

Positionspapier aus der ARL 143

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PLANERISCHE STEUERUNG DER KRANKENHAUSVERSORGUNG IN NORDWESTDEUTSCHLAND

Positionspapier aus der ARL 143

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PLANERISCHE STEUERUNG DER KRANKENHAUSVERSORGUNG IN NORDWESTDEUTSCHLAND

In den Veröffentlichungen der ARL legen wir großen Wert auf eine faire, gendergerechte Sprache. Als Grundlage für einen gendersensiblen Sprachgebrauch dient der *Leitfaden gendergerechte Sprache in der ARL*.

Geschäftsstelle der ARL:

Dr.-Ing. Martin Sondermann, martin.sondermann@arl-net.de

Positionspapier aus der ARL 143

ISSN 1611-9983 (PDF-Version)

Die PDF-Version ist unter shop.arl-net.de frei verfügbar (Open Access)

CC_BY_SA 4.0 International

Verlag der ARL – Hannover 2023

Sprachliches Lektorat: C. M. Hein

Satz und Layout: G. Rojahn, O. Rose

Zitierempfehlung:

ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft (Hrsg.) (2023):

Handlungsempfehlungen für die planerische Steuerung der Krankenhausversorgung in Nordwestdeutschland.

Hannover. = Positionspapier aus der ARL 143

URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01437>

ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft

Vahrenwalder Str. 247

30179 Hannover

Tel. +49 511 34842-0

Fax +49 511 34842-41

arl@arl-net.de

www.arl-net.de

www.arl-international.com

Dieses Positionspapier enthält zentrale Ergebnisse und Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Planerische Steuerung der Krankenhausversorgung in Nordwestdeutschland“ der Landesarbeitsgemeinschaft Bremen / Hamburg / Schleswig-Holstein / Niedersachsen der ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft. Es wurde erarbeitet von:

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart, BPW Stadtplanung, Bremen (Stellv. Leiterin der Arbeitsgruppe)

Prof. Dr. Heike Köckler, Hochschule für Gesundheit, Bochum

Dr.-Ing. Stephan Löb, Niedersächsisches Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Hannover (Leiter der Arbeitsgruppe)

Dipl.-Ing. Georg Seibert, LandschaftsArchitekturbüro Georg von Luckwald, Hameln

Dr.-Ing. Raphael Sieber, Landeszentrum Gesundheit NRW, Bochum (Geschäftsführer der Arbeitsgruppe)

Dr.-Ing. Martin Sondermann, ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft, Hannover

Prof. Dr. Wiebke Störmann, Hochschule Schmalkalden, Schmalkalden

Dr. Thomas Wieland, Karlsruher Institut für Technologie, Karlsruhe

Dr. Sebastian Winter, Rheinland-Pfälzische Technische Universität Kaiserslautern-Landau, Kaiserslautern

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PLANERISCHE STEUERUNG DER KRANKENHAUSVERSORGUNG IN NORTHWESTDEUTSCHLAND

Gliederung

- 1 Einleitung
 - 2 Raumordnerische Strategie- und Steuerungsansätze der nordwestdeutschen Bundesländer im Vergleich
 - 3 Anforderungen an künftige Standort- und Versorgungssysteme
 - 3.1 Anforderungen an ein künftiges Standortsystem von Krankenhäusern aus Sicht der Raumordnung und Landesentwicklung
 - 3.2 Sektorenübergreifende und interdisziplinär fachübergreifende Gesundheitsversorgung
 - 3.3 Anforderungen an ein künftiges Standortsystem von Krankenhäusern aus Sicht der Nutzer/innengruppen
 - 3.4 Anforderungen an digitale Daten für detaillierte Versorgungs- und Erreichbarkeitsanalysen
- Literatur

Kurzfassung

Umstrukturierungen in der Krankenhauslandschaft, insbesondere Schließungen sowie Zusammenlegungen kleinerer Klinikstandorte zu Zentralkliniken jenseits Zentraler Orte, stellen Herausforderungen an die wohnortnahe Versorgung und eine zukunftsfähige Raumstruktur. Die Förderung und der Erhalt gleichwertiger Lebensbedingungen sowie die Sicherung der Daseinsvorsorge im Hinblick auf ein leistungsfähiges und effektives Standortsystem der Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung sind infrage gestellt. Es bedarf einer stärkeren raumordnerischen Steuerung sowie einer vorausschauenden, länderübergreifenden und kriterienbasierten Krankenhausplanung. Ein Ansatz zur Effizienzsteigerung ist die Stärkung der sektorenübergreifenden und interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung. Für die Gestaltung der künftigen Krankenhauslandschaft sind neben raumordnerischen Kriterien insbesondere die Anforderungen der verschiedenen Nutzer/innengruppen zu berücksichtigen. Zudem bedarf es digitaler Daten für detaillierte Versorgungs- und Erreichbarkeitsanalysen als Planungsgrundlage.

Schlüsselwörter

Krankenhaus – Krankenhausplanung – Gesundheit – Raumordnung – Raumplanung – Governance

Recommendations for spatial planning of hospital care in Northwest Germany

Abstract

Current development trends in the restructuring of the hospital landscape, in particular the mergers of smaller hospitals into central hospitals beyond the central-places system, pose challenges for a sustainable spatial structure. The objectives of spatial planning and development are to ensure the provision of public services, the promotion and preservation of equal living conditions, and an efficient and effective system of hospital and health care locations. This requires spatial planning and governance, which should be based on the central-place system, as well as on a forward-looking, cross-state and criteria-based hospital planning. One approach to increase efficiency is an intersectoral and interdisciplinary care. In addition to regional planning criteria, the requirements of the various user groups are important for the designing of the future hospital landscape. In addition, digital data is required for detailed supply and accessibility analyses as a basis for planning.

Keywords

Hospital – hospital planning – health – spatial planning – governance

1 Einleitung

Deutschland steht am Beginn eines grundlegenden Umbauprozesses der Krankenhauslandschaft, der – vornehmlich in Hinblick auf die Schließung von Krankenhäusern zugunsten großer Zentralkliniken – die räumliche Daseinsvorsorge und den Erhalt gleichwertiger Lebensbedingungen infrage stellt. Viele Expertinnen/Experten sehen Herausforderungen insbesondere in Überkapazitäten und mangelnder Spezialisierung der existierenden Krankenhausstandorte begründet, was für die Bildung von Zentralkliniken spricht. Dem gegenüber stehen das Bedürfnis der Bevölkerung nach wohnortnaher Versorgung sowie eine Ablehnung von Krankenhausschließungen. Die Arbeitsgruppe „Planerische Steuerung der Krankenhausversorgung in Nordwestdeutschland“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, Handlungsempfehlungen für eine zukunftsfähige Steuerung der Krankenhausstandorte aus raumordnerischer Sicht zu erarbeiten.¹

Die Ausführungen zu Strategien und Steuerungsansätzen der Raumordnung beziehen sich zunächst (Kap. 2) spezifisch auf die Bundesländer Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen – den Raum der Landesarbeitsgemeinschaft Nordwest der ARL. Anschließend werden darüber hinausgehende Empfehlungen für eine planerische Steuerung der Krankenhausversorgung gegeben (Kap. 3).

2 Raumordnerische Strategie- und Steuerungsansätze der nordwestdeutschen Bundesländer im Vergleich

Der Quervergleich der länderspezifischen Regelungen zur räumlichen Steuerung der Krankenhausversorgung zeigt, dass die Steuerungswirkung der Raumordnung durchgängig gering ausgeprägt ist. Zudem fehlen Festlegungen zur länderübergreifenden Abstimmung. Im Einzelnen:

Niedersachsen

Das Landes-Raumordnungsprogramm Niedersachsen² enthält keine expliziten Festlegungen zur räumlichen Steuerung von Krankenhausstandorten. Die steuernde Wirkung der zielförmigen Festlegungen zu Zentralen Orten geht gegen null. Auch die raumordnerischen Grundsätze sind nicht hinreichend konkret, um für eine wirksame raumordnerische Steuerung herangezogen zu werden. Ebenso wird im Bericht der Enquetekommission des niedersächsischen Landtags (2021) zur „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ die Raumordnung nicht explizit berücksichtigt. Dies ist insofern bedenklich, als dass aktuell ein fundamentaler Umbau der niedersächsischen Krankenhauslandschaft vorangetrieben wird.

- > Niedersachsen sollte eine länderübergreifende Krankenhausplanung, vor allem mit Bremen und Hamburg, vorantreiben (s. u.).

¹ In die Diskussion und Weiterentwicklung der Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen eines Experten/Expertinnen-Hearings am 20.06.2022 folgende Experten/Expertinnen miteinbezogen, bei denen sich die Mitglieder der Arbeitsgruppe herzlich für ihre Inputs bedanken: Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.), Elke Berger (TU Berlin), Sonja Beuning (Region Hannover), Katrin Eimert (Die Senatorin für Klimaschutz, Umwelt, Mobilität, Stadtentwicklung und Wohnungsbau Bremen), Klaus Einig (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung), Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG), Michaela Lemm (Institute for Health Care Business GmbH) und Guido Sempell (Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen Hamburg).

² Land Niedersachsen (2022): Verordnung zur Änderung der Verordnung über das Landes-Raumordnungsprogramm Niedersachsen (LROP-VO) 2017 (Nds. GVBl. S. 521). Hannover.

Schleswig-Holstein

Der Landesentwicklungsplan Schleswig-Holstein enthält Grundsätze zur Krankenhausplanung. Danach soll bspw. in allen Landesteilen „eine gleichwertige, leistungsfähige medizinische Versorgung sichergestellt werden. Dies gilt insbesondere für die ländlichen Räume“³. Des Weiteren finden sich ergänzende Konkretisierungen im Landesentwicklungsplan sowie auf der Ebene der Regionalpläne. Zudem gibt es in Schleswig-Holstein, im Unterschied zu den anderen hier betrachteten Bundesländern, die eindeutige raumordnerische Festlegung, dass sich die Standortplanung für Krankenhäuser am zentralörtlichen System orientieren soll. Der Regionalplan Schleswig-Holstein Süd⁴ (1998) greift die Kooperationsvereinbarung zur gemeinsamen Sicherstellung der Krankenhausversorgung zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg auf.

Hamburg

In Hamburg übernimmt der Flächennutzungsplan⁵ die Funktion des Raumordnungsplans. Er beinhaltet jedoch weder Steuerungsziele oder -grundsätze zur Krankenhausplanung noch Aussagen zur länderübergreifenden Abstimmung.

- > In Ermangelung eines Raumordnungsplans im Land Hamburg sollte hilfsweise ein informelles stadtre regionales Raumstrukturkonzept (unter Federführung der Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen oder der Metropolregion Hamburg) erarbeitet werden.
- > Trotz fehlender einschlägiger landesplanerischer Festlegungen im Flächennutzungsplan sollte in Hamburg die für die räumliche Planung zuständige Stelle entsprechend eingebunden werden.

Bremen

Ebenso wie Hamburg verfügt auch Bremen aktuell über keinen Raumordnungsplan. Gleichwohl laufen derzeit Vorarbeiten und länderübergreifende Konsultationen zur Aufstellung eines Landesraumordnungsplans.

- > Angesichts der Beschlusslage in Bremen, einen Landesraumordnungsplan aufzustellen, sollte eine Raumordnungsklausel Eingang in das Krankenhausgesetz finden und mit Zielen und Grundsätzen der Landesraumordnung verknüpft werden.
- > In Bremen sollte zudem darauf gedrungen werden, dass die Landesplanung mindestens beratend bei der Aufstellung des Krankenhausplans mitwirkt.

Bundesländerübergreifende Handlungsempfehlungen

Neben den länderspezifischen gibt es eine Reihe von Handlungsempfehlungen zur räumlichen Steuerung der zukünftigen Krankenhausversorgung, die für alle Bundesländer gelten: Standortentscheidungen sollten nicht allein auf Erwägungen zur angestrebten medizinischen Versorgungsqualität beruhen, sondern weitere Belange in den Blick nehmen (s. Kap. 3).

- > Für die künftige Verteilung von finanziellen Mitteln zur Umstrukturierung der Krankheitslandschaft ist es sinnvoll, auch eine positive Stellungnahme der (Landes-)Raumordnung vorzusetzen.

3 Ministerium für Inneres, ländliche Räume, Integration und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (2021): Landesentwicklungsplan Schleswig-Holstein Fortschreibung 2021. Kiel, S. 343.

4 Die Ministerpräsidentin des Landes Schleswig-Holstein, Landesplanungsbehörde (1998): Regionalplan für den Planungsraum I: Schleswig-Holstein Süd; Kreise Herzogtum Lauenburg, Pinneberg, Segeberg und Stormarn. Kiel.

5 Freie und Hansestadt Hamburg (1997): Flächennutzungsplan Hamburg. Neubekanntmachung vom 22. Oktober 1997 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 52). Hamburg.

- > Krankenhausstandorte sollten in einem gestuften System der Versorgungsqualitäten (Maximalversorger, Krankenhäuser Schwerpunktversorgung, Krankenhäuser Grundversorgung) grundsätzlich Bezug auf das System der Zentralen Orte nehmen. Empfohlen wird, dass die Länder Niedersachsen, Bremen und Hamburg – dem Beispiel Schleswig-Holsteins folgend – in ihren gesamtäumlichen Plänen mindestens in Form eines Grundsatzes festlegen, dass sich Standortplanungen für Krankenhäuser vorrangig am zentralörtlichen System orientieren sollen.
- > Versorgungslücken, u.a. an ehemaligen Klinikstandorten, sind durch Förderung medizinischer Versorgungszentren (z.T. in kommunaler Trägerschaft) abzufedern.
- > Das System der Rettungsdienste sollte im Falle der deutlichen Reduzierung von Krankenhausstandorten überprüft und überarbeitet werden (hinsichtlich der Personalressourcen, der Fahrzeugflotten und der Standorte von Rettungswachen).
- > Bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft ist auch die Resilienz des Gesundheitswesens in Extremsituationen (z.B. pandemische Notlagen und Naturkatastrophen) im Sinne des UN-Sendai-Framework⁶ zu berücksichtigen.
- > Nach dem Vorbild des Krankenhausgesetzes Schleswig-Holsteins sollte auch in den Krankenhausgesetzen der anderen Länder ein Auftrag zur länderübergreifenden Kooperation verankert werden, da ein diesbezüglicher Bedarf zwischen Stadtstaaten und ihrem Umland kaum bestritten werden kann.
- > Bremen und Niedersachsen sollten die ab 2023 parallel laufenden Verfahren zur Neuaufstellung resp. zur Fortschreibung ihrer Landesraumordnungspläne nutzen, um abgestimmte Festlegungen zur Krankenhausversorgung aufzunehmen.
- > Separate Förder- und Forschungsvorhaben (bspw. ExWost, Innovationsfonds⁷) sollten die Bundesländer bei der Umsetzung der in diesem Positionspapier formulierten Empfehlungen unterstützen.

3 Anforderungen an künftige Standort- und Versorgungssysteme

Vor dem Hintergrund der Tendenz zur Abkopplung von Krankenhausstandorten vom Zentrale-Orte-System werden im Folgenden Anforderungen an künftige Standort- und Versorgungssysteme aus Sicht der Raumordnung (3.1) und der Nutzer/innengruppen (3.3) aufgezeigt. Zudem werden Empfehlungen für ein sektorenübergreifendes und interdisziplinäres System fachübergreifender Gesundheitsversorgung (3.2) sowie Anforderungen an digitale Daten (3.4) gegeben.

3.1 Anforderungen an ein künftiges Standortsystem von Krankenhäusern aus Sicht der Raumordnung und Landesentwicklung

Entsprechend dem Koalitionsvertrag von 2021 (SPD/Grüne/FPD 2021: 86) soll sich die Krankenhausplanung zukünftig weiterhin an Kriterien wie der Erreichbarkeit, aber auch der demografischen Entwicklung orientieren. Eine räumliche Verknüpfung von Krankenhausstandorten mit

⁶ Das Sendai Framework ist ein von der UN-Vollversammlung verabschiedeter Rahmen zum Umgang mit Krisen und Katastrophen (UN 2015).

⁷ ExWoSt: Förderprogramm des Bundes für innovative Vorhaben im experimentellen Wohnungs- und Städtebau. Innovationsfonds: Förderung der Integrierten Versorgung und Versorgungsforschung (gemäß Versorgungsstärkungsgesetz (2015) und Digitale-Versorgung-Gesetz (2019)).

Siedlungsbereichen zielt auf die Nutzungskopplung mit ergänzender sozialer, wirtschaftlicher, kultureller und Bildungs-Infrastruktur ab. Die Kriterien der Erreichbarkeit sollten mit dem System Zentraler Orte verknüpft werden. Dabei müssten sich die Versorgungsbereiche arbeitsteilig und in ihren Funktionen ergänzen (in Städte- und Ortsverbänden) bzw. sie sollten entsprechend zentralörtlichen Funktionsräumen (bei dezentraler Standortstruktur) geplant werden. Soziale Belange wie z.B. Einkommens- und Gender-Aspekte sowie räumliche Aspekte, nicht zuletzt Anforderungen des Hochwasserschutzes, sind zusätzlich in den Blick zu nehmen.

Handlungsempfehlungen

- > Die Erreichbarkeit stationärer medizinischer Versorgung stellt ein wesentliches Kriterium der Standortentscheidung für Krankenhäuser dar, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu sichern.
- > Aus Sicht der Raumordnung und Landesentwicklung sind zudem weitere darüber hinausgehende Standortkriterien für Krankenhäuser heranzuziehen: Kriterien einer bedarfsgerechten stationären Versorgung sind mit der Ausstattung und den Funktionen der Städte innerhalb des Zentrale-Orte-Systems und ihrer Versorgungsbereiche abzustimmen. Hierfür ist eine Abkehr von einzelfallbezogenen Entscheidungen notwendig, und es sollte eine vorausschauende, länderübergreifende und kriterienbasierte Krankenhausplanung⁸ angestrebt werden. Besonders wichtige raumordnerische Kriterien sind beispielsweise:
 - Es bedarf einer sehr guten verkehrlichen Erreichbarkeit für zeitkritische Notfälle (vgl. Pütz/Lackmann 2020) sowie einer sehr guten ÖPNV-Anbindung. Denkbar wäre es, Zielwerte für Erreichbarkeiten differenziert nach Versorgungsstufen zu definieren.
 - Vorhandene Krankenhaus-Infrastrukturen sollten aus ressourcenökonomischen Gründen möglichst genutzt sowie soziale und grüne Infrastrukturen im Umfeld des Krankenhausstandorts zur Versorgung von Beschäftigten und Patienten berücksichtigt werden.
 - Eine Flächenverfügbarkeit für bauliche Erweiterungen sowie für die Ansiedlung weiterer medizinischer Einrichtungen (Gesundheitscampus) sollte gegeben sein.
 - Restriktionen (z. B. Überschwemmungsgebiete, Möglichkeiten des Einsatzes von Rettungshubschraubern) sind zu beachten.
 - Zudem sollte die Bevölkerungsdichte berücksichtigt und der Umgang mit geographischen Randlagen bedacht werden.
- > In diesem Zusammenhang sollten die Vorgaben (z. B. im § 1 Abs. 1, NKHG⁹) bezüglich der Versorgungsräume entlang der administrativen Grenzen von Landkreisen zugunsten sachgerechter regionaler Versorgungsräume überdacht werden.¹⁰
- > Eine von der Bevölkerung geschätzte Nähe medizinischer Versorgungseinrichtungen sollte bei der Grundversorgung berücksichtigt werden. Für höher spezialisierte Einrichtungen sollte der Leitsatz „Qualität vor Nähe“¹¹ höheres Gewicht erhalten.
- > Die Zahl der Krankenhäuser im Bereich der Grundversorgung sollte angesichts von Überversorgung und eines sinnvollen Einsatzes personeller und finanzieller Ressourcen – je nach regionaler Versorgungslage – reduziert werden, um eine effektive und qualitativ

⁸ Ein Pilotvorhaben könnte die Metropolregion Hamburg sein.

⁹ Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG) vom 28. Juni 2022. Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 06.07.2022 bis 31.12.2022, verkündet als Artikel 1 des Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes vom 28. Juni 2022 (Nds. GVBl. S. 376).

¹⁰ Ein Beispiel für eine Standortbewertung unter Berücksichtigung von Versorgungsräumen findet sich im Gutachten zur Standortwahl des Zentralklinikums für die stationäre Akutversorgung der Region Emden, Aurich und Norden (HCB 2021).

¹¹ Vgl. hierzu auch Beivers (2020). Die Bedeutung einer hohen Versorgungsqualität wird zudem auch in vergleichenden Analysen zur Krankenhausversorgung in Dänemark deutlich (vgl. Ketzler et al. 2020; Berger et al. 2020).

hochwertige Versorgung zu erreichen. Dabei müssen Kompensationen zur Aufrechterhaltung der wohnortnahen medizinischen Versorgung (z. B. Regionale Versorgungszentren¹²) dort vorgesehen werden, wo ein Standort geschlossen wird. Bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft sollte die Um- bzw. Nachnutzung wegfallender Krankenhausstandorte vorausschauend planerisch begleitet werden. Der Verkauf von Krankenhäusern, MVZ, Polikliniken etc. an vermögensverwaltende Kapitalgesellschaften sollte möglichst unterbunden und die weitere Finanzialisierung des Gesundheitswesens in diesem Prozess verhindert werden.

3.2 Sektorenübergreifende und interdisziplinär fachübergreifende Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitssystem weist strukturell bedingte Ineffizienzen auf, die unter anderem auf die Trennung der Sektoren der ambulanten Versorgung und stationären Versorgung zurückzuführen sind. Auch die Trennung der Versorgung in Haus- und Fachärzte sowie weitere Gesundheitsfachberufe (Therapie, Pflege, Hebammen) und das Auseinanderfallen zwischen Leistungserbringung und Leistungsfinanzierung verursacht Wohlfahrtsverluste und ungleiche Lebensverhältnisse. Ein Ansatz zur Effizienzsteigerung ist die sektorenübergreifende und interdisziplinär fachübergreifende (im Sinne interprofessioneller) Versorgung.

Handlungsempfehlungen

- > Notwendig ist der Ausbau der sektorenübergreifenden und interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung weit über das bestehende Maß hinaus. Dies sollte mit finanziellen Mitteln der Länder unterstützt werden. Dazu gehören bekannte Betriebsformen wie Polikliniken und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder ggf. neue Betriebsformen (ambulant/stationär/übergreifend). Dies erfordert auch ein weiter gefasstes Verständnis von sektorenübergreifender Kooperation unter systemischer Nutzung von Optionen im Entlassmanagement mithilfe eines Patient-Journey-Ansatzes, mit dem eine effizientere Patientenbetreuung über die Sektorgrenzen hinweg erreicht wird. Hierzu sollten bisher in Erprobung befindliche Projekte systematisch aufbereitet, wo sinnvoll in die reguläre Versorgungsplanung überführt und von Beginn der Planung neuer Strukturen an mitaufgebaut bzw. miteinbezogen werden.
- > Im Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden und interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung ist auch der Stellenwert der Telemedizin zu beachten. Eine deutliche Beschleunigung der Digitalisierung ist anzustreben. Dafür erforderlich sind Investitionen in flächendeckend leistungsfähige Internetverbindungen und in Telematik-Infrastruktur sowie geeignete Maßnahmen zur Daten- und Informationssicherheit.
- > Prozessual ist die Zusammenführung der Kapazitätsplanung für den ambulanten und stationären Sektor sinnvoll. Auf längere Sicht sollten methodisch gleiche Verfahren für beide Sektoren zur Anwendung gebracht werden und die Planung für den ambulanten und stationären Sektor sollte in einem einzigen Gremium verortet sein. Bis dies realisiert werden kann, sollten für die Übergangszeit zusätzlich zur bisherigen Planungspraxis in einem gesonderten Gremium Leistungen geplant werden, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können.

¹² Eine vielversprechende Möglichkeit, die bereits in Modellvorhaben erprobt wird, sind Regionale Versorgungszentren, welche sowohl hausärztliche MVZ in kommunaler Trägerschaft als auch therapeutische Angebote umfassen (MB 2021).

3.3 Anforderungen an ein künftiges Standortsystem von Krankenhäusern aus Sicht der Nutzer/innengruppen

Die in Krankenhäusern zu versorgenden und arbeitenden Bevölkerungsgruppen (Patienten/Patientinnen, Angehörige, Fachpersonal etc.) sind äußerst divers. Ihre unterschiedlichen Bedarfe, Ansprüche und Erwartungen sind bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Handlungsempfehlungen

- > In der gesundheitlichen Versorgung durch Krankenhäuser sowie der Planung von Krankenhausstandorten sind Standortansprüche verschiedener Gruppen insbesondere im Hinblick auf Erreichbarkeit, Versorgungsqualität und Qualität des Klinikumfelds zu betrachten.
- > Zu den verschiedenen Gruppen zählen neben den zu versorgenden Patienten/Patientinnen deren Angehörige, das Fachpersonal und im weiteren Sinne Unternehmen, die sich an gesundheitsbezogene Infrastruktur angliedern, sowie indirekte Nutzer/innen eines Krankenhauses als Infrastruktur.
- > Die Ansprüche dieser Gruppen sind in der Gestaltung des künftigen Standortsystems zu berücksichtigen. So ist die Attraktivität des Standorts und gute Erreichbarkeit (einschl. ÖPNV-Anbindung) von Bedeutung für die Gewinnung von Personal, insbesondere in Hinblick auf niedrige Einkommensgruppen und Teilzeitkräfte.

3.4 Anforderungen an digitale Daten für detaillierte Versorgungs- und Erreichbarkeitsanalysen

Um ein künftiges Standortsystem der Krankenhausversorgung aus räumlicher Perspektive zu erarbeiten, ist eine verbesserte Datenlage zur Erstellung von Versorgungs- und Erreichbarkeitsanalysen notwendig. Es sind sowohl Daten zur Angebotsseite, d. h. zu den Krankenhäusern, als auch Daten zur Nachfrageseite, d. h. zur kleinräumigen Bevölkerungsstruktur, notwendig. Die Daten sind sowohl für die Raumordnung als auch für die zuständigen Fachplanungen relevant.

Handlungsempfehlung

- > Um detaillierte Versorgungs- und Erreichbarkeitsanalysen sowie Karten zur Visualisierung als Grundlagen für eine tragfähige Planung erstellen zu können, ist es erforderlich, dass aktuelle raumbezogene Daten über Krankenhausstandorte und Versorgungsbedarfe als soziodemografische Datenbasis in hoher Auflösung (frei) zur Verfügung gestellt werden.

Literatur

Beivers, A. (2020): Weniger ist mehr: Qualitäts- und erreichbarkeitsorientierte Bündelung von Versorgungskapazitäten. In: IZR – Informationen zur Raumentwicklung, 47 (1), 18-29.

Berger, E.; Reichebner, C.; Eriksen, A.; Kretzler, M.; Busse, R. (2020): Zentralisierung und Spezialisierung – Dänemarks Spezialisierungspläne als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument am Beispiel der Krebsbehandlung. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74 (4-5), 31-38.

Enquetekommission des niedersächsischen Landtages (2021): Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung. Bericht vom 22.02.2021, Landtags-Drucksache Nr. 18/8650. Hannover.

HCB – Institute for Health Care Business (2021): Gutachten zur Standortwahl des Zentralklinikums für die stationäre Akutversorgung der Region Emden, Aurich und Norden. Gutachten im Auftrag der Trägergesellschaft Kliniken Aurich-Emden-Norden mbH, 07.06.2021. Essen.

https://owncloud.landkreis-aurich.de/index.php/s/gByZTDA9Acwrrz6/download?path=%2F&files=ZKG_ROV_U2_RVS_Anh_2_hcb_Standortfrage_210903.pdf

Kretzler, M.; Berger, E.; Reichebner, C.; Offermanns, M.; Heber, R.; Krause, C.; Schulz, M.; Busse, R. (2020): Deutschland und Dänemark: verschiedene Welten? Ein umfassender Vergleich der Gesundheitssysteme. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 74 (4-5), 13-20.

MB – Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (2021): Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen. Leitfaden für Kommunen zur Gründung eines RVZ. Zusammenfassende Zwischenergebnisse aus den Modellprojekten. Hannover.

Pütz, T.; G. Lackmann (2020): Erreichbarkeit von Akutkrankenhäusern für ausgewählte Indikationen. In: IZR – Informationen zur Raumentwicklung, 47 (1), 30-53.

SPD / Grüne / FDP – Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und Freie Demokraten (FDP) (2021): Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP).

UN – United Nations General Assembly (2015): Resolution adopted by the General Assembly on 3 June 2015 – Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030, Annex I: Sendai Declaration (A/RES/69/283). <https://www.preventionweb.net/files/resolutions/N1516716.pdf>.

Aktuelle Positionspapiere aus der ARL

Nr.

- 143 **Handlungsempfehlungen für die planerische Steuerung der Krankenhausversorgung in Nordwestdeutschland.**
Positionspapier aus der Arbeitsgruppe „Planerische Steuerung der Krankenhausversorgung in Nordwestdeutschland“ der Landesarbeitsgemeinschaft Bremen / Hamburg / Schleswig-Holstein / Niedersachsen der ARL. Hannover, 2023.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01437>
- 142 **Die Zukunft der Regionen in Nordrhein-Westfalen gestalten – Eine gemeinsame Aufgabe von Regionalplanung und Regionalentwicklung.**
Positionspapier aus der Ad-hoc-Arbeitsgruppe „Verhältnis von Regionalentwicklung und Regionalplanung“ der Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen der ARL. Hannover, 2023.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01425>
- 141 **Ökosystemleistungen in der räumlichen Planung – Chancen und Handlungsoptionen.**
Positionspapier von Mitgliedern des Arbeitskreises „Ökosystemleistungen in der räumlichen Planung“ der ARL. Hannover, 2022.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01412>
- 140 **Lignite planning, structural change and coal phase-out in Germany.**
Position paper was prepared by members of the Information and Initiative Group on ‘Lignite regions’ at the ARL. Hanover, 2022.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01403>
- 139 **Mit Regionalplanung die Zukunft gestalten.**
Positionspapier aus einer Arbeitsgruppe des Informations- und Initiativkreises „Regionalplanung“ der ARL. Hannover, 2022.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01391>
- 138 **Risikobasierter Hochwasserschutz durch Regionalplanung.**
Positionspapier von Mitgliedern des Ad-hoc-Arbeitskreises „Hochwasserschutz und Regionalplanung“ der ARL. Hannover, 2022.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01386>
- 137 **COVID-19 pandemic: Lessons for spatial development.**
Position paper from the ‘Pandemic and Spatial Development’ Ad hoc Working Group at the ARL. Hanover, 2022.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01370>
- 136 **Raumwirksamkeit der Digitalisierung.**
Positionspapier aus der AG „Raumwirksamkeit der Digitalisierung“ der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Baden- Württemberg der ARL. Hannover, 2022.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01362>
- 135 **Braunkohlenplanung, Strukturwandel und Kohleausstieg in Deutschland.**
Positionspapier von Mitgliedern des Informations- und Initiativkreises (IIK) „Braunkohlenplanung“ der ARL. Hannover, 2022.
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01353>

