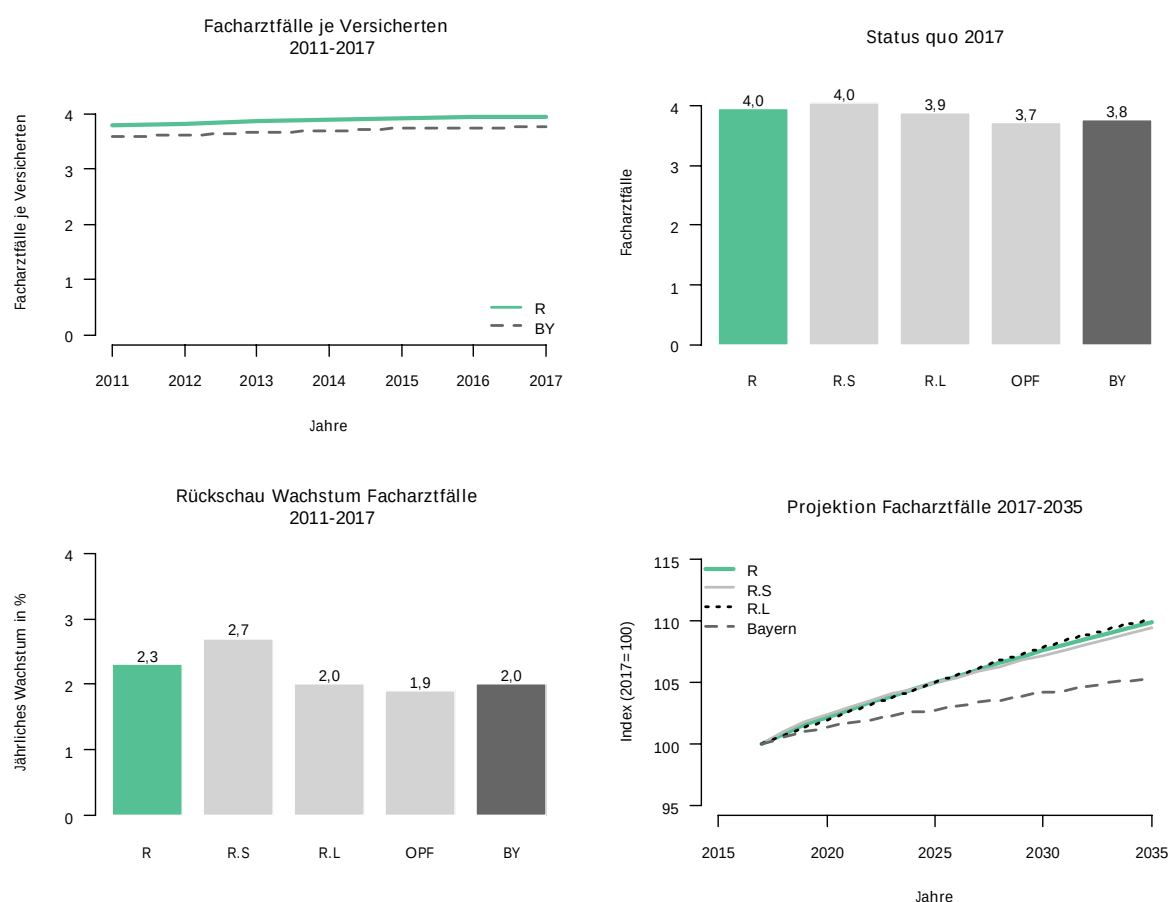
Für die Fachärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung gilt als Planungsregion die Oberpfalz insgesamt. Hierzu gehören Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten und

Transfusionsmediziner. Die Stadt nimmt hier mit dem Universitätsklinikum Regensburg überregionale Versorgungsfunktionen wahr.

Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen

Die Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen ist während der letzten Jahre ebenfalls gestiegen (vgl. Abbildung 10). Nicht nur die Zunahme der Versicherten, sondern auch die Alterung der Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt und gesetzliche Änderungen trugen hierzu bei.

Abbildung 10: Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen



R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg, OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Berechnung BASYS anhand LGL- und Bayerisches Landesamt für Statistik.

Im Landkreis Regensburg rechneten im Jahr 2017 die Fachärzte 1.080.231 Fälle für die GKV-Versicherten ab. Die Entwicklung seit dem Jahr 2011 ist dabei deutlich steigend. Das jährliche Wachstum war mit 2,3 % höher als im oberpfälzischen oder bayerischen Durchschnitt mit 2,0 %. Dies erklärt sich u. a. aus der Zunahme der GKV-Versicherten.

Bezogen auf einen GKV-Versicherten sind es 4,0 Fälle, die im Durchschnitt je Facharzt abgerechnet werden (vgl. Abbildung 10).

2.4.2 Perspektive der fachärztlichen Versorgung

Als Folge der zunehmenden Gebrechlichkeit im Alter und der weiterhin wachsenden Bevölkerung wird in Zukunft von einer Steigerung der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen ausgegangen. Insgesamt wird als Folge der demographischen Veränderungen für die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg mit einem jährlichen Wachstum der ambulanten Facharztfälle von 0,5 % bis zum Jahr 2035 gerechnet (vgl. Abbildung 10). Die projizierte Entwicklung für die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg liegt damit über dem bayerischen Durchschnitt. Für die Stadt Regensburg ergibt sich ein etwas geringerer Anstieg als für den Landkreis. Insgesamt liegt das demographisch bedingte Wachstum für die zukünftige Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen unter den durchschnittlichen Wachstumsraten des Zeitraums 2012-2017.

2.5 Fachärzte: Bestandsbewertung

Die in der Bedarfsplanung für den Landkreis Regensburg verwendeten Verhältniszahlen (Typ 3 – stark mitversorgt) und in der Stadt Regensburg (Typ 1 – stark mitversorgend) führen rechnerisch zu etwa doppelt so hohen Angeboten in der Stadt Regensburg wie im Landkreis. In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die die neun Disziplinen Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Urologen umfasst, sind die Unterschiede noch höher.

Im Folgenden wird auf die Erreichbarkeit der vier Facharztgruppen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eingegangen: Kinderärzte, Frauenärzte, Augenärzte und Psychotherapeuten.

Kinderärzte

Nach der Personenzählung der Bedarfsplanung gibt es in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg 29 Kinderärzte (vgl. Tabelle 4), davon 19 im Stadtkreis und 10 im Landkreis Regensburg. Da nicht alle Kinderärzte in vollem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist die versorgungsrelevante Zahl der Kinderärzte nach Bedarfsanrechnung (Bedarfsäquivalente) mit 23,5 deutlich geringer.

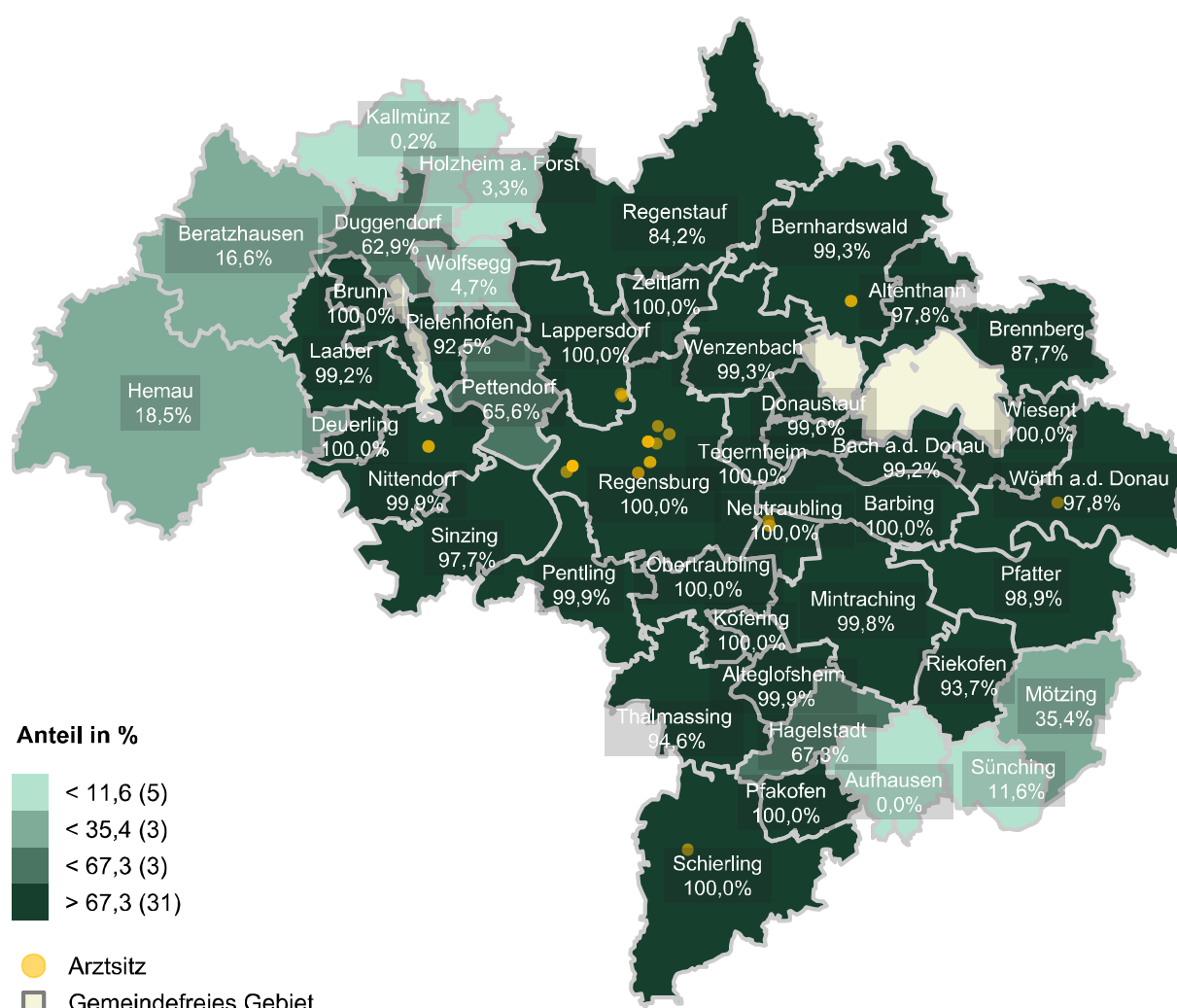
Tabelle 4: Kinderärzte nach Bedarfsplanung (Februar 2019)

Planungsbereich	Anzahl Kinderärzte		darunter:		Einwohner unter 18	Versorgungsgrad	Durchschnittsalter
	Bedarfsäquivalente	Persone	Frauen	über 60			
LKR Regensburg	8,50	10	5	1	33.093	112,3	51,1
Stadt Regensburg	15,00	19	9	4	21.689	166,3	51,9
Gesundheitsregion	23,50	29	14	5	54.782	133,7	51,4

Quelle: KVB Versorgungsatlas Kinderärzte.

Legt man die Vorgaben der ärztlichen Bedarfsplanung für Kinderärzte zugrunde, ist die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg sehr gut mit Kinderärzten versorgt. Der Versorgungsgrad liegt zwischen 112 % und 166 %. Die Altersstruktur der Kinderärzte ist vergleichsweise günstig.

Abbildung 11: 15 Minuten Erreichbarkeit von Kinderärzten



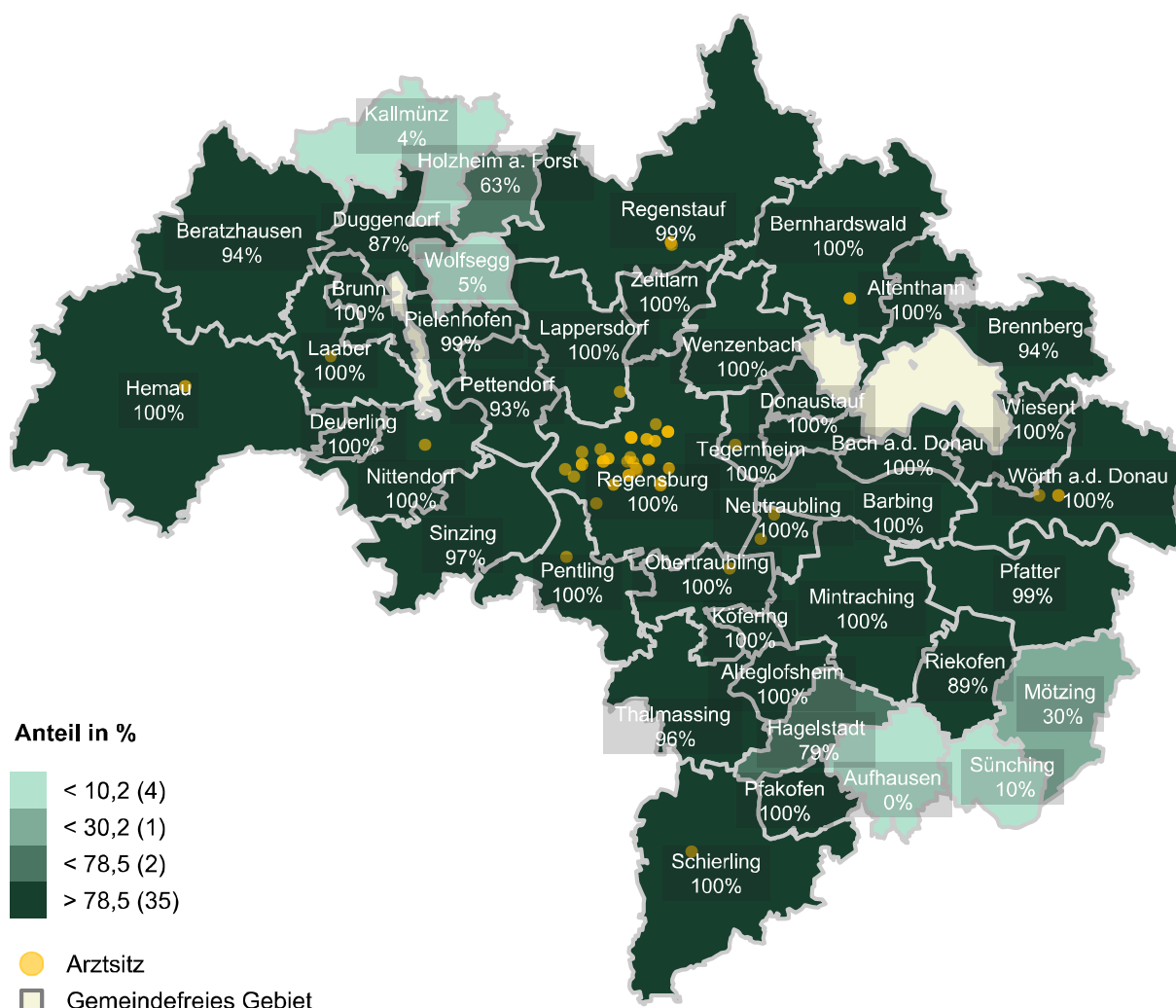
Quelle: Eigene Berechnungen für die Facharztgruppe Kinderärzte nach KVB_Arzttsuche_Bezirksstelle_Oberpfalz-20191021.

Abbildung 11 zeigt die Bevölkerungsanteile auf Gemeindeebene, die innerhalb von 15 Minuten einen Kinderarzt erreichen. Diesen Berechnungen liegt die Arztsitzszählung zugrunde, d. h. die Praxisöffnungszeiten werden nicht berücksichtigt. Zu beachten ist, dass ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen (z. B. Kinderzentrum St. Martin, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin St. Hedwig) bei der kartographischen Darstellung der Erreichbarkeit ebenso wie in der Bedarfsplanung allgemein nicht berücksichtigt sind.

Frauenärzte

In der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg sind nach der Personenzählung der Bedarfsplanung 57 Frauenärzte ansässig (vgl. Tabelle 5). Die Mehrheit dieser Frauenärzte haben davon ihre Praxis in der Stadt Regensburg (40). Die restlichen 17 Ärzte haben den Sitz der Praxis im Landkreis Regensburg. Die versorgungsrelevante Anzahl der Frauenärzte ist jedoch mit 46 niedriger, da nicht alle Frauenärzte in vollem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Abbildung 12: 15 Minuten Erreichbarkeit von Frauenärzten



Quelle: Eigene Berechnungen für die Facharztgruppe Frauenärzte nach KVB_Arztuche_Bezirksstelle_Oberpfalz-20191021.

Tabelle 5: Frauenärzte nach Bedarfsplanung (Februar 2019)

Planungsbereich	Anzahl Frauenärzte		darunter:		Einwohner weiblich	Versorgungsgrad	Durchschnittsalter
	Bedarfsäquivalente	Personen	Frauen	über 60			
LKR Regensburg	17,00	17	10	7	95.850	114,7	51,1
Stadt Regensburg	29,00	40	28	12	77.773	135,7	52,3
Gesundheitsregion	46,00	57	38	19	173.623	124,1	51,6

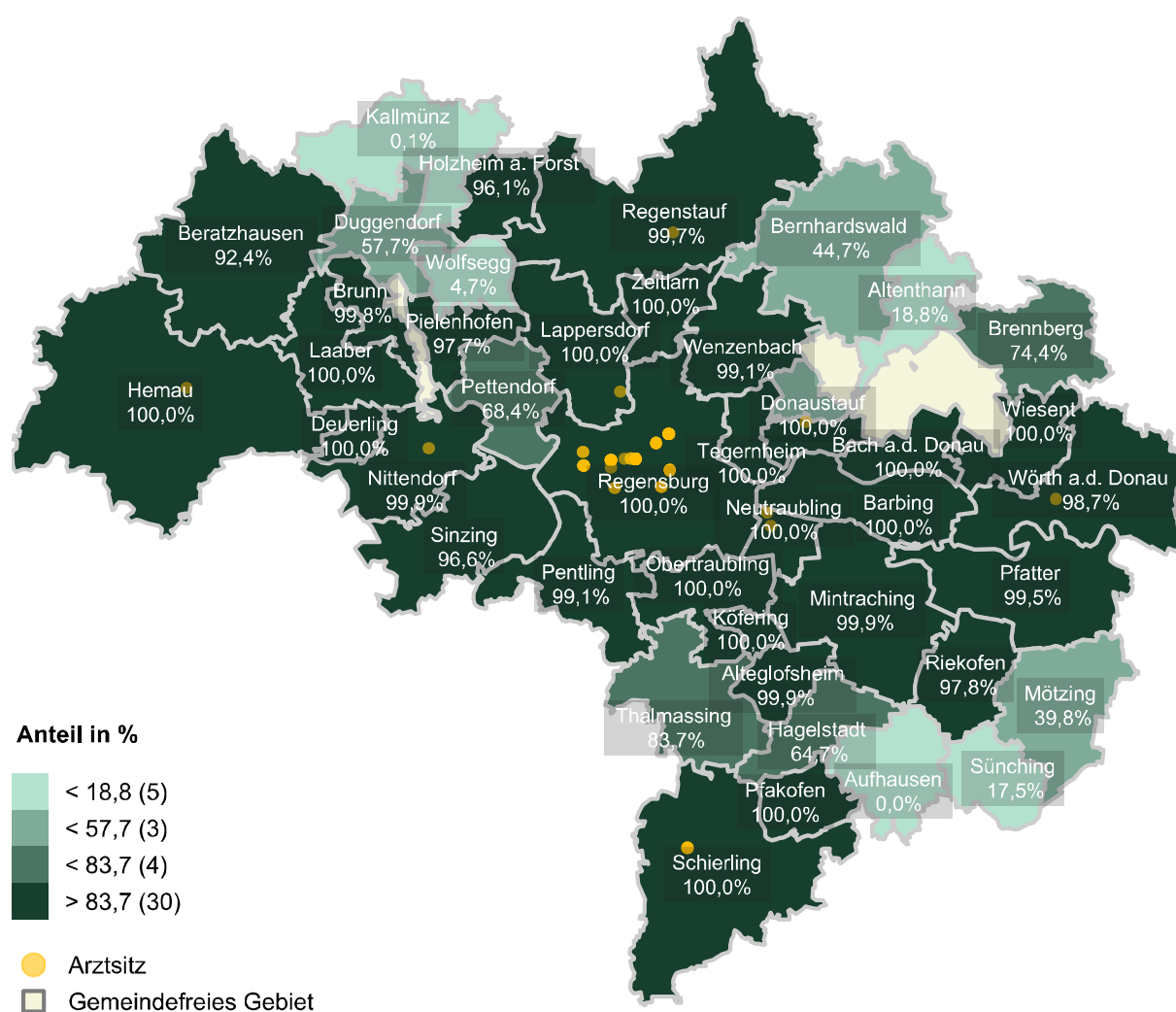
Quelle: KVB Versorgungsatlas Frauenärzte.

Tabelle 5 zeigt auch den Versorgungsgrad der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg für Frauenärzte. Legt man die Vorgaben der ärztlichen Bedarfsplanung zugrunde, ist die Versorgung in der Region ebenfalls gut bis sehr gut. Der Versorgungsgrad liegt bei dieser Facharztgruppe zwischen 114 % und 136 %. Dabei ist zu beachten, dass die Einstufung des Landkreises als „stark mitversorgt“ den Benchmark für den Landkreis bereits sehr niedrig ansetzt, nämlich 6.606 Einwohner je Frauenarzt im Vergleich zu 3.733 Einwohner in der Stadt Regensburg.

Augenärzte

In der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg gibt es nach der Personenzählung der Bedarfsplanung 32 Augenärzte (vgl. Tabelle 5). Hiervon praktizieren 23 Ärzte im Stadtkreis und 9 Ärzte im Landkreis Regensburg. Allerdings ist die versorgungsrelevante Zahl der Augenärzte mit 24,5 nach der Bedarfsanrechnung (Bedarfsäquivalente) deutlich geringer, da nicht alle Augenärzte in vollem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Abbildung 13: 15 Minuten Erreichbarkeit von Augenärzten



Quelle: Eigene Berechnungen für die Facharztgruppe Augenärzte nach KVB_Arztstzuche_Bezirksstelle_Oberpfalz-20191021.

Tabelle 6: Augenärzte nach Bedarfsplanung (Februar 2019)

Planungsbereich	Anzahl Augenärzte		darunter:		Anzahl Einwohner	Versorgungsgrad	Durchschnittsalter
	Bedarfsäquivalente	Personen	Frauen	über 60			
LKR Regensburg	8,50	9	5	0	192.200	115,0	51,8
Stadt Regensburg	16,00	23	11	7	150.894	154,8	51,4
Gesundheitsregion	24,50	32	16	7	343.094	132,5	51,6

Quelle: KVB Versorgungsatlas Augenärzte.

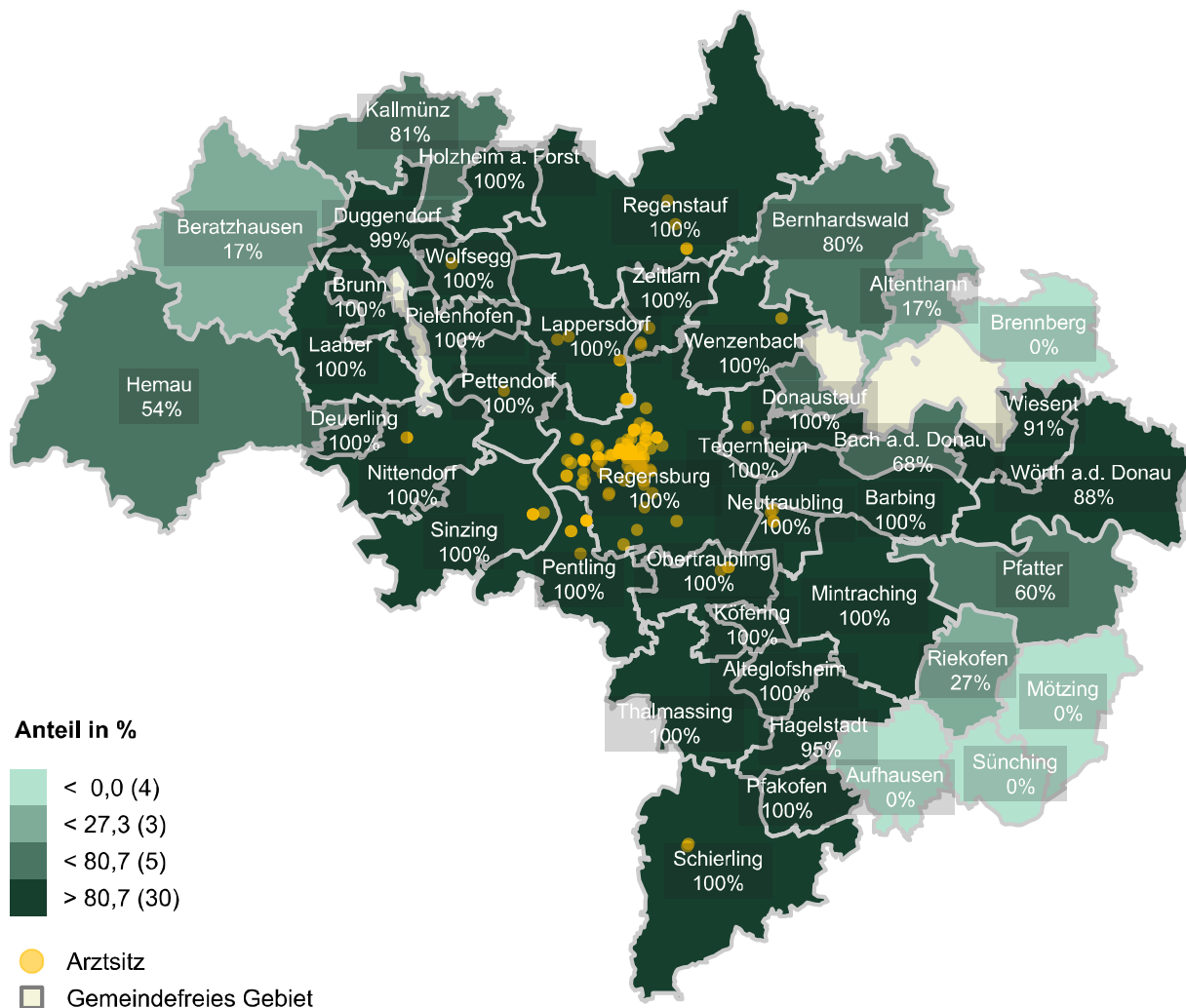
Auch der Versorgungsgrad bei den Augenärzten ist in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg gut bis sehr gut (vgl. Tabelle 4). Der Versorgungsgrad bewegt sich zwischen 115 % und 155 %.

Auch hier gibt es im Versorgungsgrad Unterschiede zwischen dem Landkreis und der Stadt Regensburg.

Psychotherapeuten

174 Psychotherapeuten praktizieren nach der Personenzählung der Bedarfsplanung in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg (vgl. Tabelle 6). Davon haben 128 Psychotherapeuten ihre Praxis in der Stadt und 46 im Landkreis Regensburg. Nicht alle Psychotherapeuten nehmen uneingeschränkt an der vertragsärztlichen Versorgung teil, so dass die versorgungsrelevante Anzahl der Psychotherapeuten (Bedarfsäquivalente) 128,65 beträgt.

Abbildung 14: 15 Minuten Erreichbarkeit von Psychotherapeuten



Quelle: Eigene Berechnungen für die Facharztgruppe Psychotherapeuten nach KVB_Arztuche_Bezirksstelle_Oberpfalz-20191021.

Tabelle 7: Psychotherapeuten nach Bedarfsplanung (Februar 2019)

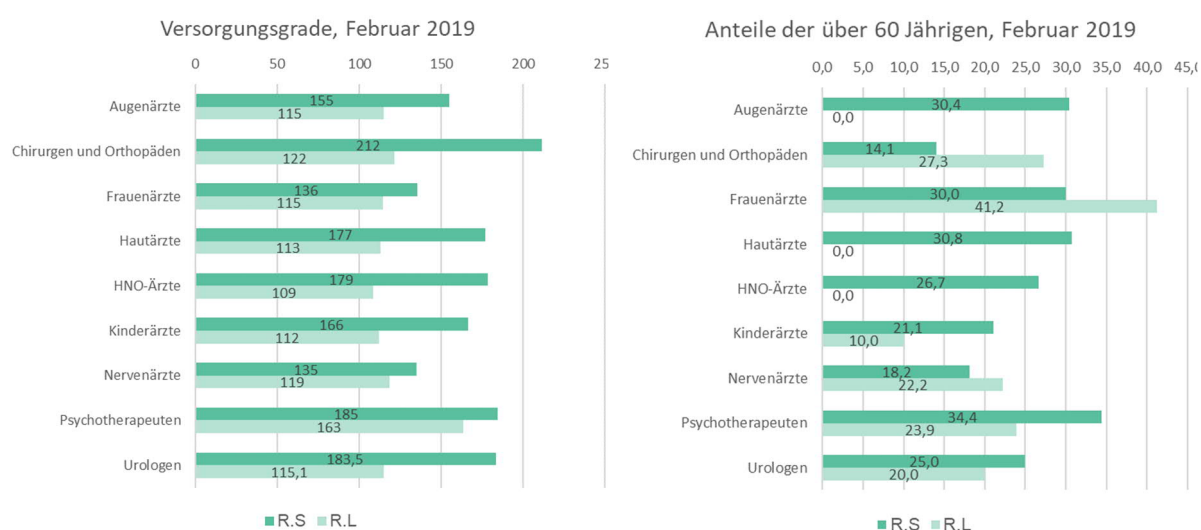
Planungsbereich	Anzahl Psychotherapeuten		darunter:		Anzahl Einwohner	Versorgungsgrad	Durchschnittsalter
	Bedarfsäquivalente	Personen	Frauen	über 60			
LKR Regensburg	35,20	46	35	11	192.200	163,4	53,2
Stadt Regensburg	93,45	128	98	44	150.894	184,5	55,1
Gesundheitsregion	128,65	174	133	55	343.094	172,7	54,0

Quelle: KVB Versorgungsatlas Psychotherapeuten.

Legt man die Vorgaben der ärztlichen Bedarfsplanung zugrunde, ist die Region sehr gut mit Psychotherapeuten versorgt (vgl. Tabelle 5). Der Versorgungsgrad liegt zwischen 163 % und 185 %. Auffällig ist, dass hier der Versorgungsgrad sowohl für die Stadt Regensburg als auch für den Landkreis weitaus höher liegt als bei den anderen dargestellten Facharztgruppen.

Abbildung 15 fasst die Versorgungsgrade der neun Fachgebiete der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zusammen. Nach den Vorgaben der ärztlichen Bedarfsplanung ist der Stadtkreis Regensburg bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sehr gut mit Fachärzten versorgt. Der Versorgungsgrad liegt im Stadtkreis Regensburg zwischen 135,7 % (Nervenärzte) und 211,6 % (Chirurgen und Orthopäden) (vgl. Abbildung 15). Chirurgen und Orthopäden verzeichneten im Stadtkreis Regensburg gleichzeitig den geringsten Anteil von Ärzten im Alter über 60 Jahre.

Abbildung 15: Versorgungsgrade nach Fachrichtungen



Quelle: KVB Versorgungsatlas Stand Februar 2019.

Nach Ansicht des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sollte die allgemeine fachärztliche Versorgung für Urologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Nervenärzte sowie Psychotherapeuten in mindestens 30 Minuten für 99 % der Bevölkerung erreichbar sein. Kinderärzte und Frauenärzte bilden dabei eine Ausnahme in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die beiden Arztgruppen haben eine besondere wohnortnahe Relevanz, da große Bevölkerungsgruppen weniger mobil sind (Kinder, Schwangere), aber eine relativ häufige Frequentierung erfolgt. Für diese beiden Arztgruppen sollte daher nach den Gutachtern ein geringerer Richtwert von 20 Minuten Fahrzeit erwogen werden (vgl. G-BA 2019). Die Bedarfsplanungs-Richtlinie (Stand: 16. Mai 2019) benennt die Erreichbarkeit

von Kinder- und Jugendärzten mit mindestens 30 Minuten und die von Augen- und Frauenärzten mit 40 Minuten.

Wie die Tabelle 8 zeigt wird die gesetzliche Erreichbarkeitsfrist von 40 Minuten in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in allen Fachgebieten erreicht. Die von den Gutachtern geforderte Erreichbarkeit von 20 Minuten bei Kinderärzten und Frauenärzten wird lediglich bei Kinderärzten für einen geringen Bevölkerungsteil unterschritten. Betroffen sind Gemeinden im Süden und Norden des Landkreises Regensburg. Um ein vollständiges Bild hier zu erhalten, wären in einem nächsten Schritt der Analyse die angrenzenden Landkreise einzubeziehen.

Tabelle 8: Erreichbarkeit in der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung (Minuten PKW-Fahrzeit)

Fachrichtung	Erreichbarkeit					
	5 Min.	10 Min.	15 Min.	20 Min.	30 Min.	40 Min.
Allgemeinmediziner	85,9	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0
Augenärzte	56,6	79,6	94,6	99,3	100,0	100,0
Chirurgen und Orthopäden	51,9	75,1	91,1	98,2	100,0	100,0
Hautärzte	37,5	64,0	83,4	92,6	100,0	100,0
Frauenärzte	64,6	87,3	96,6	99,8	100,0	100,0
Hausarzt	86,2	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0
HNO-Ärzte	48,8	73,3	89,5	96,6	100,0	100,0
Kinder- und Jugendpsychiater	50,0	74,3	89,1	96,5	100,0	100,0
Nervenärzte	49,6	67,8	81,1	91,2	99,4	100,0
Kinderärzte	48,6	72,5	91,5	98,3	100,0	100,0
Psychotherapeuten	66,8	83,2	93,1	98,2	100,0	100,0
Urologen	44,3	69,7	89,0	98,0	100,0	100,0
Allgemein fachärztliche Versorgung	52,1	74,7	90,0	96,9	99,9	100,0

Quelle: Eigene Berechnungen nach KVB_Arztuche_Bezirksstelle_Oberpfalz-20191021.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung erfolgt die Bedarfsplanung auf Ebene der Raumordnungsregion Regensburg, welche neben dem Stadt- und dem Landkreis Regensburg noch die Landkreise Kelheim und Cham einschließt. Die gesetzlichen Versorgungsgrade der Bedarfsplanung werden hier in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg in allen Fachgebieten deutlich überschritten.

2.6 Mögliche Ziele und Handlungsfelder

Die Ergebnisse dieses Berichts zeigen, dass die Sicherung und Vernetzung der Gesundheitsversorgung zwischen Stadt und Land in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen wird. In der ambulanten Versorgung geht es dabei darum, nicht nur die hausärztliche, sondern auch die allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung im Landkreis zu stärken. Die Versorgungsgrade bei Kinderärzten und Gynäkologen liegen beispielsweise im Landkreis unter der Stadt Regensburg trotz wesentlich geringerer Bedarfsäquivalente der Bedarfsplanung. Hier gilt es, fachspezifisch Möglichkeiten der Vernetzung durch Telemedizin und innovative Versorgungsformen zur Verbesserung der Versorgung auszuloten.

Zwei Arbeitsgruppen sind hierzu bereits eingesetzt: Ziel der Arbeitsgruppe 1 ist die Sicherung und Optimierung der regionalen Gesundheitsversorgung. Dabei stehen die möglichst wohnortnahen medizinischen Versorgungsstrukturen sowie die Gewinnung von Nachwuchskräften im Mittelpunkt. Einen Fokus bildet dabei auch die Sorge der Landkreismunicipien vor einem künftigen Hausärztemangel und vor einer eingeschränkten Notfallversorgung. Zudem sollen die Zugangsmöglichkeiten für Personen mit besonderen Bedürfnissen im Sinne einer gesundheitlichen Chancengleichheit betrachtet werden. Hierzu ist es zweckmäßig, einzelne Krankheitsfelder auszuwählen.

Die Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ setzt sich mit dem Ziel einer verstärkten Vernetzung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und Beratungsstellen sowie den ambulanten und stationären Einrichtungen auseinander. Ziel der Arbeitsgruppe „Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit“ ist die Entwicklung von Strategien zur Optimierung bestehender Maßnahmen, um benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

3. Krankenhausversorgung

3.1 Zusammenfassung

Als Stadt mit einem Universitätsklinikum hat Regensburg nicht nur eine zentrale Mitversorgungsfunktion für die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg im engeren Sinn, sondern auch für den Bezirk Oberpfalz und darüber hinaus. Die Krankenhausversorgung der Gesundheitsregion^{plus} wird nahezu vollständig von den Krankenhäusern der Stadt Regensburg geleistet.

Perspektivisch zeigt sich in der Nachfrage nach Krankenhausleistungen ein deutlich stärkerer demographisch bedingter Anstieg als in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dieser Anstieg wird, was die Bettenkapazitäten betrifft, zukünftig wahrscheinlich weitgehend aufgefangen werden können durch einen weiteren Rückgang der Verweildauer und der konsequenten Verfolgung des Prinzips "ambulant vor stationär". Allerdings steht die Krankenhausversorgung vor dem Problem, den Strukturwandel zu finanzieren und entsprechende personelle Ressourcen bereitzustellen. Die Leistungsverdichtung wird zusätzliches fachärztliches Personal und spezialisierte Pflegekräfte erfordern.

3.2 Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven

Das Angebot an Krankenhausleistungen wird in der Krankenhausplanung festgelegt. Diese verfolgt das Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser freigemeinnütziger, privater und öffentlich-rechtlicher Träger in Bayern zu sichern. Für ganz Bayern trifft der Krankenhausplan im Zuge seiner laufenden Fortschreibung Aussagen, an welchem Ort, für welche Zweckbestimmung, in welcher Zahl und Größe Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um eine leistungsfähige Versorgung der Bevölkerung im Sinn der gesetzlichen Zielsetzung sicherzustellen. Der Krankenhausplan soll ferner die Voraussetzung dafür schaffen, dass die Krankenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können (vgl. Art. 3 Abs. 2 BayKrG).

Für die Bewertung der Krankenhausversorgung werden auf der Nachfrageseite die Daten der Krankenhausesfälle nach Alter, Fachabteilungen und Diagnosegruppen und auf der Angebotsseite die Entwicklung der Bettenkapazitäten nach Fachabteilungen analysiert. Dabei findet ein krankheitsbezogener Ansatz Verwendung (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2018 (BASYS/I+G Gutachten) und Tabelle 4).

3.2.1 Rückschau und Status quo der Krankenhausversorgung

Angebot an Krankenhausleistungen

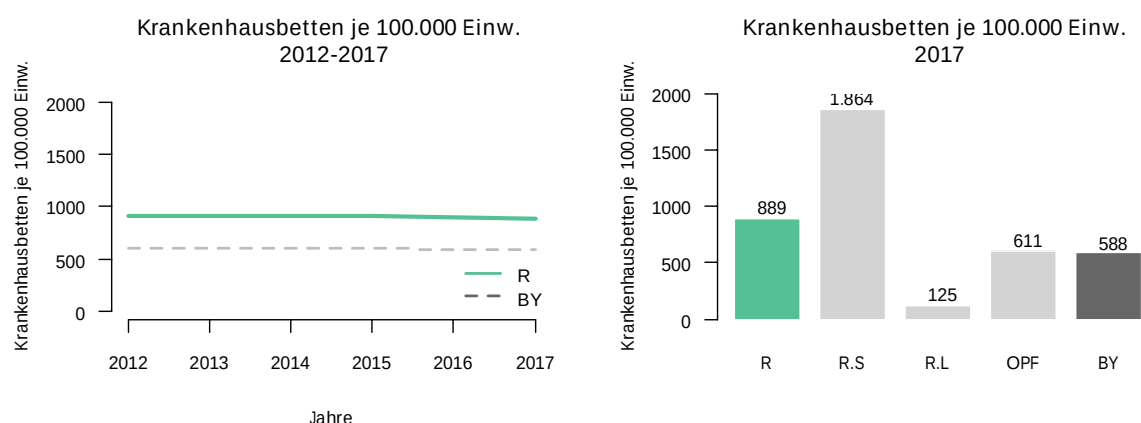
Die Rückschau bei der Krankenhausversorgung ist über einen längeren Zeitraum als in der ambulanten ärztlichen Versorgung möglich.

In Regensburg gibt es insgesamt 8 Krankenhäuser. Dabei ist die KUNO Klinik St. Hedwig gemeinsam mit dem Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg das größte katholische Krankenhaus Deutschlands mit insgesamt 957 Betten. An den beiden Standorten kümmern sich rund 3.300 Mitarbeiter in 28 Kliniken und Instituten sowie in 16 zertifizierten Zentren um

die Versorgung von jährlich ca. 53.000 stationären und 120.000 ambulanten Patienten. Die Mutter-Kind-Klinik St. Hedwig ist Standort der KinderUniKlinik Ostbayern (KUNO). Sie ist das größte Perinatalzentrum Bayerns und das einzige, universitäre Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level 1) in Ostbayern. Die KUNO Klinik St. Hedwig ist Kooperations- und Lehrkrankenhaus der Universität Regensburg. Mit etwa 3.000 Geburten im Jahr zählt die KUNO Klinik St. Hedwig zu einer der größten Geburtskliniken Bayerns.

Insgesamt wurden die Bettenkapazitäten der Krankenhäuser der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg in den letzten Jahren ausgebaut. Als Folge der Bevölkerungszunahme war die Zahl der Betten je 100.000 Einwohner rückläufig (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Krankenhausbetten



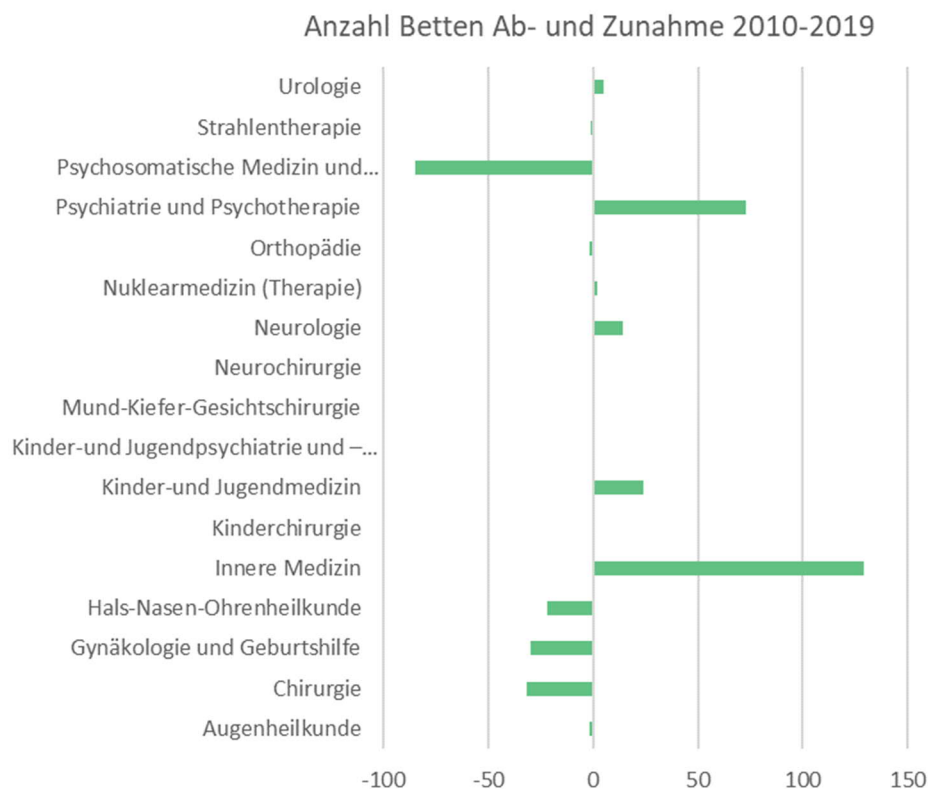
R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg,
OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Eigene Darstellung nach LGL Bayern, Krankenhausstatistik.

Die Krankenhausstrukturen und die Krankenhauslandschaft der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg hat in den letzten Jahren vielerlei Veränderungen erfahren. Dieses zeigt sich deutlich bei der Aufschlüsselung der Kapazitäten nach Fachgebieten (vgl. Abbildung 17).

Bedingt durch die zentrale Lage der Krankenhäuser der Gesundheitsregion^{plus} ist eine sehr gute Erreichbarkeit von Abteilungen der Grundversorgung, aber auch in einzelnen Fachgebieten gegeben.

Abbildung 17: Entwicklung der Bettenkapazitäten nach Fachgebieten



Quelle: Eigene Darstellung nach Krankenhausbedarfsplan Bayern 2019 und 2010.

Das geriatrische Leistungsangebot als Teil der Inneren Medizin ist in Regensburg in den vergangenen Jahren im stationären Bereich stark gewachsen. Zudem hat der Gesetzgeber unter anderem mit dem Krankenhausstrukturgesetz, den Pflegestärkungsgesetzen und der Etablierung des Innovationsfonds Maßnahmen auf den Weg gebracht, die die Bedeutung der Geriatrie in Deutschland zukünftig weiter erhöhen werden. Durch die Einführung geriatrischer Leistungen im ambulanten Honorarsystem der Ärzte findet die Geriatrie eine weitere Aufwertung.

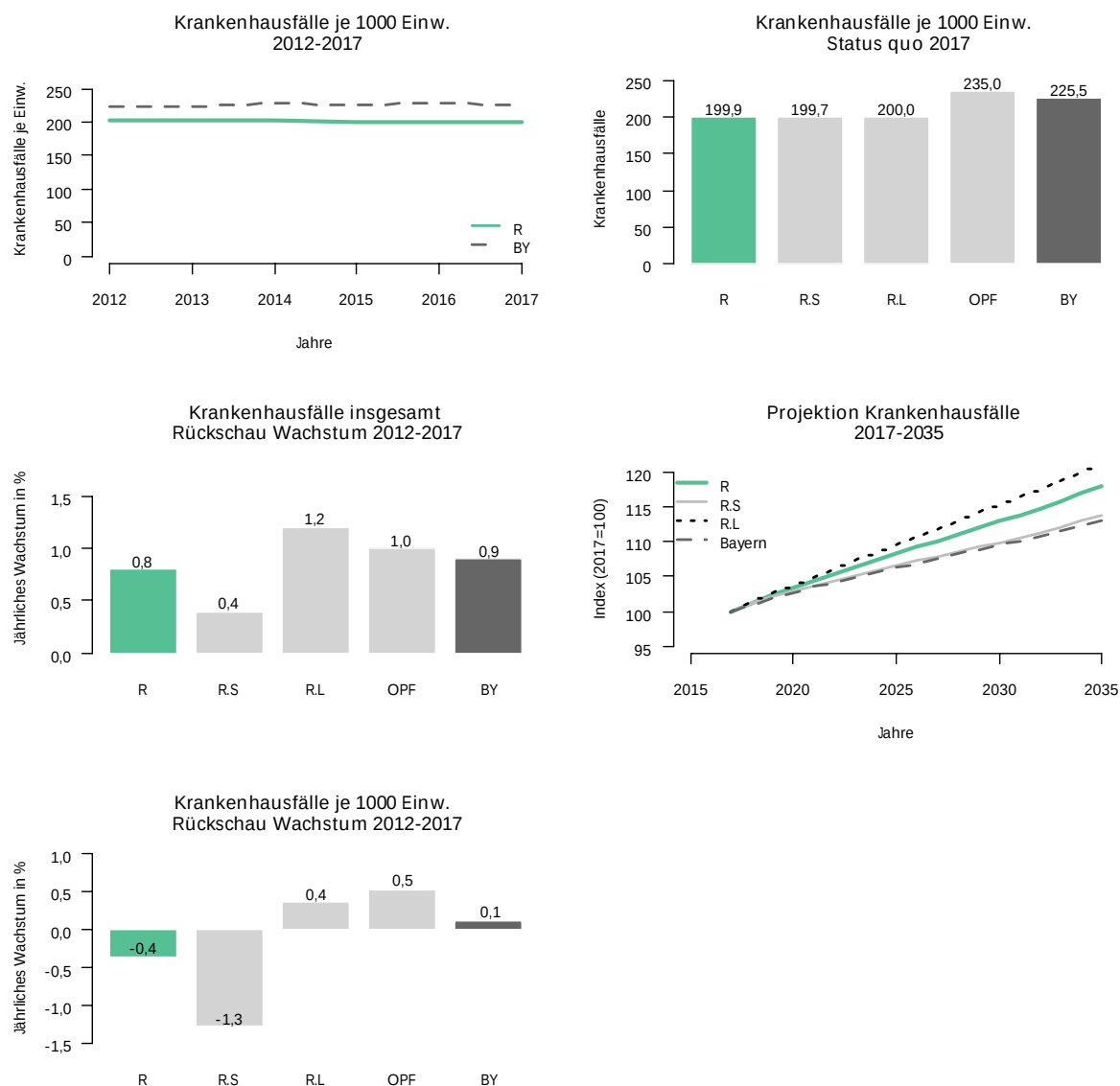
Nachfrage nach Krankenhausleistungen

Rund ein Fünftel der Bevölkerung der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg nimmt jährlich Leistungen des Krankenhauses in Anspruch. Nach den Berechnungen des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Bayern (LGL) ist die standardisierte Leistungsanspruchnahme im Vergleich zur Oberpfalz und Bayern unterdurchschnittlich. Insgesamt weist die Statistik für die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg für das Jahr 2017 68.179 vollstationäre Krankenhaufälle aus. Im Vergleich zur Stadt ist die Leistungsanspruchnahme im Landkreis etwa gleich hoch (vgl. Abbildung 18). D.h. im Durchschnitt kommt auf jeden fünften Einwohner in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg ein Krankenhaufall.

In der Rückschau stiegen die Krankenhaufälle insgesamt zwar in den letzten Jahren an, die durchschnittliche Krankenhausmorbidity in der Stadt Regensburg sank dennoch als Folge der starken Zunahme der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Fasst man dies in Zahlen, ist die Krankenhausmorbidity im Zeitraum 2012-2017 jährlich um 0,4 gesunken (vgl. Abbildung 18). Dies wird sich voraussichtlich nicht in dieser Weise fortsetzen, so dass mit einer steigenden

Krankenhausthäufigkeit in der Zukunft zu rechnen ist. Nach der Bevölkerungsprojektion verzeichnen sowohl die Stadt Regensburg als auch der Landkreis ein deutlich höheres Bevölkerungswachstum als Bayern.

Abbildung 18: Entwicklung der Krankenhausnachfrage



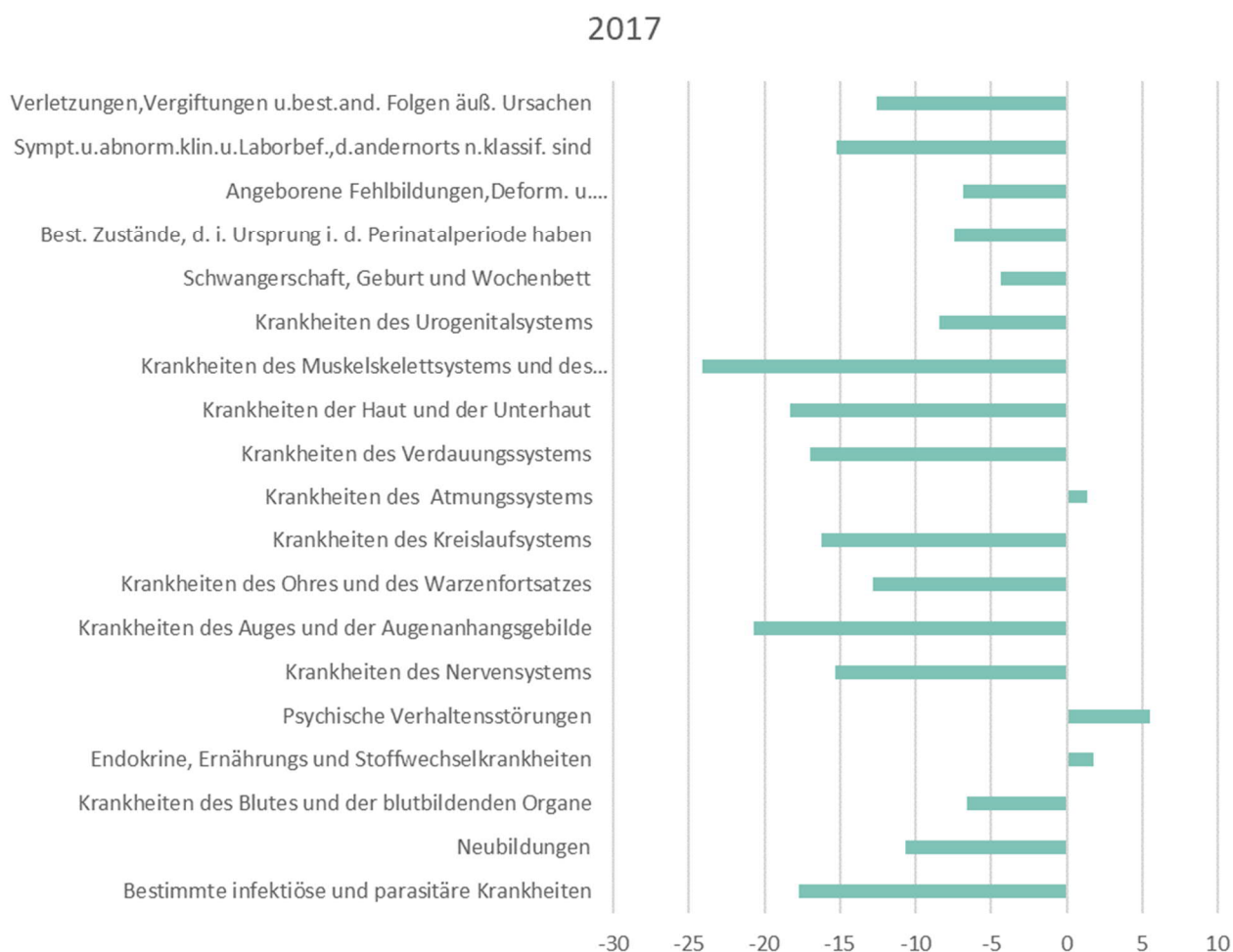
R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg, OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Anmerkung: retrospektiv: Fälle je GKV-Versicherten, prospektiv: Fälle je Einwohner.

Quelle: Berechnung BASYS anhand LGL- und Bayerisches Landesamt für Statistik.

Durch die geringere Krankenhaushäufigkeit als im bayerischen Durchschnitt werden in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg rund 6.000 Krankenhausfälle „eingespart“. Fragt man sich, wo diese Krankenhausaufenthalte „eingespart“ werden, lohnt sich eine Auswertung der Diagnosestatistik. Interessanterweise verteilt sich die geringere Krankenhaushäufigkeit auf nahezu alle Krankheitsbereiche (vgl. Abbildung 19). Besonders auffällig ist die geringere Leistungsanspruchnahme des Krankenhauses bei Muskel- und Skeletterkrankungen.

Abbildung 19: Relative Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach Diagnosen



Quelle: Berechnungen BASYS nach Diagnosestatistik.

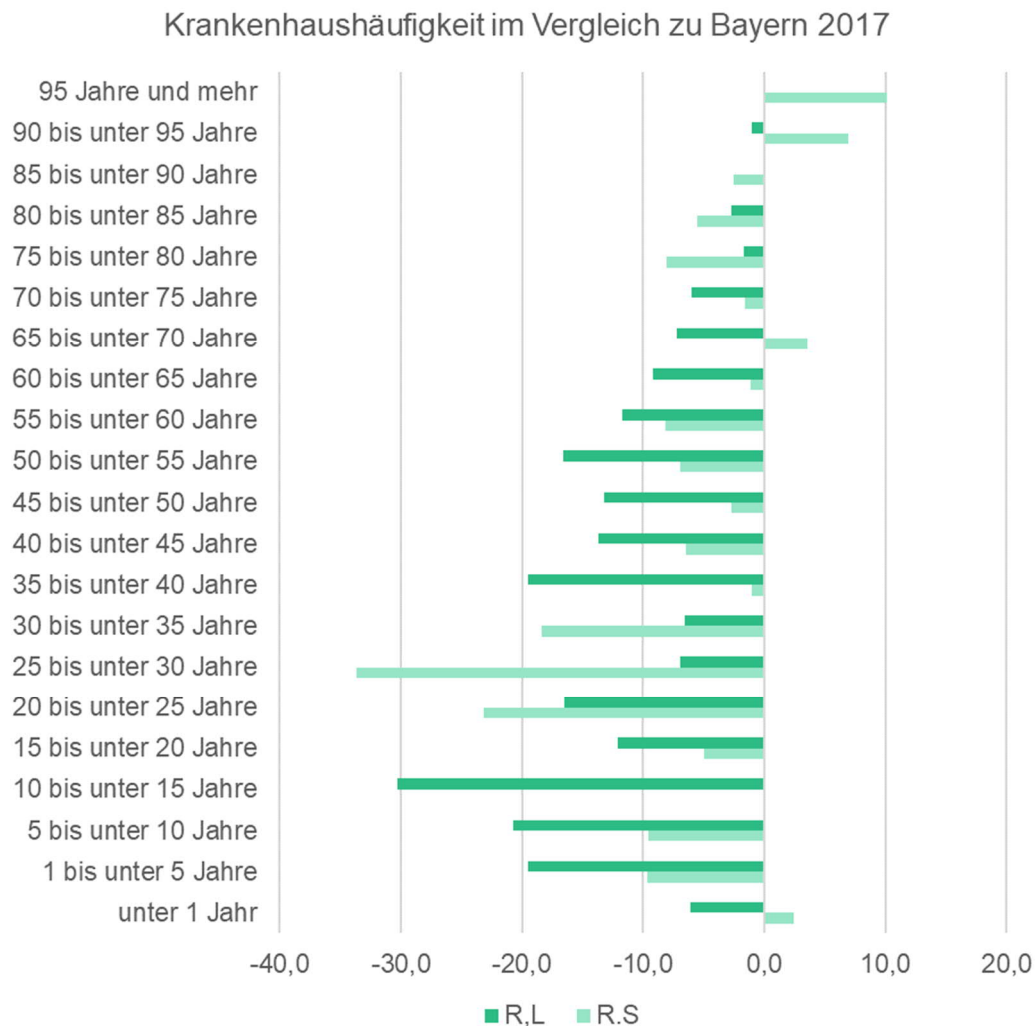
Perspektive der Krankenhausversorgung

Nach Aussage des bayerischen Krankenhausplans ist es im Bereich des Krankenhauswesens – nicht zuletzt aufgrund des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts – außerordentlich schwierig, anhand gesicherter Daten langfristige Aussagen zu machen (Krankenhausplan 2019). Nach bisherigen Erfahrungen ist mit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu rechnen, der ständig neue, zusätzliche und meist aufwändige Behandlungsarten ermöglicht. Dies kann ebenso wie die demographische Entwicklung den Bedarf an Krankenhausleistungen steigern. Andererseits sind die verfügbaren personellen und finanziellen Mittel begrenzt.

Auch ist von einem weiteren Rückgang der Verweildauer auszugehen, so dass die Bedarfszunahme an Krankenhaussfällen voraussichtlich z.T. kompensiert wird und keine Zunahme der Pflegetage insgesamt nach sich zieht. Zu beachten ist die unterschiedliche Zunahme des zukünftigen Bedarfs an Krankenhausleistungen in Stadt- und Landkreis (vgl. Abbildung 18). Ausgehend vom jetzigen Krankheitspanorama nach Altersgruppen wird sich der zusätzliche Leistungsbedarf dabei in folgenden sechs Krankheitsgruppen manifestieren:

- Krankheiten des Kreislaufsystems,
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen,
- Neubildungen,
- Krankheiten des Muskelskelettsystems und des Bindegewebes,
- Krankheiten des Verdauungssystems und
- Krankheiten des Atmungssystems.

Abbildung 20: Relative Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nach Altersgruppen



Quelle: Berechnungen BASYS nach Diagnosestatistik.

3.3 Bestandsbewertung

Nach der Krankenhausplanung gehen in die Ermittlung des Bettenbedarfs neben der Einwohnerzahl folgende Größen ein: Krankenhaushäufigkeit, die Verweildauer und die Bettennutzung (vgl. BaySMGP 2019). Darüber hinaus müssen überregionale Patientenzuwanderungen und -abwanderungen berücksichtigt werden. Letzteres spielt in Regensburg durch die Mitversorgung des Umlands eine große Rolle. Patientenzu- und -abwanderungen sind nach Fachge-

bieten ungleich. Für die Identifizierung von möglichen Handlungsfeldern in der Krankenhausversorgung ist es erforderlich, diese Zu- und Abwanderung nach Fachgebieten und Leistungen aufzugliedern.

Zur Erreichbarkeit der Krankenhäuser ist anzumerken, dass diese durch die zentrale Lage im Landkreis (Stadt Regensburg) insgesamt als sehr gut einzuschätzen ist. Bei elektiven Eingriffen, wie z.B. Hüft-OPs oder Knie-Prothesen, teilweise auch in der Notfallversorgung, ist ferner zu bedenken, dass Patienten bei der Krankenhauswahl das Kriterium der Wohnortnähe sekundär gegenüber anderen Kriterien wie der Struktur- oder Behandlungsqualität ist. So werden selbst in dünn besiedelten ländlichen Kreisen weniger als die Hälfte der Patienten in ihrem wohnort-nächsten Grundversorgungs Krankenhaus behandelt, im Bundesdurchschnitt sogar noch weniger. Es hat sich gezeigt, dass neben dem Einweisungsverhalten der ambulanten Ärzte bzw. des Rettungsdienstes die subjektiven Präferenzen der Patienten eine wichtige Rolle für die Auswahl des Krankenhauses spielen, die über die Sicherstellung einer Mindestreichbarkeit hinausgehen (vgl. Herr et al. 2018).

Als größter Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherungen unterliegen die Krankenhäuser weiterhin einem ständigen Druck, ihre Kostenstrukturen zu reformieren.

3.4 Mögliche Ziele und Handlungsfelder

Die Krankenhausversorgung älterer Menschen wird generell noch mehr an Bedeutung gewinnen. Nach dem Barmer GEK Report Krankenhaus 2017 stieg im Zeitraum von 2006 bis 2015 die Zahl der Geriatriepatienten um rund 80 %. Viele dieser Patienten erhalten, z. B. nach einer Operation, rehabilitative Maßnahmen. Hierbei handelt es sich meist um eine sogenannte geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB) direkt im Akutkrankenhaus oder im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung. Zielgruppe der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFKB) sind vor allem multimorbide ältere Menschen, die älter sind als 70 Jahre. Meist sind sie aufgrund einer Akuterkrankung bereits im Krankenhaus behandelt worden. Der Oberschenkelhalsbruch ist mit 15 % die häufigste Hauptdiagnose dieser Patienten.

Es ist zu prüfen, inwieweit das Jahreskrankenhausbauprogramm 2020 bis 2023, bzw. dessen Fortschreibung, die erforderliche Umstrukturierung für die Frührehabilitation und Geriatrie stützt. Das Prinzip „ambulant vor stationär“ wurde bereits in der Vergangenheit bei Investitionen in die Versorgung beachtet. Es gilt für die Gesundheitsregion^{plus}, die Möglichkeiten einer weiteren Stärkung der Krankenhausversorgung im ambulanten Bereich auszuloten.

Die längerfristigen Änderungen im Krankheitsspektrum und ihre Konsequenzen für Umstrukturierung der stationären und ambulanten Versorgung für die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg bedürfen einer weitergehenden Analyse.

4. Versorgung mit Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen

4.1 Zusammenfassung

In der medizinischen Rehabilitation wird die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg durch Einrichtungen anderer bayerischer Landkreise mitversorgt. In der ambulanten und geriatrischen Rehabilitation gibt es am Standort Regensburg 77 Rehabetten. Neben dieser Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung gibt es jedoch auch noch andere Einrichtungen in der Gesundheitsregion^{plus}, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen oder entsprechende Leistungen umsetzen, die der medizinischen Rehabilitation zuzurechnen sind. Hierbei handelt es sich laut einer Erhebung zur sozioökonomischen Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in Bayern um Leistungen von folgenden Leistungserbringern: Krankenhäuser, Gesundheitshandwerker, Facharzt- und allgemeinmedizinische Praxen, Apotheken, Logopäden und Physio- und Ergotherapeuten.

Die Bedeutung der Rehabilitation wird sich voraussichtlich mit der Zunahme der chronischen Krankheiten und der daraus erwachsenden Behinderungen aufgrund der sich vollziehenden demographischen Entwicklung noch vergrößern. Dies gilt nicht zuletzt auch wegen der gesetzlich eingeführten Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Die medizinische Rehabilitation trägt u. a. zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der regionalen Bevölkerung im fortgeschrittenen Alter bei. Sie hilft ferner chronisch kranken Kindern und Jugendlichen die möglichst uneingeschränkte Teilhabe an Schule, Ausbildung und am späteren Erwerbsleben.

4.2 Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven

Im Bereich der Versorgung der medizinischen Rehabilitation weist die letzte „Bestands- und Bedarfsanalyse 2017“ keine Analyse auf. Der Indikatorensatz des LGL enthält hier einzelne Informationen, die zusammen mit den Daten des Bayerischen Statistischen Landesamtes und der Rentenversicherungsträger die Grundlage für die folgende retro- und prospektive Beschreibung bilden.

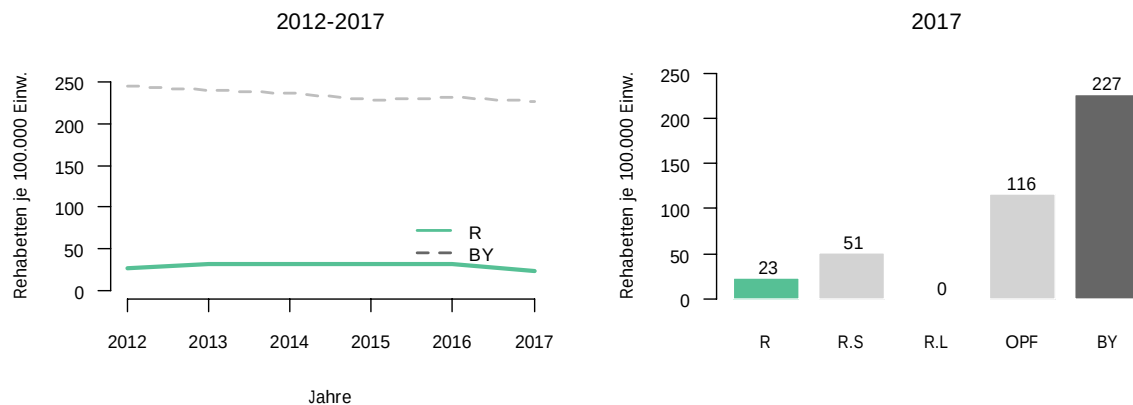
4.2.1 Rückschau und Status quo

Die Rückschau und die Betrachtung des Status quo der Versorgung mit Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erfolgt analog zur Krankenhausversorgung und zur ambulanten Versorgung.

Die medizinische Rehabilitation ist in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg mit Schwerpunkten in der ambulanten und geriatrischen Rehabilitation modern ausgerichtet. Das Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR) ist vor allem in den Bereichen Orthopädie, Psychosomatik und Kardiologie spezialisiert. Die geriatrische Rehabilitation ist am Krankenhaus Barmherzige Brüder (Klinik für Geriatrische Rehabilitation) angesiedelt. Darüber hinaus existiert in dieser Region als Medizinische Einrichtung des Bezirks Oberpfalz GmbH das Bezirksklinikum Regensburg (Zentrum für neurologische Rehabilitation). Daneben gibt es in Donaustauf ein privates, international anerkanntes Rehazentrum für ambulante und stationäre Behandlung von Sportverletzungen.

Wie Abbildung 21 zeigt, ist die Angebotsdichte an Rehabilitationsbetten in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg weit unterdurchschnittlich. Während es in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg 23 Rehabetten je 100.000 Einwohner gibt, liegt dieser Wert in Bayern bei 227. Im Landkreis stehen sogar gar keine Betten zur Verfügung.

Abbildung 21: Betten in Rehabilitationseinrichtungen

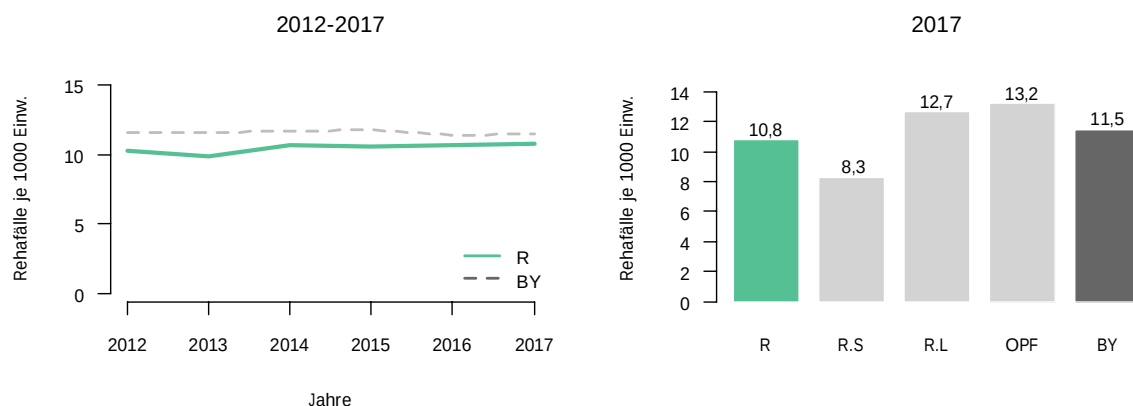


R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg,
OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Eigene Darstellung nach LGL Bayern, Krankenhausstatistik.

Trotz der niedrigen Angebotsdichte im Landkreis Regensburg ist nach der Statistik der Deutschen Rentenversicherung die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch die Wohnbevölkerung nahe am bayerischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 22 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Im Landkreis liegt die Inanspruchnahme der Rehabilitation sogar mit 12,7 Leistungen je 1.000 Einwohner über dem bayerischen Durchschnitt von 11,5; in der Stadt Regensburg hingegen mit 8,3 deutlich darunter.

Abbildung 22: Rehabilitationsfälle je 1.000 Einwohner



R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg,
OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Eigene Darstellung nach LGL Bayern, DRV Rehabilitationsstatistik.

Dargestellt ist ausschließlich die stationäre Rehabilitation nach der Krankenhausstatistik. Nicht berücksichtigt sind damit die ambulante Rehabilitation und stationäre Rehabilitationsleistungen, die über Fallpauschalen (DRGs) vergütet werden.

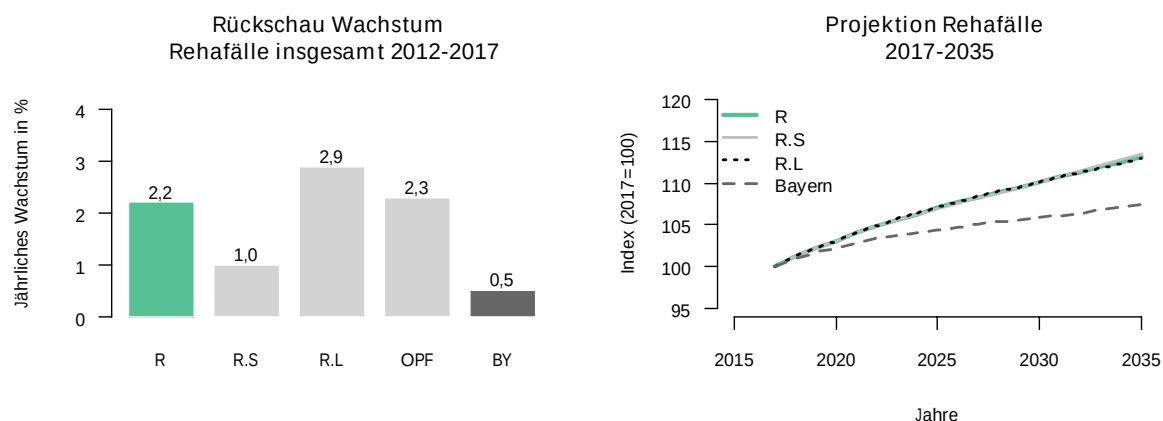
4.2.2 Perspektive

Der demographische Wandel und ein sich veränderndes Behandlungsspektrum in Kombination mit gewandelten Ansprüchen potenzieller Rehabilitanden sowie veränderten Rahmenbedingungen führen zukünftig zu großen Herausforderungen auch in speziellen Bereichen der Rehabilitation, wie der Neurologie und der Behandlung von Suchterkrankungen. Eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe ist die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch die konsequente Umsetzung des gesetzlich verankerten Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“. Der Gesetzesentwurf zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung befasst sich mit der medizinischen Rehabilitation im Kontext der medizinischen wie pflegerischen Versorgung. Hierzu zählt der Ausbau an spezialisierten ambulanten Strukturen und Angeboten für Patientinnen und Patienten mit außerklinischem Intensivpflegebedarf (vgl. AOK Bundesverband 2019).

Zusammen mit den demographischen Entwicklungen sind deshalb insbesondere die Veränderungen im Krankheitsspektrum, die institutionellen Entwicklungen und die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts, darunter der Telemedizin zu berücksichtigen. Gegenwärtig wird zwar fast jede zweite neue Erwerbsminderungsrente (Frührente) durch psychische Erkrankungen verursacht (Friedrich-Ebert-Stiftung 2015), die vollstationären Rehabilitationsfälle in der psychotherapeutischen Medizin stagnierten hingegen. Der Einsatz von Telemedizin wird auch in der Rehabilitation an Bedeutung gewinnen. Inwieweit die telemedizinische Rehabilitation eine Face-to-Face-Therapie ersetzen bzw. ergänzen kann, bleibt abzuwarten.

Für die Analyse der zukünftigen Entwicklung wurden die Altersprofile zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes und der Rehabilitationsstatistik der Deutschen Rentenversicherungsträger herangezogen (Destatis 2016, Deutsche Rentenversicherung 2019). Die Verknüpfung der Altersprofile der stationären Leistungen in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen mit der Bevölkerungsprojektion für die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg bis zum Jahre 2035 lassen perspektivisch ein weiteres Ansteigen des Bedarfs an Rehabilitationsleistungen erwarten (vgl. Abbildung 23). Danach setzt sich das überdurchschnittliche Wachstum in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, das sich bereits in der Rückschau darstellte, in der Zukunft fort. Das demographisch bedingte Wachstum an Rehabilitationsleistungen liegt dabei deutlich über dem bayerischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23: Projektion der Rehabilitationsfälle je 1.000 Einwohner



R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg,
OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Eigene Darstellung nach LGL Bayern, DRV Rehabilitationsstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik.

Auch kann von einem weiteren Wachstum des Rehabilitationsbedarfs in der Akutgeriatrie ausgegangen werden. Die Fallzahlen geriatrische Rehabilitation, einer Kernleistung der Geriatrie, haben sich im Zeitraum 2006 bis 2015 nahezu verdreifacht. Diese Leistungen werden in Deutschland entweder im Krankenhaus im Anschluss an eine akutmedizinische Behandlung (§ 108 und § 109 SGB V) – die sogenannte geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB) – oder in stationären Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V) erbracht. Dieser Entwicklung wird in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg mit der geriatrischen Rehabilitation Krankenhaus Barmherzige Brüder (Klinik für Geriatrische Rehabilitation) Rechnung getragen.

4.3 Bestandsbewertung

Der Vergleich der Fallzahlen zur Rehabilitation in den betrachteten Regionen zeigt erhebliche Unterschiede zwischen Stadt- und Landkreis und Bayern insgesamt (vgl. Abbildung 22). Ursächlich für diese Verteilung sind unterschiedliche Spezialisierungen der Rehakliniken in Kombination mit Gegebenheiten vor Ort, wie z. B. dem Klima, die zu einer über Jahre gewachsenen Verteilung des Rehabilitationsgeschehens in Bayern geführt haben. Anders als international üblich, erfolgt die Rehabilitation in Deutschland deshalb oft in wohnortfernen, dafür aber klimatisch günstigen, stationären Einrichtungen (SVRiG 2014). Dies spiegelt sich auch in den geringen Angebotskapazitäten in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg wider.

In der geriatrischen Rehabilitation wird deutschlandweit eine Erreichbarkeit von 30 Minuten für 99,2 % der Bevölkerung errechnet (vgl. Barmer Krankenhausreport 2017). Die Erreichbarkeit in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg ist im Vergleich hierzu sicherlich noch besser. Allerdings besteht in der Gesundheitsregion^{plus} keine Einrichtung der mobilen Rehabilitation.

Rehabilitanden erwarten zunehmend neben einer optimalen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung sowie einer komfortablen Unterbringung auch wohnortnahe Er-

reichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (vgl. Hayer, Karapolat 2016). Die Entwicklung entsprechender Angebote im ländlichen Raum stellt die Anbieter auch gegen den Hintergrund des Fachkräftemangels und der Vergütung in der Rehabilitation vor große Herausforderungen.

4.4 Mögliche Ziele und Handlungsfelder

Eine medizinische Rehabilitation (indikationsspezifisch oder indikationsübergreifend) umfasst in der Regel mehrere aufeinander abgestimmte Mittel und Maßnahmen, die je nach medizinischer Notwendigkeit eingesetzt oder angewandt werden. Die überwiegenden Schwerpunkte der Rehabilitationsleistungen bilden Muskel-, Skeletterkrankungen, Neubildungen, psychische und neurologische Erkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Mittelpunkt der Maßnahmen sollte dabei immer der Patient mit seinen persönlichen Lebensumständen stehen. Auch sollten bei der Versorgung Kontextfaktoren wie Familie, Beruf, Wohnumfeld, aber auch Verhaltensgewohnheiten und Freizeitaktivitäten Berücksichtigung finden. Zukünftiges Ziel der Rehabilitation sollte die Steigerung der Effizienz aller Mittel und Maßnahmen sein. Dazu gehören u. a. auch verstärkte Kooperationen und Vernetzungen mit Betrieben und Unternehmen und die Entwicklung wirksamer Leistungsangebote. Dies gilt auch für die Rehaeinrichtungen in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg vor Ort. Hier sollten sich die Anstrengungen der Einrichtungen vor allem auf die folgenden Punkte fokussieren:

- Rehabilitation individualisieren,
- Übergänge optimieren und
- Regional bzw. überregional zusammenarbeiten.

Eine besondere Herausforderung ist die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Um chronisch kranken Kindern und Jugendlichen die möglichst uneingeschränkte Teilhabe an Schule, Ausbildung und am späteren Erwerbsleben zu ermöglichen, ist es von großer Bedeutung, frühzeitig ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren und zu verbessern. Hier gilt es die entsprechenden ambulanten und Nachsorgeangebote weiter zu entwickeln und flächendeckend zur Verfügung zu stellen (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2019a).

5. Versorgung Pflegebedürftiger

5.1 Zusammenfassung

In der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg wurde in den letzten Jahrzehnten ein gestuftes Versorgungssystem aufgebaut, um den veränderten Anforderungen einer älter werden Gesellschaft Rechnung zu tragen. Wie in anderen Teilen Bayerns, nimmt die informelle Pflege durch Angehörige die zentrale Rolle vor allem in der Pflegeversorgung der leichteren Pflegegrade ein. Mit Schwere der Pflegebedürftigkeit gewinnt die häusliche Pflege durch ambulante Pflegedienste und die stationäre Pflege an Bedeutung. Betrachtet man die zukünftige Entwicklung, zeigt die Pflegebedarfsvorausberechnung unter Status-quo-Bedingungen (getrennt nach Stadt und Landkreis Regensburg) bis zum Jahr 2035 vor allem im Landkreis einen starken Bedarfsanstieg bei Männern, deren Ursache u.a. das relative stärkere Bevölkerungswachstum der Männer als der Frauen in der Bevölkerungsprojektion des Statistischen Landesamtes ist.

Die Strukturen der pflegerischen Versorgung unterscheiden sich ferner deutlich zwischen Stadt- und Landkreis. So gibt es z. B. in der Stadt Regensburg ein größeres Angebot an Pflegebetten als im Landkreis. Im Landkreis Regensburg werden dagegen mehr Pflegebedürftige zuhause versorgt.

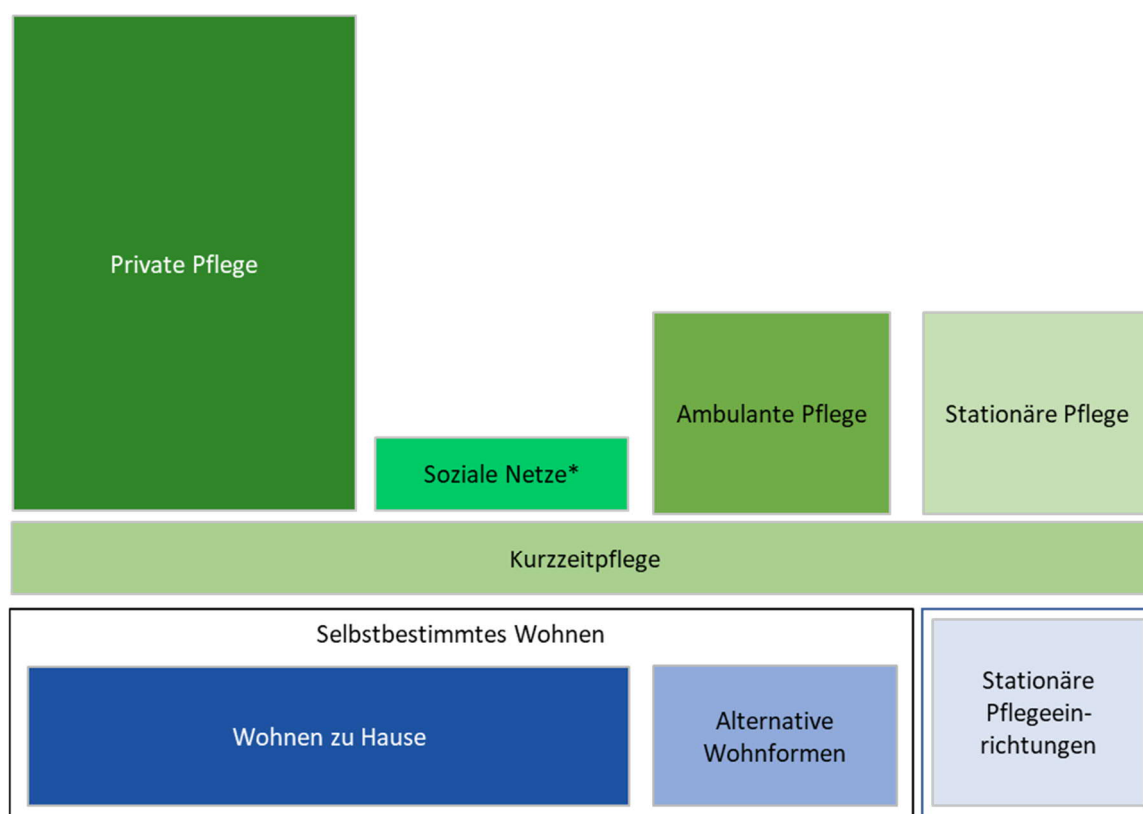
5.2 Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven

Die Langzeitpflege wird in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg durch ein gestuftes Versorgungssystem sichergestellt, in welchem, wie in anderen Teilen Bayerns, die Versorgung durch Angehörige eine zentrale Rolle einnimmt. Bei Pflegebedürftigen in höheren Schweregraden wird diese allerdings zunehmend von Pflegediensten und Pflegeheimen übernommen. Es wird deshalb im Folgenden differenziert in

- Versorgung durch Angehörige (Pflegegeldempfänger),
- Ambulante Pflege (auch Kombipflege) und
- Stationäre Pflege, darunter Tages-/Nacht- und Kurzzeitpflege

In den professionellen Versorgungsbereichen (ambulant und stationär) ist aktuell ein stetiges Wachstum zu verzeichnen. Das Wachstum wird jedoch in Zukunft durch einen Mangel an Personal begrenzt. Über die zukünftige Verteilung der Pflegebedürftigen auf die verschiedenen Pflegearten (ambulant, stationär und zuhause) gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Diese hängen u. a. davon ab, inwieweit der Mangel an professionellen Pflegekräften zukünftig überwunden werden kann (vgl. Umwelt Campus Birkenfeld, Hochschule Trier, Seniocare24, 2019).

Abbildung 24 Angebotsmix in der Langzeitpflege



* Soziale Netze, Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsnetzwerke außerhalb familiärer Strukturen.
 Quelle: BASIS Institut 2013

5.2.1 Rückschau und Status quo

Seit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde das professionelle Angebot an Pflegediensten und Pflegeheimen in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg sukzessive ausgebaut. Da die Pflegeversicherung keine Vollkostenabdeckung vorsieht, können die finanziellen Belastungen für die Angehörigen und den Pflegebedürftigen erheblich sein.

In den letzten Jahren ist bei den Ausgaben eine besonders hohe Dynamik zu beobachten. In der Pflegeversorgung stiegen die Ausgaben von allen Bereichen der Gesundheitsversorgung am stärksten. Die Ursachen hierfür sind zum einen die Ausweitung der Leistungen in den letzten Jahren, zuletzt durch die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I bis III, und zum anderen das aktuelle Hineinwachsen der „starken“ Jahrgangskohorten (Geburtsjahrgänge 1934 bis 1944) in die Hochaltrigkeit und die damit verbundene hohe Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit.

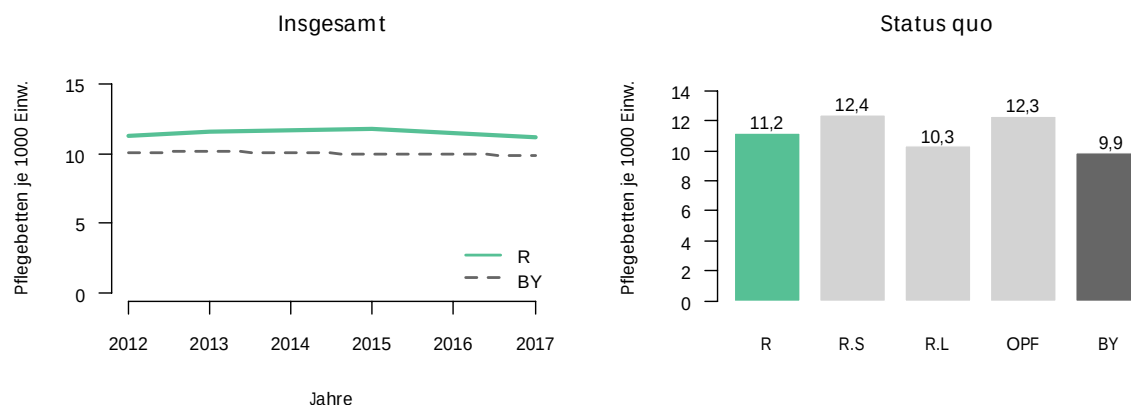
Innerhalb der Langzeitpflege bilden die Ausgaben für stationäre Pflege dabei den größten Ausgabenbereich. Die Kommunen sind über die Finanzierung der Hilfe in besonderen Lebenslagen unmittelbar betroffen; mittelbar über die (freiwillige) Förderung von ambulanten Diensten und Einrichtungen.

Stationäre Pflege

Insgesamt gibt es in der Region 46 Pflegeheime (22 in der Stadt Regensburg und 24 im Landkreis Regensburg) mit insgesamt 3.748 Plätzen mit Versorgungsverträgen gem. § 72 SGB XI.

Das Angebot an Pflegebetten liegt damit in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg rund 10 % über dem bayerischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 25).

Abbildung 25: Angebot an Pflegebetten



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik: Pflegestatistik.

Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege umfasst insbesondere Leistungen der Tagespflege, die die häusliche Pflege ergänzt, wenn die Pflegebedürftigen allein nicht mehr zurechtkommen und eine 24h-Versorgung durch Angehörige nicht gewährleistet werden kann. Einen Anspruch auf teilstationäre Leistungen haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 (§ 41 SGB XI).

Die Pflegekasse trägt die Kosten für die Tagespflege in vertraglich zugelassenen Einrichtungen. Es werden die Aufwendungen für die Pflege, die soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege in der Einrichtung und die Fahrtkosten übernommen. Eine Anrechnung auf die Geldleistungen erfolgt nicht mehr. Dadurch besteht ein Anreiz, die Tagespflege verstärkt in Anspruch zu nehmen. In der Statistik werden die Tages- und Kurzzeitpflegeplätze, die hauptsächlich der Entlastungsmöglichkeit der häuslichen Pflegenden dienen, als Teil der stationären Versorgung erfasst.

Die Anzahl der teilstationären Plätze in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg beläuft sich auf 153, davon 29 in der Stadt Regensburg und 124 im Landkreis Regensburg. Die verfügbare Platzzahl in der Tages- und Kurzzeitpflege schwankt, da oftmals diese Plätze „eingestreut“ sind und freie stationäre Plätze für die Tagespflege zur Verfügung gestellt werden.

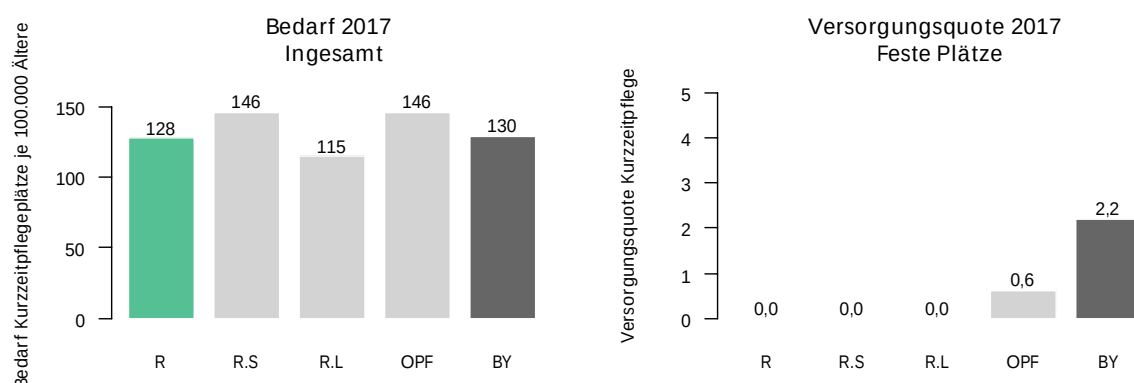
Nach IGES 2019 umfasst das Angebot im teilstationären Bereich insgesamt 41 Tagespflegeplätze in drei Einrichtungen (vgl. auch Zehe, Görtler, 2010). Die Auslastung lag bei rd. 55 %. Der Bekanntheitsgrad der Tagespflegeangebote war zu dem Zeitpunkt noch sehr gering. Das Angebot wurde insgesamt jedoch nur als durchschnittlich bezeichnet. Bis 2029 wurde ein Bedarf von mind. 31 bis max. 101 Tagespflegeplätzen prognostiziert. Für das Jahr 2011 war zwar eine Verringerung des Angebots vorgesehen, dennoch würden die Mindestbedarfe mit dem bestehenden Angebot auch langfristig gedeckt werden können. 2015 waren 51 teilstationäre Plätze in vollstationären Einrichtungen bekannt (Bayerisches Landesamt für Statistik 2017).

Kurzzeitpflege

Die Leistungen für Kurzzeitpflege für die Versicherten wurden mit den Reformgesetzen der letzten fünf Jahre sukzessive flexibilisiert und ausgeweitet. Neben der Anhebung von Leistungsbeträgen wurde auch die Anrechnung der Beträge bei Pflegegeldempfängern verbessert. Seit dem 1. Januar 2015 können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zudem den ganzen Jahresbetrag, der ihnen für Verhinderungspflege zusteht, auch für die Kurzzeitpflege verwenden. Als Folge der Leistungsausweitungen im PSG I bis III und auf Grund der demographischen Entwicklung ist aktuell eine dynamische Angebotsausweitung im teilstationären Bereich der Tagespflege und der Kurzzeitpflege festzustellen.

Kurzzeitpflegeplätze werden in Regensburg Stadt und im Landkreis nach dem IGES-Gutachten 2019 nur eingestreut in wenigen Seniorenheimen vorgehalten. In Bayern gab es Ende 2018 rund 2,2 feste Kurzzeitpflegeplätze je 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige. Die Versorgungssituation durch Kurzzeitpflegeplätze wird deshalb derzeit als nicht ausreichend eingeschätzt (vgl. Abbildung 26) und könnte sich in Zukunft noch verschärfen.

Abbildung 26: Bedarf und Versorgungsquote an Kurzzeitpflegeplätzen



Quelle: IGES 2019, sowie Berechnung BASYS anhand LGL- und Bayerisches Landesamt für Statistik: Pflegestatistik.

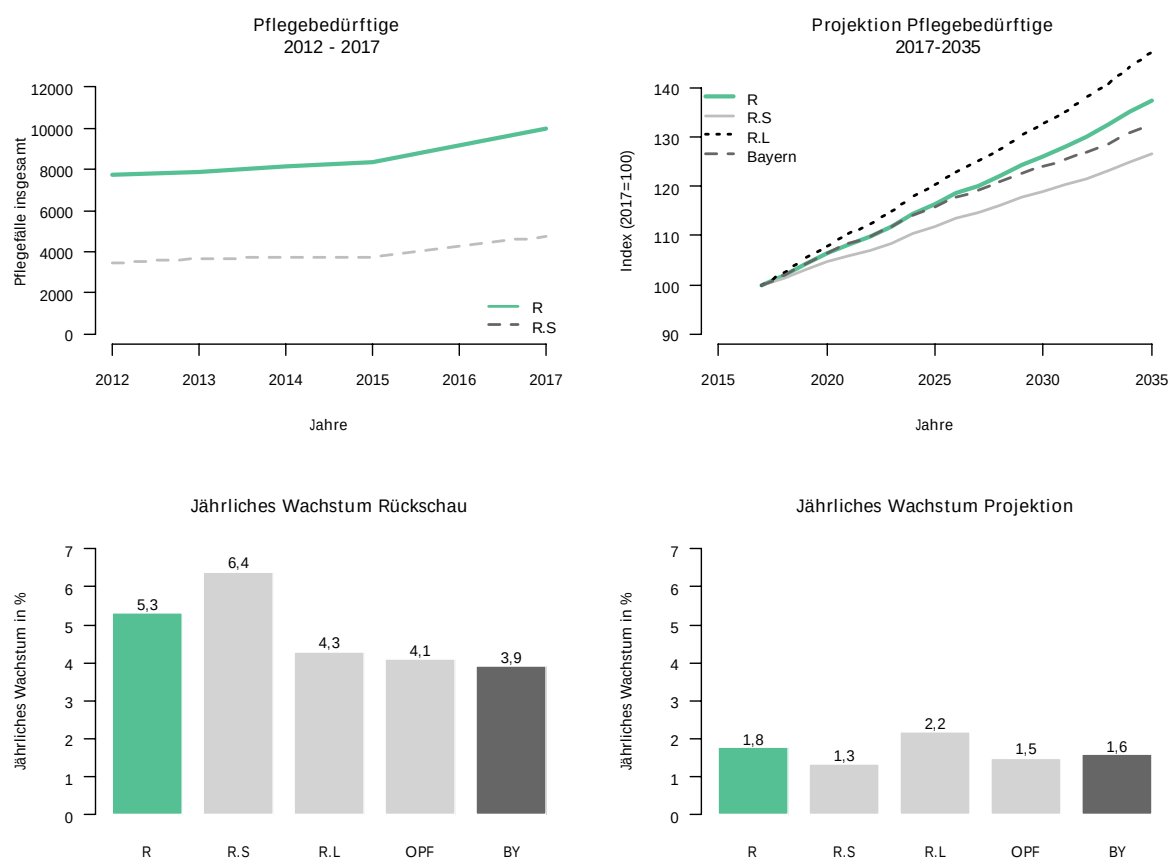
Informelle Pflege

Die informelle Pflege durch Angehörige bildet auch in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg die häufigste Form der Versorgung Pflegebedürftiger. Allerdings ist die derzeit größtenteils in der eigenen Häuslichkeit stattfindende Versorgung als tragendes System der Pflegeversorgung durch gesellschaftliche Veränderungen bedroht (Görres, S., Seibert, K., Stiefner, S. 2016).

So wird mit der Zahl der Einpersonenhaushalte die Wahrscheinlichkeit geringer, dass ein Haushaltsmitglied die informelle Pflege übernehmen kann. Damit führt ein höherer Anteil an Einpersonenhaushalten zu einem höheren Anteil an häuslicher Pflege durch ambulante Dienste. Außerdem wirkt die Frauenerwerbstätigkeit negativ auf die informelle Pflege. Auch freie Heimkapazitäten beeinflussen die informelle Pflege: Je mehr Heimplätze frei sind, desto häufiger werden sie genutzt (Bertelsmann Stiftung 2012).

Bedeutend für die häusliche Pflege ist aber auch der Anteil der Ausländer unter den Älteren. Ein höherer Anteil an Ausländern unter den Älteren führt zu einem höheren Anteil an Angehörigenpflege (Bertelsmann Stiftung 2012). Darüber hinaus beeinflusst die steigende Kinderlosigkeit, der Anstieg des Renteneintrittsalters, die größere räumliche Trennung von Familien sowie die allgemeine Alterung potenziell informell Pflegender die informelle Pflege negativ (Görres, S., Seibert, K., Stiefler, S., 2016). Dazu kommt, dass die informelle Pflege eher bei den „jüngeren Alten“ verbreitet ist, deren Anzahl bis zum Jahr 2030 in deutlich geringerem Umfang zunehmen wird (Bertelsmann Stiftung 2012).

Abbildung 27: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit



R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg, OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Berechnung BASYS, SAGS anhand LGL- und Bayerisches Landesamt für Statistik: Pflegestatistik.

Nachfrage nach Pflegeleistungen

Die Nachfrage nach Leistungen der Langzeitpflege verzeichnete in den letzten Jahren die höchsten Zuwächse unter allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Im Durchschnitt der Jahre 2012 – 2017 betrug der Zuwachs in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg 5,3 % im Vergleich zu 3,9 % in Bayern insgesamt (vgl. Abbildung 27). Dabei war das durchschnittliche jährliche Wachstum mit 6,4% innerhalb des Stadtkreises Regensburg deutlich höher als im Landkreis Regensburg mit 4,3%.

5.2.2 Perspektive

Für die Abschätzung der zukünftigen Entwicklung wird die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes mit den regionalisierten Altersprofilen (nach Geschlecht getrennt) verknüpft. Die Pflegeversicherungsstatistik 2017 ermöglicht dann eine Pflegebedarfs-vorausberechnung unter Status-quo-Bedingungen (getrennt nach Stadt und Landkreis Regensburg) sowie nach Geschlecht.

Nach dieser Pflegebedarfsvorausberechnung unter Status-quo-Bedingungen (getrennt nach Stadt und Landkreis Regensburg) bis zum Jahr 2035 wächst die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft geringer als in der Rückschau (vgl. Abbildung 27), da die Vergangenheit wesentlich von der Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs geprägt wurde. Im Vergleich zur Vergangenheit wird sich Demographie bedingt auch ein stärkeres Wachstum im Landkreis Regensburg einstellen. Im Landkreis ist vor allem bei Männern ein starker Bedarfsanstieg nach pflegerischen Leistungen zu beobachten.

Die Pflegedürftigkeit in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg wird somit aufgrund der Alterung der Bevölkerung weiterhin deutlich zunehmen. Das prognostizierte Wachstum ist dabei geringfügig höher als im Durchschnitt der Oberpfalz und Bayerns. Im Jahr 2035 wird bei den unterstellten derzeitigen Pflegequoten die Zahl der Pflegebedürftigen in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg etwa 13.702 Personen erreichen, im Vergleich zu derzeit 9.968. Es müssten somit im Jahr 2035 in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg rund ein Drittel mehr Menschen pflegerisch versorgt werden.

Unter der Voraussetzung, dass sich das Pflegerisiko für die einzelnen Alterskohorten in Zukunft nicht wesentlich verändert, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg allein aus demographischen Gründen. Der Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung der Menschen im höheren Lebensalter werden in der Zukunft zunehmend eine Rolle spielen, was in dem überproportionalen Zuwachs von Menschen im höheren Lebensalter gemessen an der Gesamtpopulation begründet liegt.

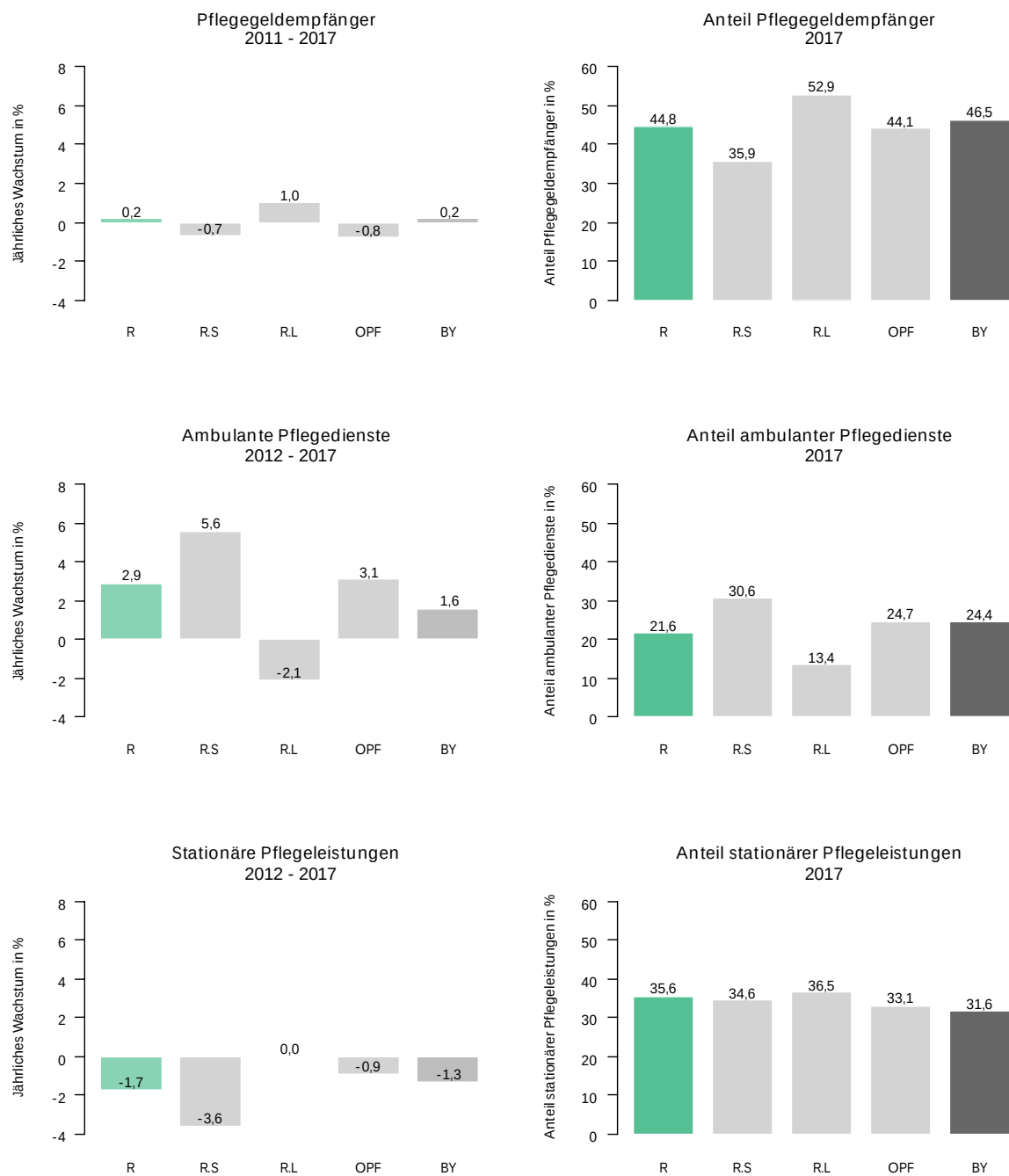
Gegenüber 2007 ergibt sich für die Altersgruppe der 80-Jährigen und älter bis 2037 fast eine Verdoppelung und gegenüber 2017 entspricht dies einem weiteren Anstieg um über 50 %. Dabei fällt der Anstieg im Landkreis Regensburg auf Grund der Siedlungsentwicklung in dieser Altersgruppe deutlich höher aus als in der Stadt Regensburg.

Tabelle 9: Entwicklung der hochaltrigen Altersgruppen in Stadt und Landkreis Regensburg, 2007 - 2037

80-Jährige und älter	2007	2017	2027	2037
Regensburg (Krfr.St)	6.975	7.811	8.956	10.317
Regensburg (Lkr)	6.576	9.632	11.980	16.314
	13.551	17.443	20.936	26.632
	Zuwachs in %, 2007 = 100%			
Regensburg (Krfr.St)	-	12 %	28 %	48 %
Regensburg (Lkr)	-	46 %	82 %	148 %
Stadt und Landkreis	-	29 %	54 %	97 %

Quelle: SAGS 2019, auf Basis von Daten des Bayerischen Statistischen Landesamtes, darunter ab 2017 Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2017 - 2037

Abbildung 28: Leistungsstruktur in der Pflegeversorgung



R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg, OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Berechnung BASYS, anhand LGL- und Bayerisches Landesamt für Statistik: Pflegestatistik.

5.3 Bestandsbewertung der Pflegeversorgung

Die Struktur der Pflegeversorgung in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von Bayern insgesamt. Generell werden anteilmäßig mehr Pflegebedürftige stationär versorgt als im bayerischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 28).

- Mit einem Anteil von 44,8 % Pflegegeldempfängern an allen Pflegebedürftigen ist der Anteil in Regensburg etwas geringer als der bayerische Durchschnitt von 46,5 %. Ursächlich hierfür ist vor allem der geringere Anteil in der Stadt Regensburg (35,9 %). Auffällig ist auch die unterschiedliche Entwicklung zwischen Stadt- und Landkreis. So hat sich die Zahl der Pflegegeldempfänger im Stadtkreis verringert, im Landkreis dagegen erhöht.
- Die Zahl der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen nahm in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg seit dem Jahr 2015 sprunghaft zu. Mit einem Anteil von 21,6 % häuslich versorgten Pflegebedürftigen wird jedoch noch nicht der bayerische Durchschnitt von 24,4 % bzw. der oberpfälzische Durchschnitt von 24,7 % erreicht. Die Stadt Regensburg verzeichnete hingegen eine Abnahme.
- Der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen ist in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg seit dem Jahr 2015 deutlich gesunken. Mit einem Anteil von 35,6% stationär versorgten Pflegebedürftigen werden jedoch anteilmäßig mehr als im bayerischen Durchschnitt (31,6 %) bzw. oberpfälzischen Durchschnitt (33,1 %) stationär versorgt.

Mittel- bis langfristig werden voraussichtlich Angehörige nicht mehr in gleicher Zahl und Bereitschaft für die Versorgung Pflegebedürftiger zur Verfügung stehen wie das heute noch der Fall ist. Durch die sich ändernden gesellschaftlichen und familiären Bedingungen ist davon auszugehen, dass das häusliche Pflegepotential weiter abnimmt. Aufgrund der demographischen Entwicklung, aber auch aufgrund zunehmender gesellschaftlicher Mobilität und höherer Erwerbsbeteiligung von Frauen ist damit zu rechnen, dass das notwendige private Pflegepotential wie Partnerinnen oder Partner bzw. Kinder oder Schwiegerkinder immer seltener für die häusliche Pflege zur Verfügung stehen wird.

Hinsichtlich des Angebots an professionellen Pflegediensten könnte hinzukommen, dass es auf dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend Arbeitskräfte für den Bereich der Langzeitpflege geben wird, um den Rückgang der Pflege durch Angehörige zu kompensieren. Bereits heute kann der Bedarf an Pflegekräften nur durch das Anwerben von ausländischen Pflegekräften gedeckt werden. Ein wesentliches Ziel für die Zukunft muss daher sein, den Bedarf an Fachkräften in der Pflege sicherzustellen.

Im Bereich der Kurzzeitpflege gibt es darüber hinaus noch eine spezielle Entwicklung. Nach der IGES-Studie zur Kurzzeitpflege gestaltet es sich für bestimmte Personengruppen schwierig, Kurzzeitpflegeplätze zu finden:

- Personen mit demenziellen Erkrankungen und „Weglauftendenz“,
- Personen, die dauerhaften Beatmungsbedarf haben,
- Personen mit einer geistigen Behinderung,
- Personen mit einer Suchtproblematik und
- jüngere Pflegebedürftige.

5.4 Mögliche Ziele und Handlungsfelder

Im Seniorenpolitischen Gesamtkonzept für den Landkreis Regensburg aus dem Jahr 2017 werden als Folge der aktuellen Pflege- und Betreuungssituation und der erwarteten Veränderungen im Pflegebedarf vier Hauptprobleme genannt, denen begegnet werden muss:

- (1) Ein drastischer Mehrbedarf an Pflege- und Betreuungsangeboten,
- (2) Ein Rückgang des familiären Pflegepotentials,
- (3) Ein Mangel an Pflegefachkräften, der durch die rückläufige Zahl an jungen Menschen und die Unattraktivität des Berufsfelds zusätzlich verschärft wird und
- (4) Eine Kostenmehrung im Pflegesektor.

Das Seniorenpolitische Gesamtkonzept des Landkreises fordert ein radikales Umdenken bezüglich der Strukturierung der Pflege: Bestehende Hilssysteme, die sich sehr stark auf die Familien und immer noch auch auf stationäre Versorgungsangebote stützen, würden nicht ausreichen, das Leben im Alter in hoher Lebensqualität abzusichern. Die einzige Chance auf Versorgungssicherheit im hohen Alter der heute 50- bis 65-Jährigen und der nachfolgenden Generationen liege daher in einer radikalen Umstrukturierung der lokalen Unterstützungs- und Pflegesysteme. Auf den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen wurde bereits hingewiesen.

Im Bereich der Versorgung der Pflegebedürftigen gibt es vielfältige thematische Vernetzungen zu der im Rahmen der Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte gesetzlich vorgeschriebenen Erstellung von Pflegebedarfsplanungen. Der Landkreis Regensburg hat seine Konzepte in den Jahren 2016 und 2017 fortgeschrieben. Die Stadt Regensburg hat verschiedene Handlungsfelder des Seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes erarbeitet, aktuell wird die Vergabe der Pflegebedarfsplanung vorbereitet.

In zahlreichen Handlungsfeldern, wie z. B. Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch in der medizinischen Versorgung, ist dabei eine enge Abstimmung mit der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg geboten.

6. Palliativ- und Hospizversorgung

6.1 Zusammenfassung

Hospize sind Pflegeeinrichtungen, in denen Schwerstkranke mit absehbarem Lebensende betreut werden. Zu den Hospiz-Einrichtungen gehören auch die Palliativstationen der Krankenhäuser. Die Gesundheitsregion^{plus} Regensburg verfügt derzeit über 26 Plätze. Die zunehmende Zahl hochaltriger Menschen führt auch zu einem Anstieg der Sterbefälle. Perspektivisch sind die Kapazitäten vor allem für den Landkreis Regensburg zu erhöhen. Dieses schließt die ambulante Palliativversorgung ein.

Nach dem jährlichen Bericht des GKV-Spitzenverbands ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sowohl im Stadtkreis als auch im Landkreis Regensburg gesichert.

6.2 Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven

Aufgrund der vielfältigen und komplexen Anforderungen von Hospiz- und Palliativpatienten ist die Hospiz- und Palliativversorgung in der Praxis arbeitsteilig organisiert. Das Leistungsspektrum der ambulanten und stationären Dienste ist sehr verschieden und reicht von psychosozialer Betreuung bis hin zur Übernahme palliativmedizinischer oder -pflegerischer Aufgaben in den verschiedenen Settings.

Die Entscheidung zur Errichtung von neuen stationären Hospizen obliegt der Selbstverwaltung, d. h. der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Kranken- und Pflegekassen (ARGE).

6.2.1 Rückschau und Status quo

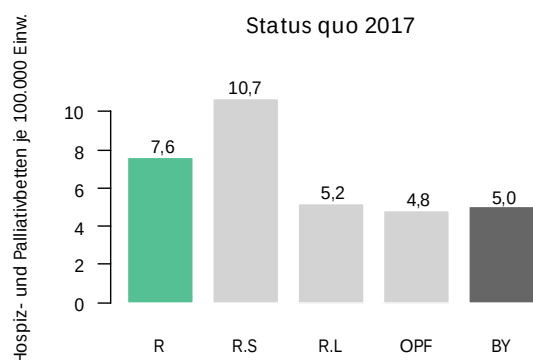
Der bayerische Krankenhausplan stellt in Teil II, Abschnitt D, die Grundsätze des Fachprogramms „Palliativversorgung in Krankenhäusern“ und die damit verbundenen Qualitätskriterien für Palliativstationen und palliativmedizinische Dienste dar. Außerdem sind die anerkannten Palliativstationen mit ihrer jeweiligen Bettenzahl und die palliativmedizinischen Dienste ausgewiesen. Danach gibt es in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg insgesamt 26 Plätze in stationären Einrichtungen. Diese setzen sich laut bayerischem Krankenhausplan in Regensburg zusammen aus dem Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg mit einer Palliativstation mit 10 Betten, dem Klinikum der Universität Regensburg mit einer Palliativstation mit 6 Betten und dem Johannes Hospiz Pentling im Landkreis Regensburg mit weiteren 10 Plätzen.

Die Anzahl der Hospiz- und Palliativplätze liegt in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg mit 7,6 Plätzen je 100.000 Einwohner über dem bayerischen Durchschnitt von 5 Plätzen je 100.000 Einwohner (vgl. Abbildung 29). Auffällig ist, dass es im Stadtkreis Regensburg über doppelt so viele Plätze je 100.000 Einwohner gibt als im Landkreis.

Der Bestand an Hospiz- und Palliativbetten kann gemessen an den Standards für die Planung als ausreichend angesehen werden. Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung bezeichnet die Palliativversorgung im Landkreis Regensburg als gesichert.

In der ambulanten Versorgung gibt es im Landkreis Regensburg verschiedene Palliativdienste zur Begleitung und Unterstützung schwer kranker Menschen. Dazu zählen der ambulante Hospizverein Regensburg, in der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Palliamo GmbH und ABRIGO, Ambulantes Palliativteam des Klinikums der Universität.

Abbildung 29: Angebot an Hospiz- und Palliativplätzen



R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg, OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Berechnung BASYS anhand LGL- und Bayerisches Landesamt für Statistik.

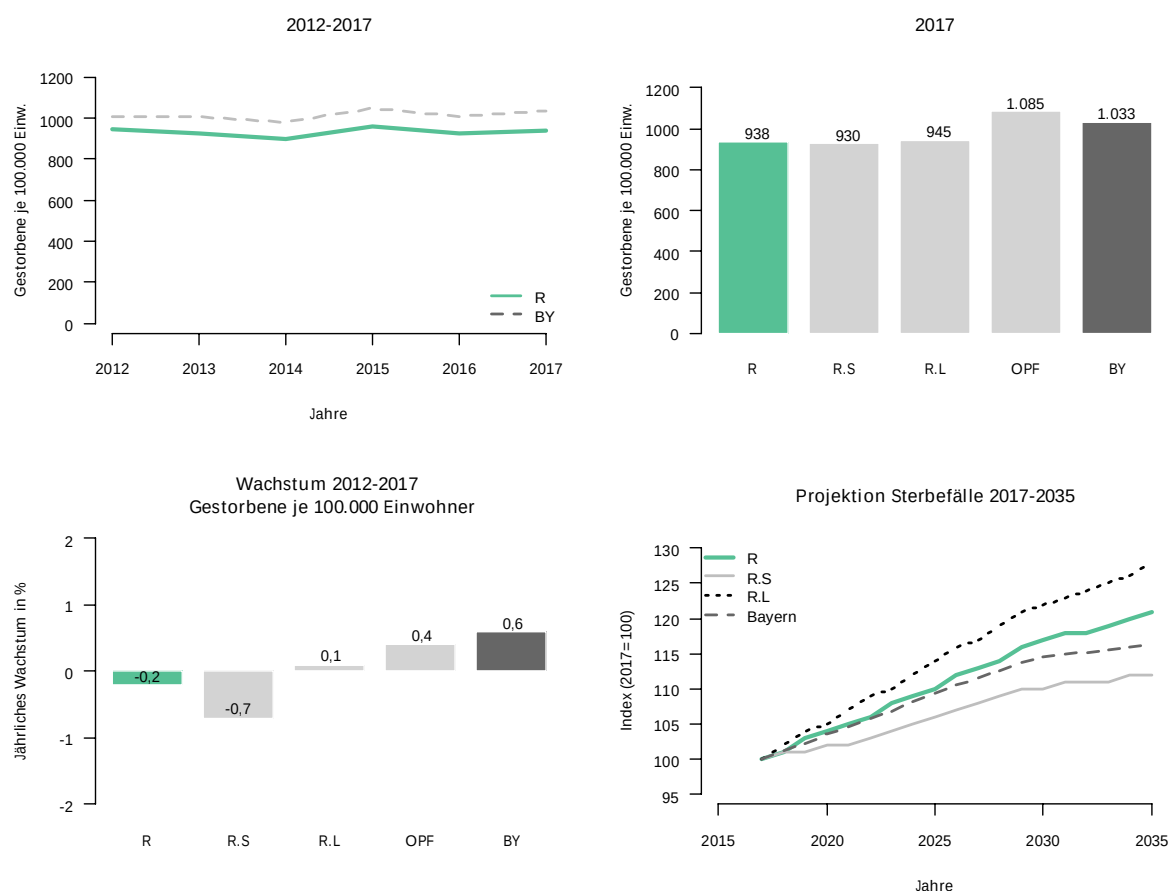
6.2.2 Perspektive

Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, nimmt die Verbesserung der Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen in Deutschland in den Fokus. Für die stationäre Pflege sowie für Kooperationen von Pflegeheimen mit anderen Diensten und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung ergeben sich daraus, bezogen auf die Aufgabe der Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen, einige Neuerungen. Diese sollen u.a. dazu beitragen, die palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung flächendeckend, insbesondere im ländlichen Raum, sicherzustellen, die Vernetzung von medizinischen und pflegerischen Angeboten und der hospizlichen Begleitung zu gewährleisten sowie die Hospizkultur und die Palliativversorgung in Pflegeheimen zu stärken (vgl. Deutscher Hospiz und PalliativVerband 2017).

Die Bedarfsprojektion, die sich vor allem an epidemiologischen Kriterien orientiert, muss diese gesetzlichen Vorgaben einbeziehen. Das für die Bedarfsvorausberechnung verwendete Modell von GÖZ/BASYS 2013 geht von einer räumlich differenzierten Mortalität aus. Dabei dient die Differenzierung nach Altersgruppen primär der Abschätzung der Sterblichkeit. Außerdem werden Leistungsdaten nach Hospiz-/Palliativpatienten differenziert sowie räumlich die altersspezifischen Sterblichkeitsziffern für die einzelnen Landkreise berücksichtigt.

Die Analyse der Sterblichkeit in der Rückschau zeigt, dass die Anzahl der Sterbefälle in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg von 948 im Jahr 2012 auf 3.201 im Jahr 2017 stieg. Bezogen auf 100.000 Einwohner bedeutet dies zuletzt einen Wert von 938. Damit liegt die Sterblichkeit unter dem Wert von Bayern (1.033) und der Oberpfalz (1.085).

Abbildung 30: Entwicklung der Sterbefälle



R = Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, R.L = Landkreis Regensburg, R.S = Stadtkreis Regensburg, OPF = Oberpfalz, BY = Bayern

Quelle: Berechnung SAGS anhand Bayerisches Landesamt für Statistik: Bevölkerungsstatistik.

Die Anzahl der Sterbefälle in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung weiterhin steigen. Das prognostizierte Wachstum ist im Landkreis Regensburg höher als in der Stadt Regensburg und im Durchschnitt Bayerns. Im Jahr 2035 wird die Anzahl der Gestorbenen in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg etwa 3.870 betragen, im Vergleich zu 3.201 derzeit. Es müssten somit für rund ein Drittel mehr Menschen palliative Hilfen bereitgestellt werden.

Es ist somit davon auszugehen, dass dieser Bereich in Zukunft weiter an Bedeutung durch den Anstieg der Sterbefälle gewinnt.

6.3 Bestandsbewertung

Ambulant, teilstationär und stationär tätige Palliativ- und Hospizeinrichtungen leisten bereits heute einen wichtigen und gesellschaftlich zunehmend beachteten Beitrag. Sie sind in den vergangenen Jahren zu einem festen Bestandteil des Gesamtkonzeptes der Versorgung im Alter geworden und kultivieren auch die Trauerbegleitung über das Sterben hinaus. Es besteht heute ein breiter Konsens über die Notwendigkeit einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und evidenzbasierten Palliativversorgung. Bei der Ableitung von Handlungsfeldern wird

vor allem dem besonderen Charakter dieses interdisziplinär und multiprofessionell arbeitenden Versorgungsbereichs Rechnung getragen.

Nach dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung 2017 ist diese sowohl im Stadtkreis Regensburg als auch im Landkreis Regensburg sichergestellt.

Nach dem im Mai 2014 vom Expertenkreis Palliativmedizin und Hospizarbeit verabschiedeten Konzept Bedarfsplanung für stationäre Hospize in Bayern ist für stationäre Hospize von einem Bedarf von 1 Platz für 60.000 Einwohner auszugehen. Vor diesem Hintergrund wird der Versorgungsbedarf in der Gesundheitsregion^{plus} gegenwärtig durch die vorhandenen Plätze abgedeckt. Im Fall der stationären Palliativversorgung wird für die Bedarfsplanung ein Richtwert von 35 Betten je 1 Million Einwohner veranschlagt. Zusammen ergibt dies einen Richtwert von 5,2 Betten in der Hospiz- und Palliativversorgung je 100.000 Einwohner.

Nach den Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin benötigen 90 % der Verstorbenen pro Jahr eine Palliativversorgung; der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung wird auf etwa 12 % der Verstorbenen jährlich geschätzt. Auf Grundlage der Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser können die palliativmedizinischen Komplexbehandlungen (OPS 8-982) in Deutschland auf rund 60.000 beziffert werden. Hinzu kommen etwa 55.000 Patienten mit einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV); allerdings handelt es sich hier oft um die gleichen Patienten, die nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in der SAPV weiterversorgt werden (vgl. SAPV Frequenzstatistik Erstverordnungen).

Bei rund 3.200 Sterbefällen in der Gesundheitsregion^{plus} im Jahr kann der Bedarf auf rund 380 SAPV-Dienste geschätzt werden. Auf Grund der demographischen Entwicklung ist perspektivisch mit einem kontinuierlichen Anstieg der Sterbefälle zu rechnen. Bei der Bestandsbewertung sollte die Situation im Bezirk Oberpfalz insgesamt berücksichtigt werden, der sich durch eine überdurchschnittliche Sterblichkeit auszeichnet.

Es ist bei der Bewertung zu berücksichtigen, dass im Vergleich zur palliativen Versorgung von Erwachsenen bei Kindern und Jugendliche geringere Fallzahlen vorliegen, die einer SAPV bedürfen.

6.4 Mögliche Ziele und Handlungsfelder

Die qualitativ hochwertige Versorgung der Gesundheitsregion^{plus} durch die SAPV-Teams ist von hohem Interesse. Insbesondere der Mangel an qualifizierten Fachkräften kann in ländlichen Regionen dazu führen, dass keine SAPV Sachleistungen realisiert werden können. Untersuchungen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) haben gezeigt, dass die Rekrutierung eines entsprechend qualifizierten Personals zuweilen Probleme bereitet, da ein solches in der Regelversorgung und im Rufdienst für die SAPV jederzeit zur Verfügung stehen muss (vgl. G-BA 2016).

Beim Themenbereich Hospiz- und Palliativversorgung ist auf eine inhaltliche Abstimmung mit den Seniorenpolitischen Gesamtkonzepten zu achten.

7. Anhang: Methodik und Daten

7.1 Bestandsanalyse und Projektion

Die Datenerhebung für die Bestandsanalyse für den Themenbereich Gesundheit orientiert sich an der Gliederung des Amtes für Stadtentwicklung der Stadt Regensburg für den gesamten Prozess-Schritt der Bestandsaufnahmen. Mit der regionalen Gesundheitsberichterstattung wird die Kommunikation und Kooperation der regionalen Akteure des Gesundheitssystems erleichtert und eine Datengrundlage für die Diskussion von Projekten und Maßnahmen in den Gesundheitsforen geschaffen. Hiernach werden folgende Gliederungspunkte bearbeitet:

1. Ausgangssituation und Entwicklungsperspektive:
 - o Rückschau: Wie stellt sich die Entwicklung in den letzten 5 - 10 Jahren dar?
Status quo: Wie stellt sich die aktuelle Situation dar?
 - o Perspektive: Welche Trends sind in den nächsten 5 - 10 Jahren zu erwarten? Wohin geht die Entwicklung, wenn nicht gegengesteuert wird?
2. Bestandsbewertung: Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken.
3. Mögliche Ziele / Handlungsfelder.

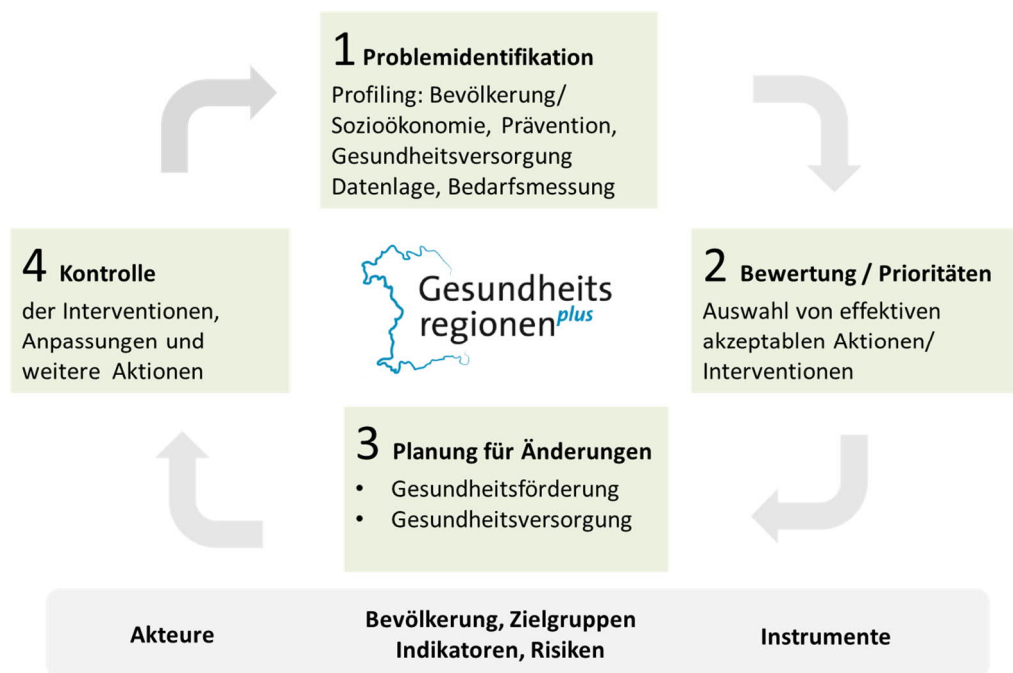
Ziel ist eine kompakte Darstellung der medizinischen Versorgung im zeitlichen Verlauf. Inhaltlich werden dabei bei der Bearbeitung die folgenden Bereiche eingeschlossen:

- o Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung,
- o Krankenhausversorgung,
- o Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen,
- o Versorgung Pflegebedürftiger und
- o Palliativ- und Hospizversorgung.

Ferner erfolgt für die Projektion des zukünftigen Bedarfs eine Differenzierung der Indikatoren nach Geschlecht und Altersgruppen. Die Bewertung der Versorgungssituation und der Entwicklungen (SWOT-Analyse) baut für jeden Bereich auf den gesetzlichen Benchmarks auf. Diese erlauben auch eine übergreifende Betrachtung nach Krankheitsfeldern (wichtigste Hauptdiagnosen) und Fachrichtungen. Darüber hinaus werden Bezüge zu anderen Fachbereichen im Entwicklungsplan aufgezeigt.

Der Indikatorensatz der Gesundheitsberichterstattung und weitere Daten werden auf regionaler Ebene erfasst, aufbereitet und ausgewertet (vgl. Tabellen im Anhang). Dabei werden auch Überlegungen zu den Anforderungen für die Kommunikations- und Koordinationsstrukturen der Gesundheitsregion^{plus} berücksichtigt (vgl. LGL Gesundheitsregionen^{plus}, Konzept 2016).

Abbildung 31: Handlungszyklus der Gesundheitsregionen^{plus}



Quelle: BASYS nach HDA 2015, Holleder 2016, Folie 24.

Zur Abstimmung der Analysen und Projektionen in den verschiedenen Versorgungsbereichen werden die Ergebnisse auf Kreisebene in eine regionalen Gesamtrechnung integriert, welche auch die Beschäftigung, die Gesundheitsausgaben und die Wertschöpfung der Gesundheitseinrichtungen ermittelt.

7.2 Daten

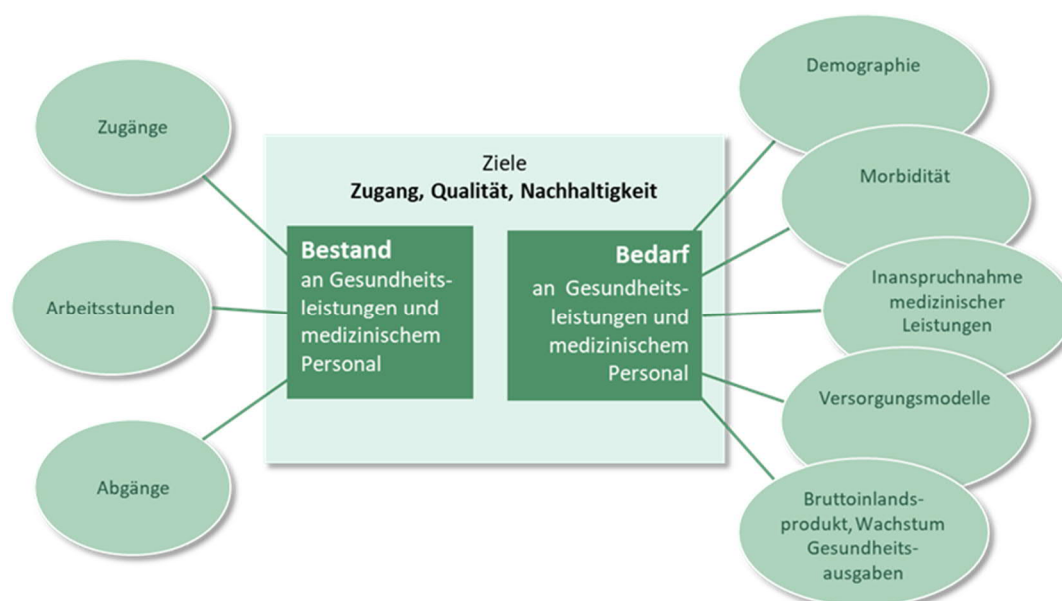
Grundlage der Bestandsaufnahme sind vorhandene quantitative Daten aus amtlichen Datenquellen sowie aus weiteren öffentlich und ggf. nicht-öffentlich verfügbaren Sekundärdatenquellen, insbesondere von folgenden Datenhaltern:

- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL),
- Bayerisches Landesamt für Statistik,
- Bundesministerium für Gesundheit sowie nachgeordnete Geschäftsbereiche (z. B. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung),
- Gesundheitsamt am Landratsamt Regensburg (für Stadt und Landkreis Regensburg),
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB).

Darüber hinaus werden auch Daten aus den verschiedenen sozialplanerischen Bereichen der Stadt und dem Landkreis Regensburg mit aufgenommen (z. B. Jugendhilfeplanung, Seniorenpolitische Gesamtkonzepte, Sozialraumanalysen, Bildungsplanung usw.).

Für die retro- und prospektiv orientierte Datenanalyse an Versorgungsleistungen wird entsprechend dem OECD-Bedarfsplanungsmodell (vgl. Abbildung 32) und dem EU-Handbuch zu Bedarfsplanung (Malgieri et al. 2015) zwischen angebots- und nachfrageseitigen Faktoren unterschieden. Entscheidend für die Projektion sind die in den Berechnungen eingesetzten Altersprofile zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Insoweit verfügbar werden immer Profile der lokalen Bevölkerung verwendet. Hierbei ist besonders zu beachten, dass der „Demographische Wandel“ in der Stadt und dem Landkreis Regensburg vor allem im Bereich der Hochaltrigen bereits aktuell zu stark steigenden Nachfragen nach Gesundheits-, Pflege- und Versorgungsleistungen führt (vgl. Tabelle 1).

Abbildung 32: OECD-Modell der Bestands- und Bedarfsanalyse der Gesundheitsleistungen



Quelle: Eigene Darstellung nach Ono, Lafortune, Schoenstein 2013.

Berücksichtigt werden muss auch, dass die Region Regensburg zu den Wachstumsregionen in Deutschland zählt. Neue Anforderungen an die Gesundheitsversorgung ergeben sich jedoch nicht nur aus der wirtschaftlichen Entwicklung, sondern auch aus der demographischen und sozialen Entwicklung sowie den sonstigen Einflussfaktoren für die Gesundheit. Zu den Determinanten der Gesundheit zählen neben Alter, Geschlecht, den persönlichen Erbanlagen und der individuellen Lebensweise auch die Einflüsse des sozialen Umfeldes (vgl. Abbildung 32). Die Aufbereitung der soziodemographischen Daten (retro- und prospektiv) erfolgt als Grundlage für die weitere Beschreibung der Gesundheitsversorgung der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg. In diesem Zusammenhang wird auf die jeweils aktuelle Bevölkerungsvorberechnung des Bayerischen Statistischen Landesamtes zurückgegriffen (derzeit 2017 – 2037).

7.3 Isochrone

Die Erreichbarkeit in der Versorgung einer Region wird bestimmt durch den Anteil der Bevölkerung, welcher innerhalb einer vorgegebenen Zeit, einen Anbieter (Hausärzte, Facharzt, Krankenhaus, usw.) erreichen kann.

Die Entfernung zum nächsten Anbieter wird durch die potenzielle PKW-Fahrzeit vom Zentrum einer 100 Meter x 100 Meter Bevölkerungs-Rasterzelle zum Standort des Anbieters bestimmt (vgl. Kalogirou 2017, Gemeinsamer Bundesausschuss 2018). Hierzu werden für jeden Anbieter Isochronen, d. h. Regionen mit gleicher Fahrzeit, berechnet. Die Erreichbarkeitsquote einer Region (Gemeinde, Landkreis, usw.) bestimmt sich demnach durch den Anteil der Bevölkerung, die innerhalb einer Isochrone liegt, im Verhältnis zu allen Einwohnern der Region. Für jeden Anbieter liegen dabei Isochronen unterschiedlicher Größe, d. h. unterschiedlicher maximaler Fahrzeiten mittels PKW (ohne Berücksichtigung von Staus), vor. Bewohner von Gebieten, welche nicht durch Isochronen abgedeckt werden, müssen demnach länger zum nächsten Anbieter fahren. Regionen mit voller Erreichbarkeit (100 %) werden demnach vollständig durch eine oder mehrere Isochronen abgedeckt.

Bei der Darstellung sowie der Quantifizierung der Anbieter ist auf eine Besonderheit bei der Zählung hinzuweisen. Bei der Messung der Erreichbarkeit ist der Standort entscheidend. D. h. ein Arzt mit mehreren Standorten (z. B. als Mitarbeiter eines MVZ) wird auch an jedem Standort berücksichtigt. Entsprechendes gilt für Ärzte mit mehreren Fachgebieten. Keine Berücksichtigung finden hingegen ermächtigte Ärzte oder Einrichtungen.

8. Literaturverzeichnis

AOK Bayern, 2019, Pflegeeinrichtungen in Bayern. Stand 12.06.2019.

AOK Bayern, 2018, Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Bayern gemäß § 75 SGB XI, München.

AOK Bundesverband, 2019, Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit am 11.09.2019.

Augurzky, B., Hentschker, C., Pilny, A., Wübker, A., 2017, BARMER GEK Krankenhausreport 2017, Berlin, Wuppertal.

Baldauf, S., Vitols, K., 2019, Branchenanalyse medizinische Rehabilitation, Wirtschaftliche Perspektiven, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 160, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

BASYS, 2018, Wirtschaftsfaktor Zahnärzte, Rechenmodell für die Bundeszahnärztekammer, Augsburg Juli 2018 (unveröffentlichtes Manuskript).

BASYS, GÖG, NIJZ, MZ, ZZS, ZZZS, 2019, Distribution of healthcare providers and health workforce in Slovenia, Funded by the Structural Reform Program of the European Union, Augsburg, Vienna, Ljubljana.

Baumgart, S., Köckler, H., Ritzinger, A., Rüdiger, A. (Hrsg.), 2018, Planung für Gesundheitsfördernde Städte, Hannover, Forschungsberichte der ARL 08. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-08537>.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2016, Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns, Handlungshilfe Band 1 der Schriftenreihe GBE-Praxis, Erlangen.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2019, Jahresbericht 2018, Stand Juni 2019, Erlangen.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2016, Gesundheitsregionen^{plus}, Konzept, Stand: 09.03.2016, Erlangen.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2011, Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns Handlungshilfe Band 1 der Schriftenreihe GBE-Praxis (4. Auflage, inhaltlich überarbeitete und aktualisierte Auflage im September 2016 er 3. Auflage vom Dezember 2011), Erlangen.

Bayerisches Landesamt für Statistik, 2017, Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern, Ergebnisse der Pflegestatistik, Stand: 15. bzw. 31. Dezember 2015.

Bayerisches Landesamt für Statistik, Genesis-Online Datenbank, in: <https://www.statistikdaten.bayern.de/>.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2019, Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand: 1. Januar 2019 (44. Fortschreibung), München.

Bertelsmann Stiftung, 2012, Themenreport „Pflege 2030“, Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh.

BioPark Regensburg GmbH, Projekt Gesundheitswirtschaft Regensburg, <https://www.biopark-regensburg.de/de/gesundheitswirtschaft.html>.

Destatis, 2016, Gesundheit: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2015, Fachserie 12 Reihe 6.2.2, Erschienen am 24. November 2016, Wiesbaden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2018, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern-Stand: März 2017, Dezernat II -Krankenhausfinanzierung und -planung, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung, 2018, Reha-Bericht 2018: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung, 2019, Rehabilitation 2018, Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 2016, Berlin, August 2019.

Deutsche Rentenversicherung, 2019a, Reha-Bericht 2019: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik mit dem Fokusthema „Gestärkt ins Leben: Kinder und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung“, Berlin.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, 2017, Handreichung des DHPV - Empfehlungen der Fachgruppe ‚Hospizkultur und Palliativmedizin in stationären Pflegeeinrichtungen‘ zur Zusammenarbeit und Kooperationsgestaltung von Mitgliedseinrichtungen mit stationären Pflegeeinrichtungen, Berlin, 15.04.2017.

Eurostat, 2016, HEDIC Health expenditures by Diseases and Conditions. Statistical working papers. Luxembourg: European Union.

Friedrich-Ebert-Stiftung 2015, Positionspapier Zukunft der medizinischen Rehabilitation, Reformvorschläge einer Arbeitsgruppe von Expert_innen, 17/2015, Bonn.

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019, Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V (Juli 2018), Berlin.

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016, Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2015, Berlin.

Gesundheitsregion^{plus} Regensburg, 2017, Optimal vernetzt, bestens versorgt in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg Landkreis und Stadt, Bestands- und Bedarfsanalyse 2017.

GKV-Spitzenverband, 2017, Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung, Berlin, 8. Dezember 2017.

Görres, S., Seibert, K., Stiefler, S. 2016, Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix, in: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hg.), 2016, Pflege-Report 2016, Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus, Schattauer.

GÖZ, BASYS, 2013, Fortschreibung der „Studie zu Standorten und demographischen Rahmenbedingungen von Hospizangeboten in Sachsen“ (Hospizstudie), Dresden, Augsburg 01.08.2013.

Hayer, J., Karapolat, N., 2016), BFS-Marktreport Rehabilitation 2016: Die Konsolidierung des Marktes schreitet voran, Bank für Sozialwirtschaft, Köln.

Health Development Agency (HAD), 2015, Health Needs Assessment A Practical Guide, London, www.nice.org.

- Herr, D., Hohmann, A., Varabyova, Y., Schreyögg, J., 2018, Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung, in: Jürgen Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hg.), Krankenhaus-Report 2018, Schattauer GmbH, Stuttgart.
- Hollederer, A., 2016, Kooperation und Vernetzung in Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern, 4. Regensburger Management Symposium am Bildungszentrum des Universitätsklinikums 11.03.2016 in Regensburg, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.
- IGES, 2019, Kurzzeitpflege in Bayern, Teil B: Kreisanalysen, Gutachten für Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Berlin, April 2019.
- Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), 2018, Rettungsdienstbericht Bayern 2018, Klinikum der Universität München.
- Kalogirou, S., 2017, Spatial analysis of accessibility to public hospitals using GIS, in: Medical Geographical Information: Applications, Analysis and Mapping, pp. 91–94.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB), 2019, KVB-Bedarfsplanung-Planungsblätter, Druck: 18.01.2019, München.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2016, Hausärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie Altersstruktur in Bayern.
- Landratsamt Regensburg, 2017, Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Regensburg, Juni 2017, Regensburg.
- Malgieri, A., Michelutti, P., van Hoegaerden, M. (eds.), 2015, Handbook on Health Workforce Planning Methodologies across EU Countries, Joint Action Health Workforce Programming & Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union, Bratislava.
- Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M., 2013, Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECDHealth Working Papers 62. Paris: OECD Publishing, url: <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>.
- Spiekermann & Wegener Stadt- und Regionalforschung, 2019, Analyse der Versorgung mit Einrichtungen und Dienstleistungsangeboten der sozialen Infrastruktur in der Planungsregion Regensburg, Ergebnisbericht, Dortmund.
- Stadt Regensburg, 2018, Wegweiser Pflege. 3. Auflage. Januar 2018. Regensburg: Stadt Regensburg. <https://www.regensburg.de/fm/121/wegweiser-pflege-3-auflage.pdf> [Abruf am: 24.04.2019].
- Stadt Regensburg Planungs- und Baureferat, 2005, REGENSBURG-PLAN 2005, Leitziele zur Stadtentwicklung, Regensburg.
- Sundmacher, L. (Konsortial-führung), Brechtel, T. (Projektmanagement), 2018, Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, Gutachten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, München, Leipzig, Bonn, Greifswald und Köln.
- SVRiG - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn/Berlin.
- Tufte, E. R., 2001, The Visual Display of Quantitative Information, 2nd ed. Cheshire, CT: Graphics Press.

Umwelt Campus Birkenfeld, Hochschule Trier, Seniocare24, 2019, Pflege von morgen, Studie zur Pflegesituation 2030 in Deutschland, Projektarbeit Umwelt Campus Birkenfeld in Kooperation mit Seniocare24, Trier.

Zehe, M., Görtler, E., 2010, Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für die Stadt Regensburg zum Stichtag 31.12.2010. Bamberg: MODUS - Institut für angewandte Wirtschafts- und Sozialforschung, Methoden und Analysen. <https://www.regensburg.de/fm/121/konzept-pflegebedarfsplanung.pdf> [Abruf am: 24.04.2019].

9. Glossar

Allgemeine fachärztliche Versorgung: Diese umfasst die Disziplinen der Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Urologen.

Altersstandardisierung: Unter dem Begriff „Altersstandardisierung“ versteht man ein statistisches Verfahren zur Herstellung einer Vergleichbarkeit von zwei oder mehr Untersuchungsgruppen, welche eine unterschiedliche Alterszusammensetzung aufweisen. Damit können altersabhängige Einflüsse ausgeschaltet werden, wenn diese Gruppen in Bezug auf ein altersabhängiges Merkmal (zum Beispiel das Auftreten einer bestimmten Erkrankung, Sterblichkeit) verglichen werden sollen.

Arztsitzzählung: In der Arztsitzzählung werden sämtliche Arbeitsorte eines Arztes erfasst, ungeachtet ob es sich um den Ort der Haupt- oder Nebentätigkeit handelt (vgl. auch Personenzählung). Die Arztstze sind dem Webportal „Arztsuche“ der KVB entnommen.

Bedarfsanrechnung: In der Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung werden Ärzte mit voller Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit dem Faktor 1,0 oder bei hälftigem Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 gezählt. Bei Zulassung für zwei oder mehr Fachgebiete verteilt sich die Anrechnung gleichmäßig auf die entsprechenden Arztgruppen. Im Rahmen einer Anstellung ist es Ärzten bereits möglich mit einem Viertel Arztstz an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen (siehe auch Personenzählung).

Formelle Pflege: Unter einer „beruflichen Pflege“ versteht man eine formelle, professionelle Pflege, die erst dann notwendig wird, wenn Selbstpflege und informelle Pflege nicht ausreichend sind, um alle Pflegeeefordernisse und -bedürfnisse zu erfüllen. Das Aufgabenspektrum beruflicher Pflege ist sehr weit und reicht von Beratung und Anleitung bis hin zur vollständigen Übernahme pflegerischer Tätigkeiten.

Gesonderte fachärztliche Versorgung: Diese umfasst Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner.

Hausärztliche Versorgung: In der Bedarfsplanung gehören Hausärzte zur hausärztlichen Versorgung. Zu den Hausärzten zählen Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte.

Häusliche Pflege: Häusliche Pflege bezeichnet die Übernahme der Pflege eines Menschen durch Angehörige oder einen ambulanten Pflegedienst in der häuslichen Umgebung.

Hospiz: Hospize sind selbständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen. In der Regel sind es kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit acht bis sechzehn Plätzen.

Informelle Pflege: Informelle Pflege ist die Übernahme von Tätigkeiten, die der Pflegebedürftige allein nicht mehr ausüben kann und die durch direkte Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung, z. B. Angehörige, Nachbarn oder Freunde, geleistet werden. Dazu bedarf es anfangs einer intensiven Praxisanleitung und Pflegeberatung durch pflegerisches Fachpersonal.

Kombinationsleistungen (Pflege): Die Kombinationsleistung ist eine Unterstützung der Pflegekasse, die sich aus Pflegegeld und Ambulanter Pflegesachleistung zusammensetzt.

Kurzzeitpflege: ist eine vorübergehende Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung.

Mittelbereiche: Mittelbereiche bilden die Verflechtungsbereiche um ein Mittelzentrum oder einen mittel-zentralen Verbund ab, in dem eine ausreichende Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des gehobenen Bedarfs erfolgen soll. Sie sind jedoch keine landesplanerischen Festlegungen, sondern dienen primär analytischen Zwecken im Kontext der Raubeobachtung gemäß § 22 ROG. Die Mittelbereiche basieren auf räumlichen Verflechtungen und bilden das zu erwartende Verhalten der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Infrastrukturen und Einrichtungen der Daseinsvorsorge sowie bei der beruflichen Mobilität ab. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raubeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html>.

Personenzählung: Dies entspricht der absoluten Anzahl der Ärzte unabhängig von ihrem Tätigkeitsumfang oder ihrer Berücksichtigung in der Bedarfsplanung (vgl. auch Bedarfsanrechnung).

Pflegebedürftige: Erfasst werden Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftige oder Pflegebedürftiger ist die Entscheidung der Pflegekasse beziehungsweise des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegegraden 1 bis 5 (Statistisches Bundesamt).

Pflegegrade: Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde das System der drei Pflegestufen ab dem 01.01.2017 durch ein System aus fünf Pflegegraden ersetzt. Durch ein neues Begutachtungsinstrument werden alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst, unabhängig davon, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen beruhen. Entscheidend für die Einstufung in die Pflegegrade ist der Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen. Die Pflegegrade sind:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Pflegeheime: Statistisch erfasst werden die Pflegeheime, die durch den Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten (Statistisches Bundesamt).

Rehabilitation: Unter Rehabilitation versteht man in der Medizin die Wiederherstellung der physischen und/oder psychischen Fähigkeiten eines Patienten im Anschluss an eine Erkrankung, ein Trauma oder eine Operation. Als Sekundärziel soll eine Wiedereingliederung in das Sozial- und Arbeitsleben erreicht werden.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Leistungen im Rahmen der SAPV werden von qualifizierten Ärztinnen oder Ärzten und qualifizierten Pflegefachkräften mit Zusatzausbildung erbracht, die orientiert an der Konzeption eines Palliativ-Care-Teams fachübergreifend ggf. auch in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung: Hierzu zählen Anästhesisten, Fachärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen.

Tages- oder Nachtpflege: Bei der Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) werden Pflegebedürftige, die in ihrem häuslichen Umfeld wohnen, entsprechend tagsüber oder nachts in einer zugelassenen stationären Einrichtung gepflegt und betreut.

Teilstationäre Pflege: Mit der teilstationären Pflege ist im Allgemeinen die Tagespflege oder die Nachtpflege gemeint. Bei der teilstationären Pflege werden hilfebedürftige Menschen in Pflegeeinrichtungen tagsüber oder auch nachts betreut. Das Angebot wird von Pflegebedürftigen genutzt, die noch zu Hause wohnen, jedoch allein nicht mehr zurechtkommen, und eine 24h-Versorgung durch Angehörige nicht gewährleistet werden kann. Die teilstationäre Pflege ermöglicht den Angehörigen, die Pflegebedürftigen zu versorgen, ohne jedoch den eigenen Alltag aufgeben zu müssen.

Versorgungsquote Kurzzeitpflegeplätze: Kurzzeitpflegeplätze je 1.000 ambulant versorgten Pflegebedürftigen.

Wohnortprinzip: Erfassungsprinzip im Rahmen der amtlichen Statistik für einzelne Erscheinungen nach dem Wohnort (Wohnsitz), z. B. Erfassung der Beschäftigten nach ihrem Wohnort, Geburt nach dem Wohnort des Vaters bzw. der Mutter.

10. Anhang: Indikatoren nach Versorgungsbereichen

Anhang 1: Indikatoren zur Bevölkerung und zu bevölkerungsspezifischen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems

Indikator	Bevölkerung
02.05	Bevölkerung nach Geschlecht
02.06	Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht
02.07	Altersstruktur der Bevölkerung
02.08	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter
02.10 A	Lebendgeborene
02.12	Bevölkerungsstand und -prognose nach Lastenquotienten
Sozioökonomie	
2.13 A	Schulabgänger mit Hochschulreife und ohne Abschluss in Prozent nach Geschlecht
02.16	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte
02.18	Erwerbstätige nach Geschlecht
02.21	Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht
02.23	Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Geschlecht

Quelle: Auszug aus LGL Indikatoren.

Für die Darstellung ärztlicher Versorgung (Ärztedichte/Verteilung, Erreichbarkeit, Entfernung, Verfügbarkeit, Altersstruktur der Haus- und Kinderärzte und psychiatrischen Fachkräfte) sind die Daten im LGL-Indikatorensatz nicht ausreichend (vgl. Anhang 2). Es werden deshalb zusätzlich die Bedarfsplanungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) bzw. der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) sowie die Arztlisten der KVB verwendet.

Anhang 2: Indikatoren der ambulanten ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Versorgung

Indikator	Indikatorname
	Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung
	Bedarf/Nachfrage
03.19 A	Hausärztliche Praxis: ambulante Patienten nach Geschlecht
03.19 B	<i>Hausärztliche Praxis: ambulante Patienten nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.19 C	Hausärztliche Praxis: ambulante Fälle nach Geschlecht
03.19 D	<i>Hausärztliche Praxis: ambulante Fälle nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.19 E	Fachärztliche Praxis: ambulante Patienten nach Geschlecht
03.19 F	<i>Fachärztliche Praxis: ambulante Patienten nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.19 G	Fachärztliche Praxis: ambulante Fälle nach Geschlecht
03.19 H	<i>Fachärztliche Praxis: ambulante Fälle nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.78 A	Ambulante Patienten mit Diabetes mellitus nach Geschlecht
03.78 B	<i>Ambulante Patienten mit Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.82 A	Ambulante Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) nach Geschlecht
03.82 B	<i>Ambulante Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.82 C	Ambulante Patienten mit Affektiven Störungen (F30-F39) nach Geschlecht
03.82 D	<i>Ambulante Patienten mit Affektiven Störungen (F30-F39) nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.82 E	Ambulante Patienten (5-14 Jahre) mit ADHS nach Geschlecht
03.82 F	Ambulante Patienten mit Demenz (F00-F03) nach Geschlecht
03.82 G	<i>Ambulante Patienten mit Demenz (F00-F03) nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.96 A	Ambulante Patienten mit Asthma (J45-46) nach Geschlecht
03.96 B	<i>Ambulante Patienten mit Asthma (J45-46) nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
03.96 C	Ambulante Patienten mit COPD (J44) nach Geschlecht
03.96 D	<i>Ambulante Patienten mit COPD (J44) nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)</i>
	Angebot
08.08	Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen
08.08 A	Kinderärzte in ambulanten Einrichtungen
08.08 B	<i>Hausärzte in ambulanten Einrichtungen</i>
08.08 C	Augenärzte in ambulanten Einrichtungen
08.08 D	Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen
08.13	Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
08.22 A	Selbstständig tätige Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten Einrichtungen

Quellen: Auszug aus LGL Indikatoren.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsindikatoren nach Themenfeldern, in: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>.

Anhang 3: Indikatoren der Krankenhausversorgung

Indikator	Indikatorname
	Bedarf/Nachfrage
03.25	Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht (nur Bayern) ¹⁾
03.26	<i>Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht (nur Bayern)¹⁾</i>
03.27	Krankenhausfälle nach Geschlecht ¹⁾
03.83	<i>Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)¹⁾</i>
03.83 A	Krankenhausfälle infolge von psychischen u. Verhaltensstörungen durch akute Alkoholintoxikation (akuter Rausch) (F10.0) bei unter 20-Jährigen nach Geschlecht ¹⁾
03.91 A	Krankenhausfälle beim Herzinfarkt und Schlaganfall nach Geschlecht ¹⁾
03.89	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht (nur Regierungsbezirke) ¹⁾
03.89 A	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht ¹⁾
03.117	<i>Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Alter und Geschlecht (nur Bayern)¹⁾</i>
23131-011z	Diagnosestatistik (Patientenwohnsitz Bayern): Kreis, Entlassene Patienten, Diagnoseklassen ²⁾
23131-012z	Diagnosestatistik (Patientenwohnsitz Bayern): Kreis, Entlassene Patienten, Diagnoseklasse, Altersgruppen ²⁾
23131-013z	Diagnosestatistik (Patientenwohnsitz Bayern): Kreis, Entlassene Patienten, Diagnoseklasse, Fachabteilungen ²⁾
03.118	Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht ¹⁾
	Angebot
23111-001z	Krankenhäuser: Kreis, Krankenhäuser, Betten, Patienten, Ärzte, Pflegepersonal ²⁾
23111-002z	Krankenhäuser: Kreis, Betten, chirurgische Fachabteilungen ²⁾
23111-003z	Krankenhäuser: Kreis, Betten, psychiatrische Fachabteilungen ²⁾
23111-004z	Krankenhäuser: Kreis, Betten, Fachabteilungen (ohne chirurgische und psychiatrische Fachabteilungen) ²⁾

Quellen:

1) Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsindikatoren nach Themenfeldern, in: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>.

2) Bayerisches Landesamt für Statistik, Genesis-Online Datenbank, in: <https://www.statistikdaten.bayern.de/>

Anhang 4: Indikatoren der Versorgung mit Rehabilitations- und Vorsorgeuntersuchungen

Indikator	Indikatorname
	Bedarf/Nachfrage
03.34	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Alter und Geschlecht (nur Bayern) ¹⁾
03.35	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht (nur Bayern) ¹⁾
03.36	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht ¹⁾ Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe in der Gesetzlichen Rentenversicherung (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte (altersstandardisiert)). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region (Wohnort), Alter, Geschlecht, Leistungsempfänger, 1. Diagnose (ICD-10) (nur Bayern)²⁾ Durchschnittliches Alter bei Inanspruchnahme von abgeschlossenen stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, 1. Diagnose (ICD-10), Rentenversicherungszweig (nur Deutschland)²⁾ Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten ab 2003 (Fälle, Fälle je 100000 Einwohner (altersstandardisiert), Pflegetage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD-10, Art der Standardisierung (nur Bayern)³⁾ Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten ab 2003 (Fälle, Pflegetage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD-10 (nur Bayern)³⁾ Patientenbewegung: Fallzahl, Pflegetage, Berechnungs-/Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer in Tagen, durchschnittliche Bettenauslastung in % (nur Bayern)⁴⁾
	Angebot
23112-001z	Vorsorge und Reha: Kreis, Einrichtungen, Betten, Patienten, Ärzte, Pflegepersonal ⁵⁾
23112-002z	Aufgestellte Betten im Jahresdurchschnitt: davon in Fachabt. (Vorsorge-/Reha-Einrichtungen) ⁵⁾ Beschäftigte am 31.12 in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: Anzahl insgesamt (davon ärztlicher Dienst, nichtärztlicher Dienst (darunter Schüler/Auszubildende) (nur Bayern)⁶⁾ Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: Anzahl insgesamt (davon ärztlicher Dienst, nichtärztlicher Dienst (nur Bayern)⁶⁾

Quellen:

1. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsindikatoren nach Themenfeldern, in: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>.
2. Deutsche Rentenversicherung Bund, Statistik der Leistungen zur Rehabilitation, in: www.gbe-bund.de
3. Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in: www.gbe-bund.de
4. Destatis, in: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/gd-vorsorge-reha-bl.html>
5. Bayerisches Landesamt für Statistik, Genesis-Online Datenbank, in: <https://www.statistikdaten.bayern.de/>; Für Patienten, Ärzte, Pflegepersonal keine Daten für Regensburg
6. Destatis, in: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/personal-reha-bl.html>

Anhang 5: Indikatoren zur Versorgung Pflegebedürftiger

Der Indikatorensatz des LGL enthält hier nur wenige Informationen. Es wurden deshalb auch Daten der Pflegestatistik des Bayerischen Statistischen Landesamts und einschlägige Untersuchungen ausgewertet.

Indikator	Indikatorname
	Bedarf/Nachfrage
03.47	<i>Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht (nur Bayern, evtl. Sonderauswertung für Stadt und Landkreis möglich)¹⁾</i>
03.48	<i>Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Art der Pflege (nur Bayern, evtl. Sonderauswertung für Stadt und Landkreis möglich)¹⁾</i>
03.49	Pflegebedürftige nach Geschlecht ¹⁾
07.34	Pflegegeldempfänger nach Pflegegraden und Geschlecht ¹⁾
07.35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden und Geschlecht ¹⁾
07.35 A	Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, ambulante und stationäre Betreuung ¹⁾
07.36	In stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden und Geschlecht ¹⁾
	Angebot
22400-002z	Pflegeheime: Kreis, Pflegeheime, verfügbare Plätze, Pflegebedürftige, Personal ²⁾
22400-003z	Pflegedienste: Kreis, Pflegedienste, Pflegebedürftige, Personal ²⁾

Quellen:

- 1) Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsindikatoren nach Themenfeldern, in: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>.
- 2) Bayerisches Landesamt für Statistik, Genesis-Online Datenbank, in: <https://www.statistikdaten.bayern.de/> Publikationsreihe K8300C 1999 - 2017

Anhang 6: Indikatoren der Palliativ- und Hospizversorgung

Indikator	Indikatorname
	Angebot
	Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD-10: Z51.5 Palliativbehandlung, Art der Standardisierung: Standardbevölkerung "Deutschland 2011" (nur Bayern) ¹⁾
	Nachfrage
	Stationäre Hospize und Palliativstationen in Krankenhäusern: Anzahl, Bettenzahl und Betten pro 1 Mio. Einwohner nach Ländern, Stand: August 2015 (nur Bayern) ²⁾

Quellen:

- 1) Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, in: www.gbe-bund.de
- 2) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (2015) Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/%C3%9Cbersicht_zum_aktuellen_Stand_der_Hospiz_08-2015_wegweiser.pdf (Stand: 20.08.2015).

