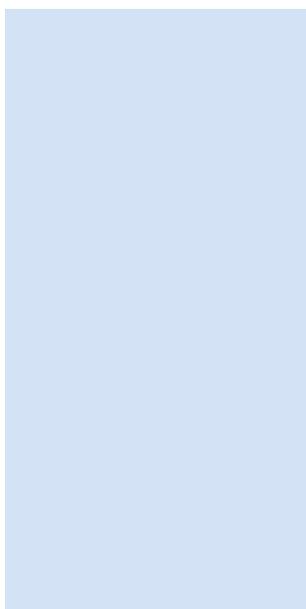


Koordination und Innovation: Gesundheitsregion Adenauer Land

Entwicklungskonzept zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung
in der ländlichen Region Adenau

Abschlussbericht der Projektbegleitung



Koordination und Innovation: Gesundheitsregion Adenauer Land.
Entwicklungskonzept zur Weiterentwicklung der
medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau

Abschlussbericht der Projektbegleitung
Adenau / Bielefeld, November 2024

Auftraggeber:
Verbandsgemeinde Adenau, Kirchstraße 15-19, 53518 Adenau

Projektleitung:
Uwe Borchers, Dr. Charlotte Şahin

ZIG | Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL
Alfred-Bozi-Str. 25, 33602 Bielefeld
www.zig-owl.de | info@zig-owl.de | Tel. 0521-329860-0

Projektbearbeitung unter Mitarbeit von:
Isabel Binner, Martina Brinker, Sarah Büyükdag, Linda Gumbiowski,
Sarah Kleinhans, Regina Rauch, Jan Hendrik Schnecke

Die Urheberrechte dieses Berichts liegen beim Auftraggeber.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Kurzfassung	VI
1 Projektbegleitung für ein alternatives Versorgungskonzept	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Zielsetzung, Aufgabenstellung, Vorgehensweise	2
1.3 Beteiligung	3
1.4 Darstellung der Ergebnisse.....	4
2 Bestandsanalyse und Potentiale.....	6
2.1 Demografie und regionale Strukturdaten	6
2.1.1 Topografische Gegebenheiten und Siedlungsstrukturen.....	6
2.1.2 Bevölkerungsentwicklung.....	8
2.1.3 Entwicklung des Pflegebedarfs	10
2.1.4 Morbiditätsentwicklung	13
2.1.5 Unfallgeschehen.....	18
2.1.6 Regionale Wirtschaft.....	19
2.2 Medizinische Versorgung in der Region Adenau	20
2.2.1 Ambulante Versorgung	20
2.2.2 Stationäre Versorgung	27
2.2.3 Pflegerische Versorgung	29
2.2.4 Ambulante Versorgung bei Unfällen (D-Arzt)	32
2.2.5 Notfallversorgung und Rettungswesen.....	33
2.2.6 Medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung	35
2.3 Ableitung von Entwicklungsperspektiven.....	36
2.3.1 Krise der Gesundheitsversorgung als öffentliche Wahrnehmung....	36
2.3.2 Stakeholder: Ausgewählte Akteure	38
2.3.3 Stärken und Schwächen.....	41

3	Umsetzung der Gesundheitsregion Adenauer Land.....	48
3.1	Alternative Szenarien.....	49
3.1.1	IGNZ auf dem Prüfstand.....	50
3.1.2	Nutzung der ehemaligen Krankenhaus-Immobilie	51
3.1.3	Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung	51
3.1.4	Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen.....	52
3.1.5	Kommunales Medizinisches Versorgungszentrum	53
3.2	Strategische Handlungsfelder	53
3.2.1	Ambulante Strukturen vor Ort stärken.....	53
3.2.2	Notfallmedizinische Versorgung erweitern.....	54
3.2.3	Zusammenarbeit mit Krankenhäusern verbessern.....	55
3.2.4	Pflege ausbauen und Prävention intensivieren	56
3.3	Regionale Strukturinnovationen.....	56
3.3.1	Hausärztliches Primärversorgungszentrum (HÄPPI).....	57
3.3.2	Stationär-ambulante Netzwerkmedizin (STATAMED).....	59
3.3.3	Besser verzahnte Versorgung durch multiprofessionelle MVZ.....	61
3.3.4	Patientenorientierte Primär- und Langzeitversorgung (PORT)	62
3.3.5	Strukturmigration ambulant-stationärer Zentren (Brandenburg)....	65
3.3.6	Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge (Niedersachsen).....	68
3.3.7	Aktive Kommunen in der Primärversorgung (Baden-Württemberg)69	
3.3.8	Förderung vernetzter Gesundheitsregionen (Bayern).....	71
3.4	Maßnahmen und Teilprojekte	73
3.4.1	Förderung der Praxen und Leistungserbringer vor Ort.....	75
3.4.2	Gesundheitshaus Adenau	76
3.4.3	Innovationsprojekt Akut-Ambulanz.....	77
3.4.4	Vertragsärztliche Modellpraxis.....	78
3.4.5	Kommunikations- und Beratungszentrum.....	80
3.4.6	Fallbegleitung und Patientenlotsen	81
3.4.7	Sektorübergreifende Behandlungspfade.....	81
3.4.8	Telemedizin und Technische Assistenzsysteme.....	82
3.4.9	Digitale Gesundheitsplattform.....	83
4	Kommunale Steuerung.....	85
4.1	Stärkung der Gesundheitsversorgung vor Ort.....	85
4.2	Zukunftsbild „Gesundheitsregion“.....	86
4.3	Organisation und Management.....	87
4.4	Wirtschaftsförderung und Regionalentwicklung.....	88
	Quellenverzeichnis.....	91
	Anhang	102
A.	Projektskizze Akut-Ambulanz.....	102
B.	Ambulante und stationäre Pflegeanbieter	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige bis 2060 nach Altersgruppen in Rheinland-Pfalz, Anteile in Prozent, auf Grundlage der Pflegevorausberechnung für Rheinland-Pfalz.....	11
Abbildung 2: Pflegebedürftige bis 2060 nach Altersgruppen und Geschlecht in Rheinland-Pfalz, in 1.000 auf Grundlage der Pflegevorausberechnung für Rheinland-Pfalz.....	11
Abbildung 3: Pflegebedürftige bis 2060 nach Art der Pflegeleistung in Rheinland-Pfalz, in 1.000 auf Grundlage der Pflegevorausberechnung für Rheinland-Pfalz.....	12
Abbildung 4: Prognose der Zahl der Pflegebedürftigen (60 Jahre und älter) von 2015–2060 im Kreis Ahrweiler (absolute Anzahl und prozentuale Entwicklung).....	13
Abbildung 5: Räumliche Verteilung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der ambulanten Versorgung in den Gemeinden des Kreises Ahrweiler am 30.06.2023.....	23
Abbildung 6: Altersstruktur der Haus- und Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen im Kreis Ahrweiler. Stand 30.06.2024.....	25
Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern und Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen in Rheinland-Pfalz. Stand 2023.....	27
Abbildung 8: Kartografische Übersicht über die Krankenhäuser in der Umgebung der VG Adenau und ihre Entfernung (Fahrzeit, km).....	28
Abbildung 9: Kartografische Übersicht über die Verteilung der ambulanten Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen im Kreis Ahrweiler. Stand Oktober 2024.....	30
Abbildung 10: Kartografische Darstellung der Standorte von Rettungswachen und Rettungshubschraubern (Luftrettung) im Umkreis der VG Adenau. Stand 05.12.2023.....	34
Abbildung 11: Einteilung der Patient:innen nach der Notwendigkeit eines ärztlichen Kontaktes.....	58
Abbildung 12: Strukturen eines PORT-Zentrums: Trägerschaft, Gesellschaftsform und Governance.....	65
Abbildung 13: Versorgungsstruktur und -module des ASZ nach Strukturmigration.....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsstand nach Altersgruppen in der VG Adenau und im Landkreis Ahrweiler am 31.12.2022 (absolute Anzahl und relativer Anteil).....	8
Tabelle 2: Bevölkerungsvorausberechnung für die Verbandsgemeinde Adenau von 2020 bis 2040 nach Altersgruppen basierend auf den Ergebnissen der Projektion der sechsten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung. Stand 2022.....	9
Tabelle 3: Bevölkerungsbewegung in der VG Adenau – absolute Zahl und je 100.000 Einwohner:innen. Stand 2022.....	9
Tabelle 4: Struktur der Pflegebedürftigkeit 2021 nach Art der Versorgung im Kreis Ahrweiler 31.12.2021.....	12
Tabelle 5: In Krankenhäusern vollstationär behandelte Patient:innen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz 2021 nach ausgewählten Hauptdiagnosen.....	14
Tabelle 6: In Krankenhäusern vollstationär behandelte Patient:innen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz im Jahr 2021 nach ausgewählten Hauptdiagnosen und Verwaltungsbezirken Rheinland-Pfalz.....	15
Tabelle 7: In Krankenhäusern vollstationär behandelte Patient:innen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz 2021 nach Altersgruppen und ausgewählten Hauptdiagnosen (absolute Anzahl und Anteil in Prozent).....	16
Tabelle 8: Krankenhausfälle für ausgewählte Altersgruppen ab 65 Jahren im Kreis Ahrweiler und in Rheinland-Pfalz im Jahr 2019 (absolut und je 100.000 Einwohner:innen).....	17
Tabelle 9: Entwicklung der Sterbefälle von 2016 bis 2022 für die drei häufigsten Diagnosegruppen nach Geschlecht im Kreis Ahrweiler und in Rheinland-Pfalz (absolut und je 100.000 Einwohner:innen).....	18
Tabelle 10: Anzahl der Versorgungsaufträge für Haus- und Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen (ärztlich und psychologisch) im Planungsbereich Kreisregion Ahrweiler nach Gemeinden. Stand 30.06.2024.....	21
Tabelle 11: Medizinische, pharmazeutische und therapeutische Versorgung in der Verbandsgemeinde Adenau und der Stadt Adenau. Stand 04.04.2024.....	22
Tabelle 12: Praxisstruktur im Kreis Ahrweiler. Stand 30.06.2024.....	25
Tabelle 13: Erreichbarkeit der nächstgelegenen Hausarztpraxen im Kreis Ahrweiler. Stand 30.06.2024.....	26
Tabelle 14: Mittlere Entfernung von den Ortsmittelpunkten zu den beiden nächstgelegenen ambulanten Pflegediensten im Kreis Ahrweiler. Stand April 2019.....	30
Tabelle 15: Mittlere Entfernung von den Ortsmittelpunkten zu den beiden nächstgelegenen stationären Pflegeeinrichtungen im Kreis Ahrweiler. Stand April 2019.....	31
Tabelle 16: Leistungen des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes von ausgewählten Rettungswachen im Rettungsdienstbereich Koblenz, 2018.....	35
Tabelle 17: Chancen und Risiken für die Gesundheitsversorgung in der Verbandsgemeinde Adenau.....	43
Tabelle 18: Stärken und Schwächen regionaler, innovativer und vernetzter Versorgungslösungen in der VG Adenau.....	46
Tabelle 19: Stationäre Pflegeeinrichtungen mit Sitz im Landkreis Ahrweiler.....	104
Tabelle 20: Ambulante Pflegedienste mit Sitz im Landkreis Ahrweiler.....	105

Abkürzungsverzeichnis

ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil-Club
BG-Zulassung	Berufsgenossenschafts-Zulassung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
e. V.	Eingetragener Verein
FV	Förderverein
ggf.	gegebenenfalls
IHK	Industrie- und Handelskammer
ITW	Intensivtransportwagen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KTW	Krankentransportwagen
KV RLP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Min.	Minuten
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
RLP	Rheinland-Pfalz
RTW	Rettungswagen
St.	Sankt
StLa	Statistisches Landesamt
u. a.	unter anderem
UK	Unfallkasse
usf.	und so fort
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VG	Verbandsgemeinde
z. B.	zum Beispiel

Kurzfassung

Die Schließung des Krankenhauses hat eine Lücke in die medizinischen Versorgungsstrukturen der ländlichen Region Adenau gerissen. Die Frage, wie diese Lücke geschlossen werden kann, welche Möglichkeiten zur Kompensation bestehen, oder welche neuen Lösungsansätze verfügbar wären, stellt sich nicht nur für die Menschen im Adenauer Land als große Herausforderung dar. Dieser Bericht bündelt Impulse und Maßnahmen, mit denen eine bedarfsgerechte und zukunftssichere medizinische Versorgung für die Menschen im Adenauer Land auch wohnortnah gelingen kann.

Es werden die Ergebnisse der Projektbegleitung dargestellt. Ein umsetzungsfähiges Entwicklungskonzept wird abgeleitet, um die Entwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau zu sichern und weiterzuentwickeln. Das Konzept sieht einen mehrdimensionalen Handlungsansatz vor. Im Ergebnis liegt ein innovatives Modell gestufter Versorgung vor. Mit der Umsetzung können sowohl die bestehenden Strukturen lokal gestärkt als auch die sektorübergreifende Patientenbehandlung bedarfsgerecht optimiert werden.

Im Kern geht es darum, im Verbund mit bestehenden Einrichtungen und weiteren interessierten Akteuren ein regionales Versorgungszentrum in der Stadt Adenau zu etablieren. Das regionale Versorgungszentrum besteht aus mehreren Komponenten, unter anderem wird ein „Gesundheitshaus“ als Ankergebäude vorgeschlagen. Das regionale Versorgungszentrum ist in seinem Betrieb sowohl an den Bedarfen vor Ort als auch an regionalen Bedarfslagen ausgerichtet. Weitere Teilprojekte und innovative Komponenten ergänzen die Struktur des regionalen Versorgungszentrums. Alle Komponenten zusammen genommen entsteht das Zielbild der „Gesundheitsregion Adenauer Land“. Die Gesundheitsregion Adenauer Land wird als Dachmarke zur Bündelung diverser gesundheitsbezogener Dienstleistungen verstanden. Damit entsteht nicht nur ein integriertes und zukunftssicheres Versorgungsangebot, sondern auch ein Beitrag zur Standortattraktivität für Fachkräfte im Gesundheitswesen.

Im Zuge der Projektbegleitung wurden Bestandsanalysen erstellt und zahlreiche Interviews mit Fachleuten sowie engagierten Personen in der Region geführt. Expertinnen und Experten überregionaler Institutionen wurden zu fachlichen Teilaspekten befragt. Des Weiteren wurden systematische Sekundäranalysen relevanter Innovationsprojekte und ausgewählter Strukturentwicklungsmaßnahmen anderer Regionen durchgeführt. Aus den Ergebnissen wurden Handlungsfelder für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau abgeleitet.

Auf dieser Grundlage werden neun Teilprojekte vorgeschlagen und zur Umsetzung empfohlen: [1] Förderung der Praxen und Leistungserbringer vor Ort, [2] Gesundheitshaus Adenau, [3] Innovationsprojekt Akutambulanz, [4] Vertragsärztliche Modellpraxis, [5] Kommunikations- und Beratungszentrum, [6] Fallbegleitung und Patientenlotsen, [7] Sektorübergreifende Behandlungspfade, [8] Telemedizin und Technische Assistenzsysteme, [9] Digitale Gesundheitsplattform.

Weitere Einzelmaßnahmen werden benannt, um den Prozess der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung zu der Gesundheitsregion Adenauer Land zu flankieren und zu unterstützen. Dazu zählt die intensivere Zusammenarbeit mit umliegenden

Krankenhäusern und Kliniken und der Aufbau überregionaler Allianzen, um die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu stärken. Solche Kooperationen sollten mit benachbarten Verbandsgemeinden und Kreisen, aber gezielt auch mit anderen vergleichbaren Regionen gesucht werden. Die Beratungsangebote der KV RLP sollten stärker genutzt werden, ebenso wie die Möglichkeit der Stipendien des Kreises Ahrweiler für Medizinstudierende. Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Vermittlung von Gesundheitswissen und -kompetenz sollten durch die Bevölkerung stärker in Anspruch genommen werden. Technische Assistenzsysteme oder Tele-Visiten können die Praxen stärker entlasten und – unter fachlicher Anleitung – auch zu Hause zum Einsatz kommen. Es wird empfohlen, die Umsetzung der Teilprojekte und der weiteren Maßnahmen auf kommunaler Ebene zu koordinieren. Manche Teilprojekte und Maßnahmen können schnell und niederschwellig angegangen werden, andere Vorhaben sind umfangreicher und benötigen weitere Vorarbeit zur Umsetzung.

Die Empfehlungen sind in dem modularen Gesamtkonzept aufeinander bezogen, können aber jeweils gesondert auf den Weg gebracht werden. So ist Flexibilität mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten gewährleistet, damit das Zielbild der „Gesundheitsregion Adenauer Land“ schnell in die Umsetzung gehen kann. Für einige Maßnahmen sind bereits zum Abschluss der Projektbegleitung Akteure benannt, erste Schritte der Umsetzung konnten bereits eingeleitet werden.

Übergeordnetes Ziel der hier vorgeschlagenen Maßnahmen ist eine besser integrierte Gesundheits- und Notfallversorgung sowie eine unmittelbare Entlastung der Praxen und Gesundheitseinrichtungen vor Ort. Im Einklang mit gesundheitswissenschaftlicher Expertise sollen auch Prävention und Gesundheitsförderung eine größere Rolle spielen, um langfristig die Krankheitslast zu senken. Insgesamt zielt das Konzept auf eine gesundheitlich, wirtschaftlich und qualitätsbezogen sichere Gesundheitsversorgung in der ländlichen Region – und damit auf mehr Lebensqualität für die Menschen im Adenauer Land.

Kapitel 1 des Berichts beschreibt Ausgangslage, Zielsetzung und Vorgehensweise der Projektbegleitung. Kapitel 2 enthält die Ergebnisse der Bestands- und Potentialanalyse. In Kapitel 3 werden strategische Handlungsfelder benannt und Befunde erfolgreicher Strukturinnovationen anderer Regionen und Bundesländer vorgestellt. Auf dieser Grundlage werden die Empfehlungen für Teilprojekte und Maßnahmen hergeleitet und skizziert. Im abschließenden Kapitel 4 werden Hinweise für die operative Umsetzung formuliert.

Die Gewährleistung gut koordinierter Gesundheitsversorgung wird inzwischen bundesweit als eine strategische Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge verstanden. Wesentliches Erfolgskriterium wird sein, auf lokaler Ebene die notwendige Unterstützung der unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen, Unternehmen und gesellschaftlichen Gruppen zu aktivieren und zu bündeln. Die Zusammenarbeit örtlicher Praxen und Gesundheitsdienstleister mit den Versorgungsstrukturen der umliegenden Regionen ist eine wichtige Dimension der Entwicklungsarbeit. Im besten Fall wird die Umsetzung des Gesamtvorhabens durch eine neutrale Moderation in kommunaler Federführung begleitet und durch einen Steuerungskreis aktiv unterstützt.

Damit dies gelingen kann, müssen neue Formen der Zusammenarbeit realisiert werden. Dafür braucht es Mut zu besserer Koordination und zu mehr Innovation.

1 Projektbegleitung für ein alternatives Versorgungskonzept

1.1 Ausgangslage

Am 31.03.2023 hatte das St. Josef - Krankenhaus in Adenau den Betrieb eingestellt.

Das Krankenhaus St. Josef wurde von der Marienhaus-Gruppe als stationäre Einrichtung der Grund- und Regelversorgung betrieben. In den Monaten vor der Schließung war das Krankenhaus nur noch mit einem stark eingeschränkten Leistungsangebot aktiv. Zuletzt wurden Leistungen in zwei Fachabteilungen für Innere Medizin und Geriatrie erbracht, und von den früher 74 Betten wurden nach Angaben des Trägers lediglich noch 15 bis 20 Betten belegt. So wie viele Krankenhäuser im ländlichen Raum habe man auch in Adenau erhebliche Schwierigkeiten gehabt, Fachpersonal im ärztlichen und im pflegerischen Bereich zu finden, zunehmend offene Stellen in Pflege, Therapie und ärztlichem Dienst hätten nicht nachbesetzt werden können (Pressemitteilung der Marienhaus-Gruppe, 8. Dezember 2022). Bereits seit 2019 zahlten die Krankenkassen keinen Sicherstellungszuschlag mehr, 2020 wurde das Krankenhaus von der Liste der unverzichtbaren Krankenhäuser beim Gemeinsamen Bundesausschuss auch offiziell gestrichen. Die geriatrische Abteilung wurde an das Krankenhaus Maria Hilf in Bad Neuenahr-Ahrweiler überführt, das ebenfalls zur Marienhaus-Gruppe gehört. Die Notfallversorgung wurde bereits zum Zeitpunkt der Schließung durch die Notfallambulanzen der umliegenden Krankenhäuser gewährleistet. Von der Schließung waren rund 60 Vollzeitkräfte unmittelbar betroffen.

In der Folge der Schließung verzeichneten die vertragsärztlichen Praxen in der Region Adenau eine erhöhte Inanspruchnahme. Notfalleinweisungen erfolgten soweit möglich in die nächstgelegenen Krankenhäuser in Daun (Fahrzeit ca. 35 Minuten), in Mayen (Fahrzeit ca. 35 Minuten) sowie in Bad Neuenahr-Ahrweiler (Fahrzeit ca. 40 Minuten). Die vorhandenen Rettungsmittel wurden und werden in Einzelfällen durch topografisch bedingte längere Anfahrten im Adenauer Land zeitlich intensiv gebunden. In solchen Fällen könnte eine Kompensation durch vermehrte Rettungs- und Notarzteinsätze mit Rettungsmitteln aus der Luft erfolgen.

Die Schließung des Krankenhauses in Adenau betraf nicht die weiteren Anbieter, die ihre Räumlichkeiten in dem Krankenhausgebäude gemietet hatten. Die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, das Schlaflabor von Frau Dr. Elke Valerius, die damalige Frauenarztpraxis Dr. Roswitha Tempel und Gottfried Steinle, sowie eine zwischenzeitlich hinzugekommene therapeutische Praxis nutzen nach wie vor die Räumlichkeiten des ehemaligen Krankenhauses.

Aus der Sicht der Menschen vor Ort ist mit der Schließung des Krankenhauses St. Josef die Region Adenau medizinisch unterversorgt. Im Vorfeld und seit der Schließung äußern Bürgerinnen und Bürger öffentlich Unverständnis und Protest. Aus unterschiedlichen Gruppierungen entwickelten sich aber auch schon lange vor der Schließung mehrere Initiativen zunächst zum Erhalt des Krankenhauses, dann zur Unterstützung der örtlichen Notfallversorgung und später zur Kompensation der Folgen der

Schließung. Aus diesen regionalen Initiativen entwickelten sich verschiedene und in Teilen sehr unterschiedliche Forderungen nach einer zukunftsfesten medizinischen Versorgung für die und in der Region Adenau.

1.2 Zielsetzung, Aufgabenstellung, Vorgehensweise

Zielsetzung für die Projektbegleitung ist die Erarbeitung eines ganzheitlichen Konzepts, das in seiner Umsetzung zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau beitragen soll.

Als Lösungsansatz wird aus der Region heraus ein regional ausgerichtetes medizinisches Versorgungsmodell angestrebt, das die Angebote der in der Region ansässigen Haus- und Fachärzte sowie des Notarztstandortes Adenau ergänzen soll. Aus der Sicht der Verbandsgemeinde ist ein intersektorales Grund- und Notfallversorgungszentrum als 24/7-Anlaufstelle (inklusive der Versorgung von Arbeits-, Schul- und Sportunfällen) ein wünschenswerter Lösungsansatz. Angesichts der vorangegangenen Entwicklungen und der komplexen Rahmenbedingungen ist mit dieser Zielsetzung ein ambitioniertes Vorhaben verbunden. Die Projektbegleitung soll die lokalen Akteure bei der Konzeptentwicklung unterstützen.

Die Aufgabenstellung für die Projektbegleitung ist mehrdimensional angelegt: Bei der Entwicklung des Konzepts werden die regionalen Bedarfslagen ausgelotet, die aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen beachtet, die unterschiedlichen Interessenlagen berücksichtigt und mögliche Umsetzungspartner eingebunden. Die Projektbegleitung trägt dazu bei, dass mit dem Konzept ein tragfähiger Rahmen für zukunftsorientierte Angebote von Gesundheitsdienstleistungen in einer ländlichen Region entwickelt wird. Die Projektbegleitung wird dabei durch die Verbandsgemeinde als Auftraggeber und durch die Kreisverwaltung Ahrweiler unterstützt.

Die Vorgehensweise der Projektbegleitung ist als mehrstufiges Datenerhebungs- und Analysedesign angelegt. Zunächst wurde [1] eine Bestandsaufnahme der Strukturen in der Region durchgeführt. Hierzu wurden ausgewählte Daten zur stationären und ambulanten medizinischen Versorgung sowie zur Entwicklung der Bevölkerung und der künftigen Versorgungs- und Pflegebedarfe analysiert. Auch aus bereits vorliegenden Studien der Versorgungslage in Rheinland-Pfalz sowie der Hocheifelregion konnten Datenlagen herangezogen werden. Die Bestandsanalyse ermöglichte die Identifikation der regionalspezifischen Strukturen sowie der Entwicklungspotentiale für die Ausgestaltung des avisierten Zukunftskonzepts.

Auf dieser Grundlage wurden [2] zahlreiche Interviews mit unterschiedlichen Personen, Einrichtungen und Gruppierungen geführt. Im Rahmen der Projektbegleitung war vom Auftraggeber keine empirische Gesamtbefragung vorgesehen. Deshalb musste die Auswahl und Ansprache von Personen und Einrichtungen der Methodik einer konzeptionell-pragmatisch geleiteten Felderkundung folgen (iteratives Sampling). Ziel dieser Interviews war es, die Wünsche der Bevölkerung sowie die Interessenlagen relevanter Stakeholder schrittweise und aus verschiedenen Bereichen einzufangen. In weiteren Sondierungsgesprächen [3] wurden mögliche Partner und Trägereinrichtungen in die Erwägung und Bewertung potenzieller „Bausteine“ für das Zukunftskonzept einbezogen. Parallel zu den Interviews und Sondierungsgesprächen wurde [4] eine Sekundäranalyse vorhandener Studien, Projekte und Modellvorhaben durchgeführt.

Aus dieser Sekundäranalyse ergab sich umfangreiches Material, aus dem wichtige Eckpunkte für einzelne Module des Zukunftskonzeptes abgeleitet wurden. Ein strukturiertes Monitoring aktueller, erfolgreicher und nicht erfolgreicher Projekte zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum brachte zusätzliche Impulse, um die Konzeptentwicklung praxisorientiert und zukunftsfähig auszurichten (best practice).

Die Ergebnisse aus der Bestands- und Potentialanalyse, aus den Interviews und Sondierungsgesprächen sowie aus der Sekundäranalyse und dem best-practice-Monitoring sind Grundlage für [5] die Erarbeitung geeigneter Module im Rahmen des Entwicklungskonzeptes. Alle Ergebnisse wurden [6] zu abschließenden Handlungsempfehlungen für die Umsetzung verdichtet.

1.3 Beteiligung

Die Projektbegleitung erfolgte unter intensiver Beteiligung verschiedener Akteure. Zunächst ging es darum, die örtlichen Sichtweisen auf dringende Bedarfslagen und notwendige Strukturentwicklungen aufzugreifen. Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der medizinischen Versorgungspraxis sowie der Politik und der Wissenschaft dienten dazu, die Bedarfslagen einzuordnen und die Realisierung von Entwicklungsoptionen abzuschätzen. Hier konnten auch überregionale Akteure aus Verbänden und Trägern der Gesundheitsversorgung eingebunden werden.

Die laufende Abstimmung aller Prozessschritte erfolgte in engem Austausch mit der Verbandsgemeinde als Auftraggeber. Die Kreisverwaltung unterstützte die Arbeit unter anderem durch Mitarbeit im Lenkungskreis. Diesem Lenkungskreis gehörten neben der Verbandsgemeinde und der Kreisverwaltung auch die Stadt Adenau sowie weitere Vertreter des Fördervereins Krankenhaus und Notarztstandort Adenau e. V. und des DRK Ortsvereins Adenau sowie der Ärzteschaft an. Der Lenkungskreis tagte in fünf Sitzungen während der Projektlaufzeit im Adenauer Rathaus.

Der Lenkungskreis hat sich in seiner zweiten Sitzung dafür ausgesprochen, anstelle der ursprünglich vorgesehenen Fokusgruppen die Interviews mit Personen und Einrichtungen auszuweiten. Damit sollte die Projektbegleitung in die Lage versetzt werden, ein differenzierteres Bild zu potentiellen Entwicklungsoptionen im dialogischen Austausch und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Interessenlagen der beteiligten Akteure sondieren zu können. Auf der Grundlage dieser Interviews und Expertengespräche wurde im Lenkungskreis auch die bis dahin leitende Vorstellung, ein integriertes Notfall- und Gesundheitszentrum als alleinigen Lösungsansatz zu verfolgen, kritisch hinterfragt. Der Lenkungskreis hat sich aufgrund der Bestandsanalyse und der Zwischenergebnisse aus Interviews und Expertengesprächen dafür ausgesprochen, den Zielhorizont über eine Kompensation für das geschlossene Krankenhaus hinaus zu erweitern und einen breiteren Lösungsansatz für eine zukunftsfähige und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau zu entwickeln.

Der fachliche Austausch zu den Entwicklungsperspektiven und den Herausforderungen für ein Zukunftskonzept der medizinischen Versorgung in der Region Adenau erfolgte zuvorderst mit ortsansässigen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten, die sich interessiert zeigten und bereit erklärten, nicht nur ein

Interview zu führen, sondern in mehreren Fällen auch zu zeitlich intensiven Gesprächen über Potentiale und realistische Optionen bereit waren.

Darüber hinaus erfolgte die aktive Beteiligung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und die Unterstützung durch das Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

Die Beteiligung der Bürgerschaft erfolgte sowohl durch einzelne Interviews und Sondierungsgespräche als auch durch mehrmalige Treffen zum Austausch mit dem Vorstand der Bürgerinitiative Gesundheitsversorgung Adenauer Land e.V. In diesen Gesprächen sind die Folgen der Schließung des Adenauer Krankenhauses vor allem durch eindrückliche Fallschilderungen herausgearbeitet worden. Anhand exemplarischer notfallmedizinischer Behandlungsbedarfe wurden auch veränderte Verhaltensweisen der Bevölkerung in der Inanspruchnahme notfallmedizinischer Leistungen deutlich, sowohl mit Blick auf die Mehrbelastung lokal ansässiger Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte als auch mit Blick auf die Mobilitätsbereitschaft, bei planbaren Behandlungsereignissen umliegende oder entferntere Kliniken und Krankenhäuser aufzusuchen.

Weitere Expertinnen und Experten sowie Personen aus der Region konnten zur Mitarbeit gewonnen werden und haben sich aktiv mit Rat und Wissen in die Arbeit eingebracht. Dadurch wurde die Arbeit der Projektbegleitung wesentlich unterstützt. Insbesondere gehören dazu Vertreter der Rettungswache am Notarztstandort Adenau und der ADAC Luftrettung sowie des Medical Center Nürburgring und des DRK-Kreisverbands Ahrweiler.

In mehreren Sitzungen befassten sich der Verbandsgemeinderat Adenau, der Stadtrat Adenau sowie der Sozial- und Gesundheitsbeirat des Kreises Ahrweiler bzw. der Kreistags-Ausschuss für Gesundheit, Soziales und demografischer Wandel mit dem Projekt zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau. Die Gremien tagten in öffentlicher Sitzung.

Schließlich erfolgte die Beteiligung ausgewählter Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und überregionalen Verbänden, um die aktuellen Entwicklungen der gesundheitspolitischen Gesetzgebung und der gesundheitswirtschaftlichen Transformation genauer einzuschätzen und hinsichtlich ihrer Relevanz für das Adenauer Projekt zu reflektieren.

1.4 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Bericht werden die Ergebnisse der Projektbegleitung zusammenfassend dargestellt und in ein umsetzungsfähiges Entwicklungskonzept zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau überführt. Daraus werden Empfehlungen für die Umsetzung abgeleitet, die abschließend zu Handlungsempfehlungen verdichtet werden.

Kapitel 2 enthält die Ergebnisse der Bestands- und Potentialanalyse. Hier geht es zunächst um die demografische Entwicklung, die Entwicklung des Pflegebedarfs sowie um Aspekte der Mobilität, des Unfallgeschehens und der regionalen Wirtschaft. Es folgt die Bestandsanalyse der medizinischen Versorgung in der Region Adenau,

getrennt nach ambulanter, stationärer und pflegerischer Versorgung, ergänzt um Fragen der ambulanten Versorgung bei Unfällen, der Notfallversorgung und des Rettungswesens sowie der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Daraus lassen sich erste Hinweise auf Entwicklungsperspektiven ableiten, insbesondere auf Grundlage der öffentlichen Krisenwahrnehmung, ausgewählter Akteursgruppen (Stakeholder) und Stärken der Region.

In Kapitel 3 werden die Komponenten des Entwicklungskonzepts zur Umsetzung des Zielbilds „Gesundheitsregion Adenauer Land“ skizziert. Dazu wird zunächst die Ausgangsidee eines intersektoralen Grund- und Notfallversorgungszentrums als 24/7-Anlaufstelle auf Umsetzbarkeit überprüft, und alternative Lösungsansätze werden erläutert (3.1). Aus den Interviews und aus der Analyse der Region Adenau werden vier lokale Aktionsfelder abgeleitet (3.2). Aus der bundesweit geführten Debatte um neue Versorgungsformen werden ausgewählte Projekte als Beispiele guter Praxis herangezogen, um Ansätze der Übertragbarkeit auf die Region Adenau zu identifizieren (3.3). Auf der Grundlage der regionalen Analyse, der Interviews und der Sekundäranalyse der Strukturinnovationen anderer Regionen werden wesentliche Maßnahmen und Teilprojekte für eine Modellstruktur der Gesundheitsregion Adenau vorgeschlagen (3.4). Abschließend werden wichtige Aspekte für die operative Umsetzung beschrieben, die insbesondere Fragen der regionalen Steuerung einer bedarfsgerechten und zukunftsfesten Gesundheitsversorgung für das Adenauer Land sowie Hinweise auf eine schrittweise Realisierung des Entwicklungskonzeptes und flankierende Maßnahmen beinhalten (4). Im Rahmen der Projektbegleitung konnten über den hier vorgelegten Bericht hinaus bereits erste Maßnahmen zur Umsetzung des Konzepts angestoßen und unterstützt werden.

2 Bestandsanalyse und Potentiale

Für die medizinische Versorgung der Region Adenau wird eine Bestandsanalyse der Versorgungsangebote durchgeführt. Strukturen der Topografie, Raumordnung, Mobilität, Demografie, Morbidität und Wirtschaft sind als relevante Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung zu betrachten. Die Bestandsanalyse nimmt zunächst die regionalen Strukturdaten (Abschnitt 2.1) und dann die bestehenden Versorgungsangebote (Abschnitt 2.2) in den Blick. Neben den ärztlichen Kernstrukturen der ambulanten und stationären Versorgung geht es um das Rettungswesen sowie um die pflegerische Versorgung vor Ort. Aus dem Gesamtbild der gegenwärtigen Versorgungssituation können Ansatzpunkte und Impulse für innovative und bedarfsgerechte Versorgungskonzepte und Entwicklungsperspektiven abgeleitet werden.

2.1 Demografie und regionale Strukturdaten

2.1.1 Topografische Gegebenheiten und Siedlungsstrukturen

Die Verbandsgemeinde Adenau liegt im Landkreis Ahrweiler im Norden von Rheinland-Pfalz, im Süden der Ahreifel und an der Grenze zu Nordrhein-Westfalen. Der Kreis Ahrweiler besteht aus acht kommunalen Gebietskörperschaften: Die Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler, die Verbandsgemeinde Brohlthal, die Gemeinde Grafschaft, die Stadt Remagen, die Verbandsgemeinde Altenahr, die Stadt Sinzig, die Verbandsgemeinde Adenau und die Verbandsgemeinde Bad Breisig. Der Kreis gehört zur Region Mittelrhein-Westerwald und wird in der Systematik der Raumtypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) als „Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen“ eingeordnet (BBSR 2024).

Der Verbandsgemeinde Adenau gehören neben der Stadt Adenau weitere 36 eigenständige Ortsgemeinden an. Verwaltungssitz ist die Stadt Adenau (Kreisverwaltung Ahrweiler 2024b). Die Verbandsgemeinde Adenau erstreckt sich auf einer Fläche von 257,73 km² mit durchschnittlich 50 Einwohner:innen pro km². In anderen Verbandsgemeinden gleicher Größe (10.000 bis 20.000 Einwohner:innen) leben durchschnittlich 148 Einwohner:innen pro km². Die Bevölkerungsdichte in der Region Adenau ist eher gering (Kreisverwaltung Ahrweiler 2023b). Die zugehörigen Gemeinden der VG Adenau sind vom BBSR als „ländliche Gebiete oder dünn besiedelte Gebiete“ kategorisiert (BBSR 2024).

Die Bodenfläche in der Stadt Adenau beträgt insgesamt 18,56 km², davon 0,43 km² (2,3 %) für den Straßenverkehr. In anderen Ortsgemeinden gleicher Größenklassen beträgt der Anteil der Bodenfläche für den Straßenverkehr 2,7 %. Der Anteil der Siedlungsfläche (Wohnbau, Industrie und Gewerbe, Sport, Freizeit, Erholung und Sonstige) in der VG Adenau beträgt 1,56 km² (8,4 %) und liegt damit etwas unter dem Anteil anderer Ortsgemeinden gleicher Größenklassen (ca. 10,8%). Der größte Teil des Stadt-

gebietes ist bewaldet (12,98 km² bzw. 69,4 %). 2,07 km² sind von Landwirtschaft geprägt (11,1 %) (Kreisverwaltung Ahrweiler 2024b, StLa RLP 2024d).

Die topografischen Bedingungen durch Tallage, Gewässer und Bergland führen dazu, dass trotz räumlicher Nähe (Luftlinie) teils weite und zeitaufwändige Fahrtwege erforderlich sind, um andere Orte und Einrichtungen des täglichen Bedarfs zu erreichen (Supermarkt, Bekleidung, Apotheken, ambulante medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung). Die Straßen und Wege verlaufen überwiegend entlang der Fließgewässer. Benachbarte Orte sind häufig durch Gewässer oder Berge voneinander getrennt und nicht direkt straßenbaulich miteinander verbunden. Sie sind über eine verlängerte Weg- und Verkehrsführung über andere Ortschaften verbunden, die als Verkehrsknotenpunkte fungieren. Dementsprechend konzentrieren sich Infrastruktur und Angebote für Dinge des täglichen Bedarfs auf die Stadt Adenau, die das Zentrum der Verbandsgemeinde bildet.

Dies gilt auch für die Schulen in der Region. Innerhalb der Verbandsgemeinde gibt es unter den Schüler:innen viele Pendlerbewegungen und teils lange Schulwege. In der VG Adenau besuchten im Schuljahr 2020/2021 insgesamt 1.345 Schüler:innen eine Schule. Hiervon kamen 240 Schüler:innen aus umliegenden Gemeinden in die Schulen der VG. Innerhalb der VG pendelten täglich 905 Schüler:innen in die Stadt Adenau (StLa RLP 2024f 2024u).

Das eigene Auto ist für die Mobilität der Menschen im Adenauer Land zentral. Dies verdeutlicht die Zahl der 10.062 angemeldeten PKW in der VG Adenau Anfang des Jahres 2022. Dies entspricht 771 PKW je 1.000 Einwohner:innen. Die Zahl der Fahrzeuge im Verhältnis zur Zahl der Einwohner:innen ist deutlich höher als in anderen, ähnlich großen Verbandsgemeinden. Hier sind 682 PKW je 1.000 Einwohner:innen angemeldet (StLa RLP 2024m). In der VG Adenau entspricht die Zahl der PKW etwa der Zahl der dort lebenden Menschen ab 20 Jahren (10.911 Einwohner:innen sind 20 Jahre und älter, vgl. Tabelle 1). Im Jahr 2022 pendelten rund 8.600 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte aus den umliegenden Kreisen in den Kreis Ahrweiler (Einpendler). Die Zahl der Auspendler aus dem Kreis Ahrweiler in die umliegenden Kreise beträgt rund 16.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (Auspendler) (Kreisverwaltung Ahrweiler 2023a). Diese Kennzahlen, sowie die Kategorisierung durch das BBSR als Gemeinden in einem „weiteren Pendlerverflechtungsbereich“, deuten auf erheblichen Pendelverkehr in der Region hin (BBSR 2024).

Der öffentliche Nahverkehr spielt für die Mobilität der Bevölkerung eine untergeordnete Rolle. Der Bahnhof Adenau wird bereits seit 1985 nicht mehr betrieben. Öffentlicher Nahverkehr wird vom Landkreis Ahrweiler aus organisiert und aktuell ausgebaut. Mit dem Fahrplanwechsel der Buslinien im August 2024 startete ein neues Linienbündel mit Verbesserungen für die VG Adenau (Kreisverwaltung Ahrweiler 2024a). Der Kreis Ahrweiler hat sich gemeinsam mit der Stadt Koblenz und sieben weiteren Landkreisen im nördlichen Rheinland-Pfalz zum Verkehrsverbund Rhein-Mosel (VRM) zusammengeschlossen, in diesem gilt ein einheitliches Tarifsystem. Mit den neuen Linien sollen die Ortschaften der VG Adenau besser an das übergeordnete Liniennetz und die Landkreise verknüpft werden.

2.1.2 Bevölkerungsentwicklung

Die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur, demografische Kennzahlen (Altersstruktur, Geburten, Sterbefälle und Wanderungen) und ihre Prognosen geben wichtige Hinweise für die zukünftigen Versorgungsbedarfe und -planungen in einer Region. Für das Konzept zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau werden insbesondere der Landkreis Ahrweiler und die Verbandsgemeinde Adenau betrachtet. Im Kreis leben Ende 2022 gut 128.000 Menschen, davon knapp 13.000 Einwohner:innen in der VG Adenau. Der Bevölkerungsstand der Stadt Adenau betrug 2.956 (Stand: 31.12.2022, StLa RLP 2024g, 2024q, vgl. Tabelle 1). Zu diesem Zeitpunkt sind 15,7 % der Bürger:innen in der Verbandsgemeinde Adenau unter 20 Jahre alt, mehr als die Hälfte der Bevölkerung ist im Alter von 20 und 64 Jahren (57,6 %). Der Anteil der Personen in einem Alter ab 65 Jahren liegt bei 26,6 %. Der Anteil der älteren Bevölkerung ist damit in der Verbandsgemeinde Adenau deutlich höher als jener der jungen Bevölkerung (StLa RLP 2024j). Die Anteile der Altersgruppen im Landkreis Ahrweiler und in der VG Adenau verteilen sich ähnlich (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Bevölkerungsstand nach Altersgruppen in der VG Adenau und im Landkreis Ahrweiler am 31.12.2022 (absolute Anzahl und relativer Anteil).

Altersgruppe	VG Adenau		Landkreis Ahrweiler	
	Absolute Anzahl	Relativer Anteil in %	Absolute Anzahl	Relativer Anteil in %
Unter 3 Jahren	289	2,2	3.544	2,8
3 bis 5 Jahre	286	2,2	3.608	2,8
6 bis 9 Jahre	387	3,0	4.626	3,6
10 bis 15 Jahre	625	4,8	6.531	5,1
16 bis 19 Jahre	453	3,5	4.395	3,4
20 bis 34 Jahre	1.956	15,1	20.267	15,8
35 bis 49 Jahre	2.073	16,0	21.537	16,8
50 bis 64 Jahre	3.438	26,5	31.363	24,5
65 bis 79 Jahre	2.351	18,2	21.547	16,8
80 Jahre und älter	1.093	8,4	10.743	8,4
Unter 20 Jahre	2.040	15,8	22.704	17,7
20 bis 64 Jahre	7.467	57,7	73.167	57,1
65 Jahre und älter	3.444	26,6	32.290	25,2
Insgesamt	12.951	100,0	128.161	100,0

Quellen: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2024k, 2024q

Während sich die Bevölkerungszahl in Kreis und Verbandsgemeinde zwischen 2020 und 2040 in der Verbandsgemeinde Adenau nur geringfügig verringern wird (-0,4 % (vgl. Tabelle 2), wächst die Zahl der Einwohner:innen im gesamten Landkreis Ahrweiler um 2,6 % auf knapp 134.000 Einwohner:innen. Allerdings verändert sich die Bevölkerungsstruktur erheblich, wie die altersgruppenspezifische Betrachtung zeigt: Während in der VG Adenau zwischen 2020 und 2040 der Anteil der unter 20-jährigen fast unverändert bleibt (+0,3 %), sinkt der Anteil der 20-65-jährigen bis 2040 um 10,3 % und die Gruppe der über 65 Jahre alten Einwohner:innen wächst im selben Zeitraum um 10 % (vgl. Tabelle 2, StLa RLP 2024l). Im Landkreis Ahrweiler wird – ähnlich wie in der Verbandsgemeinde – der Anteil der Bevölkerung zwischen 20 bis 64 Jahren um

9,5 % geringer. Im Unterschied zur VG Adenau wächst der Anteil der Einwohner:innen, die 65 Jahre und älter sind, um 26 %. Der Anteil der unter 20-jährigen wächst kreisweit um 8,3 % (StLa RLP 2017). Die Darstellung zeigt, dass sich die Altersstruktur in den einzelnen Kommunen des Landkreises deutlich unterscheidet und in Bezug auf demografische Fragen auch eine kleinräumige Betrachtung erforderlich ist.

Tabelle 2: Bevölkerungsvorausberechnung für die Verbandsgemeinde Adenau von 2020 bis 2040 nach Altersgruppen basierend auf den Ergebnissen der Projektion der sechsten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung. Stand 2022.

	2020	2040	Prozentuale Veränderung
Bevölkerung gesamt	13.070	12.826	-0,4 %
Unter 20-Jährige	2.063	2.066	+0,3 %
20 bis 65-Jährige	7.634	6.171	-10,3 %
Über 65-Jährige	3.373	4.589	+10,0 %

Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2024s

Wanderungsbewegungen der Bevölkerung, Geburten und Sterbefälle beeinflussen die Entwicklung der Zahl der Einwohner:innen in der VG Adenau geringfügig. Im Jahr 2022 sind über die Grenzen der Verbandsgemeinde 74,1 Zuzüge und 73,1 Fortzüge je 100.000 Einwohner:innen zu vermerken, der Wanderungssaldo beträgt +14 Personen. Im selben Jahr liegt die Anzahl an Lebendgeborenen bei 6,7 und die Anzahl der Gestorbenen bei 14,8 je 100.000 Einwohner:innen. Der Gesamtsaldo im Jahr 2022 für die VG Adenau beträgt -7,1 je 100.000 Einwohner:innen (vgl. Tabelle 3, StLa RLP 2024k).¹ Das Gesamtsaldo für den Landkreis Ahrweiler beträgt +36 Personen, das entspricht einer Rate von +0,3 je 100.000 Einwohnerinnen (StLa RLP 2024h). Wanderungsbewegungen spielen eine untergeordnete Rolle für die Bevölkerungsentwicklung im Adenauer Land, während die Alterung für die Entwicklung der Region einschließlich Gesundheitsversorgung relevant sind (StLa RLP 2024k).

Tabelle 3: Bevölkerungsbewegung in der VG Adenau – absolute Zahl und je 100.000 Einwohner:innen. Stand 2022.

Merkmal	Absolute Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner:innen
Lebendgeborene	87	6,7
Gestorbene	193	14,8
Zuzüge über die Gemeindegrenze	964	74,1
Fortzüge über die Gemeindegrenze	950	73,1
Natürlicher Saldo	-106	-8,2
Wanderungssaldo	+14	+1,1
Gesamtsaldo	-92	-7,1

Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2024k

Die Bevölkerungszahl in der Verbandsgemeinde Adenau verändert sich insgesamt nur geringfügig. Aber für die Bevölkerungsstruktur wird ein deutlich wachsender Anteil Älterer und Hochaltriger prognostiziert. In diesen Altersgruppen steigt das Risiko, pflegerische und medizinische Versorgung in Anspruch nehmen zu müssen. Alters-

¹ Im Unterschied hierzu werden für die Stadt Adenau ein negatives natürliches Saldo (-34 Einwohner:innen) sowie ein negatives Wanderungssaldo (-25 Einwohner:innen) verzeichnet, das Gesamtsaldo (-59 Personen) entspricht einer Rate von -19,7 je 100.000 Einwohner:innen und ist damit etwas höher als die Rate der Verbandsgemeinde StLa RLP (2024f).

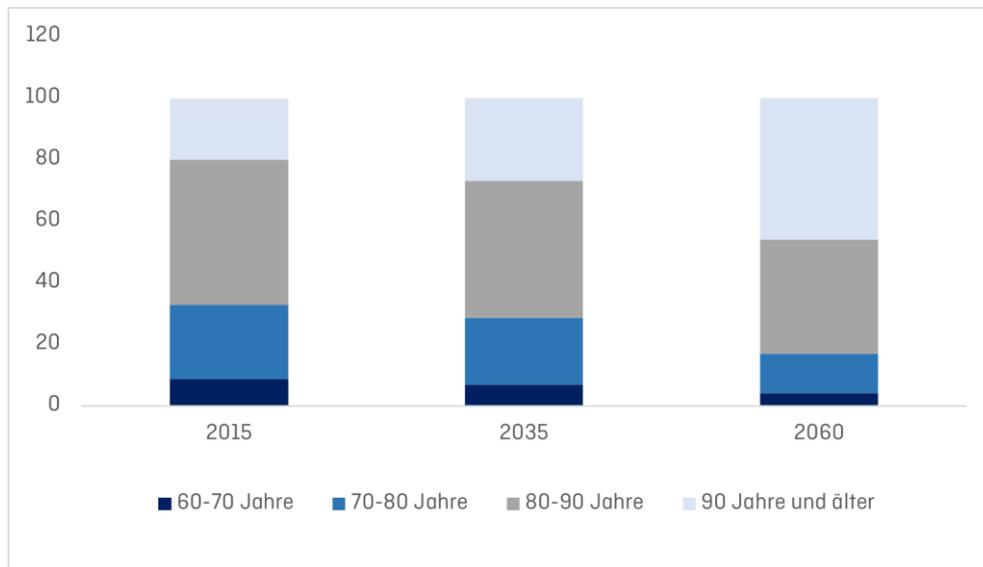
bedingte Multimorbidität und komplexe Krankheitsbilder führen zu einem Anstieg des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs (Faller et al. 2020). Die Auswirkungen der veränderten Bevölkerungsstruktur haben weiterhin Auswirkungen auf die Sicherstellung der Strukturen der Grund- und Nahversorgung, Wohnen, Bildung, Mobilität, Wirtschaft, Erwerbstätigkeit, etc.

2.1.3 Entwicklung des Pflegebedarfs

Die Pflegevorausberechnung des Statistischen Landesamts Rheinland-Pfalz verdeutlicht die bereits bekannten Entwicklungen (StLa RLP, 2017):

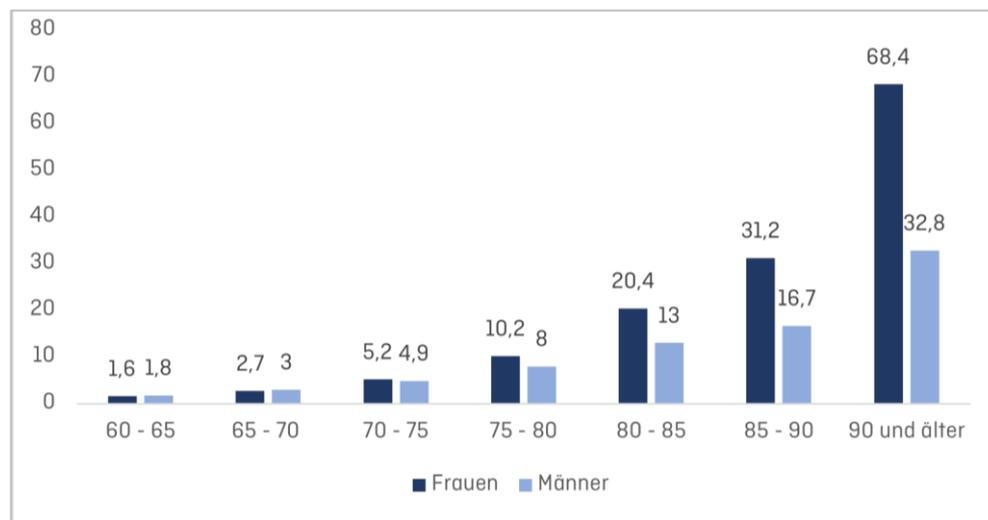
- Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt erheblich. Die Vorausberechnung für Rheinland-Pfalz geht davon aus, dass die Zahl der 116.291 Pflegebedürftigen ab 60 Jahren von 2015 bis 2060 um 189 % auf 219.720 steigt. In Altersgruppen bis 70 Jahren sind gegenwärtig und zukünftig etwa gleich viele Frauen und Männer pflegebedürftig. In den höheren Altersgruppen übersteigt die Anzahl pflegebedürftiger Frauen immer stärker die Zahl pflegebedürftiger Männer (StLa RLP, 2017).
- Die Pflegebedürftigen werden im Durchschnitt älter, der Anteil der Hochaltrigen unter den Pflegebedürftigen wächst. Damit einher geht häufig ein höherer Pflege- und Unterstützungsbedarf (in der Folge oft auch höhere Pflegegrade). Die Zahl der Pflegebedürftigen im Alter von 80 bis 90 Jahren wird für Mitte der 2020er-Jahre auf rund 67.400 geschätzt. Der kontinuierliche Anstieg wird sich bis zum Höchstwert von fast 100.000 um das Jahr 2050 fortsetzen, für 2060 werden dann etwa 81.200 pflegebedürftige Menschen im Alter von 80 bis 90 Jahren prognostiziert. Im betrachteten Zeitraum bis 2060 wird für die 90-Jährigen und Älteren eine Vervierfachung der Zahl der Pflegebedürftigen prognostiziert, d. h. im Jahr 2060 können mehr als 100.000 Menschen dieser Altersgruppe pflegebedürftig sein. Es kommt zu einer deutlichen Verschiebung der Altersstruktur der Pflegebedürftigen. Bis 2060 machen die Hochbetagten fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen aus (46 %), die Anteile der jüngeren Altersgruppen werden geringer (vgl. Abbildung 1, StLa RLP, 2017): „Immer mehr Pflegebedürftige kommen in die Altersgruppe der Hochbetagten mit einem höheren Pflegerisiko und einer höheren Pflegeintensität.“ (StLa RLP, 2017, S.47)
- Die Pflegevorausberechnung für Rheinland-Pfalz zeigt, dass sich ein erhöhter Pflegebedarf in allen Versorgungsarten niederschlagen wird. Es gibt jedoch Unterschiede nach Art der Versorgung: Mittel- und langfristig steigt die Zahl stationär Pflegebedürftiger am stärksten. Hier ist von einer mittelfristigen Zunahme um 16.600 auf 50.800 Pflegebedürftige auszugehen (+49 %). Bis 2060 wird die Zahl um ca. 40.900 auf 75.000 Menschen wachsen (+120 %). Der Anteil Pflegebedürftiger in Heimen erhöht sich auf ein Drittel. Für den Empfang von Pflegegeld wird mittelfristig eine prozentuale Zunahme um +34 % vorausgerechnet (bis 2035 wächst diese Zahl um etwa 18.700 auf 74.000), langfristig steigt die Zahl um ca. 38.700 auf 94.000 (+70 %). In der ambulanten Pflege werden mittelfristig etwa 10.300 mehr ältere Menschen versorgt werden als heute (+38 %). Langfristig wird sich die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen um etwa 23.800 auf etwa 50.700 erhöhen (+89 %).
- Der anteilmäßige Rückgang der Pflegegeldempfänger:innen, die von Angehörigen betreut werden, kann laut Pflegeprognose auch stärker ausfallen. Gründe hierfür sind gesellschaftliche Entwicklungen, die Angehörigenpflege erschweren und eine professionelle pflegerische Versorgung (ambulant oder stationär) notwendig machen (z. B. Familien- und Haushaltsstrukturen, Mobilitätsanforderungen, hochaltrige Lebenspartner:innen) (StLa RLP, 2017).
- Der künftige Pflegebedarf wird sich regional unterschiedlich entwickeln. Insbesondere kreisfreie Städte und Landkreise entwickeln sich anders: Für die Landkreise wird bis 2060 ein stärkerer Zuwachs der Pflegebedürftigen (+92 %) als in den kreisfreien Städten (+79 %) erwartet. Bereits bis in das Jahr 2035 wurde ein Anstieg von 42 % in den Kreisen und von 30 % in den Städten prognostiziert (StLa RLP, 2017).

Abbildung 1: Pflegebedürftige bis 2060 nach Altersgruppen in Rheinland-Pfalz, Anteile in Prozent, auf Grundlage der Pflegevorausberechnung für Rheinland-Pfalz.



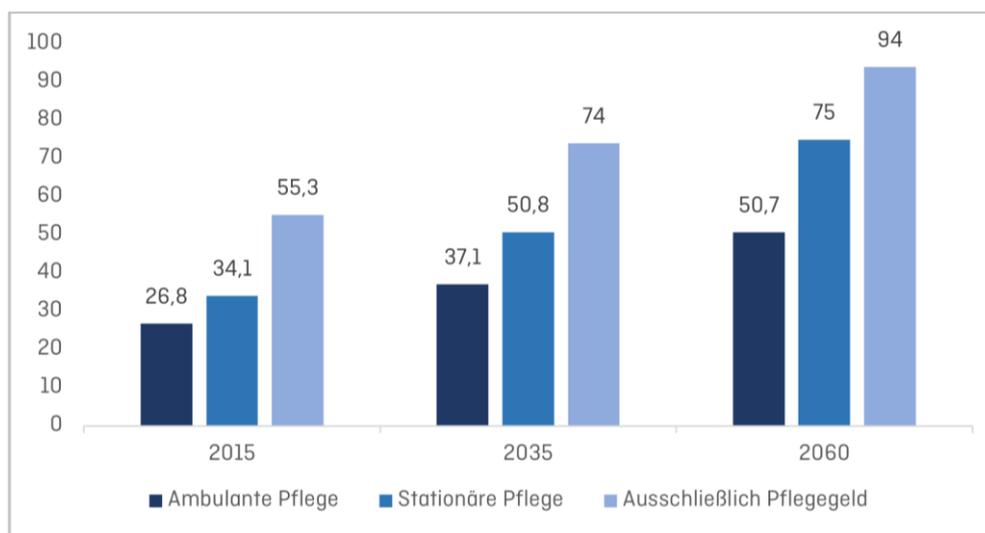
Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2017

Abbildung 2: Pflegebedürftige bis 2060 nach Altersgruppen und Geschlecht in Rheinland-Pfalz, in 1.000 auf Grundlage der Pflegevorausberechnung für Rheinland-Pfalz.



Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2017

Abbildung 3: Pflegebedürftige bis 2060 nach Art der Pflegeleistung in Rheinland-Pfalz, in 1.000 auf Grundlage der Pflegevorausberechnung für Rheinland-Pfalz.



Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2017

Am 31.12.2021 leben im Kreis Ahrweiler 8.718 Pflegebedürftige (68 je 1.000 Einwohner:innen). Die Zahl der pflegebedürftigen Personen im Kreis Ahrweiler je 1.000 Einwohner:innen ist höher als im gesamten Bundesland Rheinland-Pfalz (58,8 Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner:innen, StLa RLP 2024a, S. 51). In stationären Pflegeeinrichtungen werden 2.040 Personen versorgt. Die meisten Pflegebedürftigen in der Region werden zu Hause versorgt (86,6 %). Hiervon erhalten 52,6 % Pflegegeld oder werden durch einen ambulanten Pflegedienst (23,3 %) versorgt (vgl. Tabelle 4, StLa RLP 2024a, S. 51).

Tabelle 4: Struktur der Pflegebedürftigkeit 2021 nach Art der Versorgung im Kreis Ahrweiler 31.12.2021.

Leistungsempfänger:innen insges.: 8.718			
Zu Hause versorgt: 86,6 %			
Pflegegrad 1*:	Ausschließlich Pflegegeld:	Ambulante Pflege:	In Pflegeheimen (vollstationäre Pflege):
10,7 %	52,6 %	23,3 %	13,4 %

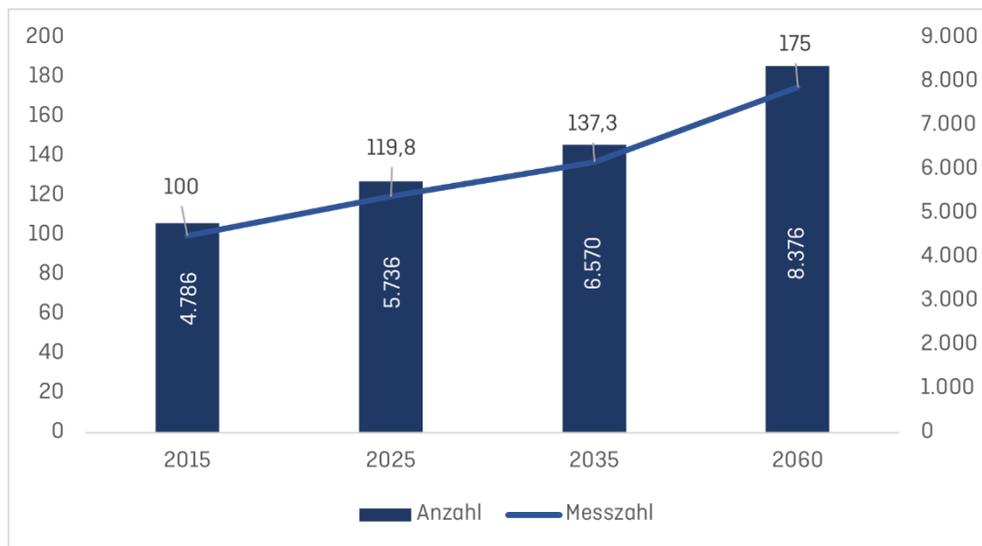
*Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtliche bzw. ohne Leistungen.

Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2024a

Im Bundesland Rheinland-Pfalz sind die Anteile der Pflegebedürftigen in den Versorgungsstrukturen- und angeboten ähnlich dem Kreis Ahrweiler verteilt: Von den insgesamt 241.364 Leistungsempfänger:innen werden 84,7 % zu Hause versorgt und 15,3 % in vollstationärer Pflege. 11,9 % der Pflegebedürftigen ist Pflegegrad 1 zugeordnet, 53,2 % erhalten ausschließlich Pflegegeld und 19,6 % werden durch ambulante Pflegedienste versorgt (Fein 2023, StLa RLP 2024a).

Eine Berechnung zur Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Ahrweiler prognostiziert für den Zeitraum von 2015 bis 2035 einen Anstieg der Pflegebedürftigen ab 60 Jahren um 37,3 %. Bis zum Jahr 2060 wird ein Anstieg um insgesamt 75 % auf 8.376 Personen prognostiziert. Die Vorausberechnung der Pflegebedürftigen ist in Abbildung 4 dargestellt (StLa RLP 2017).

Abbildung 4: Prognose der Zahl der Pflegebedürftigen (60 Jahre und älter) von 2015–2060 im Kreis Ahrweiler (absolute Anzahl und prozentuale Entwicklung).



Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2017

2.1.4 Morbiditätsentwicklung

Die Entwicklung der Morbidität wird anhand der Krankenhaus- und Mortalitätsstatistiken (Todesursachenstatistik für Rheinland-Pfalz: Sterbefälle nach Hauptdiagnosen auf Landes- und Kreisebene) analysiert. Anhand dieser Daten können Rückschlüsse auf häufige Indikationen und Versorgungsbedarfe in der Region gezogen und Hinweise für eine bedarfsorientierte Planung der medizinischen Versorgung gegeben werden.

Im Jahr 2021 wurden aus dem Kreis Ahrweiler 30.338 Patient:innen in Krankenhäusern behandelt. Die Mehrzahl wurde in Rheinland-Pfalz behandelt (21.711 Patient:innen), und 8.097 Patient:innen wurden in Nordrhein-Westfalen stationär versorgt. In anderen benachbarten Bundesländern von Rheinland-Pfalz wurden 530 Patient:innen behandelt. Die Zahl der behandelten Patient:innen aus dem Kreis Ahrweiler entspricht einem Anteil von 3,4 % von allen Krankenhauspatient:innen (880.195) aus Rheinland-Pfalz (StaLa RLP 2023a). In Rheinland-Pfalz gab es im Jahr 2021 insgesamt 20.332 Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner:innen.

Die Betrachtung der Hauptdiagnosen verdeutlichen das Krankheitsspektrum, welches stationär in Rheinland-Pfalz versorgt wird: Von den 880.195 Behandlungsfällen werden 132.991 (15,1 %) Personen wegen Krankheiten des Kreislaufsystems und 92.174 Patient:innen (10,5 %) wegen Krankheiten des Verdauungssystems stationär versorgt. Etwa zehn Prozent der stationären Behandlungsfälle haben Verletzungen und Vergiftungen (88.884) (vgl. Tabelle 5, StLa RLP 2023).

Tabelle 5: In Krankenhäusern vollstationär behandelte Patient:innen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz 2021 nach ausgewählten Hauptdiagnosen.

Krankenhausfälle in RLP insges.: 880.195				
Bösartige Neubildungen: 71.605 (8,1 %)	Krankheiten des Kreislaufsystems: 132.991 (15,1 %)	Krankheiten des Verdauungssystems: 92.174 (10,5 %)	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems: 74.213 (8,4 %)	Verletzungen und Vergiftungen: 88.884 (10,1 %)

Quelle: StLa RLP 2023

Die drei häufigsten Diagnosen im Jahr 2021 in Krankenhäusern vollstationär behandelte Patient:innen in Rheinland-Pfalz waren Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und Vorhofflattern sowie essenzielle Hypertonie. Die nachfolgende Tabelle 6 stellt die Zahl der in Krankenhäusern vollstationär behandelten Patient:innen, mit Wohnort in Rheinland-Pfalz 2021, nach ausgewählten Hauptdiagnosen und in ausgewählten Verwaltungsbezirken und im Bundesland Rheinland-Pfalz dar. In Rheinland-Pfalz haben die Kreise Altenkirchen, Alzey-Worms, Bad Dürkheim, Germersheim und der Rhein-Lahn-Kreis ähnlich viele Einwohner:innen wie der Kreis Ahrweiler. Zwecks regionalen Vergleichs ist die Zahl der Behandlungsfälle in diesen Kreisen ebenfalls in der Tabelle dargestellt. Sie zeigt, dass kardiovaskuläre Erkrankungen im gesamten Bundesland sowie in allen betrachteten Kreisen die häufigsten Diagnosen bei Krankenhausbehandlungen sind. In den ausgewählten Kreisen waren Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern die häufigsten Anlässe stationärer Behandlungen. Im Kreis Ahrweiler war 2021 die dritthäufigste Diagnose die essentielle Hypertonie. Darüber hinaus sind alkoholbedingte und psychische Verhaltensstörung, Cholelithiasis (umgangssprachlich: Gallensteine) sowie intrakranielle Verletzungen (Verletzungen, die das Gehirn betreffen) häufige Erkrankungen, die stationär behandelt werden (StLa RLP 2023).

Die Häufigkeit von Diagnosen für Krankenhausbehandlungen unterscheiden sich nach Alter der Patient:innen (vgl. Tabelle 7): Personen unter 20 Jahren wurden in Rheinland-Pfalz im Jahr 2021 vorwiegend wegen intrakranieller Verletzungen (n = 3.223), infektiöser Gastroenteritis und Diarrhoe (n = 1.996) sowie psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol (n = 611) stationär behandelt. Letzte sind auch in der Altersgruppe 20 bis unter 60 Jahren der häufigste Grund für Krankenhausbehandlungen (n = 8.073). Weitere fast 5.000 Behandlungen erfolgten wegen Cholelithiasis (n = 4.978). Die dritthäufigste Diagnose waren intrakranielle Verletzungen (n = 2.590). In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen sind Infektionen und Verletzungen die häufigsten Gründe für stationäre Aufnahmen. Die Relevanz von Erkrankungen mit chronischem Verlauf oder Erkrankungen, die in Zusammenhang mit Lebensstilfaktoren stehen, wird ab 60 Jahren deutlich: Die häufigsten Diagnosen betreffen Herzkreislauf-Erkrankungen (Vorhofflimmern, Vorhofflatter = 12.793, Herzinsuffizienz = 20.554, Herzinfarkt n = 10.388).

Im Jahr 2021 waren 464.848 stationär behandelte Patient:innen in Rheinland-Pfalz 60 Jahre und älter, d. h. mehr als die Hälfte aller Patient:innen, die 2021 in Rheinland-Pfalz stationär behandelt wurden, waren 60 Jahre und älter (52,8 %). Zur tabellarischen Darstellung ist die hohe Fallzahl von Patient:innen mit Neubildungen (n = 88.971) zu ergänzen. Hiervon sind fast 70 % der stationär Behandelten 60 Jahre und älter (n = 61.411) (StLa RLP 2023).

Tabelle 6: In Krankenhäusern vollstationär behandelte Patient:innen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz im Jahr 2021 nach ausgewählten Hauptdiagnosen und Verwaltungsbezirken Rheinland-Pfalz.

Verwaltungsbezirke	Ahrweiler		Altenkirchen		Alzey-Worms		Bad Dürkheim		Germersheim		Rhein-Lahn-Kreis		Rheinland-Pfalz	
Ausgewählte Hauptdiagnosen	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Insgesamt	30.338	100	32.219	100	27.032	100	27.020	100	26.690	100	28.020	100	880.195	100
Infektiöse Gastroenteritis und Kolitis	224	0,74	249	0,77	283	1,05	198	0,73	202	0,76	193	0,69	6.215	0,71
Psych. u. Verhaltensstörung durch Alkohol	271	0,89	319	0,99	303	1,12	311	1,15	427	1,60	236	0,84	10.529	1,20
Schlafstörungen	90	0,30	353	1,10	299	1,11	185	0,68	187	0,70	231	0,82	6.799	0,77
Essentielle Hypertonie	595	1,96	414	1,28	335	1,24	355	1,31	269	1,01	475	1,70	11.028	1,25
Angina Pectoris	420	1,38	559	1,74	322	1,19	253	0,94	360	1,35	270	0,96	10.686	1,21
Akuter Myocardinfarkt	290	0,96	339	1,05	319	1,18	304	1,13	278	1,04	349	1,25	9.990	1,13
Chron.-ischäm. Herzkrankheit	368	1,21	306	0,95	223	0,82	132	0,49	309	1,16	412	1,47	7.970	0,91
Vorhofflimmern, Vorhofflattern	724	2,39	583	1,81	449	1,66	465	1,72	439	1,64	486	1,73	15.374	1,75
Herzinsuffizienz	964	3,18	772	2,40	666	2,46	783	2,90	632	2,37	773	2,76	21.823	2,48
Herzinfarkt	413	1,36	379	1,18	418	1,55	460	1,70	381	1,43	396	1,41	12.275	1,39
Atherosklerose	311	1,03	462	1,43	238	0,88	257	0,95	228	0,85	244	0,87	8.149	0,93
Pneumonie	181	0,60	268	0,83	178	0,66	159	0,59	182	0,68	230	0,82	6.059	0,69
Chron.- obstrukt. Lungenkrankheit (COPD)	299	0,99	353	1,10	230	0,85	183	0,68	211	0,79	274	0,98	8.207	0,93
Cholelithiasis	330	1,09	372	1,15	350	1,29	347	1,28	336	1,26	402	1,43	11.053	1,26
Gonarthrose	269	0,89	322	1,00	272	1,01	289	1,07	227	0,85	308	1,10	8.535	0,97
Sonst. Bandscheibenschäden	208	0,69	257	0,80	344	1,27	132	0,49	136	0,51	205	0,73	7.206	0,82
Rückenschmerzen	372	1,23	317	0,98	214	0,79	147	0,54	292	1,09	339	1,21	8.897	1,01
Hals- und Brustschmerzen	250	0,82	291	0,90	254	0,94	218	0,81	278	1,04	175	0,62	7.225	0,82
Synkope und Kollaps	278	0,92	205	0,64	213	0,79	178	0,66	200	0,75	172	0,61	6.584	0,75
Intrakranielle Verletzung	519	1,71	511	1,59	395	1,46	329	1,22	213	0,80	284	1,01	11.264	1,28

Die dargestellten Kreise haben eine ähnliche Bevölkerungszahl wie der Kreis Ahrweiler. Dargestellt sind die absolute Anzahl und der prozentuale Anteil der Behandlungsfälle.

Die häufigsten Diagnosen je Verwaltungsbezirk sind optisch hervorgehoben.

Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2023

Tabelle 7: In Krankenhäusern vollstationär behandelte Patient:innen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz 2021 nach Altersgruppen und ausgewählten Hauptdiagnosen (absolute Anzahl und Anteil in Prozent).

Altersgruppen Ausgewählte Hauptdiagnosen	Insgesamt	unter 20		von 20 bis unter 60		60 Jahre und älter	
		n	in %	n	in %	n	in %
Infektiöse Gastroenteritis und Diarrhoe	6.215	1.996	32,12	1.928	31,02	2.291	36,86
Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol	10.529	611	5,80	8.073	76,67	1.845	17,52
Schlafstörungen	6.799	154	2,27	3.256	47,89	3.389	49,85
Essentielle Hypertonie	11.028	96	0,87	2.775	25,16	8.157	73,97
Angina pectoris	10.686	10	0,09	2.544	23,81	8.132	76,10
akuter Myokardinfarkt	9.990	2	0,02	2.502	25,05	7.486	74,93
chron.-ischäm. Herzkrankheit	7.970	2	0,03	1.518	19,05	6.450	80,93
Vorhofflimmern, Vorhofflattern	15.374	7	0,05	2.574	16,74	12.793	83,21
Herzinsuffizienz	21.823	15	0,07	1.254	5,75	20.554	94,19
Herzinfarkt	12.275	13	0,11	1.874	15,27	10.388	84,63
Atherosklerose	8.149	5	0,06	1.066	13,08	7.078	86,86
Pneumonie	6.059	550	9,08	775	12,79	4.734	78,13
Chron.- obstrukt. Lungenkrankheit (COPD)	8.207	9	0,11	1.342	16,35	6.856	83,54
Cholelithiasis	11.053	120	1,09	4.978	45,04	5.955	53,88
Gonarthrose	8.535	1	0,01	2.144	25,12	6.390	74,87
Sonst. Bandscheibenschäden	7.206	38	0,53	4.296	59,62	2.872	39,86
Rückenschmerzen	8.897	90	1,01	3.935	44,23	4.872	54,76
Hals- und Brustschmerzen	7.225	394	5,45	3.842	53,18	2.989	41,37
Synkope und Kollaps	6.584	607	9,22	1.838	27,92	4.139	62,86
Intrakranielle Verletzung	11.264	3.213	28,52	2.590	22,99	5.461	48,48
Behandlungsfälle insgesamt	880.195	95.692	10,87	319.655	36,32	464.848	52,81

Die häufigsten Diagnosen je Altergruppe sind optisch hervorgehoben.

Quelle: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2023

Im Jahr 2019 waren 17.933 stationär behandelte Patient:innen im Kreis Ahrweiler 65 Jahre und älter, das entspricht einem Anteil von 49,9 % aller stationär behandelten Patient:innen des Kreises. Der Anteil der Patient:innen ab 80 Jahren beträgt 22,0 %. Im gesamten Bundesland Rheinland-Pfalz wurden 455.666 Patient:innen ab 65 Jahren (44,4 %) von insgesamt 1.026.899 Krankenhausfällen im Jahr 2019 stationär behandelt (18,6 %). Der Anteil der Krankenhausfälle ab 65 Jahren ist im Kreis Ahrweiler also etwas höher als im Bundesland (vgl. Tabelle 8, StLa RLP 2024b, 2024n).

Tabelle 8: Krankenhausfälle für ausgewählte Altersgruppen ab 65 Jahren im Kreis Ahrweiler und in Rheinland-Pfalz im Jahr 2019 (absolut und je 100.000 Einwohner:innen).

Altersgruppe	Kreis Ahrweiler		Rheinland-Pfalz	
	Absolute Anzahl	Je 100.000 Einwohner:innen	Absolute Anzahl	Je 100.000 Einwohner:innen
65-69 Jahre	3.055	36.434	87.258	34.223
70-74 Jahre	2.897	44.998	76.429	43.119
75-79 Jahre	4.076	58.286	101.436	54.551
80 bis 84 Jahre	4.225	73.160	100.881	64.231
85-89 Jahre	2.276	79.831	56.839	74.205
90 Jahre und älter	1.401	86.481	32.823	77.953
Gesamt (alle Altersgruppen)	35.970	27.684	1.026.899	25.111

Quellen: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2024b, 2024n

Für das Mortalitätsgeschehen (Todesursachen, Altersstrukturen) im Kreis Ahrweiler und in Rheinland-Pfalz lässt sich folgendes skizzieren: Im Jahr 2022 verstarben im Kreis Ahrweiler insgesamt 1.595 Personen (1.245 pro 100.000 Einwohner:innen), hiervon waren 786 Frauen und 809 Männer. Die Sterberate ist in diesem Zeitraum für Frauen (1.304 je 100.000 Einwohnerinnen) etwas höher als für Männer (1.232 je 100.000 Einwohner). Im selben Betrachtungszeitraum sind Krankheiten des Kreislaufsystems, Neubildungen und Krankheiten des Atmungssystems die häufigsten Todesursachen. Die Entwicklung der Zahl der Todesfälle für die drei häufigsten Diagnosegruppen ist in Tabelle 9 dargestellt. Die Zahl der Sterbefälle und die Sterberaten je 100.000 Einwohner:innen ist im Zeitraum von 2016 bis 2022 stetig zurückgegangen. 2016 starben 495,7 Personen je 100.000 Einwohner:innen aufgrund einer Krankheit des Kreislaufsystems. Im Jahr 2022 liegt dieser Wert bei 460,4 je 100.000 Einwohner:innen (StLa RLP 2024i). Im Bundesland Rheinland-Pfalz ist die Zahl der Todesfälle durch Krankheiten des Kreislaufsystems von 436,6 je 100.000 Einwohnerinnen in 2016 auf 465,5 Fälle je 100.000 Einwohner:innen gestiegen (StLa RLP 2024c).

Auch bei Todesfällen durch Neubildungen und Krankheiten des Atmungssystems zeigt sich ein ähnlicher Trend. Die Anzahl von Todesfällen durch Neubildungen hat sich von 338 je 100.000 Einwohner:innen in 2016 auf 309,8 je 100.000 Einwohner:innen verringert. Der Anteil der Todesfälle durch Krankheiten des Atmungssystems hat sich von 83,5 je 100.000 Einwohner:innen in 2016 auf 78,9 Todesfälle je 100.000 Einwohnerinnen in 2022 verringert (mit Ausnahme des Jahres 2019, in dem 87,9 Todesfälle je 100.000 Einwohner:innen verzeichnet wurden). Landesweit sind die Sterbefälle durch Neubildungen zwischen 2016 und 2022 mit 297,4 bzw. 295,7 je 100.000 Einwohner:innen in etwa konstant geblieben. Die Zahl der Todesfälle durch Krankheiten

des Atmungssystems hat sich in Rheinland-Pfalz von 2016 bis 2022 von 79,2 auf 83,6 je 100.000 Einwohner:innen erhöht (StLa RLP 2024c).

Tabelle 9: Entwicklung der Sterbefälle von 2016 bis 2022 für die drei häufigsten Diagnosegruppen nach Geschlecht im Kreis Ahrweiler und in Rheinland-Pfalz (absolut und je 100.000 Einwohner:innen).

Hauptdiagnose- gruppe (ICD-10)	Kreis Ahrweiler		Rheinland-Pfalz	
	Absolute Anzahl	Je 100.000 Einwohner:innen	Absolute Anzahl	Je 100.000 Einwohner:innen
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)				
2022	590	460,4	19.239	465,5
2019	602	463,4	17.714	433,2
2016	635	495,7	17.710	436,3
Neubildungen (C00-D48)				
2022	397	309,8	12.222	295,7
2019	421	324,1	12.006	293,6
2016	433	338	12.073	297,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)				
2022	96	74,9	3.454	83,6
2019	118	90,8	3.440	84,1
2016	107	83,5	3.216	79,2

Quellen: Eigene Darstellung nach StLa RLP 2024c

2.1.5 Unfallgeschehen

Für die Betrachtung von Versorgungsbedarfen ist des Weiteren das Unfallgeschehen (Statistik zu Straßenverkehrsunfällen und Verunglückten) sowie gemeldete Schul- und Arbeitsunfälle (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung DGUV) in der Adenauer Region zu betrachten. Hieraus können Hinweise für Versorgungsbedarfe (Erste Hilfe, ambulante ärztliche Erstversorgung, rettungsdienstliche oder notärztliche Notfallversorgung) abgeleitet werden. Im Bundesland Rheinland-Pfalz hat die Unfallkasse Rheinland-Pfalz 50.327 Schul- und 4.220 Wegeunfälle im Jahr 2022 gemeldet (insgesamt sind 528.557 Schüler:innen gezählt worden). Letztere ereignen sich hauptsächlich zu Fuß, mit dem Fahrrad und im Auto. Die gesetzliche Unfallversicherung verzeichnete 8.076 Arbeitsunfälle sowie 1.717 Wegeunfälle (UK RLP 2022).

Hinweise auf Schwerpunkte des regionalen Unfallgeschehens in der VG Adenau geben die von der Polizei aufgenommenen Unfälle. Die Polizeiinspektion Adenau registrierte im Jahr 2023 insgesamt 1.188 Verkehrsunfälle, im Vorjahr waren es 1.173 (geringfügige Zunahme um 15 Unfälle). Die Gesamtzahl der verunglückten Personen bei Verkehrsunfällen sank 2023 im Vergleich zum Vorjahr von 173 (2022) auf 169. Im Jahr 2023 wurden 30 Personen im Jahr 2023 schwer verletzt (2022: 50 Personen) und 137 Personen erlitten leichte Verletzungen (2022: 122 Personen). Zwei Personen erlitten schwere Verletzungen (2022: 1 Person). Der Schwerpunkt der Unfälle lag auf den überörtlichen Straßen (410 Unfälle auf Bundesstraßen, 276 Unfälle auf Landstraßen, 169 Unfällen auf Kreisstraßen des Dienstgebietes). Bei den 333 Unfällen auf Gemeindestraßen handelte es sich überwiegend um Verkehrsunfälle auf Parkplätzen. Des Weiteren kam es 2023 zu insgesamt 413 Wildunfällen (2022: 442 Wildunfälle).

Die Hauptunfallursachen in der VG Adenau sind zu hohe Geschwindigkeiten und ein zu geringer Sicherheitsabstand. Darüber hinaus soll auch die Ablenkung im Straßenverkehr für zahlreiche Verkehrsunfälle verantwortlich sein, hier insbesondere durch die Nutzung von Mobiltelefonen. Mangelnde Verkehrstüchtigkeit (Alkohol, Drogen) war Grund für 15 Verkehrsunfälle. Dabei kam es bei zwei Unfällen zu schwerverletzten und bei 10 Unfällen zu leichtverletzten Personen (2022: 4 bzw. 3 Verletzte). Etwa ein Viertel der Unfälle ereigneten sich unter Beteiligung von Jugendlichen (245 Verkehrsunfälle mit Fahrern zwischen 18 und 24 Jahren). Bei den Unfällen dieser Altersgruppe verunglückten 42 Jugendliche, im Vorjahr waren es 30. Hierbei wurden vier Jugendliche schwer und 38 Jugendliche leicht verletzt (Rhein-Zeitung 2024).

2.1.6 Regionale Wirtschaft

Der Kreis Ahrweiler ist eine mittelständisch geprägte Region. Die Industrie- und Handelskammer (IHK) hat im Kreis Ahrweiler insgesamt gut 10.000 Mitgliedsbetriebe, davon fast 7.500 Kleingewerbetreibende und gut 2.600 Betriebe, die im Handelsregister eingetragen sind. Im Jahr 2023 waren hier 37.087 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte gemeldet (IHK Koblenz 2024). Der Kreis gehört zu den stärksten Regionen innerhalb von Rheinland-Pfalz. Hier sind viele Familienunternehmen angesiedelt. Die IHK Koblenz bewertet die Region als „weniger anfällig für konjunkturelle Schwankungen als vergleichbare Regionen mit weniger ausgeglichener Wirtschaftsstruktur“ (IHK Koblenz o. J.). Mit etwa 700 Lehrlingen in 250 Betrieben investieren die Unternehmen in die Zukunft der Region. Die Hotel- und Gastronomiebranche bildet den größten Wirtschaftszweig (230 Betriebe, 3.500 Beschäftigte, 280 Millionen Euro Jahresumsatz). Dass die Region national und international konkurrenzfähig ist, zeigen die marktführenden Unternehmen und teils hohen Exportquoten im produzierenden Gewerbe. Gleichzeitig stellt sich die gesamte Wirtschaft im Kreis Ahrweiler den Herausforderungen sich weiterzuentwickeln und sich im Wettbewerb zu positionieren (IHK Koblenz, o. J.).

Die VG Adenau ist ähnlich wie der Kreis Ahrweiler geprägt von kleinen und mittleren Dienstleistungsunternehmen. Davon haben viele Klein- und Kleinstunternehmen weniger als 50 Beschäftigte und sind mehrheitlich dem Dienstleistungssektor zugeordnet. Die Beschäftigungsquote in ländlichen Regionen wie der VG Adenau ist hoch. Die Arbeitslosigkeit ist im Durchschnitt niedriger als im gesamten Bundesland Rheinland-Pfalz. Die Region wird als suburbaner Standort mit hoher Gründungsintensität eingeordnet. Diese Merkmale werden der VG Adenau im Regionalmonitor der IHK Rheinland-Pfalz und des Statistischen Landesamts Rheinland-Pfalz zugeschrieben. Grundlage hierfür sind Clusteranalysen zur Beschreibung der regionalen Wirtschaft in Kreisen und kreisfreien Städten (Kay et al. 2022). Die Bekanntheit des Nürburgrings und der dort entwickelte Gewerbepark am Nürburgring sind wichtige Standortfaktoren und begünstigen die Ansiedlung von Unternehmen (vgl. z. B. VG Adenau 2024).

Die wirtschaftliche Entwicklung wird lokal durch die Wirtschaftsförderung der VG Adenau und regional durch den Kreis Ahrweiler unterstützt. Ferner gibt es einen Gewerbeverein für die Stadt Adenau zur Förderung des Wirtschaftslebens, des selbstständigen Mittelstands und des Austauschs mit Verantwortlichen aus den Kommunen (Gewerbeverein Adenau e. V. 2017).

2.2 Medizinische Versorgung in der Region Adenau

2.2.1 Ambulante Versorgung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen erstellen Bedarfspläne zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Dazu werden Planungsbereiche in vier Versorgungsebenen aufgeteilt: 1) die hausärztliche Versorgung auf der Ebene der Mittelbereiche, 2) die allgemeine fachärztliche Versorgung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte, 3) die spezialisierte fachärztliche Versorgung auf der Ebene von Raumordnungsregionen und 4) die gesonderte fachärztliche Versorgung auf der Ebene der KV-Regionen.

Bei der Entwicklung eines regionalen Versorgungskonzepts im Adenauer Land ist für die fachärztliche Versorgung der Kreis Ahrweiler als Planungsbereich zu betrachten. Für die hausärztliche Bedarfsplanung ist der Mittelbereich Bad Neuenahr-Ahrweiler als Planungsbereich maßgeblich. Hierzu zählen neben den Ortsgemeinden der Verbandsgemeinde Adenau die folgenden Kommunen (KV RLP 2024f):

- | | | |
|--------------------------|--------------|------------------|
| ▪ Adenau, Stadt | ▪ Hönningen | ▪ Pomster |
| ▪ Ahrbrück | ▪ Hoffeld | ▪ Quiddelbach |
| ▪ Altenahr | ▪ Honerath | ▪ Rech |
| ▪ Antweiler | ▪ Hümmel | ▪ Reifferscheid |
| ▪ Aremberg | ▪ Insul | ▪ Remagen, Stadt |
| ▪ Bad Neuenahr-Ahrweiler | ▪ Kalenborn | ▪ Rodder |
| ▪ Barweiler | ▪ Kaltenborn | ▪ Schul |
| ▪ Bauler | ▪ Kesseling | ▪ Senscheid |
| ▪ Berg | ▪ Kirchsahr | ▪ Sierscheid |
| ▪ Dankerath | ▪ Kottenborn | ▪ Sinzig, Stadt |
| ▪ Dernau | ▪ Leimbach | ▪ Trierscheid |
| ▪ Dorsel | ▪ Lind | ▪ Wershofen |
| ▪ Eichenbach | ▪ Mayschoß | ▪ Wiesemscheid |
| ▪ Fuchshofen | ▪ Meuspath | ▪ Wimbach |
| ▪ Harscheid | ▪ Müllenbach | ▪ Winnerath |
| ▪ Heckenbach | ▪ Müsch | ▪ Wirft |
| ▪ Herschbroich | ▪ Nürburg | ▪ Grafschaft |
| | ▪ Ohlenhard | |

Auch die überregionalen Raumordnungsregionen und Verflechtungen sind in die Überlegungen für ein Versorgungskonzept grundsätzlich einzubeziehen (z. B. in die Region Köln-Bonn und zur Uniklinik Bonn). In der gegenwärtig beschriebenen Projektbegleitung und im vorliegenden Ergebnisbericht steht zunächst die regional vernetzte medizinische Versorgung im Fokus.

In der Verbandsgemeinde Adenau bestehen 8,25 Versorgungsaufträge für Hausärzt:innen, 5 für Fachärzt:innen und 2,5 für Psychotherapeut:innen (vgl. Tabelle 10). Insgesamt gibt es in der Kreisregion Ahrweiler 76,5 Versorgungsaufträge für Hausärzt:innen, 94 für Fachärzt:innen und 31,5 für Psychotherapeut:innen. Die Verteilung der niedergelassenen Ärzt:innen und Therapeut:innen bzw. Versorgungsaufträge in den einzelnen Kommunen des Kreisgebietes ist in Tabelle 10 aufgelistet. Tabelle 11 listet ambulante (zahn-)medizinische, pharmazeutische Versorgungsangebote sowie therapeutische Angebote in der Verbandsgemeinde Adenau und in der Stadt Adenau auf.

Tabelle 10: Anzahl der Versorgungsaufträge für Haus- und Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen (ärztlich und psychologisch) im Planungsbereich Kreisregion Ahrweiler nach Gemeinden. Stand 30.06.2024.

Gemeinde*	Hausärzt:innen	Fachärzt:innen (inkl. Kinderärzt:innen)	Psychotherapeut:innen
Adenau, Stadt	5,75	5	0,5
Ahrbrück	1	0	0
Altenahr	1	0	0,5
Antweiler	0	0	0,5
Aremberg	0,5	0	1
Bad Breisig, Stadt	4	4	0
Bad Neuenahr-Ahrweiler, Stadt	19,5	62,5	7,5
Brohl-Lützing	3,5	0	0
Burgbrohl	3	1	1,5
Dernau	1	0	1,5
Glees	0	0	0,5
Grafschaft	6,25	1	3
Insul	0	0	0
Kalenborn	0	0	0,5
Kempnich	2	0	0
Niederzissen	2	0	0
Oberdürenbach	0	0	0,5
Oberzissen	1	0	0
Remagen, Stadt	11,25	11,25	8
Schuld	1	0	0
Sinzig, Stadt	10,75	9,25	4,5
Weibern	2	0	1
Wershofen	1	0	0,5
Gesamt	76,5	94	31,5

* Die Kommunen der Verbandsgemeinde Adenau sind optisch hervorgehoben.

Quelle: Eigene Darstellung nach KV RLP 2024g

Die rechnerische Versorgungslage (Verhältnis von Bevölkerungszahlen und Zahl frei praktizierender (Zahn-)ärzt:innen) ist in der Verbandsgemeinde im Vergleich zu Verbandsgemeinden gleicher Größenklassen vergleichsweise gut. Lediglich die Zahl der Apotheken je Einwohner:in ist geringer. Auch retrospektiv ist die quantitative Entwicklung der Zahl der freipraktizierenden (Zahn-)ärzt:innen positiv: Seit den 1990er Jahren ist die Zahl der Zahnärzt:innen und Apotheken in der VG etwa stabil. Die Zahl der Ärzt:innen ist im gleichen Zeitraum von 12 auf 18 gestiegen (StLa RLP 2024e).

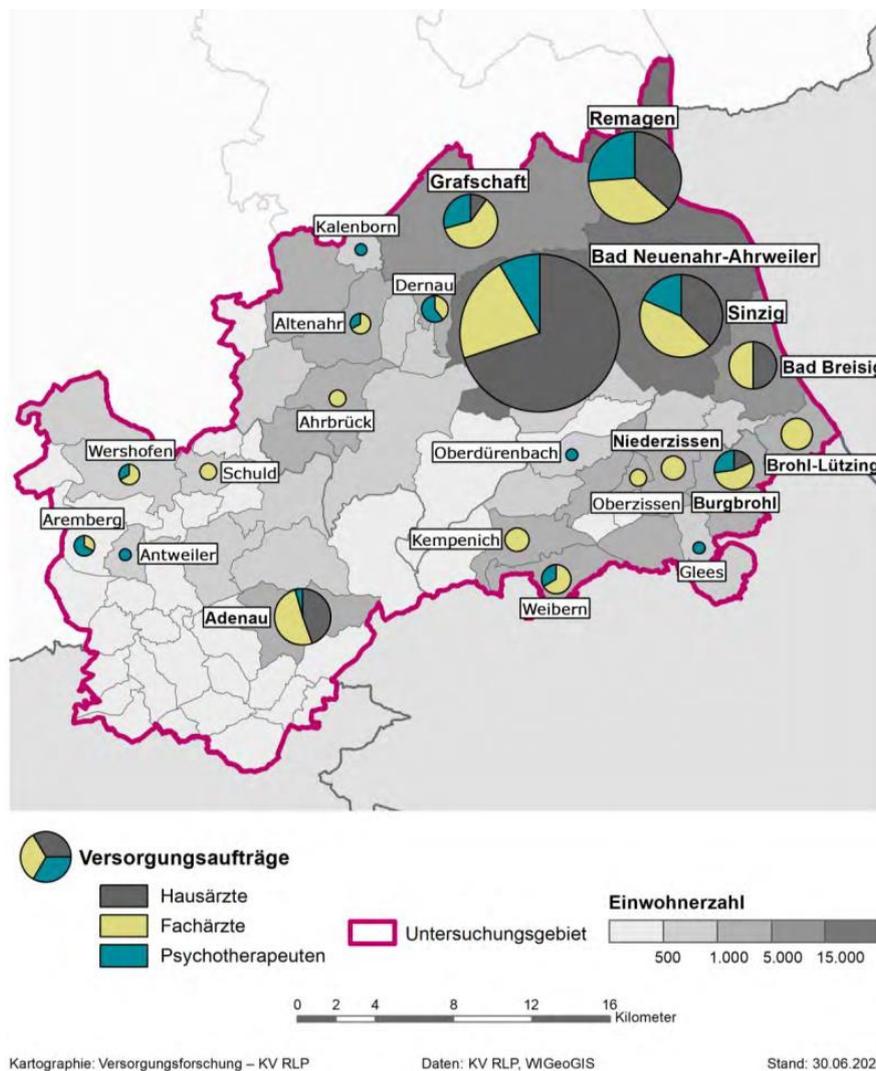
Table 11: Medizinische, pharmazeutische und therapeutische Versorgung in der Verbandsgemeinde Adenau und der Stadt Adenau. Stand 04.04.2024.

Merkmale	VG Adenau	Davon Stadt Adenau
Freipraktizierende Ärzt:innen insgesamt	18	15
Allgemeinmedizin	10	7
Augenheilkunde	1	1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	1
Innere Medizin	2	2
Psychiatrie (inkl. Neurol. u. Nervenheilkunde)	1	1
Freipraktizierende Zahnärzt:innen	6	5
Öffentliche Apotheken	3	3
Psychotherapeut:innen	7	3
Ergotherapeut:innen	3	3
Logopäd:innen	6	6
Physiotherapeut:innen	3	3

Quellen: Eigene Darstellung nach DVE 2024a 2024b, KV RLP 2024a, 2024f, 2024g & LZK RLP 2024

Die Versorgungsaufträge sind innerhalb der Planungsbereiche regional unterschiedlich verteilt: Die ambulanten Versorgungsangebote konzentrieren sich vorwiegend in den Städten insbesondere im nordöstlichen Teil des Kreises Ahrweiler. Dies gilt auch für die Adenauer Region: die hausärztliche Versorgung findet überwiegend in der Stadt Adenau mit sieben Haus- und fünf Fachärzt:innen statt. Im nordwestlichen Teil der Verbandsgemeinde sind zwei Hausärzt:innen und drei Psychotherapeut:innen tätig. Die fachärztliche Versorgung findet ausschließlich in der Stadt Adenau statt. Weitere Fachärzt:innen praktizieren in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Abbildung 5 stellt die regionale Verteilung der Versorgungsaufträge und die Einwohner:innendichte dar. Deutlich wird, dass die Versorgungsaufträge überwiegend dort verortet sind, wo die Bevölkerungsdichte höher ist. Die ambulanten medizinischen Leistungen werden also dort angeboten, wo viele Einwohner:innen leben.

Abbildung 5: Räumliche Verteilung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der ambulanten Versorgung in den Gemeinden des Kreises Ahrweiler am 30.06.2023.



Quelle: KV RLP 2024g

Ahrweiler ist nach dem Grad der Mitversorgung in den Kreistyp 4 (mitversorgt) eingeordnet (G-BA, 2019, KV RLP 2024c). Ein mitversorgender Versorgungsbereich wie Ahrweiler betreibt nicht nur „Eigenversorgung“, sondern versorgt teilweise die Bevölkerung anderer Regionen mit (KBV 2024a).

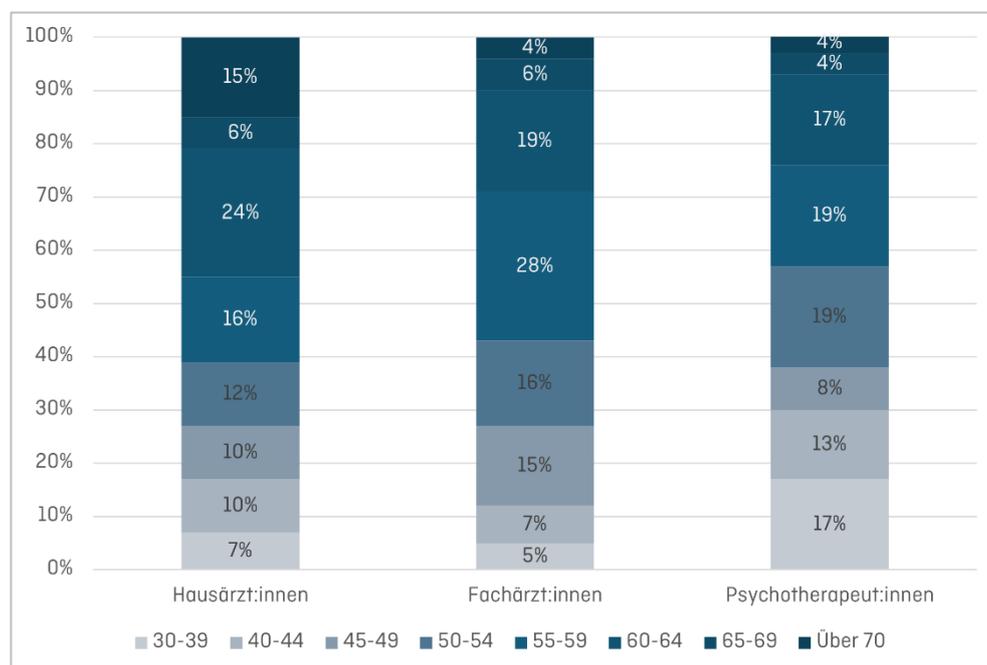
Die gegenwärtige hausärztliche Versorgung im Mittelbereich Bad Neuenahr-Ahrweiler kann als rechnerisch gut beschrieben werden. Auch die fachärztliche Versorgung im Planungsbereich ist derzeit sichergestellt. Hier gelten sogar Zulassungssperren, d. h., Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen können sich grundsätzlich nur dann neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn ein:e andere:r Ärzt:in oder Psychotherapeut:in ihre:seine Zulassung zurückgibt und damit ein Arztsitz in der Fachgruppe frei wird (KBV 2024a). Nachbesetzungen von bestehenden Arztsitzen können also erfolgen. Dies gilt allerdings nicht für die Arztgruppen der Chirurg:innen und Orthopäd:innen, Hautärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Hier ist der Versorgungsgrad in Ahrweiler um 40% überschritten. Für diesen Planungsbereich werden Nachbesetzungen abgelehnt (Stand Juli 2024) (KV RLP 2024d, 2024e, 2024h). Für die allgemeine

fachärztliche Versorgung sind im Planungsbereich Kreis Ahrweiler die folgenden Arztgruppen gesperrt (Stand: Juli 2024).

- Augenärzt:innen
- Chirurg:innen
- Orthopäd:innen
- Frauenärzt:innen
- Hautärzt:innen
- HNO-Ärzt:innen
- Kinder- und Jugendärzt:innen
- Urolog:innen
- Nervenärzt:innen
- Neurolog:innen
- Psychiater:innen
- Nervenärzt:innen mit doppelter Facharztanerkennung
- Psychotherapeut:innen
- Ärztliche Psychotherapeut:innen
- Psychosomatiker:innen
- Leistungserbringende, die ausschl. Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln

Die Auswirkungen des demografischen Wandels zeigen sich nicht nur in der Alterung der Bevölkerung und den veränderten Versorgungsbedarfen, sondern auch in der ärztlichen Versorgungslage in der Region Adenau. Die Altersstruktur der Ärzteschaft verschiebt sich (vgl. Abbildung 6): Gegenwärtig sind 37 % der Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen 60 Jahre und älter (n = 3.002). 58 % der Hausärzt:innen, 69 % der Fachärzt:innen und 59 % der Psychotherapeut:innen sind zwischen 50 und 69 Jahre alt. Der Anteil der Personen ab 70 Jahren beträgt bei den Hausärzt:innen 15 % und bei den Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen jeweils 4 % (KV RLP 2024g). Insbesondere Haus- und Fachärzt:innen werden damit rechnen müssen, bei altersbedingtem Ausscheiden aus der medizinischen Versorgung ihre Praxen auch ohne erfolgreiche Nachfolgesuche aufzugeben. Eine grundsätzliche Entwicklung zur Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung ist mit Blick auf die ländlichen Teilräume der Region heute schon absehbar (Francke, Westbrock 2023).

Abbildung 6: Altersstruktur der Haus- und Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen im Kreis Ahrweiler. Stand 30.06.2024.



Quelle: Eigene Darstellung nach KV RLP 2024g

Die niedergelassenen Ärzt:innen in der Ahrweiler-Region üben ihren Beruf in 127 Einzelpraxen, neun Medizinischen Versorgungszentren und 17 örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften als Betriebsstätten aus. Die bestehenden Praxisstrukturen in der Region umfassen ferner vier Einzelpraxen, ein MVZ, drei überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften und 15 Zweigpraxen als Nebenbetriebsstätten (vgl. Tabelle 12, KV RLP 2024g). Die Struktur der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region ist geprägt von Einzelpraxen.

Tabelle 12: Praxisstruktur im Kreis Ahrweiler. Stand 30.06.2024.

Praxisart	Betriebsstätten	Nebenbetriebsstätten
Einzelpraxis	127	4
MVZ	9	1
Örtliche BAG*	17	-
Überörtliche BAG*	-	3
Zweigpraxis		12

*BAG = Berufsausübungsgemeinschaft: Zusammenschluss von zwei oder mehr Ärzt:innen in Form einer gemeinsamen Haftungsgesellschaft.

Quelle: Eigene Darstellung nach KV RLP 2024g

Einzelpraxen gelten als klassische Organisationsform der ambulanten Versorgung. Die allein verantwortliche Praxisführung und der damit verbundene Arbeitsaufwand und -alltag sind für viele junge Mediziner:innen, die an einer Niederlassung interessiert sind, nicht mehr zeitgemäß. Immer mehr junge Mediziner:innen möchten ihren Beruf in Gemeinschaftspraxen und in Anstellung ausüben und legen Wert auf Zusammenarbeit im Team sowie kollegialen und interdisziplinären Austausch. Anstehende

Verrentungen und Abgaben von überwiegend Einzelpraxen führen zu einem hohen Bedarf an Ärzt:innen insbesondere in ländlichen Regionen. Die Gewinnung junger Hausärzt:innen für eine ländliche Region mit traditionellen Einzelpraxen ist bundesweit eine Herausforderung und kann zu Versorgungsengpässen führen. Die gegenwärtigen Praxisstrukturen im Adenauer Land entsprechen also nicht mehr der Nachfrage vieler junger, niederlassungsinteressierter Ärzt:innen. Vielmehr sind verschiedene Anreizinstrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und zur Verbesserung der Wiederbesetzungschancen gefordert (Faller et al. 2020).

Auch wenn strukturell die Einzelpraxis als Versorgungsform überwiegt, arbeiten viele niedergelassene Ärzt:innen der Region im Ärztenetz Ahrweiler zusammen. Ziel dieses Netzwerks ist es, eine regionale Kooperationsstruktur für sämtliche Arztgruppen und Kliniken aufzubauen und dadurch die bestehenden Strukturen der ambulanten und stationären Medizin effektiver zu nutzen. Die Förderung von Kommunikation, ärztlicher Aus- und Weiterbildung sowie die Zusammenarbeit und Kollegialität unter den verschiedenen Einrichtungen stehen im Fokus. Vier der sechs Hausärzt:innen in der VG Adenau sind bereits Teil des Ärztenetzes (Praxen Dr. med. Elke Valerius, Dr. med. Karin Boeder, René Heinemann, Dr. med. Anette Korte) (Ärztenetz Ahrweiler 2024a).

Die Erreichbarkeit der Haus- und Facharztpraxen ist für die ambulante Versorgung relevant: Die durchschnittliche Entfernung zwischen nächstgelegener Hausarztpraxis und Wohnsitz der Bevölkerung im Kreis Ahrweiler beträgt 2,1 km. Die durchschnittliche Distanz in Rheinland-Pfalz beträgt 1,7 km. Fast die Hälfte der Einwohner:innen im Kreis Ahrweiler erreicht eine Hausarztpraxis in einer Entfernung von 0 bis unter 1 Kilometer (47,3 %) und knapp ein Viertel legt durchschnittlich einen Weg von 1 bis unter 2,5 Kilometer zurück (23,4 %). 7,6 % der Einwohner:innen leben 5 bis unter 7,5 Kilometer von einer Hausarztpraxis entfernt, 3 % müssen 7,5 km und mehr zurücklegen (vgl. Tabelle 13, KV RLP 2024g, topographic.map.com 2024).

Tabelle 13: Erreichbarkeit der nächstgelegenen Hausarztpraxen im Kreis Ahrweiler. Stand 30.06.2024.

Entfernung*	Anzahl Einwohner:innen**	Anteil aller Einwohner:innen
0 bis unter 1 km	60.855	47,3 %
1 bis unter 2,5 km	30.160	23,4 %
2,5 bis unter 5 km	22.561	17,5 %
5 bis unter 7,5 km	9.733	7,6 %
7,5 und mehr km	3.834	3,0 %
10 und mehr km	1.671	1,3 %

* Entfernung zwischen Wohnsitz der Bevölkerung und der jeweils nächstgelegenen Hausarztpraxis.

** so viele Einwohner:innen erreichen die Hausarztpraxis.

Quelle: Eigene Darstellung nach KV RLP 2024g

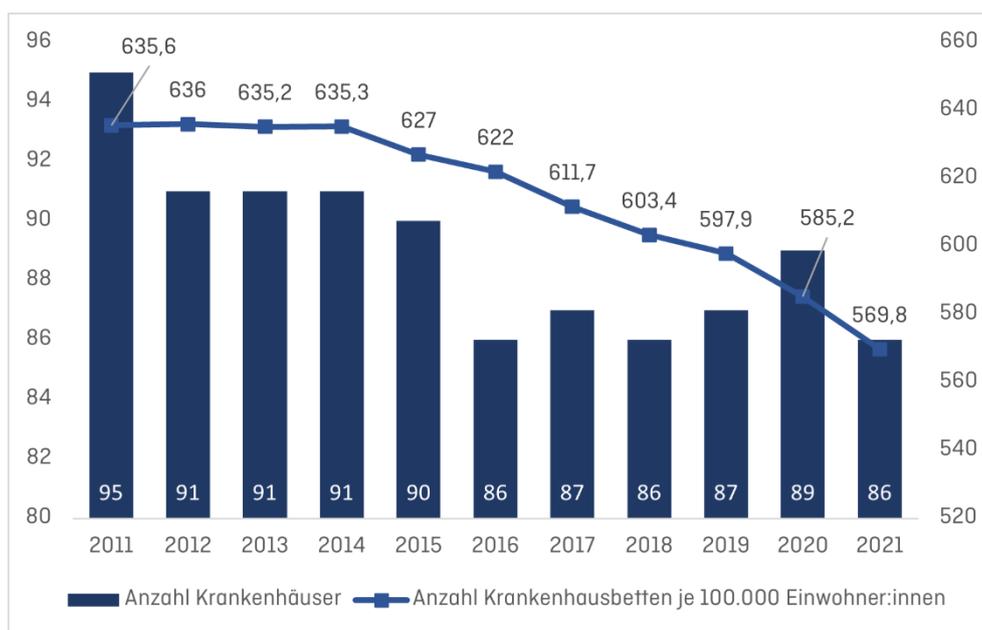
Die niedergelassenen Ärzt:innen stellen die ambulante Versorgung sicher. Außerhalb regulärer Sprechzeiten in den Arztpraxen stellt der ärztliche Bereitschaftsdienst medizinische Versorgung sicher (insbesondere mittwochs, an Wochenenden und Feiertagen). Der ärztliche Bereitschaftsdienst basiert auf drei Versorgungssäulen: telemedizinischer Dienst, Hausbesuchsdienst und ärztliche Bereitschaftspraxen (KV RLP 2024b). Die Bereitschaftsdienstzentrale für den Kreis Ahrweiler ist inzwischen im Krankenhaus Maria Hilf Bad Neuenahr-Ahrweiler angesiedelt (Marienhaus Klinikum Kreis Ahrweiler 2024). Der telemedizinische Dienst bezieht sich auf die bundesweite Rufnummer für den Patientenservice 116 117, der ebenfalls als Website und als App genutzt werden kann, um u. a. den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu kontaktieren (KV

RLP 2023). Der ärztliche Hausbesuchsdienst sucht Patient:innen auf, die aus medizinischen Gründen nicht in der Lage sind, eine Bereitschaftspraxis aufzusuchen. Dieser Dienst wird überregional organisiert (über die Grenzen der Bereitschaftsdienstbereiche hinweg) (KV RLP 2024b). Dies hat insbesondere für die Region Adenau lange Fahrtzeiten zum Einsatzort für die Ärzt:innen im Hausbesuchsdienst sowie Wartezeiten für die Patient:innen zur Folge.

2.2.2 Stationäre Versorgung

Die Anzahl der Krankenhäuser sowie die Zahl der Krankenhausbetten in Rheinland-Pfalz ist rückläufig. Immer mehr Behandlungen können aufgrund fortschreitender Medizin und Medizintechnik ambulant durchgeführt werden. In der jüngeren Vergangenheit führen Fragen der Finanzierung zu Insolvenzen und Schließungen von Krankenhäusern oder Krankenhausstandorten oder zu Fusionen von Trägern. Jedes vierte Krankenhaus ist von Insolvenz bedroht. Im Jahr 2021 gab es in Rheinland-Pfalz 86 Kliniken und 569,8 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen (vgl. Abbildung 7). Von den 86 Kliniken waren 20 in privater und 17 in öffentlicher Trägerschaft, 49 Krankenhäuser waren in der Hand von freigemeinnützigen Trägern (vdek 2023, Augurzky 2024). Ihre Erreichbarkeit wird grundsätzlich als gut eingeschätzt, denn statistisch gerechnet erreichen 99 % der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz innerhalb von 30 Minuten ein Krankenhaus mit Notfallversorgung (Augurzky 2024). Es gibt zahlreiche kleinere Krankenhäuser: Etwa jedes dritte Krankenhaus verfügt über weniger als 150 Betten. Dabei ist das wirtschaftliche Führen und das Halten medizinischer und pflegerischer Fachkräfte besonders in kleinen Häusern besonders schwierig (Augurzky 2024).

Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern und Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner:innen in Rheinland-Pfalz. Stand 2023.



Quelle: Eigene Darstellung nach vdek 2023

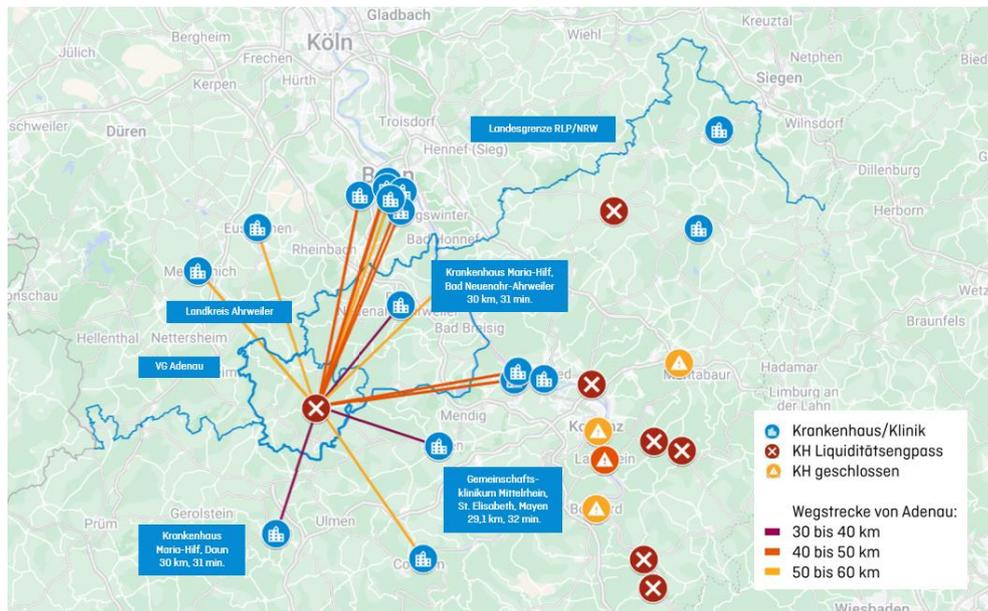
Die durchschnittliche Verweildauer in stationären Einrichtungen ist in den letzten Jahren tendenziell konstant geblieben und lag 2021 bei durchschnittlich 7 Tagen in Rheinland-Pfalz (vdek 2023). Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern in

Rheinland-Pfalz ist im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt durch eine hohe Fallzahl bei niedrigem Schweregrad und geringerer Bettenauslastung geprägt. Hieraus lässt sich schließen, dass (1) viele kleinere Häuser kaum mehr wirtschaftlich zu führen sind, und (2) ein relevanter Anteil der stationären Versorgung den Kennzahlen folgend auch ambulant erbracht werden kann (Augurzky 2024).

Die Region Adenau ist konkret von der Schließung des St. Josef-Krankenhauses, das von der Marienhaus-Gruppe betrieben wurde, betroffen. Es gibt aktuell keine stationäre Einrichtung der Grund- und Regelversorgung in der Verbandsgemeinde.

Für stationäre Versorgung müssen die Bürger:innen des Adenauer Lands nun auf die Krankenhäuser in der näheren Umgebung zurückgreifen. Die nächstgelegenen Krankenhäuser und Kliniken sind das Krankenhaus Maria Hilf in Daun (ca. 30 Fahrminuten bzw. 30 km), das Krankenhaus Maria Hilf in Bad Neuenahr-Ahrweiler (ca. 40 Fahrminuten bzw. 38 km ab Adenau Stadt) oder das St. Elisabeth Mayen (Teil des Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, ca. 35 Fahrminuten bzw. 29 km). Zusätzlich fährt der Rettungsdienst das Krankenhaus Mechernich (ca. 45 Fahrminuten bzw. 45km) und das Marien-Hospital Euskirchen an (ca. 45 Fahrminuten bzw. 45 km) (beide in Nordrhein-Westfalen) (vgl. Abbildung 8). Weitere (teil-) stationäre Versorgung erbringen das MVZ Venen Clinic in Bad Neuenahr-Ahrweiler, ein Fachkrankenhaus für Venen- und Enddarmerkrankungen, sowie Tageskliniken in Ahrweiler und Adenau (Dr. von Ehrenwall'sche Klinik) sowie Mayen (Rhein-Mosel-Fachklinik-Andernach in Mayen, teilstationäre Einrichtung), in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt werden.

Abbildung 8: Kartografische Übersicht über die Krankenhäuser in der Umgebung der VG Adenau und ihre Entfernung (Fahrzeit, km).



Kartendaten © 2023 GeoBasis-DE/BKG (©2009), Google. Gekennzeichnet ist die Entfernung zur Stadt Adenau sowie Klinikstandorte mit Insolvenzgefahr und Klinikstandorte, die bereits geschlossen wurden. (Stand November 2024)

Quellen: Darstellung nach Conradt 2023, Deutsches Ärzteblatt 2020, Galonska 2023, Gernot 2023, Hauck, Kratzer und Mersmann 2023, Kunst 2023c, Lui 2023, Meuer 2023, Öfinger 2020, Pläcking, Spohn 2024, Rosenkranz 2023.

Die Erreichbarkeit stationärer Grund- und Akutversorgung erfordert gegenwärtig weite Fahrten für die Patient:innen, die überwiegend mit dem PKW absolviert werden.

Die Bürgerinnen und Bürger befürchten, dass lange Fahrtzeiten, die sich durch Entfernung und Topografie in der ländlichen Region Adenau ergeben, die bedarfsgerechte Versorgung erschweren. Dies gilt insbesondere für Rettungseinsätze und Notfälle (SWR Aktuell 2022). Des Weiteren fürchten die Bürgerinnen und Bürger Versorgungslücken hinsichtlich der Bedarfe, die sich aus der altersbedingten Morbiditätsentwicklung ergeben. Die Rahmenbedingungen (Mobilität, Erreichbarkeit) können den Zugang zu adäquater Versorgung erschweren, dies gilt insbesondere für chronisch Erkrankte, die eine regelmäßige Versorgung benötigen und für mobilitätseingeschränkte Patientengruppen, die z. B. Krankenfahrten benötigen.

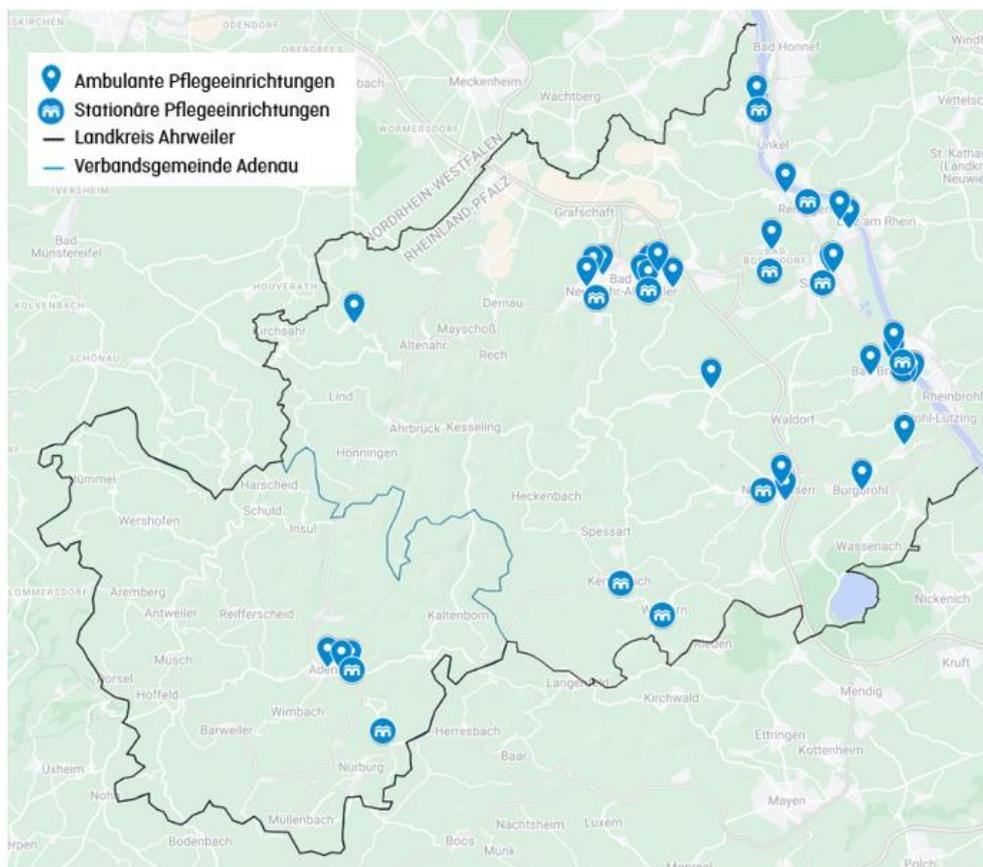
2.2.3 Pflegerische Versorgung

Für Rheinland-Pfalz wurden im Rahmen der Pflegevorausberechnung die verfügbaren Plätze der stationären Pflege im Jahr 2015 mit der prognostizierten Zahl Pflegebedürftiger in stationärer Pflege 2035 in den kreisfreien Städten und Landkreisen verglichen: Demzufolge wird ein Defizit an stationären Pflegeplätzen bestehen, ggf. kann der Bedarf noch größer ausfallen als dargestellt (StLa RLP, 2017). Der Pflegevorausberechnung folgend wird vor allem der Bedarf an stationärer Pflege in Zukunft am stärksten steigen. Dieser Mangel an stationären Pflegeeinrichtungen wird in Zukunft auch eine Herausforderung in der Verbandsgemeinde Adenau darstellen.

Die allgemeine Versorgungslage stationärer und ambulanter pflegerischer Angebote ist hier auf den ersten Blick ausreichend, eine dezidierte Unterversorgung lässt sich statistisch bisher nicht feststellen. Mit Blick auf die strukturelle Alterung der Bevölkerung und den Fachkräftemangel sind Lösungsstrategien zur Sicherung der pflegerischen Versorgung im Adenauer Land dennoch dringend geboten. So werden mehr Kapazitäten in allen Bereichen der Pflege, ambulant und stationär sowie in der Kurzzeit- und Tagespflege benötigt.

Eine Übersicht über die regionale Verteilung der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen zeigt Abbildung 9. Eine entsprechende Auflistung ist in Tabelle 19 und Tabelle 20 im Anhang, S. 104 dargestellt. Die Abbildung und Tabellen beruhen auf dem Bericht von Rohrman & Schädler (2019) zur Integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung im Landkreis Ahrweiler sowie auf einer Recherche im Suchportal des vdek für Pflegeangebote www.pflegelotse.de (Umkreissuche: 5 km, jeweils für alle acht Kommunen des Kreises Ahrweiler). Demnach haben insgesamt 31 ambulante Pflegedienste ihren Sitz im Landkreis Ahrweiler (Rohrman & Schädler, 2019, vdek 2024a). Die kreisweite Verteilung der Pflegedienste zeigt eine Konzentration entlang der Rheinschiene. In der VG Adenau sind drei ambulante Pflegedienste ansässig: Zweckverband Sozialstation Adenau-Altenahr, Karina Keitel Mobile Alten- und Krankenpflege sowie Solweo Adenau. Darüber hinaus konnten im Jahr 2019 im Kreis Ahrweiler sieben Angebote betreuter Wohngemeinschaften und acht Angebote zur Unterstützung im Alltag identifiziert werden (Rohrman & Schädler, 2019). Trotz teils langer Fahrtstrecken erreichen die Pflegedienste die pflegebedürftigen Menschen (vgl. Tabelle 14). Die Pflegedienste sind auch über Kreisgrenzen hinweg tätig bzw. werden kreisübergreifend in Anspruch genommen.

Abbildung 9: Kartografische Übersicht über die Verteilung der ambulanten Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen im Kreis Ahrweiler. Stand Oktober 2024.



Kartendaten © 2023 GeoBasis-DE/BKG (©2009), Google
 Quelle: Darstellung nach Rohrmann und Schädler 2019, vdek 2024a.

Einige Anbieter bieten Leistungen zur Unterstützung im Alltag an (z. B. in Bad Neuenahr-Ahrweiler, Sinzig, Breisig). Ergänzende Angebote umfassen unter anderem Tagespflege, Verhinderungspflege, Begleitdienste, hauswirtschaftliche Hilfen, betreutes Wohnen, Gymnastikangebote und Schulungen für pflegende Angehörige. Jedoch weisen u. a. Pflegestützpunkte auf einen Mangel an hauswirtschaftlichen und häuslichen Betreuungsangeboten hin, der insbesondere Bad Neuenahr-Ahrweiler, Grafschaft, entlang der Rheinschiene sowie die VG Brohlthal betrifft (Rohrmann & Schädler, 2019).

Tabelle 14: Mittlere Entfernung von den Ortsmittelpunkten zu den beiden nächstgelegenen ambulanten Pflegediensten im Kreis Ahrweiler. Stand April 2019.

Ortsmittelpunkt	Entfernung
Bad Neuenahr-Ahrweiler	3,52 km
Grafschaft	6,35 km
Remagen	4,95 km
Sinzig	3,28 km
VG Adenau	10,76 km
VG Altenahr	10,67 km
VG Bad Breisig	4,23 km
VG Brohlthal	6,71 km
Landkreis Ahrweiler insgesamt	7,88 km

Quelle: Eigene Darstellung nach Rohrmann und Schädler 2019

Kreisweit gibt es 13 stationäre Altenpflegeeinrichtungen – mit Konzentration in der Kreisstadt (Rohrmann & Schädler, 2019). In der VG Adenau sind zwei stationäre Pflegeeinrichtungen angesiedelt (Villa am Buttermarkt in Adenau und das Alte Burg Altenpflegeheim in Herschbroich). Die Villa am Buttermarkt bietet neben der stationären Pflege sowohl Kurzzeit-, Verhinderungs- und Tagespflege als auch vollstationäre Pflege, unterstütztes Wohnen (Hauswirtschaft, Pflege, medizinische Betreuung, Hausnotruf) und einen Mittagstisch an (Projekt 3 2024). Das „Alte Burg Altenpflegeheim“ in Herschbroich bietet Pflege für alle Pflegegrade und speziell für Menschen mit Demenz. In der Umgebung sind fünf weitere Senioren- und Altenpflegeheime (Kelberg, Kempenich, Weibern, Ulmen) sowie eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (Kelberg).

Neben der quantitativen Betrachtung von Bedarfen und Kapazitäten sind zudem qualitative Kriterien für die Planung der pflegerischen Versorgung relevant: Die Entfernungen zwischen bisherigem Wohnort und nächstgelegenen Einrichtungen ist sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 15). Einwohner:innen der VG Adenau haben die längste mittlere Entfernung zur nächstgelegenen stationären Pflegeeinrichtung zu bewältigen (12,3 km). Im Kreis Ahrweiler beträgt die mittlere Entfernung 8,4 km. Es besteht nach den Erfahrungen der Pflegestützpunkte vor allem ein Mangel an wohnortnahen Pflegeplätzen auch in den ländlichen Gebieten des Kreises. Ferner sei es oft schwierig, bei Bedarf einen freien Kurzzeitpflegeplatz zu finden, auch wenn die meisten Träger stationärer Pflegeeinrichtungen auch Kurzzeitpflegeplätze anbieten (Rohrmann & Schädler, 2019). Viele ergänzende Dienste sind an stationäre Einrichtungen angebunden. Hinweise auf die Einbindung ehrenamtlicher Aktivitäten oder eine stärkere Anbindung an das Gemeinwesen finden sich eher selten (Rohrmann & Schädler, 2019).

Tabelle 15: Mittlere Entfernung von den Ortsmittelpunkten zu den beiden nächstgelegenen stationären Pflegeeinrichtungen im Kreis Ahrweiler. Stand April 2019.

Ortsmittelpunkt	Entfernung
Bad Neuenahr-Ahrweiler	3,05 km
Grafschaft	5,97 km
Remagen	5,88 km
Sinzig	3,72 km
VG Adenau	12,30 km
VG Altenahr	9,83 km
VG Bad Breisig	7,11 km
VG Brohlthal	6,37 km
Landkreis Ahrweiler insgesamt	8,38 km

Quelle: Eigene Darstellung nach Rohrmann und Schädler 2019

Für Pflegebedürftige sowie pflegende An- und Zugehörige bieten vier Pflegestützpunkte im Kreis Ahrweiler kostenfrei, neutral und unverbindlich Beratung zu vorhandenen Unterstützungsangeboten an. Diese bilden im Landkreis Ahrweiler ein flächendeckendes Netzwerk und sind aufgeteilt auf die Orte Adenau, Bad Neuenahr-Ahrweiler, Niederzissen und Sinzig. Falls erforderlich, bieten die Mitarbeiter:innen der Pflegestützpunkte auch Beratungsdienste im häuslichen Umfeld an (Kreisverwaltung Ahrweiler 2021). Auch die Beratungsarbeit der Pflegestützpunkte verdeutlicht, dass sowohl Plätze in der stationären Pflege und Kurzzeitpflege als auch in der Tagespflege fehlen. Hier bestehen nach den Erfahrungen der Berater:innen Versorgungsengpässe, die auch haus- und fachärztliche Leistungen sowie Hauswirtschaft und Betreuungstätigkeit im Alltag betreffen. Niedrigschwellige Betreuungsangebote für pflegebedürftige Menschen sowie zeit- und ortsnahe Lösungen zur Unterbringung würden auch fehlen. Nicht nur der Beratungsbedarf nehme zu, sondern auch die Komplexität

der Beratungsfälle. Neben Unterstützung bei administrativen Fragen sei Einsamkeit ein zunehmendes Problem von Pflegebedürftigen (Remshagen et al. 2024). Die Arbeit der etablierten Gemeindefachkräften plus im Landkreis Ahrweiler stelle eine wichtige präventive Maßnahme für die soziale, gesundheitliche und hauswirtschaftliche Versorgung dar, um möglichen Pflegebedarf zu vermeiden oder zu verzögern.

Es gibt im Landkreis Ahrweiler weitere spezialisierte Angebote pflegerischer (und medizinischer) Versorgung, u.a. die Hospizarbeit und die Palliativmedizin (Rohrmann, Schädler 2019). Der Hospiz Verein Rhein-Ahr e. V. betreibt ein stationäres Hospiz in Bad Neuenahr-Ahrweiler mit einer Zweigstelle in Adenau und bietet palliativmedizinische Beratung und Behandlung sowie die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. Dazu arbeitet die Einrichtung mit Hausärzt:innen und Palliativmediziner:innen zusammen und bietet Selbsthilfegruppen an (Rohrmann & Schädler, 2019). Im Krankenhaus Maria Stern in Remagen gibt es eine Palliativstation (Rohrmann & Schädler, 2019). Die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel betreiben das Hospiz im Ahrtal seit 2015 mit dem Hospiz-Verein Rhein-Ahr und der Marienhaus GmbH. 2022 folgte die Gründung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Das Bethel Hotel zum Weinberg in Bad Neuenahr-Ahrweiler bietet als inklusiver Betrieb 40 Arbeitsplätze für Menschen mit Beeinträchtigungen. Die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel sind auch Eigentümer des Integrativen Mehrgenerationen-Quartiers (IMQ) in Bad Neuenahr und vermieten seit 2023 dort 16 barrierefreie Wohnungen an Menschen mit Beeinträchtigungen (v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel 2024).

Auch einige ambulante Pflegedienste in Bad Breisig und Remagen bieten explizit Sterbebegleitung und Hospizarbeit an, u. a. die Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. Bad Breisig (Hospizarbeit), der Ambulante Pflegedienst Lebenswert in Bad Breisig (Palliativversorgung) und der Ambulante Kranken- und Pflegedienst Schramm in Remagen (Sterbebegleitung) (Rohrmann & Schädler, 2019).

2.2.4 Ambulante Versorgung bei Unfällen (D-Arzt)

Die Versorgung bei Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen erfordert nicht in allen Fällen auch rettungsdienstliche und notärztliche Versorgung. Ist eine ambulante Versorgung ausreichend, sind niedergelassene Ärzt:innen mit einer BG-Zulassung (sogenannte Durchgangsärzt:innen, D-Ärztin oder D-Arzt) die Anlaufstelle für medizinische Versorgung sowie ggf. weitere Nachsorge. Sie müssen nicht zwingend die erste Anlaufstelle im Falle eines Schul- oder Arbeitsunfalles sein, sind aber für die Weiterversorgung zuständig (DGUV 2019, DGUV 2024a). Kostenträger ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Die nächstgelegenen Durchgangsärzte in der Region Adenau sind in Mayen (Dr. med. Horst Kay im St. Elisabeth-Krankenhaus sowie Dr. med. Thomas Hörsch in der Gemeinschaftspraxis Hörsch & Dr. Lehrmann, Zentrum für ambulante Chirurgie und Orthopädie (ZACO), ca. 29 km/32 min von Adenau entfernt), in Daun (Praxis Karl Grober, ca. 30 km/33 min von Adenau entfernt) und in Bad Neuenahr-Ahrweiler (Praxis Dr. med. Roman Bauer, ca. 39,6 km/37 min von Adenau entfernt) (DGUV 2024a).

2.2.5 Notfallversorgung und Rettungswesen

Die VG Adenau liegt im Leitstellenbereich Koblenz. Von dort werden Rettungseinsätze für die Region koordiniert. Für die Rettung sind sowohl die Rettungswachen mit Rettungswagen auf dem Boden als auch die Luftrettung relevant. Die Leitstelle dafür ist eine hubschrauberführende Leitstelle für den Rettungshubschrauber Christoph 23 mit Standort Koblenz.

Im Adenauer Land und im Kreis Ahrweiler ist das DRK offiziell der alleinige Träger von Rettungswachen und Rettungsdiensten. Im gesamten Bundesland Rheinland-Pfalz spielt diese Wohlfahrtsorganisation eine bedeutende Rolle: Im Jahr 2018 betrug der Anteil des DRK an allen öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstleistungen in RLP 80,2 % aller Gesamteinsätze (Brucker, 2018). Im Kreis Ahrweiler wirkt der DRK Kreisverband Ahrweiler beim landesgesetzlichen Rettungsdienst mit und organisiert die Rettungswachen und -dienste, einschließlich der Rettungswache in Adenau. Diese ist Lehrrettungswache und seit 2020 auch Notarztstandort (FV Krankenhaus und Notarztstandort Adenau 2024a). In Vorhaltung sind hier ein Notarzteinsetzfahrzeug (NEF), ein Rettungswagen (RTW) und ein Krankentransportwagen (KTW) für das Gebiet der Verbandsgemeinde Adenau und die Randbereiche der benachbarten Verbandsgemeinde Altenahr (etwa 15.000 Einwohner:innen). Während der Tourismussaison (insbesondere an Wochenenden und Feiertagen in den Monaten von April bis September) wird ein weiterer RTW bereitgehalten (DRK KV Ahrweiler 2024b). Das NEF wurde für die Rettungswache Adenau angeschafft, damit der Notarzt unabhängig vom Rettungsfahrzeug mobil sein kann. Das Land Rheinland-Pfalz finanzierte nach der Schließung des St. Josef Krankenhauses vorübergehend einen zweiten RTW (unabhängig von der Tourismussaison mit Befristung zum 31. Dezember 2023), der durch das DRK umgesetzt wurde. Dieser wurde wegen zu geringer Inanspruchnahme vorzeitig eingestellt. Eine (unbefristete) Verlängerung für den Einsatz des zweiten RTW in der VG Adenau konnte bisher nicht erreicht werden (Tarrach 2023), sie scheint aufgrund der faktisch geringen Auslastung auch künftig wenig aussichtsreich.

Die nächstgelegenen Rettungswachen sind die Rettungswachen an den jeweils ca. 20 Minuten entfernten Standorten in Kempenich, Altenahr und Kelberg (DRK KV Ahrweiler 2024b). Am Nürburgring wird der Betriebsrettungsdienst Nürburgring betrieben (ca. 15 Minuten entfernt, mit integriertem Medical Center und Intensivtransporthubschrauber der Johanniter-Unfall-Hilfe). Hier ist neben dem Rettungsdienst eine Bedarfsleitstelle eingerichtet, die vor Ort bei Großveranstaltungen unterstützt und die Leitstelle Koblenz entlastet. Von Mitte März bis Mitte November ist dort täglich auch ein NEF stationiert, das ebenfalls von der Leitstelle in Koblenz alarmiert werden kann. Damit zeigt sich aus Sicht des DRK Kreisverbands Ahrweiler das Nürburgring Medical Center als eine wichtige ergänzende medizinische Stütze der Region (DRK KV Ahrweiler 2024d).

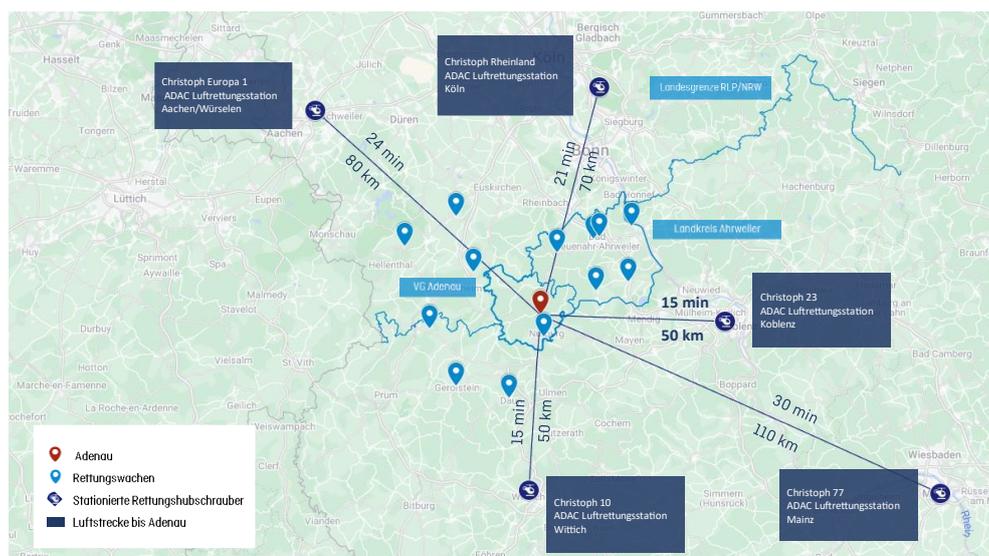
Im Leitstellenbereich Koblenz und im Umkreis der Verbandsgemeinde Adenau liegen u. a. die folgenden Rettungswachen bzw. -dienste:

- Bad Neuenahr-Ahrweiler, Lehrrettungswache, Notarztstandort
- Altenahr
- Adenau, Lehrrettungswache, Notarztstandort
- Nürburg, Medical Center Nürburgring
- Kempenich
- Niederzissen, Lehrrettungswache
- Kelberg (DRK Rettungsdienst Eifel-Mosel-Hunsrück gGmbH)

Die topografischen Gegebenheiten im Adenauer Land führen dazu, dass ein Rettungsfahrzeug teilweise sehr lange für einen Einsatz gebunden ist, bis es wieder zur Verfügung steht. Die stationäre Notfallversorgung erfolgt in den umliegenden Kliniken, die die Rettungswagen hierfür anfahren (vgl. Abschnitt 2.2.2 und Abbildung 8, S. 28). Die Schließung des Adenauer Krankenhauses hat vor allem Auswirkungen auf die zeitliche Dauer einer Fahrt bis zur akutstationären Notfallversorgung. Im Einsatzfall können lange Fahrtzeiten negative Konsequenzen für Patient:innen in Notlagen bedeuten. Ferner dauert es bedingt durch die langen Wege zu den umliegenden Kliniken mitunter Stunden, bis genutzte Rettungswagen in Adenau wieder zur Verfügung stehen. Von besonderer Bedeutung ist dies mit Blick auf besonders zeitkritische Tracer-Diagnosen (Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand, ST-Hebungsinfarkt, Schwerverletzte/Polytrauma, schweres Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Sepsis) und die Einhaltung der Hilfsfrist.

Die nächstgelegenen Luftrettungsstationen sind Koblenz und Wittlich mit den Rettungshubschraubern Christoph 23 (Koblenz) bzw. Christoph 10 (Wittlich). Beide sind ca. 50 km von Adenau entfernt stationiert und benötigen ca. 15 min, um Orte in diesem Umkreis zu erreichen (ADAC Luftrettung 2024b, 2024c). Im Umkreis von ca. 70 km ist der Intensivtransporthubschrauber Christoph Rheinland-Köln stationiert, der ca. 21 min benötigt, um Orte in diesem Umkreis zu erreichen (ADAC Luftrettung 2024d). Dieser wird zwar hauptsächlich für den luftgebundenen Intensivtransport eingesetzt, kann aber auch für Notfalleinsätze angefordert werden (ebd.). Rettungshubschrauber können einen Einsatzort teils schneller erreichen als ein RTW. Lediglich bei manchen Wetterlagen und nachts können keine Einsätze geflogen werden (ADAC Luftrettung 2022). Die geografische Verteilung der Rettungswachen und Luftrettungsstationen in der Region Adenau, im Landkreis Ahrweiler und Teilen von Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen ist in Abbildung 10 stellt dargestellt.

Abbildung 10: Kartografische Darstellung der Standorte von Rettungswachen und Rettungshubschraubern (Luftrettung) im Umkreis der VG Adenau. Stand 05.12.2023.



Kartendaten © 2023 GeoBasis-DE/BKG (©2009), Google. Für die Luftrettung ist die Entfernung (Luftlinie) und Flugdauer in die Zielregion angegeben. Umgebungssuche Google Maps.
Quelle: Umgebungssuche, Google Maps.

Bundesweit ist eine gestiegene Zahl der Rettungsdienst-Einsätze zu beobachten (RKMK 2023). In Rheinland-Pfalz ist diese Zahl zwischen 1993 und 2018 um 125 % gestiegen (Brucker, 2019). Die Einsatzstatistiken für ausgewählte Rettungswachen im Umfeld der Verbandsgemeinde Adenau aus dem Jahr 2018 zeigen, wie häufig die einzelnen Fahrzeuge und das entsprechende Personal für Einsätze ausgerückt ist (vgl. Tabelle 16). Die Daten verdeutlichen, dass die Zahl der notärztlichen Einsätze der Rettungswache Adenau über der Zahl der Rettungswagenfahrten liegt. Des Weiteren wurde eine erhebliche Zahl von Krankentransporten durchgeführt. Im betrachteten Zeitraum wird statistisch eine Vielzahl von Fehleinsätzen (n = 858) verzeichnet, diese machen den Daten folgend knapp ein Viertel aller Einsätze der Rettungswache Adenau aus (23,2 %, vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Leistungen des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes von ausgewählten Rettungswachen im Rettungsdienstbereich Koblenz, 2018

Rettungswache	NEF	ITW	RTW	KTW	Fehleinsätze	Summe	Planstellen*
Adenau	596	354	492	1.401	858	3.701	17,79
Altenahr	0	306	661	108	318	1.393	9,23
Bad Neuenahr-Ahrweiler	1.834	891	2.001	6.218	2.355	13.299	31,14
Niederzissen	0	499	1.087	1.102	849	3.537	12,93
Kempenich**	-	-	-	-	-	-	-

* hauptamtliche nichtärztliche Planstellen im RettD (ohne RLT/ILSt)

** Rettungswache Kempenich wurde am 01. Oktober 2021 in den Dienst genommen

NEF = Notarzteinsetzfahrzeug mit Notarzt:in

ITW = Intensivtransportwagen mit ärztlichem und nichtärztlichem Personal

RTW = Rettungstransportwagen mit Rettungshelfer:in, Rettungssanitäter:in, Rettungsassistent:in, Notfallsanitäter:in und Notarzt:innen

KTW = Krankentransportwagen mit Rettungssanitäter:in und Rettungshelfer:in

Träger aller ausgewählten Rettungswachen ist das Deutsche Rote Kreuz

„In der Einsatzstatistik werden die mit den Kostenträgern abgerechneten Einsätze des bodengebundenen Rettungsdienstes und die Einsätze der mit Rettungs- und Intensivtransporthubschrauber in Rheinland-Pfalz jährlich dokumentiert. Die Zahlen werden von den Landesverbänden der Leistungserbringer zur Verfügung gestellt.“

Quellen: Eigene Darstellung nach Brucker 2018, 2019 & Landesrecht Rheinland-Pfalz 2024

Neben den professionellen Strukturen der Notfallversorgung fördert der DRK Kreisverband Ahrweiler Rettung durch Laien. Hierzu werden ehrenamtliche Helfer:innen ausgebildet. Diese engagieren sich als „Helfer vor Ort“ (HvO) (engl. First Responder) aus der Nachbarschaft und überbrücken im Notfall die therapiefreie Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes oder des Rettungsdienstes. Sie übernehmen damit eine wichtige Funktion in der Rettungskette (DRK KV Ahrweiler 2024a). Darüber hinaus ist die ADAC Stiftung in Zusammenarbeit mit der ADAC Luftrettung und dem ADAC Mittelrhein aktiv engagiert in der Schulung von Lehrkräften zur Reanimation bei Herzkreislaufstillstand. Ziel ist es, den Reanimationsunterricht an weiterführenden Schulen zu fördern (ADAC Stiftung 2024).

2.2.6 Medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Im Adenauer Land bieten mit dem DRK Kreisverband und seinem Ortsverband in Adenau sowie die Projektgruppe „Unser Notarzt“ beim „Förderverein Krankenhaus &

Notarztstandort Adenau e. V.“ zwei Akteure Aus- und Fortbildung in Pflege, Rettung und Medizin an.

Das DRK bietet als Wohlfahrtsträger zum einen Kurse für Laien an, z. B. in Erster Hilfe. Diese Ehrenamtlichen engagieren sich als „Helfer vor Ort“ (HvO). Der DRK Kreisverband Ahrweiler betreibt das Projekt gemeinsam mit den Ortsvereinen im Kreis mit ca. 120 ehrenamtlichen Helfer:innen (DRK KV Ahrweiler 2024a). Das DRK als Träger der Rettungswachen im Kreis Ahrweiler bildet Personal im Rettungsdienst auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen aus (DRK KV Ahrweiler 2024b). Die Ausbildung von Notfallsanitäter:innen erfolgt in Kooperation mit dem Bildungsinstitut des DRK-Landesverbandes Rheinland-Pfalz e. V.. Der praktische Teil erfolgt in anerkannten Lehrrettungswachen im Kreis Ahrweiler. Für klinische Ausbildungsanteile kooperiert das DRK mit Krankenhäusern im Kreis Ahrweiler (DRK-Landesverband RLP 2024).

In Zusammenhang mit der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung in der Region Adenau entstand 2014 die Projektgruppe „Unser Notarzt“. Mit dem „Förderverein Krankenhaus & Notarztstandort Adenau e. V.“ haben die Akteure gemeinsam ein modellhaftes Simulations- und Trainingszentrum aufgebaut und Kursformate in der Unfallversorgung mit modernster Technik entwickelt (FV Krankenhaus und Notarztstandort Adenau 2024b, Hagebölling 2023). Das Tagungszentrum für Notfallmediziner „Am Buttermarkt“ in Adenau ist ein attraktiver Standort für Aus-, Fort- und Weiterbildung von Notärzt:innen, Notfall- und Rettungssanitäter:innen, Medizinstudierenden sowie weiteren Akteuren (FV Krankenhaus und Notarztstandort Adenau 2024a). Bis Anfang 2023 hat die Projektgruppe insgesamt 55 Teilnehmende geschult (Rhein-Zeitung 2023). Dazu zählten Kurse wie: Notärzt:innen der ADAC-Luftrettung bei spezieller Unfallversorgung, Examensvorbereitung für angehende Notfallsanitäter:innen des DRK KV Ahrweiler, Fortbildung von First Respondern beim DRK Ortsverein Adenau oder Vorbereitung für Einsatzkräfte in Impfzentren, weitere Kurse folgten.

2.3 Ableitung von Entwicklungsperspektiven

2.3.1 Krise der Gesundheitsversorgung als öffentliche Wahrnehmung

Die Analyse der regionalen sowie überregionalen Berichterstattung zur medizinischen Versorgung im Adenauer Land verdeutlicht, wie Versorgungssituation sich in der Öffentlichkeit darstellt, insbesondere aus Sicht der Bürger:innen und Patient:innen vor Ort.²

Ende des Jahres 2022 und Anfang 2023 berichteten die lokalen und regionalen Medien über die für Ende März 2023 geplante Schließung des St. Josef-Krankenhauses in Adenau. Im Fokus der Berichte stehen Befürchtungen einer Verschlechterung der Krankenhausversorgung im Kreis Ahrweiler aufgrund geringerer stationärer Kapazitäten (Eifelschau 2022). Eine unzureichende Gesundheitsversorgung, insbesondere

² Zur Analyse der Berichterstattung werden ausgewählte Presseberichte im zeitlichen Umfeld der Schließung des St. Josef-Krankenhauses in Adenau herangezogen. Als Quelle dienten Berichte der Rhein Zeitung aus dem Zeitraum 2023 bis Februar 2024 sowie weitere Medien. Zur vorangehenden Entwicklung vgl. z. B. Faller et al. 2020.

im ländlichen Raum, wird kritisiert [SWR Aktuell 2022]. Die Problematik der langen Fahrwege und -zeiten im Rettungswesen, die durch die Schließung von Kliniken in und um Adenau verstärkt wird, bereitet vielen Bürger:innen und in der Politik zunehmend Sorgen und Angst vor Versorgungsengpässen bei medizinischen Notfällen im Adenauer Land. In der Berichterstattung wird darauf verwiesen, dass neue Konzepte geprüft werden (z. B. klinische Modelleinrichtung der Versorgungsstufe I, Versorgungsangebot von chirurgischen und allgemeinmedizinischen Patient:innen zur 24/7-Versorgung inklusive der Erstbehandlung von Arbeits-, Schul- und Sportunfällen). Die Bevölkerung im Adenauer Land sorgt sich vor allem um die Erreichbarkeit von Akut- und Notfallversorgungsstellen und wünscht sich eine bessere Grund- und Notfallversorgung in der Region, was anhand von Leserbriefen, Zeitungsartikeln und Stellungnahmen der Bürgerinitiative Gesundheitsversorgung Adenauer Land e. V. deutlich wird:

- Ein Leserbrief aus der Rhein-Zeitung vom 29. Juni 2023 offenbarte Probleme der aktuellen Notfallversorgung in Adenau: Ein:e Patient:in musste aufgrund eines Notfalls einen Notruf absetzen. Jedoch verzeichnete der oder die Notfallsuchende zunächst eine „gefühlte lange Warteschleife“, um dann zu erfahren, dass Notarzt und Rettungswagen derzeit aufgrund zeitgleich auftretender Notfälle anderweitig gebunden wären. Nach erneutem Notruf habe die Leitstelle einen Hubschrauber und ein Rettungsfahrzeug aus der Umgebung alarmiert. Die schließlich folgende stationäre Behandlung fand jedoch nicht in der notwendigen Fachabteilung statt, da diese in der Klinik nicht vorhanden war [Wirfs 2023]. Der Erfahrungsbericht verdeutlicht fehlende Kapazitäten im Rettungswesen und Fehlsteuerung in der stationären Notfallversorgung.
- Ein Beitrag des SWR mit Titel „Hier sterben Menschen, weil kein Krankenwagen kommt“ vermittelt eine aus Sicht der Bevölkerung schockierte Wahrnehmung [SWR Aktuell 2023].
- Aus Sicht der „Bürgerinitiative Gesundheitsversorgung Adenauer Land“ ist die Versorgungssituation mit langen Wartezeiten auf einen Rettungswagen und der Schließung des St. Josef Krankenhauses nicht hinnehmbar. Sie fordert ein alternatives Versorgungsmodell, ein regionales Netzwerk aus Arztpraxen und Krankenhäusern oder ein MVZ in Adenau, das rund um die Uhr besetzt ist und ambulante Behandlungen garantiert [Lozano 2023].
- Ulrich Bergmann, Geschäftsführer des DRK-Kreisverbands Ahrweiler berichtete der Rhein-Zeitung, dass die Versorgung im Notfall im Adenauer Land zwar gewährleistet sei, dass aber der Aufwand für Logistik, Koordination und Transport deutlich aufwändiger geworden sei. Z. B. seien viele Telefonate bei der Suche nach freien Behandlungsbetten in den Kliniken notwendig, und Rettungsmittel seien im Einsatz länger gebunden [Voß 2023].

Im Kreis Ahrweiler wird zu dieser Zeit parallel über die Schließung der stationären Geburtshilfe im Krankenhaus in Ahrweiler diskutiert. Dies scheint die Bevölkerung im Kreis zusätzlich zu verunsichern, denn gleichzeitig besteht ein Mangel an Hebammen, so dass eine Verschlechterung der prä- und postnatalen Versorgung erwartet wird. Als Lösungsansatz wird vorgeschlagen, durch Vernetzung und Kooperation der Institutionen und Fachkräfte Versorgungslösungen auf regionaler und lokaler Ebene zu entwickeln [Grüne Kreistagsfraktion Kreis Ahrweiler 2023].

Im Fokus der Berichterstattung im Herbst 2023 standen weiterhin vier von Insolvenz gefährdete Kliniken des DRK in Rheinland-Pfalz sowie die Schließung von Bereitschaftspraxen der KV RLP. Die Anmeldung von Insolvenzverfahren für vier Kliniken des DRK-Verbands verstärkte Sorgen und Unsicherheit bei Bürger:innen, Patient:innen und Politiker:innen. Die entsprechenden Berichte verdeutlichen die insgesamt schwierige finanzielle Lage vieler kleinerer Krankenhausstandorte mit geringeren Bettenzahlen in ländlicher Lage. Auch an diesen Standorten wird für den Fall der Klinikschließung gefordert, alternative Modelle zur Sicherung der Grund- und Notfallversorgung zu entwickeln – „wohnnah mit ambulanten fach- und hausärztlichen Leistungen“ [Hauck et al. 2023, Kunst, Kratzer 2023]. Die Presseberichte über reduzierte Öffnungszeiten und Schließungen von Bereitschaftspraxen der KV RLP verstärken

den Eindruck einer schlechter werdenden Gesundheitsversorgung (Kunst 2023a, 2023b). Für einzelne Klinikstandorte kann auch die Schließung einer Bereitschaftspraxis Probleme für das Betreiberkonzept erzeugen, das auf Zusammenarbeit von stationären und niedergelassenen Ärzt:innen beruht (z. B. in Altenkirchen, ebd.). Auch aus Sicht der Kommunen ist die Schließung einer Bereitschaftspraxis problematisch, wenn es um die Sicherung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung geht (Koch 2023).

Sorge und Kritik, insbesondere zur Notfallversorgung, brachte die Bevölkerung auch im Adenauer Karneval 2024 zum Ausdruck: Im Umzug kritisierte sie, mit Darstellung auf einem Umzugswagen, den Zusammenhang fehlender Rettungsmittel, notwendiger Luftrettung und einer vor Ort wirkungslos erscheinenden Landarztquote.

Die Berichterstattung zur Krankenhausschließung und Notfallversorgung ist einerseits geprägt von Schilderungen über Erfahrungen der Bürger:innen und Patient:innen. Sie zeigen erhebliche Probleme in der Grund- und Notfallversorgung auf. Die Bürger:innen und ihre politischen Vertreter auf lokaler Ebene bringen ihre Besorgnis über die Versorgungssituation zum Ausdruck. Andererseits legen Akteure aus der Versorgung Zahlen, Daten und Fakten zur Versorgungssituation in der Notfall- und Grundversorgung in der Region Adenau und im Kreis Ahrweiler vor. Sie werten die vorhandenen Strukturen als ausreichend (vgl. Voß 2023). Es werden jedoch nicht nur Versorgungsproblematiken beschrieben, sondern auch Lösungsansätze diskutiert, die neue Versorgungsmodelle mit ambulanten und stationären Lösungen in den Blick nehmen. Als Lösungsansatz wird wiederholt eine lokale Lösung für Adenau vorgeschlagen. Demnach wäre eine vorwiegend ambulante Grund- und Notfallversorgung mit Anbindung eines Durchgangs-Arztbesuchers unter Beteiligung der Leistungserbringenden, die bereits vor Ort tätig sind, ein ausreichender Lösungsansatz.

2.3.2 Stakeholder: Ausgewählte Akteure

Für die künftige Sicherstellung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau ist eine Vielzahl von Akteuren und Stakeholdern zu beteiligen. Ihr aktives Mitwirken und der Einbezug ihrer Interessenlagen ist für eine erfolgreiche Planung und Umsetzung von Versorgungslösungen notwendig. Zu den Akteuren und Stakeholdern zählen u. a.:

- Bürgerinnen und Bürger der Region Adenau
- Bürgerinitiative Gesundheitsversorgung Adenauer Land e. V.
- Hausärzt:innen sowie Fachärzt:innen im Adenauer Land
- Ärztenetz Kreis Ahrweiler e. V.
- Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
- Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege
- Umliegende Krankenhäuser und Kliniken
- Physio-, Ergo- und Logotherapeut:innen
- Hebammen
- Apotheken
- Sanitätshäuser
- DRK-Kreisverband Ahrweiler e. V.
- DRK-Ortsverband Adenau e. V.
- Förderverein Krankenhaus und Notarztstandort Adenau e. V.
- Trainings- und Simulationszentrum Adenau
- Integrierte Leitstelle Koblenz
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

- Krankenkassen, Pflegekassen, Gesetzliche Unfallversicherung und Rentenversicherung
- Wohlfahrtsverbände und Träger stationären- und ambulanten Hospizdiensten
- Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe
- Bildungseinrichtungen
- Weitere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung
- Vertreter:innen des Pflegestützpunktes und der Gemeindegewerkschaft
- Selbsthilfegruppen und bürgerschaftliches Engagement im Bereich Gesundheit
- ADAC-Luftrettung
- Medical Center am Nürburgring
- Investor:innen und Unternehmen der regionalen Wirtschaft
- Vertreter:innen der Gebietskörperschaften (insbesondere Stadt Adenau, Verbandsgemeinde Adenau, Landkreis Ahrweiler, Land Rheinland-Pfalz)

Ausgewählte Akteure und ihre Interessenlagen, die vornehmlich für die Entwicklung von Perspektiven sowie zur Planung und Umsetzung von Versorgungslösungen im Adenauer Land einzubeziehen sind, werden nachfolgend beschrieben.

Die niedergelassenen Haus- und Fachärzt:innen im Adenauer Land stehen für eine gute Versorgung ihrer Patient:innen. Mit Blick auf faktisch bestehende und künftige Veränderungsprozesse der Versorgungslandschaft im Adenauer Land (Krankenhausschließung, Suche von ärztlichen Nachfolger:innen, Fachkräftemangel, Zunahme chronischer Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit), ist es wichtig, für junge Nachwuchsmediziner:innen ein effektives und attraktives Arbeitsumfeld zu schaffen. Kollegiale Zusammenarbeit und Kooperationen der Ärzt:innen in der Region, größere Praxisstrukturen (Gemeinschaftspraxen oder MVZ) sind vorteilhaft. Ein Teil der lokalen Ärzteschaft hat sich bereits im Ärztenez Ahrweiler e. V. organisiert. Die Zusammenarbeit der ärztlichen Kolleg:innen in der Region ist ein wichtiges Signal auch für niederlassungsinteressierte junge Ärzt:innen. Für Praxisbetreiber:innen, die altersbedingt ihre Praxis an Nachfolger:innen übergeben möchten, kann sich eine Modernisierung der Praxisstrukturen bereits im Vorfeld der Nachfolger:innensuche auszahlen. Die Rolle und Bedeutung der niedergelassenen Ärzt:innen, die in den nächsten Jahren ihre Praxis übergeben möchten, ist also zentral: Sie prägen die Rahmenbedingungen, Chancen und Möglichkeiten für künftige Niederlassungen in der Region Adenau und können helfen, die Chancen der Sicherung der ambulanten Versorgung zu verbessern.

Der DRK-Kreisverband Ahrweiler e. V. ist ein zentraler Akteur für 1) die Sicherung des Rettungswesens, 2) die Fortbildung und Qualifizierung im Rettungswesen, in der Pflege und sozialen Arbeit sowie 3) der Gewinnung von Ehrenamtlichen für die vielfältigen Aufgaben des DRK im Adenauer Land. Entsprechend der Tätigkeiten arbeitet der Verband mit den umliegenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzt:innen zusammen, ist Ansprechpartner für pflegerische Versorgung. Der Verband ist in der Region durch die vielfältigen Aufgaben sowohl mit Institutionen als auch innerhalb der Bevölkerung gut vernetzt und akzeptiert. Konkret erbringt der DRK-Kreisverband soziale Dienstleistungen (HausNotruf, ambulante Pflege, betreutes Wohnen, Erste-Hilfe-Kurse), Rettungsdienste mit (Lehr)Rettungswachen, einschließlich Notarztstandort Adenau, sowie die Bedarfsleitstelle am Nürburgring. Er bietet entsprechende Qualifizierungen, Ausbildungen und Freiwilligendienste im Kreisgebiet an. Damit ist der Verband ein wichtiger Akteur des Rettungswesens und der pflegerischen Versorgung im Adenauer Land. Er ist beteiligt am Projekt Gemeindegewerkschaft^{plus} für die Standorte Niederzissen und Sinzig (jeweils in den DRK Soziale Servicezentren) und bildet professionelle Ersthelfer:innen im Projekt „Helfer vor Ort“ aus (DRK KV Ahrweiler 2024a, 2024c).

Der Förderverein Krankenhaus und Notarztstandort Adenau e.V. engagiert sich seit Jahren für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung im Adenauer Land. Gründungsidee war die Unterstützung des mittlerweile geschlossenen St. Josef Krankenhauses in Adenau. Der Verein engagiert sich auch politisch für die medizinische Versorgung, z. B. für die Sicherung eines Notarztstandortes in der Stadt Adenau. Dazu arbeitet der Verein gemeinsam mit der Ärzteschaft, dem DRK, dem Krankenhausträger, der ADAC Luftrettung, dem Projekt „Unser Notarzt“, kommunalen Vertreter:innen der Region (Verbands- und Ortsgemeinden), Vertreter:innen des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit in Mainz, Pflegekräften, Notfallsanitäter:innen u. a. m. zusammen. Ziel der Arbeit ist v. a. die Sicherung der regionalen medizinischen Versorgung (einschließlich Notfallversorgung) im Adenauer Land mit Fokus auf Patientenorientierung und Versorgungsqualität. Der Förderverein ist ein wichtiger Akteur in der Region mit einem starken Netzwerk. Der Förderverein hat das Potential, die Entwicklung von Perspektiven und Lösungen der Gesundheitsversorgung im Adenauer Land maßgeblich voranzutreiben.

Die integrierte Leitstelle Koblenz ist die Notrufzentrale für Brandschutz und Rettungsdienst in mehreren Gebietskörperschaften (Landkreise Bad Neuenahr-Ahrweiler, Cochem-Zell, Mayen-Koblenz und Stadt Koblenz). Träger der gemeinsamen Leitstelle von Feuerwehr und Rettungsdienst ist das DRK, gemeinsam mit den aufgeführten Landkreisen und der Stadt am Sitz der Berufsfeuerwehr Koblenz. Sie ist hubschrauberführende Leitstelle für den ADAC-Rettungshubschrauber „Christoph 23“, der am Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz stationiert ist. Die integrierte Leitstelle ist ein relevanter Akteur für die Entwicklung von (telemedizinischen) Lösungen und rettungsdienstlicher Patientensteuerung, z. B. für die (Erst-) Einschätzung, Erst- und Weiterversorgung von Patienten:innen, oder auch eine mögliche Integration des kassenärztlichen Notfalldienstes und der Leitstelle (z. B. Medina, 2019, ADAC Luftrettung 2024a, DRK KV Mayen-Koblenz 2023).

Bei Rettungseinsätzen alarmiert der zuständige Disponent der integrierten Leitstelle Koblenz ein geeignetes und verfügbares Rettungsmittel. Je nach Notfall und Einsatzort kann dazu die Luftrettung (Rettungshubschrauber) zum Einsatzort entsandt werden. Die ADAC-Luftrettung arbeitet als Leistungserbringer mit dem Medical Center am Nürburgring zusammen und bringt sich im Simulations- und Trainingszentrum am Buttermarkt in Adenau ein. Der ADAC ist bundesweit, aber auch in der Region Adenau und im Kreis Ahrweiler, ein gut vernetzter Akteur, der die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungslösungen unterstützen kann.

Die kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz ist Vertreterin der niedergelassenen Ärzte in Rheinland-Pfalz und für die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung verantwortlich. Sie kann Anreize und Förderungen für Niederlassungen setzen, wo ärztliche Versorgungslücken drohen. Außerdem organisiert sie die Servicenummer für Patient:innen (116 117) für ambulante Notfälle, die durch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden (in Bereitschaftspraxen oder durch Hausbesuche). Sie ist der zentrale Akteur für die Organisation und Vergütung der niedergelassenen Ärzteschaft und ist relevanter Partner für Möglichkeiten des Aufbaus, der Zulassung und des Betriebens neuer Versorgungsmodelle und Versorgungslösungen im Verbund der Ärzteschaft.

Die Marienhaus-Gruppe ist Trägerin des Krankenhauses in Bad Neuenahr-Ahrweiler und Eigentümerin der Immobilie des ehemaligen St. Josef Krankenhauses Adenau. Des Weiteren unterhält sie Alten- und Pflegeheime, stationäre und ambulante Hospiz-

dienste, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Bildungseinrichtungen und weitere Einrichtungen. Diese sind nicht nur im Kreis Ahrweiler angesiedelt, sondern im gesamten Bundesland Rheinland-Pfalz und auch darüber hinaus. Das Krankenhaus Maria Hilf in Bad Neuenahr-Ahrweiler ist ein wichtiger Standort für die stationäre Notfallversorgung im Adenauer Land. Neben der stationären Notaufnahme ist hier auch der kassenärztliche Bereitschaftsdienst für den Landkreis verortet. Die Expertise und das Versorgungsnetzwerk, das die Marienhaus-Gruppe mit ihren Leistungen abbildet, kann eine wichtige Ressource für die Entwicklung von Perspektiven und Lösungen der Gesundheitsversorgung sein. Jedoch besteht bei den Akteuren im Adenauer Land auch Skepsis aufgrund der vorangegangenen Entwicklungen vor Ort.

Eine umfassende Grundversorgung umfasst neben medizinisch-ärztlichen Leistungen auch pflegerische und therapeutische Maßnahmen. Insbesondere Vertreter:innen der stationären und ambulanten Pflege, sozialer Dienste sowie Vertreter:innen des Pflegestützpunktes und der Gemeindegewerkschaften^{plus} sind wichtige Akteure für den pflegerischen Versorgungsprozess sowie seiner Unterstützung und Koordination. Neben dem Krankenhaus Maria Hilf und dem DRK zählen zu den wichtigen Akteuren aus dem Bereich der Pflege das Seniorenzentrum Villa am Buttermarkt, das Alte Burg Altenpflegeheim sowie der Zweckverband Sozialstation Adenau-Altenthr und der Pflegedienst solweo in Adenau.

Neben der Beteiligung der leistungserbringenden Akteure ist die Unterstützung und Kooperation der Vertreter:innen der Gebietskörperschaften zentral für Entwicklung, den Aufbau und die Sicherung von Strukturen und der Grund- und Nahversorgung. Die Kommunen und Kreise entwickeln und verantworten ganzheitliche Ansätze der Daseinsvorsorge bis hin zu medizinisch-pflegerischen Nahversorgungskonzepten. Sie können nachhaltige Strukturen steuern, vernetzen und fördern und so zu niedrigschwellige Teilhabe und gesundheitsförderlichen Bedingungen vor Ort beitragen. Dies ist ein wichtiger Faktor für die Standortattraktivität einer Kommune. Eine interkommunale und regionale Vernetzung – auch kreisübergreifend – ist erforderlich, um den gegenwärtigen Herausforderungen für Gesundheitsversorgung und Standortattraktivität zu begegnen. Die Kommunen benötigen Ressourcen für diese nachhaltige Strukturentwicklung. Auch die Landesregierung Rheinland-Pfalz engagiert sich für die ambulante Versorgung und ist verantwortlich für die Krankenhausplanung (Landeskrankenhausplan). Ihre Unterstützung ist für eine zukunftsfähige Implementierung innovativer Versorgungsmodelle und -lösungen nicht nur hilfreich, sondern mit Blick auf ländliche Regionen in Rheinland-Pfalz auch strukturell erforderlich.

2.3.3 Stärken und Schwächen

Mit einer SWOT-Analyse werden systematisch Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken für eine definierte Fragestellung betrachtet. Die Entwicklung von Perspektiven der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der VG Adenau wird auf der Grundlage der Bestandsanalyse im Folgenden zusammenfassend reflektiert, und zwar mit Blick auf Chancen und Risiken der Gesundheitsversorgung (vgl. Tabelle 17), sowie Stärken und Schwächen regionaler, innovativer und vernetzter Versorgungslösungen (vgl. Tabelle 18).

Chancen und Risiken der Gesundheitsversorgung in der Verbandsgemeinde Adenau

Die ambulante Versorgung in der Region Adenau und im Kreis Ahrweiler ist grundsätzlich gesichert und es gibt aktuell keine freien Arztsitze in der Region (KV RLP 2024g). Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzteschaft und der Strukturen der Praxen (überwiegend Einzelpraxen) besteht Handlungsbedarf, um frühzeitig Niederlassungsinteressierte für die mittelfristige Übernahme von Praxen bzw. Arztsitzen zu gewinnen, z. B. mit attraktiven, zeitgemäßen Arbeitsstrukturen (z. B. Anstellungsmöglichkeiten in Gemeinschaftspraxen oder MVZ). Auch die Förderung von vernetzter Versorgung, regionalem Austausch und Kooperation der Leistungserbringer ist ein wichtiger Standortfaktor. Dadurch können die vorhandenen Ressourcen medizinischer Angebote und Dienstleistungen der ambulanten sowie der stationären Medizin können besser genutzt werden (Ärztenez Ahrweiler 2024b, VG Adenau 2023). Des Weiteren können alle Arztgruppen, Kliniken und weitere geeignete Partner aus der Region (z. B. Marienhaus MVZ, umliegende Kliniken, DRK-Kreisverband Ahrweiler) Strukturen zur (fachärztlichen) Aus- und Weiterbildung entwickeln. Attraktive Weiterbildungsangebote und -strukturen sind ein wichtiger Standortfaktor einer Region für Nachwuchsmediziner:innen. Ferner geben Statistiken zur Morbidität in der Region Hinweise auf mögliche Versorgungsbedarfe, z. B. die Behandlung von Herz-Kreislauferkrankungen. Auch die Zahl von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen wächst. Ein ergänzendes regionales Gesundheits- und Versorgungsangebot, dass diese Versorgungsbedarfe und Chancen von Prävention für betroffene Bevölkerungsgruppen berücksichtigt, erscheint sinnvoll.

Die Entwicklung von Perspektiven für eine gesundheitsbezogene Grundversorgung muss auch die Pflege einbeziehen. Die Kapazitäten der pflegerischen ambulanten und stationären Versorgung können gegenwärtig als im Grundsatz ausreichend bezeichnet werden. Allerdings wird der Bedarf zunehmen, und vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und gleichzeitigem steigendem Fachkräftemangel ist auch innerhalb der Pflege Zusammenarbeit, Vernetzung und die Suche nach neuen Formen der Zusammenarbeit sinnvoll. Auch die berufsübergreifende Kooperation ist für die Sicherstellung der Versorgung relevant.

Entsprechend der Prognosen des Pflegebedarfs erscheint es sinnvoll, die Kapazitäten und Differenzierung pflegerischer Leistungen im Adenauer Land bedarfsgerecht aufzustocken und weiterzuentwickeln. Dabei geht es um ambulante und stationäre Pflege, Tagespflege und Kurzzeitpflege, Unterstützung zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sowie Prävention. Die interprofessionelle Vernetzung in der Region schafft wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung dieser Angebote. Ferner können Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen attraktiv gestaltet werden, neue Tätigkeitsfelder geschaffen und bestehende erweitert werden (z. B. Patientenlotsen, Case Management, Gemeindeschwester plus, pflegerische Notfallversorgung, Palliativversorgung). Dies trägt nicht nur zur Sicherung der Pflegeversorgung, sondern auch dazu bei, Fachkräfte in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen zu halten und neue dazu zu gewinnen.

Tabelle 17: Chancen und Risiken für die Gesundheitsversorgung in der Verbandsgemeinde Adenau

Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> – Aus Sicht der KV RLP ist die ambulante Versorgung gegenwärtig ausreichend – Lokale kurz- und mittelfristige Nachbesetzungsbedarfe ermöglichen die Weichenstellung, neue, attraktive Strukturen und Arbeitsbedingungen in der ambulanten medizinischen Versorgung zu schaffen – Vorhandene vernetzte Strukturen in der pflegerischen Versorgung (Pflegestützpunkt und Gemeindegewerplus) lassen sich weiter ausbauen – Vernetzung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungserbringenden kann die Versorgung verbessern – Lehrrettungswache mit Notarztstandort in der Stadt Adenau stellt nicht nur die Notfallversorgung sicher, sondern ist auch für die Ausbildung von Nachwuchs in der Region relevant – Ausbau der „Helfer vor Ort“ und weiterer ehrenamtlicher Strukturen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> – Altersbedingt steigender Versorgungsbedarf, steigende Pflegebedarfe, Verrentung von Ärzt:innen und Praxisabgaben – Drohende Unterversorgung von Patient:innen insbesondere mit chronischen Erkrankungen und ihrer Diagnostik – Nachbesetzung von (hausärztlichen) Praxen im ländlichen Raum ist schwierig aufgrund bundesweit großer Nachfrage nach Nachwuchsmediziner:innen – Praxisstrukturen (Einzelpraxis) wenig attraktiv für Nachfolgersuche – Topografische Bedingungen erschweren das Aufsuchen umliegender Krankenhäuser und Bereitschaftspraxen sowie eine zeitgerechte Notfallversorgung und können die Outcomes in der Versorgung negativ beeinflussen – Mangelnde Ressourcen für die Notfallversorgung: Mangel an Personal für RTW und KTW, kein D-Arzt, Bereitschaftspraxis in Ahrweiler. Folge können schlechtere medizinische Outcomes und erhöhte Mobilitätsanforderungen zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sein – Wettbewerb mit ländlich geprägten Kommunen und Kreisen um Fachkräfte aus Medizin und Gesundheitsversorgung

Quelle: Eigene Darstellung

Die Versorgung im Notfall ist gegliedert in die ambulante Notfallversorgung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, den Rettungsdienst sowie die stationäre Notaufnahme. Sowohl in der ambulanten Notfallversorgung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes als auch im Rettungsdienst (Leitstelle) erfolgt zunächst eine Triagierung zur Steuerung der Patient:innen. Die Vorhaltung von parallelen Strukturen zur Patient:innensteuerung (Leitstelle und Servicestelle der KV RLP) kann die Orientierung und adäquate Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch Patient:innen erschweren. Im Adenauer Land ist zudem mit teils langen Wegzeiten für das Aufsuchen der Bereitschaftspraxis oder Wartezeiten bis zum Eintreffen des Rettungswagens, ggf. für den Transport zur stationären Notaufnahme, zu rechnen. Dies kann negative Konsequenzen für den Gesundheitszustand und Behandlungsergebnisse zur Folge haben. Eine sinnvolle und bereits erprobte Ergänzung der Notfallversorgung ist die Fortführung der ehrenamtlichen „Helfer vor Ort“, die bei Notfällen in der Nachbarschaft Erste Hilfe leisten und die Rettungskette ergänzen. Mit Blick auf Morbidität und Alterung der Bevölkerung in der VG Adenau und im Kreis Ahrweiler ist zu schließen, dass die Zahl der Rettungs- und Krankenfahrten weiter zunehmen wird. Auch Schul-, Arbeits- und Verkehrsunfälle müssen – sofern kein Rettungseinsatz erforderlich ist – in Bad Neuenahr-Ahrweiler bei einem von der Gesetzlichen Unfallversicherung zugelassenen Durchgangsarzt (weiter-) versorgt werden. Für Patient:innen und ihre Angehörigen aus der VG Adenau ist teils ein erheblicher Aufwand für Mobilität zu leisten, um Versorgungseinrichtungen zu erreichen.

Neue Versorgungsansätze in der ambulanten Notfallversorgung und des Rettungswesens können zu einer sinnvollen Steuerung von Patient:innen beitragen und den dafür notwendigen Ressourceneinsatz effektiver steuern. Module der Akut- und Notfallversorgung können ein entsprechendes Modell ergänzen, wie z. B. die Einbindung von geschulten Ersthelfer:innen (z. B. „Helfer vor Ort“ des DRK, o. ä.), die Niederlassung einer Durchgangsärztin bzw. eines Durchgangsarztes, die Etablierung und Einbindung weiterer Berufsgruppen und Institutionen wie Schulgesundheitsfachpersonen (Schulkrankenschwester bzw. School Nurses), Gemeindeschwestern, Pflegedienste, Gemeindefirstaidstationen und die Fort- und Weiterbildung von niedergelassenen Ärzt:innen und Gesundheitsfachkräften für die Notfallversorgung. Mit Blick auf die Bevölkerungsmorbidität besteht Bedarf an kardiovaskulärer Prävention und Versorgung. Als indikationsspezifische Maßnahmen sind bspw. eine größere Verbreitung von öffentlich zugänglichen Defibrillatoren an frequentierten Standorten in der VG Adenau oder Möglichkeiten des Blutdruckmessens z. B. in Apotheken, o. ä. zu nennen.

Es ist zu beachten, dass Kommunen in der gesamten Region Rhein-Eifel und bundesweit in vielen ländlichen Regionen vor ähnlichen Fragestellungen und Herausforderungen der medizinischen und pflegerischen Versorgungssicherung stehen. Dies kann in einen kleinräumigen Wettbewerb um Fachkräfte münden und die Positionierung der einzelnen Kommunen erschweren. Den Versorgungspfaden und -strukturen folgend ist es empfehlenswert, bei der Implementierung von Versorgungsangeboten auch überregional tätige Leistungserbringende einzubeziehen und überregionale Kooperationen anzustreben, z. B. für das Betreiben von Zweigstellen oder die Skalierung oder Übertragung des Modells auf andere Regionen.

Stärken und Schwächen regionaler, innovativer und vernetzter Versorgungslösungen

Für die Sicherung und Gewinnung von Fachkräften in der Grund- und Notfallversorgung sind attraktive Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote ein wichtiger Baustein. In der Region Adenau werden entsprechende Maßnahmen im Trainingszentrum für Notfallmediziner, Notärzte und Firstaidstationen in Adenau angeboten. Auch die Rettungswache in der Stadt Adenau ist eine Lehrrettungswache. Hier absolvieren Rettungsassistenten und Firstaidstationen Praktika für ihre Ausbildung. In Adenau wurde zudem das Modellprojekt „Unser*Notarzt“ gefördert und durchgeführt, das die Ausbildung von Notärzt:innen gefördert und in der Folge zur Sicherung der notärztlichen Versorgung beigetragen hat. Förderprojekt, Lehrauftrag, Notarztstandort sowie die örtlichen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Trainingszentrum sind wichtige Standortfaktoren für Betreiben und Besetzung der Rettungswache in der Stadt Adenau. Das Medical Center am Nürburgring wird in Zusammenarbeit mit dem DRK Kreisverband Ahrweiler betrieben. Das Medical Center ist Bedarfsleitstelle bei Großveranstaltungen am Nürburgring. Der hohe Bekanntheitsgrad des Standortes ist vorteilhaft, um überregional und interprofessionell Teilnehmende für Schulungsformate zu erreichen.

Ferner gab es Vorarbeiten für die Gründung eines gemeinsamen Weiterbildungsverbundes im Rahmen der Konzeptentwicklung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel (Faller et al. 2020). Diese wurden mangels personeller Ressourcen und zwischenzeitlich geschlossenem Krankenhaus in Adenau nicht fortgeführt. Die Gründung eines regionalen Weiterbildungsverbundes für Allgemeinmedizin, in dem Krankenhäuser, niedergelassene Fachärzt:innen und weitere Interessierte gemeinsam eine strukturierte und kontinuierliche Facharztweiterbildung anbieten, schafft attraktive Ausbildungsangebote und zeigt Möglichkeiten der beruflichen

Tätigkeit in der Region. Es ist ein wichtiger Standortfaktor für die Gewinnung von Nachwuchsärzt:innen. Bereits niedergelassene Hausärzt:innen können sich aktiv als Lehrende in den Trainings einbringen. Die Trainings sind eine gute Möglichkeit der Vernetzung aller Lehrenden und Teilnehmenden. Dies kann sowohl die Suche nach Nachfolger:innen für Praxen unterstützen als auch Nachwuchsärzt:innen mit Interesse an einer Tätigkeit als Notärzt:in auf die Region aufmerksam machen. Die bereits etablierten Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote in Adenau können gebündelt und gemeinsam weiterentwickelt werden. Mit einer solchen strategischen Entwicklung dieser Alleinstellungsmerkmale kann die Region überregional bzw. bundesweit auf sich aufmerksam machen (Faller et al. 2020, Zich et al. 2022).

Die leistungserbringenden Akteure im Adenauer Land und im Kreis Ahrweiler kooperieren in der konkreten Versorgung von Patient:innen miteinander. Ein Netzwerk zur Koordination von Versorgung und intra- oder interprofessionellen Vernetzung besteht bislang nicht. Ein solches kann jedoch die vorhandenen Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung verknüpfen, so dass diese effizienter eingesetzt werden. In der Bündelung der bestehenden Ressourcen und (strukturierten) Kooperation liegt die Chance die Versorgung in der VG Adenau und im Kreis Ahrweiler sicherzustellen. Gemeint ist damit ein ganzheitliches, regionales Gesundheits- und Versorgungsangebot, das Prävention, Kuration, Pflege und Therapien umfasst (IGES Institut 2024). Das erfordert die Förderung von Kommunikation, ärztlicher Aus- und Weiterbildung, Kooperation und Kollegialität untereinander, die vorhandenen medizinischen Angebote und Dienstleistungen miteinander zu vernetzen. Hier sind auch Perspektiven einer stärker technikunterstützten Betreuung und Versorgung und alternsgerechter Wohnmodelle sowie um die Entwicklung lokaler, dezentraler Dienstleistungszentren für Gesundheit in den Blick zu nehmen. So kann eine regionale Kooperationsstruktur aller Arztgruppen, Kliniken und weiteren Berufsgruppen entwickelt werden, die die Arbeit der einzelnen Akteure zum einen um Koordination entlastet und zum anderen die Versorgung unterstützt.

Aus Sicht der Kommunen und Kreise sind Verkehr, Vernetzung, Infrastruktur und Nahversorgung wichtige Standortfaktoren. Ganzheitliche Nahversorgungskonzepte hinsichtlich medizinischer, pharmazeutischer, pflegerischer Versorgung sowie der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, sind essenzielle Voraussetzungen für niedrigschwellige gesundheitsförderliche Bedingungen vor Ort in den Kommunen. Sie sind die ersten Anlaufstellen für Bürger:innen in Alltagsangelegenheiten. Versorgungssicherung wird daher verstärkt als Aufgabe kommunaler Daseinsvorsorge wahrgenommen. Sie ist essenziell für Infrastruktur und Standortattraktivität und spielt eine zunehmende Relevanz bei der Wahl des künftigen Lebensschwerpunktes, denn sie steht für Lebensqualität und trägt dazu bei, dass die Funktionsfähigkeit der Unternehmen in Industrie und Dienstleistungswirtschaft auch in Krisenzeiten gewährleistet werden kann. „Die ambulante medizinische Versorgung ist ein wichtiger Stützpfeiler der kommunalen Daseinsvorsorge und rückt zunehmend in den Fokus der politischen Entscheidungsträger. Da sich in vielen Regionen die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Versorgungsstrukturen bereits bemerkbar machen, kann das gewohnte hohe Versorgungsniveau vor Ort nur durch verstärkte Anstrengungen aller Akteure gesichert werden“ (KV RLP 2024g). Die Kommunen müssen Ressourcen für eine solche nachhaltige Strukturentwicklung bereitstellen. In diesem Zusammenhang ist eine interkommunale und regionale Vernetzung – auch kreisübergreifend – zu empfehlen, um gemeinsam den gegenwärtigen Herausforderungen für Gesundheitsversorgung, Standortattraktivität und regionaler Wirtschaft zu begegnen: Die

Sicherung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung bleibt eine langfristige Herausforderung, die nur als Gemeinschaftsaufgabe wirksam gelöst werden kann. Der Mangel an Fachkräften zeigt sich auch in der Pflege und den weiteren Gesundheitsberufen und erfordert ein neues Denken in der Versorgungsgestaltung: Fachkräftesicherung vereint hier die Themen Bildungspolitik, Arbeitsmarktgestaltung und Standortattraktivität und Regionalentwicklung: Begeisterung für die vielfältigen Pflege- und Gesundheitsberufe zu wecken und Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Karrierewege transparent zu machen und ihre Attraktivität hinsichtlich Tätigkeiten, Arbeitsbedingungen, Work-Life-Balance und Finanzen zukunftsgerichtet zu gestalten. Hierzu fehlen bislang Strategien. Auch die langfristige Bindung von Medizinstudierenden und Ärzt:innen, die zur Facharztausbildung in die Region kommen und dann bleiben wollen sollen, ist zu fördern. Region Lösungen und Angebote für die Region zu entwickeln ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Für eine gute Gesundheitsversorgung der Zukunft sind alle Gesundheitsberufe in den Blick zu nehmen. Impulse und innovative Modelle entwickeln Strahlkraft für Versorgungsinnovation, Forschung, Fachkräftebindung und Wirtschaftswachstum. Für ein solches Vorhaben kann die Region an starke regionale Strukturen anknüpfen und ihre eigenen Stärken als interkommunaler Verbund weiterentwickeln.

Tabelle 18: Stärken und Schwächen regionaler, innovativer und vernetzter Versorgungslösungen in der VG Adenau

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> – Lehrrettungswache als Ausbildungsstandort – Simulations- und Trainingszentrum Notfallmedizin für Fort- und Weiterbildung – Regionales Gesundheitsangebot für Prävention, Kuration und Pflege – Versorgungssicherheit wird als Aufgabe kommunaler Daseinsvorsorge und Wirtschaftsförderung durch Kreis und Kommune verstanden – Zahlreiche Akteure engagieren sich zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung vor Ort 	<ul style="list-style-type: none"> – Förderungen von Niederlassungen im Mittelbereich sind erschwert, da es keine freien Arztsitze für hausärztliche Versorgung gibt – Kein D-Arzt – Geringe Vernetzung und wenig Interesse an Vernetzung und Kooperation innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft, Kliniken, und weiteren Leistungserbringenden – Kein Weiterbildungsverbund – Weiterentwicklung pflegerischer Angebote voraussichtlich nicht ausreichend – Strategien der Fachkräftesicherung für Pflege- und Gesundheitsberufe gesucht

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassung

Die Ausgangslage der ambulanten medizinischen Versorgung in der VG Adenau und im Kreis Ahrweiler bietet Chancen und Stärken, die eine langfristige Versorgungssicherung ermöglichen – vornehmlich durch Vernetzung und Kooperation der Leistungserbringenden – auch berufsgruppen- und sektorübergreifend. Mit Blick auf Alterung der Bevölkerung und Herausforderungen der Mobilität können dezentrale Versorgungsangebote in der Fläche für eine niederschwellige Versorgung und Beratung vor Ort an Bedeutung gewinnen. Dies erfordert einen Akteur, der das Vorhaben federführend vermittelt und koordiniert, einschließlich der Gewinnung von relevanten Akteuren, Unterstützer:innen und Investor:innen sowie Akzeptanz- und Netzwerkarbeit in der Region. Diese Rolle kann idealerweise aus dem Bereich der Standortentwicklung der Gebietskörperschaften wahrgenommen werden, z. B. aus der Wirtschaftsförderung der VG Adenau oder aus dem Kreis Ahrweiler.

Idealerweise verstärken die VG Adenau und der Kreis Ahrweiler vor diesem Hintergrund gemeinsam die Initiativen zur Gewinnung der erforderlichen Fachkräfte. Darüber hinaus sollte im Fokus der Region auch die Förderung zukunftsorientierter Modelle einer integrierten Gesundheitsversorgung stehen, die auf stärkere lokale Kooperationen von Ärzt:innen, Altenpflege, Therapeut:innen, Sanitätshäusern, Apotheken usw. beruhen. Mit Blick auf künftige innovative Versorgungsmodelle werden sich die Kommunen auch um Perspektiven einer stärker technikunterstützten Betreuung und Versorgung und altersgerechter Wohnmodelle sowie um die Entwicklung lokaler, dezentraler Dienstleistungszentren für Gesundheit kümmern müssen. Daraus ergeben sich neben dem unmittelbaren Handlungsfeld Gesundheit auch Innovationsperspektiven für mehr Lebensqualität und gezielte Wirtschafts- und Standortentwicklung.

3 Umsetzung der Gesundheitsregion Adenauer Land

Die Schließung des Krankenhauses hat eine Lücke in die medizinischen Versorgungsstrukturen der ländlichen Region Adenau gerissen. Die Frage, wie diese Lücke geschlossen werden kann, oder welche Möglichkeiten zur Kompensation bestehen, hat sich zur großen Herausforderung für das Adenauer Land entwickelt. Das hier vorgelegte Konzept trägt dazu bei, dass künftig eine bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung für die Menschen im Adenauer Land gelingen kann. Ein zentraler Erfolgsfaktor dafür ist der konstruktive und strukturierte Dialog vor Ort und eine wirksame Unterstützung dieses fordernden Entwicklungsprozesses durch zahlreiche Akteure in der Region und darüber hinaus.

Es ist nicht zu erwarten, dass sich die Lösungsansätze, die für diesen Entwicklungsprozess erforderlich sind, aus dem Alltag einfach ergeben oder „aus einer Hand“ ermöglicht werden. Viele Hände und Köpfe werden benötigt, um durch gemeinsame Anstrengung die unterschiedlichen Herausforderungen zu bewältigen. Deshalb geht es in diesem Konzept um ein Modell gestufter Versorgung. Dieses Konzept setzt darauf, dass es gelingen wird, die bestehenden Strukturen zu stärken und gewohnte Abläufe zu optimieren. Dazu müssen neue Wege der Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung gefunden werden, und es braucht Mut zu besserer Koordination und zu mehr Innovation.

Das Ziel dieses Konzepts ist deshalb [1] in erster Linie die Entlastung und die Stärkung der bestehenden Praxen und Gesundheitseinrichtungen vor Ort. [2] Zweites geht es um zukunftsfähige Strategien für eine besser integrierte Gesundheits- und Notfallversorgung. [3] Drittens sollen Prävention und Gesundheitsförderung eine größere Rolle spielen, um langfristig die Krankheitslast zu senken. Insgesamt zielt das Konzept auf eine sichere Gesundheitsversorgung und damit auf mehr Lebensqualität für die Menschen im Adenauer Land.

Das wird nur im Schulterschluss mit anderen Einrichtungen außerhalb des Adenauer Lands gelingen, mit umliegenden Krankenhäusern, medizinisch spezialisierten Fachkliniken, Facharztpraxen und weiteren Dienstleistern des Gesundheitswesens im Kreis Ahrweiler und darüber hinaus. Damit diese übergreifenden Kooperationen leichter gelingen, plädiert das Konzept für den Einsatz einer digitalen Gesundheitsplattform, patientenorientierter Telemedizin sowie mobiler Gesundheitsdienste und interprofessioneller Primärversorgung. Das Gesamtkonzept integriert diese multiplen Komponenten zu einer umfassenden Umsetzungsstrategie.

Die aktive Mitwirkung engagierter Menschen auch über den beruflichen Alltag hinaus ist notwendige Voraussetzung für das Gelingen, nicht nur bei Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern und zahlreichen weiteren Fachleuten in den Gesundheitseinrichtungen, sondern auch bei Politikerinnen und Politikern, Verantwortlichen in Unternehmen und Wirtschaftsverbänden sowie Ehrenamtlichen vor Ort und der Bevölkerung in der Region. Gesundheit ist im Sinne dieses Konzepts eine umfassende Angelegenheit der regionalen Entwicklung: Gesundheit geht uns alle an.

In den folgenden Abschnitten dieses Kapitels geht es um die begründete Herleitung und Präsentation von Handlungsempfehlungen. Zunächst wird der ursprünglich avisierte Lösungsansatz für ein integriertes Gesundheits- und Notfallzentrum aktualisiert. Dazu werden alternative Entwicklungsszenarien vorgestellt und überprüft (Abschnitt 3.1). Aus der Bedarfsanalyse und auf Grundlage der durchgeführten Interviews lassen sich vier strategische Handlungsfelder für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau ableiten (Abschnitt 3.2). Eine umfassende und zukunftsfähig gestaltete Versorgung, so das Plädoyer, sollte nicht allein auf eine Kompensation des geschlossenen Krankenhauses fokussiert sein, sondern auf eine intensiviertere Zusammenarbeit mit umliegenden Krankenhäusern setzen, interdisziplinär erweitert werden und demografische Fragestellungen sowie die Sicherung der pflegerischen Versorgung einbeziehen.

Andere Regionen und Bundesländer haben die Gestaltung der Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene bereits aktiv aufgegriffen und entsprechende Modelle entwickelt und erprobt. Aus diesen Erfahrungen lassen sich Impulse für die konkrete Situation in der Region Adenau ableiten. Eine systematische Analyse innovativer Modellvorhaben ist die Grundlage für Abschnitt 3.3. Hier werden vier ausgewählte Innovationsprojekte von Krankenkassen, Verbänden oder Stiftungen sowie vier Regionalinitiativen anderer Bundesländer skizziert, deren Erfahrungen und Erfolge konkrete Impulse für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau liefern. In Abschnitt 3.4 werden auf der Grundlage aller Ergebnisse neun Teilprojekte formuliert, deren Umsetzung zeitnah gestartet werden kann, und die eine innovatorientierte und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung fördern. Damit werden auch die Eckpunkte für eine „Gesundheitsregion Adenauer Land“ benannt, die als Modellregion für andere ländliche Regionen stehen kann. Anschließend folgen Empfehlungen zur koordinierten Umsetzung einer entsprechenden Regionalinitiative in Kapitel 4.

3.1 Alternative Szenarien

Solange der Krankenhausbetrieb in Adenau noch aktiv war, hätten sich alternative Lösungsansätze auf der Grundlage des Krankenhausgesetzes durchaus leichter ergeben können als nach der kompletten Schließung. Solche Alternativen werden in der bundesdeutschen Debatte um die Krankenhausreform unter verschiedenen Überschriften behandelt. Fast immer geht es um dieselbe Ausgangslage, nämlich ein Krankenhaus – oft in ländlicher Region gelegen –, das aus verschiedenen Gründen nicht mehr wirtschaftlich geführt werden kann, und für das man dann Anschlusskonzepte sucht, die zumindest Teile der Grundversorgung gewährleisten könnten. Mal geht es um Kurzliegerstationen, mal um erweiterte ambulante Versorgung, Patientenhospitals oder kurzstationäre Übergangsvorsorgung. Im Vordergrund des Leistungsspektrums stehen oft postoperatives Monitoring, geriatrische Frührehabilitation oder die Abklärung unklarer, nicht lebensbedrohlicher Krankheitssymptome. Solche Organisationseinheiten werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert. Finanzielle Mittel stehen dafür aus dem Strukturfonds zur Verfügung: „Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von

Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen.“ (KHG 2024: §12)

3.1.1 IGZ auf dem Prüfstand

Als ambitioniertes Modellprojekt bezeichnet die Verbandsgemeinde die Idee, im Ersatz für das Krankenhaus St. Josef eine Anlaufstelle für die Notfallversorgung zu entwickeln, die rund um die Uhr von der Bevölkerung aufgesucht werden kann: „Angestrebt wird ein regional ausgerichtetes medizinisches Versorgungszentrum in Ergänzung des Angebotes der in der Region ansässigen Haus- und Fachärzte sowie des Notarztstandortes Adenau. In diesem Zielraum ist ein intersektorales Grund- und Notfallversorgungszentrum als 24/7-Anlaufstelle (inklusive der Versorgung von Arbeits-, Schul- und Sportunfällen) wünschenswert.“ (Verbandsgemeinde Adenau 2023)

Teile dieser Vorhabensbeschreibung gehen zurück auf die Marienhaus-Gruppe, die schon im Zuge der Bekanntgabe der Schließung des Krankenhauses in Adenau in Aussicht gestellt hatte, dass der Bevölkerung durch die Krankenhausschließung keine Versorgungslücke drohe und eine qualitativ gesicherte Versorgung der Bevölkerung auch ohne das Krankenhaus möglich sei. Auch durch die Kreispolitik wird bereits frühzeitig ein bedarfsgerechtes und zukunftsfähiges Versorgungskonzept ins Spiel gebracht. Und das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium stellte seinerzeit in Aussicht, mit den Akteuren vor Ort die Idee einer klinischen Modelleinrichtung gemäß der im Entwurf der Krankenhausreform des Bundes vorgesehenen Versorgungsstufe 1 zu prüfen (Mueller, Voss 2022).

Das Ende des Krankenhauses in Adenau deutete sich lange vorher an. Als eine Art Zwischenbilanz dieser Vorgeschichte kann man den Plan der Marienhaus Gruppe werten, bis Ende 2021 ein Versorgungskonzept vorzulegen, das bereits sehr klar als Alternative des damals noch in Betrieb befindlichen Akuthauses kommuniziert wurde. Zwar gibt der damalige Marienhaus-Geschäftsführer im Interview mit der Rhein Zeitung noch ein klares Bekenntnis zum Standort Adenau als ein wichtiger Krankenhausstandort, der nicht zur Disposition stehe (Kunst 2021). Aber die Kontur für ein Zukunftsbild wird nur wenige Zeilen später klar skizziert. Die mithilfe des Fördervereins für eine Zeitlang in verminderter Form aufrecht erhaltene Chirurgie sowie der Notarztstandort wurden Ende 2019 geschlossen. Der Notarztstandort wurde Anfang 2020 vom DRK übernommen. Als Gründe für die Ende 2022 angekündigte Schließung wurden schon über zwei Jahre zuvor Engpässe beim Personal, ausbleibende Belegungen und Erlöse, der Ausfall des Sicherstellungszuschlags sowie ein jährlich um rund zwei Millionen Euro wachsendes Defizit angeführt (ebd.). Die wenigen Optionen eines alternativen Versorgungskonzepts werden schon zu diesem Zeitpunkt durch den Geschäftsführer auf den Punkt gebracht: (1) Patientinnen und Patienten könnten im Bedarfsfall auf umliegende Krankenhäuser umverteilt werden, (2) digitale Konzepte wie die Telemedizin würden an Bedeutung gewinnen, (3) die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten müsse im Zuge einer zunehmenden Ambulantisierung intensiviert werden, (4) die Kassenärztliche Vereinigung müsse bei der Frage der Notfallversorgung mit aktiv werden, und man wolle die Potentiale der anderen Krankenhäuser der Marienhaus-Gruppe auch für die Menschen der Region Adenau stärker nutzen. Man glaubt zu diesem Zeitpunkt noch an ein innovatives Krankenhauskonzept, wenn nur alle Beteiligten mitziehen. Das hat sich dann so nicht ergeben, vor allem, weil nach Schließung des Standorts Adenau durch die Marienhaus-Gruppe

einem IGNZ vor Ort das erforderliche Fachpersonal eines Krankenhauses nicht verfügbar wäre.

3.1.2 Nutzung der ehemaligen Krankenhaus-Immobilie

In der aktuellen Situation ist in der Öffentlichkeit weitgehend unklar, was mit der Immobilie des ehemaligen Krankenhauses St. Josef passieren wird. Am naheliegendsten wäre ein Nachnutzungskonzept, das die ursprüngliche Idee eines IGNZ in aktualisierter, bedarfsgerechter Form weiterentwickeln würde. In diesem Szenario hätten wahrscheinlich auch die derzeitigen Mieterinnen und Mieter der Immobilie ein Nutzungsrecht und könnten mit ihren Angeboten im Haus bleiben. Das zweite Szenario wäre die Übernahme durch einen noch unbekanntem Träger. Die Marienhaus-Gruppe hat bis dato die Veräußerung der Gebäude und Flächen als prioritäre Option kommuniziert und ein eigenes Nachnutzungsinteresse verneint. Ein Käufer könnte das Gesamtobjekt neu ausrichten und einen Beitrag zu einer bedarfsgerechten und tragfähigen Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung für die Region Adenau leisten. Auch Abriss und Neubau auf den verfügbaren Grundstücksflächen sind mögliche Szenarien.

3.1.3 Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung

Sind aufgrund einer Krankenhausschließung keine stationären Versorgungsangebote (mehr) verfügbar, bieten sich kurzstationäre Übergangseinheiten als Ergänzung der vertragsärztlich ambulanten Versorgung an. Solche Einrichtungen der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung waren auch Gegenstand der Reformansätze der letzten Bundesregierung. Bisher liegen kaum praktische Erfahrungen oder empirische Erkenntnisse zu diesem Lösungsansatz vor (vgl. Gruhl 2022). Mit Unterstützung der Bertelsmann Stiftung wurde eine Expertise erarbeitet, die einen Überblick zu vergleichbaren Ansätzen einer kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung liefert (ebd.; s.a. Gruhl 2023a, ders. 2023b). Aus dieser Expertise seien exemplarisch einige Beispiele genannt, die auch im Zusammenhang mit dem Aufbau regionaler Gesundheitszentren immer wieder als Modelle für alternative medizinische Versorgungskonzepte genannt werden, etwa das „Ambulant Stationäre Zentrum“ im brandenburgischen Templin, das als Projekt für einen integrierten Versorgungsansatz im Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wurde, (vgl. Bohm et al. 2020), oder das Patientenhotel Willingen, das als Kompetenzzentrum für präventive und rehabilitative Tages- und Kurzzeitpflege firmiert (<https://pflegehotel-willingen.de>).

Besondere Aufmerksamkeit hat eine Initiative der Robert Bosch Stiftung erfahren, die mehrere sogenannter PORT-Projekte gefördert hat. Diese Initiative der Bosch Stiftung hat inzwischen ein ganzes Arbeitsprogramm zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens vorgelegt, das sich wesentlich auf eine besser integrierte Primärversorgung und eine intensive lokale Vernetzung der Gesundheitsdienstleister konzentriert (Klapper, Cichon 2021).

Im Januar 2025 soll ein von der AOK Rheinland/Hamburg federführend initiiertes Projekt planmäßig starten. Unter dem Kürzel STATAMED wird dieses Projekt ebenfalls vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Es geht um eine

kurzstationäre allgemeinmedizinische Behandlung, die als Brücke zwischen ambulanter und stationärer Behandlung eine niedrigschwellige Versorgung mit kurzer stationärer Aufenthaltsdauer ermöglichen soll. Tatsächlich orientiert sich diese neue Versorgungsform im Kern am Patientenpfad, der sektorübergreifend durch ein interprofessionelles Team bedarfsgerechter gestaltet werden soll (AOK Rheinland/Hamburg 2024).

Diese hier exemplarisch genannten sowie weitere Ansätze für eine kurzstationäre Übergangsversorgung sind in ihrem Reifegrad unterschiedlich weit entwickelt (Gruhl 2022). Eine umfassende Übersicht weiterer alternativer Lösungsansätze lässt sich mit Blick auf die umfangreiche Zahl an Innovationsprojekten im Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gewinnen (vgl. Engehausen, Scholz 2020; Hahn, Kurscheid 2020; s.a. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/>). Mit diesen Projekten und Modellvorhaben liegen reichhaltige Erfahrungen vor, aus denen Impulse für die Nachnutzung der Krankenhaus-Immobilie und darüber hinaus für eine an Demografie und Morbidität bedarfsgerecht ausgerichtete Versorgung in der Region Adenau gewonnen werden können. Im besten Falle weisen diese über die Engführung auf ein IGZ hinaus.

3.1.4 Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen

Mit der Etablierung sektorübergreifender Versorgungseinrichtungen sollen stationäre Krankenhausbehandlungen mit ambulanten ärztlichen und pflegerischen Leistungen verbunden werden. Dieser Ansatz ist bereits in der dritten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022) als Level 1i für integrierte ambulant-stationäre Versorgung im Rahmen einer bundesweiten Vereinheitlichung der gestuften Krankenhausversorgung vorgeschlagen worden. Eine solche Struktur setzt allerdings eben immer noch die Präsenz eines Krankenhauses voraus, lokal mindestens aber die Zusammenarbeit mit einem der umliegenden Träger, der durch Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen die wohnortnahe medizinische Grundversorgung über die Form eines Versorgungszentrums der Versorgungsstufe Level 1i sicherstellen könnte. Diese Bereitschaft gilt es im Rahmen der Umsetzung des Entwicklungskonzepts zu prüfen.

Wenn eine kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung voraussetzt, dass sie als Teil oder in Kooperation mit einem (noch) in Betrieb befindlichen Krankenhaus entwickelt und umgesetzt werden soll, dann besteht allerdings für die Region Adenau eine besondere Hürde, solange vor Ort kein neuer Krankenhausträger in Sicht ist.

Man muss davon ausgehen, dass diese Option eher unwahrscheinlich ist, auch vor dem Hintergrund der Krankenhaus- und Gesundheitsreformen auf Bundesebene, die auf zentralisierte Angebotsstrukturen der stationären Versorgung mit stärkerer Spezialisierung bei komplizierteren Eingriffen abstellt (vgl. Bundesregierung 2024). Fachleute gehen davon aus, dass entsprechende Gesetzesinitiativen zwar zu Lasten noch bestehender kleinerer Häuser gehen, aber dennoch neue Optionen zur Sicherung einer wohnortnahen Grundversorgung eröffnen werden.

3.1.5 Kommunales Medizinisches Versorgungszentrum

In Baden-Württemberg wurde Ende 2021 in Bad Säckingen (Landkreis Waldshut) ein erstes kommunal betriebenes medizinisches Versorgungszentrum eröffnet. Das kommunale MVZ kann als Reaktion auf die demografisch veränderte Bevölkerungsstruktur verstanden werden, es ist sicher aber auch ein Arbeitsmodell für Ärztinnen und Ärzte, das mit mehr Attraktivität verbunden ist als das überkommene Modell der Einzelpraxis (vgl. Gruhl 2022). Die Verbandsgemeinde Ulmen im Landkreis Cochem-Zell hat anlässlich der Schließung einer Hausarztpraxis die Trägerschaft für ein kommunales medizinisches Versorgungszentrum übernommen. Dort sah man in diesem Schritt eine geeignete Strategie gegen den drohenden Ärztemangel.

Die Verbandsgemeinde Gerolstein hat im letzten Jahr das örtliche Medizinische Versorgungszentrum nicht übernommen. In vielen Städten und Gemeinden bundesweit gab es in der Vergangenheit eher Zurückhaltung bei der Frage eines kommunal betriebenen medizinischen Versorgungszentrums. Oft wurden die Debatten und Anträge auf kommunale Trägerschaft medizinischer Versorgungszentren im Rat oder in Ausschüssen der Städte und Gemeinden mehrheitlich zurückgewiesen, häufig mit Hinweis auf unabsehbare Haftungsrisiken oder Finanzierungsverpflichtungen. 2015 lockerte der Gesetzgeber die seit 2011 bestehenden Voraussetzungen für kommunale Medizinische Versorgungszentren deutlich. Mittlerweile gibt es in Deutschland mehr als 40 Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft, überwiegend als hausärztliche Praxen. Die Zahl der MVZ in kommunaler Trägerschaft nimmt zu, eine breite Gründungswelle kann bisher jedoch nicht beobachtet werden.

Auch die Verbandsgemeinde Adenau zeigt sich in der Frage eines kommunal betriebenen Versorgungszentrums bisher zurückhaltend, vor allem mit Hinweis auf zu geringe Umlagen aus den Ortsgemeinden und einer aufgrund der Haushaltslage unwahrscheinlichen Zuweisung aus dem Kreishaushalt.

Nichtsdestotrotz sollte die Option der kommunalen Trägerschaft einer medizinischen Versorgungseinheit im Zuge der weiteren Entwicklung als Option im Blick behalten werden.

3.2 Strategische Handlungsfelder

Auf der Grundlage der bisherigen Analysen und Ergebnisse sowie der alternativen Lösungsansätze lassen sich vier strategische Handlungsfelder für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau ableiten: (1) Stärkung der ambulanten Struktur vor Ort, (2) Ausbau und Differenzierung der Notfallversorgung, (3) Intensivierung der sektorübergreifenden und überregionalen Kooperation mit umliegenden Krankenhäusern, (4) Verbesserung der Infrastruktur für die wohnortnahe Pflege und Betreuung.

3.2.1 Ambulante Strukturen vor Ort stärken

Vordringliches Ziel zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung muss sein, die ärztlichen Bestandspraxen vor Ort und die weiteren örtlichen Gesundheitsdienstleister zu stärken. Dazu kann ein „runder Tisch“ organisiert werden, um die Interessen

aller Beteiligten aufzunehmen. Im Vorfeld eines runden Tisches mit einer größeren Zahl Beteiligten sollten die Sondierungsgespräche, die während der Projektbegleitung bereits mit interessierten Ärztinnen und Ärzten geführt werden konnten, fortgesetzt werden. Im besten Fall entwickelt sich daraus ein Impuls, der von anderen Beteiligten aufgegriffen und unterstützt werden kann.

Bis dato ist allerdings eine deutliche Zurückhaltung bezüglich gemeinschaftlich organisierter Formen der Zusammenarbeit festzustellen. Einzelpraxen überwiegen, und gemeinsame Berufsausübung ist noch keine Selbstverständlichkeit. Allerdings sollten mit Blick auf die veränderten Präferenzen junger Medizinerinnen und Mediziner frühzeitig die Möglichkeiten für eine Weiterbildungsassistenz oder zur Teilzeittätigkeit bis hin zu einer Teilhaberschaft geprüft werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz hat im Zuge der Projektbegleitung mehrfach ihre Unterstützung bei der Beratung zur Niederlassung und Ansprache interessierter Nachwuchskräfte bis hin zu Fördermöglichkeiten deutlich gemacht.

Auch die Krankenhausimmobilie bietet Potential für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung vor Ort. Neben den dort präsenten Leistungsanbietern würde ein zukunftsorientiertes Nutzungskonzept auf eine Erweiterung des Portfolios setzen und mit einem supplementären medizinischen Angebot auch zur Entlastung der vertragsärztlichen Praxen beitragen können.

3.2.2 Notfallmedizinische Versorgung erweitern

Nach Schließung des Krankenhauses in Adenau ist in der unmittelbaren Umgebung keine Notfallambulanz mehr verfügbar. Eine Notfallambulanz ist grundsätzlich in den umliegenden Krankenhäusern mit stationärer Notfallversorgung zu erreichen. Die Koordination der ambulanten Versorgung von Notfallpatienten erfolgt grundsätzlich über den ärztlichen Bereitschaftsdienst, der von der Bereitschaftsdienstzentrale in Bad Neuenahr-Ahrweiler aus koordiniert wird (der aber aus Sicht Betroffener nur unzureichend vor Ort präsent zu sein scheint). Lebensbedrohliche Notfälle können über die DRK-Rettungswache Adenau oder über die Luftrettung versorgt werden.

Die notfallmedizinische Versorgung ist einerseits insbesondere durch das DRK vor Ort notärztlich gewährleistet. Andererseits bestehen vor allem aus Sicht der Bevölkerung Lücken, die in Einzelfällen als tragische Unter- und Fehlversorgung wahrgenommen werden. Hier macht es Sinn, im Zusammenhang der aktuellen Debatte um eine Reform der Notfallversorgung des Bundes auf regionaler Ebene die Ansatzpunkte für eine gestufte Notfallversorgung weiterzuentwickeln.

Der Gesetzgeber hat einen Reformvorschlag zur Neuordnung der Notfallversorgung vorgelegt (Bundesregierung 2024b), der auf Empfehlungen der Regierungskommission Krankenhaus (2023) zurückgeht. Darin sollen die drei Notfallversorgungsbereiche (vertragsärztlicher Notdienst, Rettungsdienste, Notaufnahmen der Krankenhäuser) besser verzahnt und neu geregelt werden. Insbesondere ist die sektorübergreifende Patientensteuerung ein Kernanliegen des Gesetzesvorhabens. Sie soll durch bessere Koordination und integrierte Leitstellen optimiert werden. Diese Ausrichtung der Reform wird von vielen Fachleuten begrüßt. Im hessischen Pilotprojekt SaN werden mehrere Komponenten einer solchermaßen reformierten Notfallversorgung bereits erprobt. Hier werden in Federführung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen allerdings ambulante und wohnortnahe (notfall-) medizinische Ressourcen

systematisch eingebunden. So kann das Notfallsystem optimiert und durch bedarfsgerechte Patientensteuerung entlastet werden (vgl. Beierle 2023; Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2021).

Der Reformvorschlag integriert unterschiedliche notfallmedizinische Versorgungsansätze. Auf der regionalen Ebene gibt es ergänzende Leistungen für Menschen im medizinischen Notfall, die auch durch ehrenamtliche Strukturen entwickelt werden konnten. Dazu zählen unter anderem inzwischen bewährte Projekte mit Ersthelferinnen und Ersthelfern (auch Ersthelfer-Apps). Für flächendeckend vernetzte Ersthelferalarmierungssysteme plädieren auch die ADAC Stiftung, die Bertelsmann Stiftung und die Björn Steier Stiftung in einem jüngst veröffentlichten Expertenpapier (dies. 2024). In Niedersachsen wurden bereits speziell weitergebildete Gemeindefirst-Responder erprobt. Auch Innovationsprojekte wie der Telenotarzt tragen zur Vielfalt möglicher notfallmedizinischer Ansätze bei. Auf regionaler Ebene können solche Bausteine aufeinander abgestimmt werden und deutlich dazu beitragen, dass im Ernstfall eine schnelle Erstversorgung stattfinden und die Einweisung in eine Notfallambulanz vermieden werden kann. Das ist gut für die Betroffenen und kann im Einsatzfall die Knappheit lokaler Rettungsmittel kompensieren oder überbrücken.

3.2.3 Zusammenarbeit mit Krankenhäusern verbessern

Da in Adenau kein Akuthaus mehr vor Ort in Betrieb ist, wird die Entwicklung enger und guter Kooperationen mit umliegenden Krankenhäusern oder entfernteren Kliniken zu einer wichtigen Aufgabe, um die Qualität der Versorgung zu halten und möglichst zu verbessern. Diese Aufgabe steht in einem sachlichen Zusammenhang mit der Krankenhausreform auf Bundesebene. Mit dem Entwurf eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) wurde eine umfangreiche Neugliederung der Kliniklandschaft vorgeschlagen, deren Umsetzung die Schließung gering ausgelasteter Kliniken zur Folge hätte, von denen einige dann aber alternativ in Versorgungszentren umgewandelt werden könnten.

Für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau sind vor allem die im Zusammenhang mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes diskutierten Vorschläge zur Einführung der Level-I-Krankenhäuser als sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen interessant. In ihrer dritten Stellungnahme hatte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung das Leistungsspektrum für diese Versorgungseinrichtungen vorgesehen: Innere Medizin und/oder Chirurgie, Schwerpunkt ambulante medizinische Leistungen, möglicherweise weitere Fachdisziplinen, zwingend seinen Akutpflegebetten für regionale Grundversorgung ohne Fachabteilungszuordnung, die sektorübergreifende Integration mit niedergelassenen Ärzten sei erwünscht (Regierungskommission 2022: 15). Level-I-Krankenhäuser würden demnach keine Notaufnahme und keine Intensivmedizin führen, fachärztliche Rufbereitschaft außerhalb der Kernarbeitszeiten müsste gewährleistet werden. Eine Kooperation mit Krankenhäusern in regionaler Nähe wäre auf Grundlage dieser Vorschläge und vergleichbarer Expertenempfehlungen zur Krankenhausreform zwar kein einfacher Lösungsansatz zur Etablierung sektorübergreifender Versorgungseinrichtungen, die Intensivierung der Kooperation wäre aber eine mindestens erstrebenswerte Option.

3.2.4 Pflege ausbauen und Prävention intensivieren

In allen Regionen in Rheinland-Pfalz steigt gemäß der Bevölkerungsprognose der Anteil der Älteren und Hochaltrigen spürbar an, für die ländlichen Teile des Bundeslandes gilt das besonders: Während heute in den kreisfreien Städten und Landkreisen rund etwa ein Fünftel der Bevölkerung 65 Jahre und älter ist, werden im Jahr 2040 in den kreisfreien Städten 24 Prozent und in den Landkreisen 29 Prozent 65 Jahre und älter sein (StLa RLP 2022). Mit dieser Verschiebung ist keine Morbiditätsprognose verbunden, gleichwohl ist mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland chronisch krank, und die Häufigkeit steigt im Alter, bei den ab 65-Jährigen fühlt sich deutlich mehr als jeder Zweite betroffen (Güthlin et al. 2020).

Die Versorgungseinrichtungen stellen sich auf altersbedingte Veränderungen der Bedarfslage ein, und auch für die Kommunen folgen daraus neue Herausforderungen für Teilhabe im Alter und bedarfsgerechte, wohnortnahe Angebote zur ambulanten und stationären Pflege, für die Planung von Kurzzeit- und Tagespflege sowie für Mobilitätskonzepte einer alternden Gesellschaft.

Für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau ist es wichtig, die demografischen Veränderungen in veränderte Dienstleistungsstrukturen zu übersetzen und gezielte Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung und zur optimierten Versorgung chronischer Erkrankungen zu fördern. Dabei müssen sowohl die spezifischen Rahmenbedingungen der Verbandsgemeinde mit ihren 36 Ortsgemeinden als auch die veränderten Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung berücksichtigt werden. In diesem Handlungsfeld geht es über die Herausforderungen der ärztlichen Versorgung hinaus um den bedarfsgerechten Ausbau der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, um die Förderung alternativer Wohnformen und betreutes Wohnen, und insbesondere um innovative Ansätze zur Intensivierung von Präventionsmaßnahmen und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

3.3 Regionale Strukturinnovationen

Das Entwicklungskonzept zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau fußt auf dem Strukturmodell eines Regionalen Versorgungszentrums. Damit wird die Aufgabenstellung gegenüber einem IGZ deutlich erweitert und erstreckt sich auf die Versorgung von Notfällen ebenso wie auch die vertragsärztliche Versorgung und die künftig zunehmend wichtiger werdende pflegerische Versorgung. Strukturinnovationen nach dem Modell des Regionalen Versorgungszentrums wurden bundesweit an vielen Orten initiiert und erfolgreich umgesetzt. Das Modell des Regionalen Versorgungszentrums entwickelte sich in der gesundheitspolitischen Reformdebatte zu einer Art Blaupause für neue Wege der Koordination und Innovation. Ausgewählte Ansätze regionaler Versorgungszentren werden beschrieben.

3.3.1 Hausärztliches Primärversorgungszentrum (HÄPPI)

Die hausärztlichen Praxen sind mit ihren Praxisteams auch in der Gesundheitsregion Adenau erste Anlaufstellen für die Patientinnen und Patienten. Ihre Stärkung steht auch in diesem Konzept im Mittelpunkt der Weiterentwicklung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung.

Allerdings sind die Praxen nicht nur durch das geschlossene Krankenhaus in Adenau stärker belastet. In einer alternden Gesellschaft steigen die Behandlungsanlässe insgesamt, und gleichzeitig sind die Ressourcen zur Primärversorgung gerade in ländlichen Regionen immer weniger verfügbar. Über die Jahre haben sich komplexe Versorgungskrisen ergeben, die multiple Ursachen haben und die Weiterentwicklung lokaler Ansätze der Versorgung erschweren. Diese Entwicklung hat der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits mehrfach als Über-, Unter- und Fehlversorgung analysiert und darin einen Kern der Systemkrise im Gesundheitswesen gesehen (vgl. Sachverständigenrat 2018). Der Rat mahnte eine bedarfsgerechtere Steuerung der Patientenversorgung an: Die Akteure der Patientenversorgung sollten die Koordination der Zusammenarbeit effizienter und die Steuerung der Patientenversorgung systematischer gestalten.

Diese Mahnung wird inzwischen auf der Seite der Ärzteschaft aktiv aufgegriffen und politisch vertreten. Denn der Druck zum Handeln wächst: Im Jahr 2035 werden einer Prognose der Robert Bosch Stiftung folgend 11.000 Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland fehlen (vgl. Nolting, Ochmann 2021). Dieser absehbare Mangel wird noch verstärkt, weil Personalmangel heute für fast alle Gesundheits- und Heilberufe gilt. Bei der Suche nach Lösungsansätzen für die hausärztliche Primärversorgung haben neue Versorgungsansätze eine zunehmende Bedeutung, z.B. die Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Tätigkeiten, die Delegation ärztlicher Leistungen (vgl. Dini et al. 2018) sowie eine stärker interprofessionelle Zusammenarbeit in der Behandlung von Patientinnen und Patienten vor Ort.

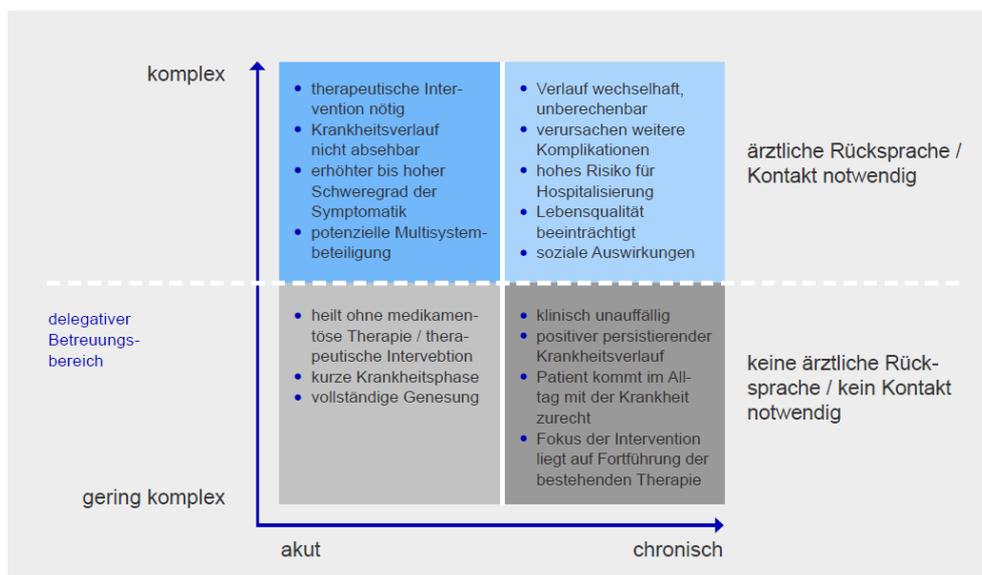
Der Bundesverband der Hausärztinnen und Hausärzte hat dazu ein ganzheitliches Konzept für die Weiterentwicklung der Primärversorgung vorgelegt (Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2024). Das Rezept des Verbands heißt „HÄPPI“, und das Kürzel steht für "Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell". Dieses Reformkonzept wird seit Mitte 2024 in zehn baden-württembergischen Hausarztpraxen in einer halbjährigen Pilotphase erprobt. Kern des Ansatzes ist eine bessere Steuerung der Versorgung durch die Hausärztinnen und Hausärzte unter Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe mit akademischer Qualifikation. Das Konzept baut auf der Hausarztzentrierten Versorgung nach §73b SGB V auf und nutzt bewährte Strukturen. Zugleich werden innovative Ansätze verfolgt: eine stärkere Einbindung der Patientinnen und Patienten (Patient Reported Outcomes), der Einsatz digitaler Werkzeuge, die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten sowie die Förderung ambulanter Leistungserbringung zählen dazu. Zudem soll die Kooperation mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen auf Grundlage verbindlicher Regelungen intensiviert werden, u.a. auch durch strukturierte sektorübergreifende Behandlungspfade.

Die Umsetzung des Konzeptes erfolgt wesentlich in Federführung der hausärztlichen Praxis. Während in anderen Programmen z.B. stark auf Fallmanagement durch Fachkräfte aus der Pflege oder sozialen Arbeit gesetzt wird, versteht sich die Hausärztin und der Hausarzt dem HÄPPI-Konzept folgend als zentraler Ansprechpartner mit

Lotsenfunktion im System. Zugleich gewährleistet eine neu justierte Arbeitsteilung im Behandlungsteam mit akademisch ausgebildeten nicht-ärztlichen Fachkräften die Integration der erforderlichen Behandlungsschritte aller an der Versorgung Beteiligter. Das entlastet die Ärztinnen und Ärzte und erlaubt eine zeitlich intensivere Hinwendung auf die patientenzentrierte ärztliche Behandlung, insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern. Dem HÄPPI-Konzept folgend schaffe Delegation mehr Freiräume, und optimierte Arbeitsprozesse in der Praxis steigern die Arbeitszufriedenheit im Team und ermöglichen Bürokratieabbau.

Unter Einsatz digitaler Werkzeuge soll eine differenziertere Aufgabenteilung im interprofessionellen Team ermöglicht werden. Dabei ist offenbar nicht nur an telemedizinische Patientenkontakte oder digital unterstützte Diagnostik zu denken. Auch eine digital unterstützte Patientensteuerung könnte das Potential einer ziel- und bedarfsgerecht optimierten Versorgung steigern. Mit neu gestalteten Prozessen sollen Zuweisungen optimiert und künftig noch bedarfsgerechter an die "richtigen" Versorgungseinrichtungen erfolgen.

Abbildung 11: Einteilung der Patient:innen nach der Notwendigkeit eines ärztlichen Kontaktes



Quelle: Hausärztinnen- und Hausärzterverband 2024

Die Umsetzung der neuen Arbeitsarrangements erfordert schnelle Entscheidung und fachlich fundierte Einschätzungen, welche Patientinnen und Patienten in welcher Situation unmittelbar oder zu späterem Zeitpunkt einen ärztlichen Kontakt benötigen, oder ob dieser ggfls. nicht erforderlich ist. Die hierfür notwendige Form der Triage soll sich an einer Entscheidungsmatrix mit Dringlichkeit und Komplexität eines Falls orientieren. Daraus ergeben sich vier grundsätzliche Handlungsoptionen der Patientensteuerung, die als Blaupause für die Praxis dient. Patientinnen und Patienten, die akut (aber nicht lebensbedrohlich) behandlungsbedürftig sind, einen unmittelbar nur schwer einschätzbaren Krankheitsverlauf aufweisen und unter eher schweren Symptomen leiden, die ggfls. auch multiple Ursachen haben, werden wie gewohnt direkt ärztlich betreut. Für die übrigen Entscheidungsoptionen mit den Kombinationen akut behandlungsbedürftig aber gering komplex und chronisch mit geringer Komplexität werden Potentiale der Delegation geprüft. Fälle, die sich chronisch-komplex zeigen, erfordern ebenfalls ärztliche Rücksprache. Dieser Logik folgend "benötigen ein gut eingestellter Chroniker (z. B. über das DMP Diabetes) oder Bagatellerkrankungen wie

Erkältungen [...] (Akuterkrankung mit geringer Komplexität) keine persönliche ärztliche Sichtung." (Hausärztinnen- und Hausärzteverband 2024) Hier übernehmen akademisch ausgebildete, nicht-ärztliche Teammitglieder, die entsprechend geschult sind und die Kompetenzen der Fallübernahme haben.

Zusammenfassend stellt sich das HÄPPI-Konzept als Ansatz vor, der die Patient-Reported-Outcomes stärker berücksichtigt, die interprofessionelle Teamstruktur von Hausärztinnen und Hausärzten mit nicht-ärztlichen akademischen Gesundheitsberufen vorantreibt, sowohl strukturierte Behandlungsschemata als auch digitale Konzepte stärker nutzt und in Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren der Versorgung die lokale Vernetzung intensiviert.

Das HÄPPI eignet sich insofern als zielführender Baustein für regionale Versorgungskonzepte, die sich stärker auf bedarfsgerechte und zukunftssichere ambulante Versorgung ausrichten sollen.

3.3.2 Stationär-ambulante Netzwerkmedizin (STATAMED)

Unter dem Kürzel STATAMED wird ein neues Projekt mit über zehn Millionen Euro durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (Förderkennzeichen: 01NVF22103). Die AOK Rheinland-Hamburg hat die Konsortialführung. Die Krankenkasse verfolgt mit diesem Projekt das strategische Ziel, die Einweisungen in die stationäre Notfall- und Akutversorgung über bessere Kommunikation und standardisierte Abläufe zu verringern. Insbesondere soll die Zahl der Notfalleinweisungen reduziert werden. Eine zentrale Zielgruppe sind ältere Patientinnen und Patienten mit geriatrischem und / oder pflegerischem Versorgungsbedarf sowie planbaren stationären Behandlungen. Im April 2024 ist die Interventionsphase des Projekts gestartet, und im Oktober 2024 vermeldete die AOK, dass die ersten 360 Patientinnen und Patienten im Rahmen des Projekts behandelt wurden (AOK Rheinland/Hamburg 2024).

Zuvor hatten sich rund 80 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, 50 Pflegeeinrichtungen und fünf Rettungsdienste zur Teilnahme am Projekt registriert. An sechs Standorten in Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen erfolgt der Aufbau enger Kooperationsbeziehungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wesentlicher Unterschied zu bisherigen Prozessen sei eine nach Regeln abgestimmte Zuweisung in das Krankenhaus. Insbesondere für ältere und mehrfach erkrankte Menschen mit akutem Hilfebedarf halten die im Projekt registrierten Kliniken eine ärztliche und pflegerische Versorgung "rund um die Uhr" vor. Infekte, Diabetes, chronische Herzschwäche oder andere Erkrankungen, die nicht hinreichend akut ambulant behandelt werden können, werden in der Klinik kurzstationär betreut. Mit der Entlassung übernehmen sogenannte "Fying Nurses" als mobile Pflegekräfte für bis zu vier Wochen die Nachsorge im häuslichen Umfeld. Diese Versorgungsform erfolgt in enger Abstimmung mit den Hausärztinnen und Hausärzten und den Angehörigen der Patientinnen und Patienten. Die ersten Erfahrungen deuten darauf hin, dass diese kurzstationäre Behandlung vor allem für erkrankte Menschen in ländlichen Regionen eine bedarfsgerechtere und wohnortnahe Versorgung ermöglichen kann (AOK Rheinland/Hamburg 2024).

In Hamburg gibt es das „STATAMED“-Angebot am Krankenhaus Groß-Sand in Wilhelmsburg sowie an der Stadtteilklinik Hamburg (SKH) in Mümmelmannsberg. In

Niedersachsen gibt es weitere drei Standorte. In Nordrhein-Westfalen ist das Gesundheitszentrum St. Vincenz gGmbH in Essen-Stoppenberg Partner des Projekts.

Das Krankenhaus St. Vincenz im Essener Stadtteil Stoppenberg wurde Ende 2020 geschlossen. Auch das nahe gelegene Marienhospital in Essen-Altenessen wurde geschlossen. In Kooperation mehrerer Partner und mit Unterstützung der Kommune wurde das Gesundheitszentrum St. Vincenz gegründet, das langfristig mehrere Gesundheitsdienstleister unter einem Dach beherbergen und ein wohnortnahe Angebot medizinischer Versorgung gewährleisten soll. Das Gesundheitszentrum St. Vincenz in Essen beruht auf einem Konzept mit drei Säulen: Die ambulante Akutmedizin soll vor Ort durch ein kurzstationäres Angebot ergänzt werden, später sollen nach Abschluss von Neubauarbeiten ein Zentrum für ambulantes Operieren sowie Flächen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und gesundheitsnahe Angebote entstehen (vgl. <https://vincentz-essen.ruhr>). Das Konzept kombiniert mehrere Komponenten und setzt auf standardisierte sektorübergreifende Behandlungspfade, mobile Pflegekräfte, Patientenlotsen sowie eine enge Kommunikation mit den zuweisenden Praxen (vgl. AOK Niedersachsen 2024).

Mit der Umsetzung des STATAMED-Konzepts sollen im Falle planbaren akuten Versorgungsbedarfs haus- oder fachärztliche Einweisungsgespräche mit der ärztlichen Leitung der STATAMED-Klinik im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgen. Der Basis-Behandlungspfad sieht den supplementären Einsatz mobiler Pflegekräfte vor, die auch Haus- oder Heimbefuche vor Ort durchführen können. Diese Schritte sollen zwei Tage vor Einweisung erfolgt sein. Während der stationären Behandlung sollen täglich ärztliche Visiten erfolgen. Die Entlassung soll frühzeitig durch Patientenlotsen geplant werden, auch die Nachsorge wird durch sie vorbereitet. Nach spätestens drei Tagen Akutbehandlung soll die Entlassung erfolgen. Nach Entlassung organisieren mobile Pflegekräfte bis zu vier Wochen lang eine eng koordinierte Nachbetreuung unter Beteiligung der stationären Ärztinnen und Ärzte wie auch der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte (AOK Niedersachsen 2024).

Die mobilen Pflegekräfte identifizieren vor dem geplanten stationären Aufenthalt beim Besuch im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten die Versorgungsbedarfe über ein Assessment. Sie unterstützen eine telemedizinisch durchgeführte ärztliche Indikationsstellung, prüfen die Notwendigkeit sturzpräventiver Maßnahmen oder den Bedarf an Hilfsmitteln. In der nachstationären Versorgung kümmert sich die mobile Pflegekraft um Visiten und Hilfebedarfe und stellt auch den spezifisch pflegerischen Versorgungsbedarf fest.

Patientenlotsen arbeiten im STATAMED-Konzept als eine Weiterentwicklung des stationären Entlassmanagements. Kernaufgabe ist die Koordination der nachstationären Versorgungssituation, also der Organisation ggfls. erforderlicher Anschlussheilbehandlung, der Möglichkeiten zur Unterstützung der Pflegesituation im häuslichen Umfeld, der Beratung der Angehörigen, der Vermittlung von Pflegekursen für pflegende Angehörige oder der Information über technische Unterstützungssysteme für ein möglichst selbständiges Leben im eigenen Wohnumfeld.

Das STATAMED-Konzept setzt auf wohnortnahe und kurzstationäre Versorgung insbesondere älterer Menschen. In Fällen, in denen die zeitnahe Entlassung nach Hause nicht möglich ist, kann die Weiterbehandlung in Partnerhäusern des jeweiligen Trägerverbundes erfolgen, zum Beispiel in einer geriatrischen Abteilung eines Akutkrankenhauses.

STATAMED ist ein Beispiel für ein supplementäres Versorgungskonzept, das bei akut-medizinischem Hilfebedarf in einer nicht-lebensbedrohlichen Situation insbesondere für ältere Menschen im ländlichen Raum ein wohnortnahes, kurzstationäres Angebot realisieren kann. Damit kann auch ein Beitrag zur Entlastung der stationären Akutmedizin erfolgen. In Regionen ohne ein kooperierendes Krankenhaus wäre der Aufwand an Logistik und an organisatorischer Abstimmung voraussichtlich höher.

3.3.3 Besser verzahnte Versorgung durch multiprofessionelle MVZ

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ein Organisationsmodell für die kooperative ärztliche Leistungserbringung. Ende 2022 waren bundesweit 4.574 MVZ zugelassen (sieben Prozent mehr als im Vorjahr; vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024b). Im Bundesland Rheinland-Pfalz gibt es nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 182 MVZ (davon 52 MVZ in Krankenhausträgerschaft; ebd.). Während die Mehrzahl dieser Medizinischen Versorgungszentren in den Städten angesiedelt sind, hat inzwischen etwa jedes siebte MVZ seinen Standort in ländlichen Gebieten (ebd.). Unter den Fachgruppen, die in den MVZ vertreten sind, handelt es sich überwiegend um die hausärztliche Allgemeinmedizin, die fachärztliche Inneren Medizin und die Chirurgie und Orthopädie.

Angesichts der drohenden und vorhandenen Krisen in der Versorgungslage ländlicher Regionen plädiert der Verband der Ersatzkassen dafür, dort vor allem die ambulanten Strukturen der Gesundheitsversorgung zu stärken. Dabei sollen Doppelstrukturen stationär und ambulant vorgehaltener Angebote bereinigt werden und die stationären und ambulanten Versorgungsprozesse besser miteinander vernetzt werden (vdek 2022). Gerade für ländliche Regionen sieht der vdek hier Vorteile einer bedarfsgerechten Neuausrichtung. Während die Krankenhäuser in der Fläche ländlicher Regionen ausdünnen, würden die Primärversorgungsbedarfe durch Versorgungszentren in den Regionen aufrechterhalten und besser an den Bedarfslagen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden können.

Der Ansatz des vdek zu lokalen Versorgungszentren reicht über die kooperative Form der ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft im MVZ hinaus. Ziel der regionalen Versorgungszentren ist es, eine fachübergreifende Behandlung und sektorübergreifende Steuerung der Patientinnen und Patienten zu fördern. Den Empfehlungen des vdek folgend wäre eine Präsenz von bis zu vier Hausärztinnen und Hausärzten in einem lokalen Versorgungszentrum ausreichend, um die Versorgung adäquat zu gewährleisten und die bestehenden Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung zu entlasten. Hausärztliche Versorgung ist dabei weiterhin der Ankerpunkt für Primärversorgung. Allerdings würden die Möglichkeiten der Entlastung in der Form der Delegation stärker ausgeschöpft, als dies in der typischen und noch weit verbreiteten Einzelpraxis möglich wäre. Damit sind die nicht-ärztlichen Berufsgruppen angesprochen, insbesondere zunächst die Medizinische Fachangestellten in der Praxis, die sich zu nicht-ärztlichen Versorgungsassistenten weiterentwickeln und zusätzliche Aufgaben der Praxisorganisation und Behandlungskoordination übernehmen.

Die Struktur eines lokalen Gesundheitszentrums soll nicht-ärztlichen medizinischen Fachberufen bessere Möglichkeiten für eine integrierte Behandlungskoordination eröffnen. Dazu zählen im Besonderen die Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie, aber auch Hebammen und Pflegekräfte. Beratungsangebote zur Pflege und

Prävention können durch den öffentlichen Gesundheitsdienst beigesteuert werden. Solche kommunalen Angebote können durch sog. Gemeindeschwestern wahrgenommen werden.

Seit Juni 2024 wird das Konzept des vdek an zwei Standorten erprobt (vgl. vdek 2024b). Ein Standort ist die Gemeinde Wurster Nordseeküste nördlich von Bremerhaven und der zweite Standort ist die Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner in Ochtrup und Gronau in Nordrhein-Westfalen. Beide Standorte arbeiten im Rahmen des vdek-Konzeptes für Regionale Gesundheitszentren mit akademisch qualifizierten Physician Assistants. Diese spezialisierten Kräfte unterstützen insbesondere bei der Behandlung chronisch Erkrankter. Sie erläutern den Patientinnen und Patienten die anstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, erklären Befunde oder nehmen die notwendige Dokumentation vor. Dadurch gelingt sowohl eine bessere Vorbereitung der Patientinnen und Patienten als auch die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte. Nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPa) werden für Haus- und Pflegeheimbesuche eingesetzt. Sie sind zusätzlich mit einem Rucksack ausgestattet, der telemedizinische Technik beinhaltet. Darüber können Daten, Bilder und Videos in die Praxis übertragen werden. Auch Videobesprechungen mit der Ärztin oder dem Arzt können durchgeführt werden. Als dritte Komponente koordinieren „Case- und Care-Managerinnen und -Manager“ die Behandlung. Sie unterstützen auch im Falle akuten Pflegebedarfs. Für die Betroffenen sind die Case- und Care-Managerinnen und -Manager auch als Lotsen in einem oft nur schwer durchschaubaren System unterstützend tätig.

3.3.4 Patientenorientierte Primär- und Langzeitversorgung (PORT)

Seit dem Jahr 2017 fördert die Robert Bosch Stiftung den Aufbau patientenorientierter Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Unter dem Kürzel „PORT“ sind diese Ansätze zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung bundesweit in mehreren Städten und Gemeinden entstanden. Die Stiftung förderte zunächst vier solcher Initiativen, in einem Nachfolgeprogramm werden weitere acht Gesundheitszentren gefördert. Im Kern geht es bei diesen lokalen Initiativen darum, vorhandene Akteure in ihrer Zusammenarbeit zu stärken, Kompetenzen und Ressourcen zu bündeln, und die vorhandenen Strukturen zu einem lokalen Gesundheitszentrum „unter einem Dach“ weiterzuentwickeln.

Dem liegt ein breit angelegtes Gesamtkonzept zur Neustrukturierung des Gesundheitssystems in Deutschland zugrunde (für den Überblick: Klapper, Cichon 2021). Die Entwicklung von Gesundheitszentren geht dem Grundgedanken folgend durch das Nadelöhr lokaler Bedarfssituationen: "Der Aufbau der Zentren und ihres Netzwerkes kooperierender Institutionen und Dienste macht sich an den Bedarfen der Bevölkerung im Einzugsgebiet sowie den Möglichkeiten der Gestaltung von Versorgung und der Übernahme von Versorgungsaufgaben durch die PORT-Zentren fest." (Nolting, Ochmann 2021: 51). Das hat zur Konsequenz, dass jedes PORT-Zentrum unter dem strategischen Dach des Gesamtkonzepts der Primärversorgung jeweils eine eigene Entwicklungslogik entfaltet und eine lokal angepasste Struktur ausprägt (vgl. für die folgenden Beispiele: Robert Bosch Stiftung 2024):

- In Berlin-Neukölln gibt es einen hohen Anteil an Menschen mit einer Migrationsgeschichte und viele Menschen, die Sozialhilfeempfänger sind. Trotz einer Verdichtung an Ärztinnen und Ärzten in der Großstadt Berlin, mangelt es in vulnerablen Stadtbezirken an ärztlichem Personal. Das

Gesundheitskollektiv Berlin e. V. hat ein PORT-Zentrum als Träger initiiert, das vor allem die Teilhabe für diese Zielgruppen steigern soll. Dazu arbeitet das Zentrum mit aufsuchender Hilfe. Die Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter nehmen persönliche Ersteinschätzungen vor, identifizieren die individuellen Hilfsbedarfe und vermitteln die hilfsbedürftigen Personen an die verschiedenen Versorgungsinstitutionen. Fallbesprechungen und elektronische Akte sind wichtige Werkzeuge.

- In Büsum sorgen nichtärztliche Praxisangestellte für eine Entlastung in den Praxen. Die sogenannten NäPas übernehmen Kontrollmessungen, Blutentnahmen und Hausbesuche. Eine Case Managerin fördert die Inanspruchnahme von Informations- und Schulungsangeboten für chronisch Erkrankte. Neben den Bewohnerinnen und Bewohnern nehmen auch Urlaubsgäste der Gemeinde diese Leistungen in Anspruch. Mit dem Einsatz von Telemedizin können qualitativ gute Bilder für ein Hautscreening gemacht und an die Fachärztin oder den Facharzt zur unmittelbaren oder zur späteren Begutachtung übermittelt werden.
- In Hohenstein (Schwäbische Alb) geht das PORT-Gesundheitszentrum auf eine Bürgerbefragung im Jahr 2016 zurück. Die Bürgerinnen und Bürger wünschten sich mehr gesundheitliches Fachpersonal in der Nähe. Seit 2019 bietet das PORT-Gesundheitszentrum neue Räumlichkeiten mit besonderer Architektur für eine allgemeinmedizinische Praxis, einen Kinderarzt und eine Physiotherapie-Praxis. Zwei Gesundheitsfachkräfte kümmern sich als Lotsinnen um die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Regelmäßige Veranstaltungen und Schulungen zur Prävention und Gesundheitsförderung gehören zum Angebot. Die Lotsinnen führen auch Hausbesuche durch. Das Leistungsangebot hat sich erfolgreich weiterentwickelt, inzwischen werden die Räumlichkeiten von mehreren Dienstleistern gemeinsam genutzt.
- In Willingen-Diemelsee ist die medizinische Versorgung im Grundsatz gut aufgestellt. Mit dem PORT-Zentrum sollte aber die Zusammenarbeit intensiviert werden. Neben der allgemeinmedizinischen Versorgung gibt es ein Pflegehotel als Einrichtung für Kurzzeit-, Rehabilitations- und Tagespflege. Eine Versorgungslotsin berät rund um die Pflege zu Hause. Es gibt ein Ehrenamtsnetzwerk zur Nachbarschaftshilfe. Regelmäßige Fallbesprechungen sowie Veranstaltungen und Schulungen gehören zum Angebot, die Einführung einer digitalen Patientenakte und Apps werden erprobt.
- Die Burggemeinde Brüggen im Kreis Viersen ist eine ländliche Flächengemeinde mit einem höheren Altersdurchschnitt der Bevölkerung. Für diese Gruppe der älteren und hochaltrigen Menschen wurde ein interdisziplinäres Betreuungskonzept entwickelt. Dazu gehören Haus- und Heimbefuche sowie die Option zur digitalen Rezeptbestellung und ein speziell auf Hochbetagte ausgerichtetes Care-Management. Als MVZ mit vier Standorten können deutlich mehr Labor-, Diagnostik- und Therapieoptionen angeboten werden als es in einer Einzelpraxis möglich wäre.
- Im Landkreis Dachau gibt es einen MVZ-Verbund, der verschiedene Versorgungsmodelle in der ländlichen Region miteinander vernetzt. Dazu zählen auch Telemedizin, Präventionsmanagement und betriebliches Gesundheitsmanagement für die Unternehmen. Das PORT-Zentrum setzt auf sektorübergreifende Behandlungspfade, die helfen, die vorhandenen Ressourcen besser und effizienter einzusetzen. Der MVZ-Verbund hält ein breites Leistungsspektrum vor, hat arbeitspalliativ- und komplementärmedizinische Schwerpunkte und setzt besonders intensiv auf Schulung und Versorgungsforschung.
- In Baden-Württemberg öffnete 2019 das Gesundheitszentrum Dornhan, in einer kleinen Kommune mit etwa 6.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Im Gesundheitszentrum Dornhan gibt es zwei Hausarztpraxen und jeweils eine Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie eine Sozialstation. Unterstützt wird das Gesundheitszentrum durch den gemeinnützigen Verein "Gesundheitsnetz Dornhan e. V.", der sich für die Förderung einer regional abgestimmten Gesundheitsversorgung einsetzt.
- Auch im Hamburger Stadtteil Veddel setzt das Gesundheitszentrum auf multiprofessionelle Zusammenarbeit und die Nutzung digitaler Tools, sowie auf gemeinsame Fortbildungen, u.a. zur Stärkung der Patientenorientierung und zum Shared-Decision-Making. Case-Management und eine kleinräumig ausgerichtete Gesundheitsberichterstattung sind weitere Komponenten dieses Gesundheitszentrums.
- Seit 2018 wird das Heilhaus durch das Programm „supPORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ der Robert Bosch Stiftung gefördert. Das Heilhaus arbeitet mit einem ganzheitlichen, spirituellen Ansatz der Heilung und Gesundheitsförderung. Im Rahmen eines umfangreichen Portfolios an medizinischen, therapeutischen und sozialen Leistungen gibt es auch ein gemeinnütziges medizinisches Versorgungszentrum, das die hausärztliche Betreuung ergänzt.
- In der Verbandsgemeinde Märkische Höhe im Landkreis Märkisch Oderland in Brandenburg wird ein ehemaliges Schulgebäude für ein Gesundheitszentrum genutzt. Die Initiatoren setzen auf gut

vernetzte, patientenorientierte Strukturen. Dafür wird ein Case-Management angeboten, das die enge Kooperation mit den Gesundheitseinrichtungen sucht, darunter die Apotheke, ein Fahrdienst, ein Regionalladen, die Fachkrankenhäuser, ambulante Pflegedienste, ein ambulantes Hospiz sowie die Fachhochschule für Pflege, Soziales und Hebammenpflege.

- Traben-Trarbach ist Zielort für Tourismus, als ländliche Region aber auch von demografischem Wandel betroffen. Die damit verbundenen Herausforderungen in den Bedarfen der medizinischen Versorgung sollen durch Case-Management-Programme für verschiedene Erkrankungen, Quartiersmanagement und weitere Einzelprojekte bearbeitet werden. Dazu zählen Versorgungsassistentinnen der Hausarztpraxis, nichtärztliche Praxisassistenten, sowie die Vernetzung von Pflege-Wohngemeinschaft, Pflegeberatung, Hilfsmittelversorgung, therapeutischen Angebote und Hebammensprechstunde bis hin zu einem mobilen Fahrdienst.

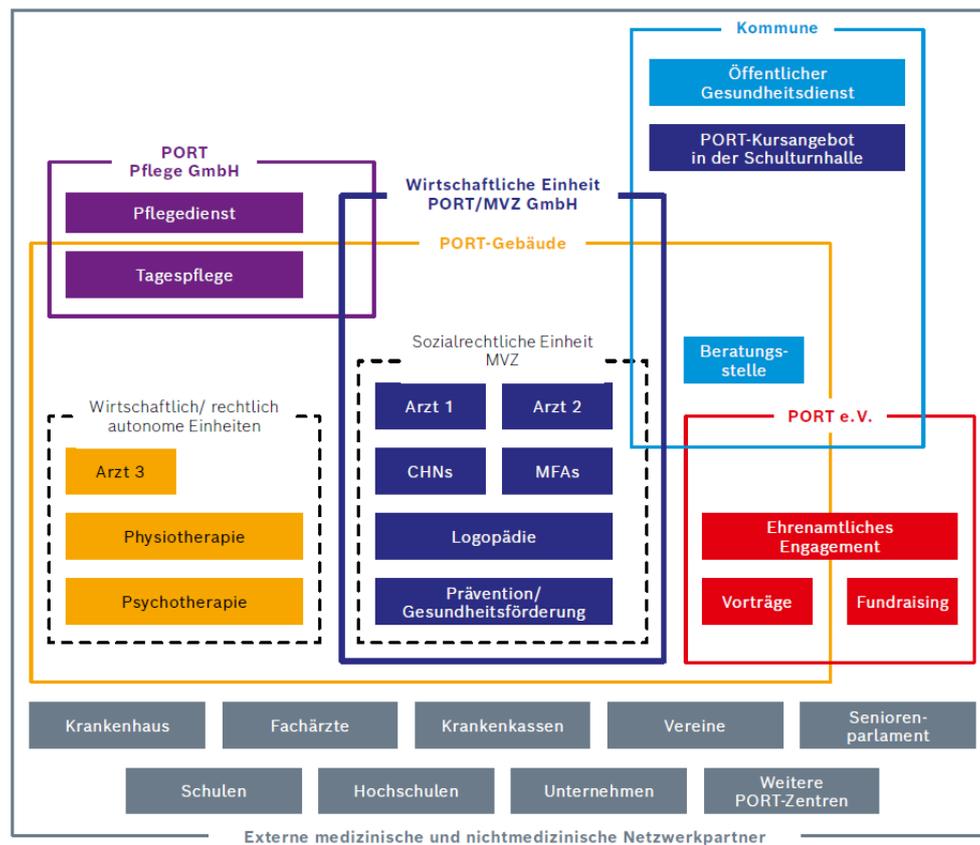
Die Initiative der Robert Bosch Stiftung zur Entwicklung der PORT-Zentren hat dazu beigetragen, dass in den letzten Jahren an mehreren Standorten in Deutschland Experimentierräume für die Primärversorgung entstanden sind. Die Vielfalt zeigt, dass die Anlässe und Ausprägungen sehr unterschiedlich sein können, und sie verdeutlicht typische Ausgangskonstellationen zur Weiterentwicklung der lokalen Versorgungsstrukturen.

Krankenhäuser, denen Schließung droht, können auf die Strukturen einer ambulant vernetzten Primärversorgung setzen. Dadurch lässt sich ein Teil der ansonsten ausfallenden Versorgungsstruktur kompensieren. Kein Gesundheitszentrum ersetzt allerdings ein Akut-Krankenhaus.

Das PORT-Konzept mit seinem starken Fokus auf ganzheitliche Primärversorgung und Prävention setzt vor allem auf Effekte der Entlastung traditioneller Versorgungsstrukturen. Wo es um die Sicherstellung ambulanter Primärversorgung geht, bietet das PORT-Programm nicht nur viele Impulse, sondern einen breit differenzierten Schatz an Erfahrungen, der auch durch wissenschaftliche Analysen der Versorgungsforschung inzwischen differenziert unterlegt ist. Insoweit die wohnortnahe Versorgung gesichert werden kann, unterstützen diese alternativen Konzepte auch die Akzeptanz in der Bevölkerung für neue Versorgungsangebote.

Die PORT-Zentren sollen der Bevölkerung einer Region als Anlaufstelle für gesundheitliche Fragen dienen. Die Angebote sind auf konkrete Bedarfslagen ausgerichtet und in vielen Anwendungsfällen durch sektorübergreifende Behandlungspfade strukturiert. Dieses Programm einer niederschweligen Primärversorgung setzt auf Leistungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen kann das PORT-Programm eine optimale und langfristig stabile Behandlung unterstützen (vgl. Schmidt et al. 2020c).

Abbildung 12: Strukturen eines PORT-Zentrums: Trägerschaft, Gesellschaftsform und Governance



Quelle: Schmid, Günther, Baierlein 2020

Die organisatorische Struktur der PORT-Zentren lässt ebenfalls zahlreiche Varianten und Kombinationen zu. In Abbildung 12 sind mögliche Strukturen der Organisation dargestellt. PORT-Zentren sind auf kein Betriebsmodell im engeren Sinne festgelegt. Es ist eher von Vorteil, dass verschiedene Gesundheitsdienstleister an einem Ort zu erreichen sind, aber sich nicht unter einer Rechtsform bewegen müssen.

Im Sinne einer zukunftssicheren Versorgung vor Ort wäre die Bündelung von Dienstleistungen an einem Ort auch für die Gesundheitsregion Adenauer Land ein ideales Zukunftsbild. Eine gemeinsame Anlaufstelle zur Primärversorgung, ärztliche und therapeutische Praxen, Apotheke, Hilfsmitteldienstleister, Pflege, Information, Schulung und Beratung usw. könnten auf einer Fläche realisiert werden, ohne dass komplizierte Rechtsverflechtungen die Voraussetzung wären.

3.3.5 Strukturmigration ambulant-stationärer Zentren (Brandenburg)

Ländlich geprägte Regionen sind in besonderer Weise von demografischem Wandel und Fachkräftemangel zugleich betroffen. Das gilt vor allem für die wohnortnahe medizinische Versorgung, die auf dem Land flächendeckend gefährdet ist. Mit einer künftig stärker vertretenen Kohorte älterer Menschen wird eine veränderte Bedarfslage, auch durch chronische Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, verbunden sein. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, neue Wege der Versorgung zu entwickeln. Die Initiative „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ hat mit dem Projekt „Strukturinnovation im Mittelbereich Templin“ (IGiB StimMT) den Aufbau des Ambulant-Stationären Zentrums Templin realisiert. Leitlinie für diesen Lösungsansatz war

die strukturierte Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie die Umwandlung örtlicher Krankenhäuser zu ambulant-stationären Gesundheitszentren. Das Projekt wurde im Rahmen des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss umgesetzt und mit rund 14,5 Millionen Euro gefördert (Förderkennzeichen 01NVF16001). Die Projektlaufzeit betrug vier Jahre im Zeitraum 2017 bis 2020, das Projekt ist abgeschlossen und wurde durch das inav-Institut evaluiert (vgl. Bohm et al. 2020; inav 2022)

In Templin wird auch heute noch das Sana Krankenhaus Templin von der Sana-Kliniken AG betrieben. Das Sana Krankenhaus Templin ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit knapp 100 Planbetten. Damit gehört das Haus zur Gruppe der kleineren Krankenhäuser (knapp 600 Krankenhäuser in Deutschland verfügen über 1 bis zu 99 Betten; vgl. Statistisches Bundesamt 2024). Häuser dieser Größe stehen bundesweit vor der Herausforderung, ihre wirtschaftliche Lage auch gegen den Trend demografischer Veränderungen und veränderter Krankheitsbilder stabil zu halten. Insbesondere unter den Bedingungen der aktuellen Krankenhausreform suchen viele Häuser verstärkt die Kooperation oder entwickeln in vernetzten Strukturen gemeinsam neue Lösungsansätze für die regionale Versorgung.

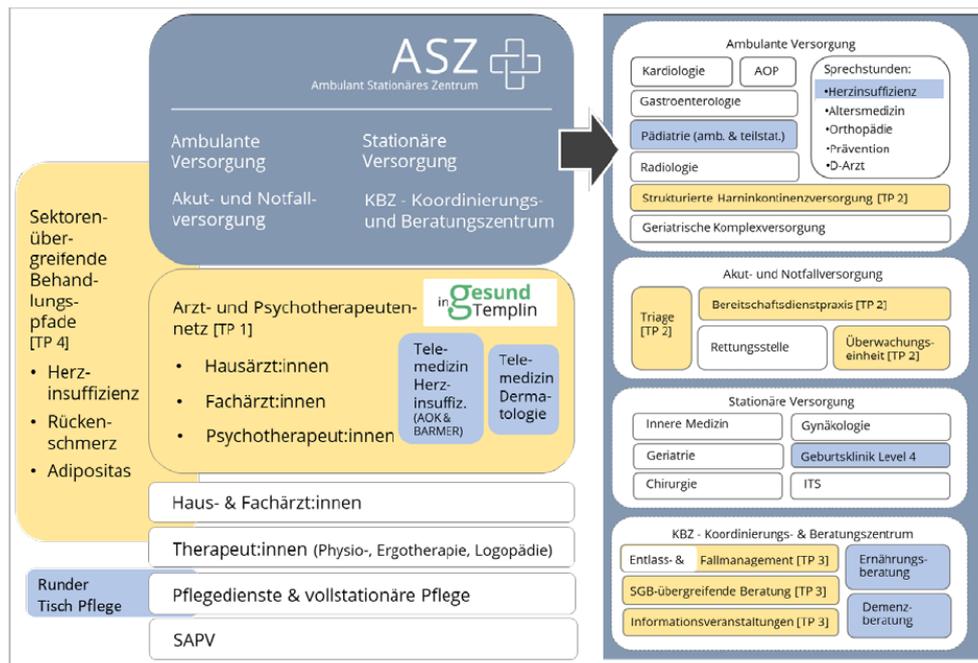
Die Ausgangssituation in Templin ist mit der Ausgangssituation in Adenau durchaus vergleichbar. Auch in Templin gab es mangelnde Kapazitätsauslastungen, Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung in der stationären Medizin sowie einen deutlichen Mangel an Fachkräften in der Pflege, und langfristig zeigte sich die Nachbesetzung von Praxen in der vertragsärztlichen Versorgung als Herausforderung.

In Templin wurde das Krankenhaus im Rahmen des Projektes zu einem ambulant-stationären Zentrum weiterentwickelt. Wesentliche Elemente dieser Strukturmigration waren eine ärztliche Bereitschaftspraxis, die Einführung einer sogenannten "Decision Unit" und ein Koordinierungs- und Beratungszentrum am vormaligen Krankenhaus Templin. Des Weiteren wurden strukturierte Behandlungspfade entwickelt, zunächst für Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Adipositas und Harninkontinenzversorgung, und es wurde ein sektorübergreifendes Case Management etabliert. Die Struktur und Module des ambulant-stationären Zentrums in Templin sind in Abbildung 13 dargestellt.

Die Evaluation des Projektes zeigte, dass die ärztliche Bereitschaftspraxis den Rettungsdienst entlasten konnte: Ein relevanter Anteil der Fälle wurde vom Rettungsdienst auf die ärztliche Bereitschaftspraxis verschoben, die als Akut-Anlaufstelle funktionierte. Damit vergrößerte sich auch das Potential einer (neuen) ambulanten Akutversorgung (inav 2022).

In der "Decision Unit" wurden Patientinnen und Patienten mit Verdachtsdiagnosen oder unklaren Diagnosen und Bedarfen versorgt. Der Anteil derer, die im Anschluss eine stationäre Akutversorgung in Anspruch nehmen mussten, konnte gesenkt werden. Das bedeutet einerseits eine Senkung der Hospitalisierung, andererseits erfahren diese Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechtere Versorgung (inav 2022). Im Ergebnis trug die Struktur der "Decision Unit" dazu bei, dass die Steuerung der Patientinnen und Patienten besser auf individuelle Bedarfe hin auszurichtet werden konnte.

Abbildung 13: Versorgungsstruktur und -module des ASZ nach Strukturmigration



Quelle: Bohm et al. 2020

Das Koordinierungs- und Beratungszentrum wurde erwartungsgemäß vor allem von älteren Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen wurde. Gegenstand der Beratung war ein breites Themenspektrum, z.B. zur sozialen Absicherung, zur Patientenverfügung oder zu demenziellen Krankheitsbildern. Das Informations- und Beratungsspektrum ähnelt damit den Erfahrungen, die auch die ersten Gesundheitskioske in Deutschland sammeln konnten (vgl. Rethmeier-Hanke 2023).

Die Einführung der Behandlungspfade erwies sich als schwieriger. Hier zeigt die Evaluation keine eindeutigen Ergebnisse, was auf methodische Herausforderungen zurückgeführt wird (inav 2022).

Trotz der komplexen Veränderung mit mehreren Komponenten werden die Ergebnisse aus dem Projekt IGiB-StimMT durch den Gemeinsamen Bundesausschuss insgesamt als positiv gewertet. Das Projekt wird mit seinem Ansatz der Strukturmigration zur Weiterentwicklung und zur Übertragung auf vergleichbare Regionen empfohlen.

Nach Abschluss des Projekts befürwortete auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft die mit dem Ansatz verfolgte Stärkung einer Ambulantisierung der stationären Versorgung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht diese Zielrichtung als Herausforderung, die durch die Krankenhäuser aktiver gestaltet werden sollte und hat dazu ein eigenes Positionspapier vorgelegt (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2022).

Für die vielen kleineren Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz ist die Umwandlung in ambulant-stationäre Zentren eine Alternative zur vollständigen Schließung. In Adenau ist die Option nicht realisiert worden. Allerdings ist die Zusammenarbeit der örtlichen Praxen mit den Versorgungsstrukturen, die in den umliegenden Regionen und Kliniken künftig entstehen werden, eine wichtige Dimension der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im Adenauer Land, insbesondere mit Blick auf sektorübergreifende Behandlungspfade, patientenzentriertes Fallmanagement und intensivere Information und Beratung.

3.3.6 Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge (Niedersachsen)

Gesundheitsversorgung ist eine regionale Angelegenheit, die sich unmittelbar auf die Lebensbedingungen einer Region auswirkt. Je besser das lokale Zusammenspiel der Versorgungseinrichtungen funktioniert, desto besser geht es den Menschen vor Ort. Die Sorge um eine gut koordinierte Gesundheitsversorgung wird bundesweit in immer mehr Städten, Gemeinden und Landkreisen als strategische Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge verstanden. Wie können Kommunen Gesundheit zukunftssicher gestalten, und wie können die Kommunen bei dieser Aufgabe unterstützt werden?

Das Land Niedersachsen hat vor mehr als zehn Jahren ein Förderprogramm gestartet, um lokale Ansätze für zukunftsorientierte Ansätze der Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Regionale Vernetzung ist dabei der Kerngedanke: Gefördert werden Organisationen, Einrichtungen und Initiativen, die mit unterschiedlichen Ideen und Projekten dazu beitragen, Strukturen positiv zu verändern, bestehende Hürden zu überwinden und Lösungsansätze im lokalen Umfeld zu erproben. Durch dieses Programm konnten zahlreiche Projekte umgesetzt werden, viele davon können als erfolgreiche Modelle für kommunales Engagement im Bereich der Gesundheitsversorgung gewertet werden.

Unter dem Titel „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ hat die niedersächsische Landesregierung seit dem Jahr 2014 in Kooperation mit der Ärztekammer Niedersachsen, der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen, dem BKK Landesverband Mitte Niedersachsen sowie der IKK classic das umfangreiche Förderprogramm umgesetzt. Ziel war die Etablierung kommunaler Projekte, die zur Entwicklung einer möglichst bedarfsgerechten und wohnortnahen Gesundheitsversorgung beitragen. Nahezu flächendeckend haben sich inzwischen 38 der 46 Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen beteiligt an dem Programm beteiligt und in 30 Gesundheitsregionen zusammengeschlossen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2024).

In mehreren Projekten wurden kommunale medizinische Versorgungszentren diskutiert und erprobt. Der Kern der kommunalen Versorgungszentren ist typischerweise ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), das auch in kommunaler Trägerschaft realisiert werden kann. Das MVZ ist attraktiv für Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner, die dort in Anstellung und mit besseren Rahmenbedingungen arbeiten können. Das erhöht die Chancen, Ärztinnen und Ärzte für die hausärztliche Tätigkeit in der Kommune zu gewinnen. An einem geeigneten, oft zentralen Standort der Kommune werden neben dem MVZ in mehreren Modellprojekten weitere gesundheitsbezogene Dienstleistungen örtlich gebündelt. Dazu zählen Apotheken, Praxen für Physiotherapie oder Logo- und Ergotherapie, Praxen für Hebammen, aber auch kommunale Dienstleistungen rund um gesundheitsbezogene Information und Beratung sowie Familienzentren oder Einrichtungen der Pflege, z. B. der Tagespflege. Für die Versorgungszentren in fünf Modellvorhaben in den Landkreisen Cuxhaven (Gemeinde Wurster Nordseeküste) und Wesermarsch (Stadt Nordenham) sowie in der Region Leinebergland (Stadt Alfeld), im Landkreis Schaumburg (Gemeinde Auetal) und im Landkreis Wolfenbüttel (Samtgemeinde Baddeckenstedt) liegt eine ausführliche Evaluation mit Ergebnissen zum Aufbau und zu den unterschiedlichen Ausprägungen der regionalen Versorgungszentren vor (Bieckmann et al. 2022).

Die regionalen Versorgungszentren zielten darauf ab, [1] kommunale Strukturen der Vernetzung im Gesundheitswesen zu fördern, [2] die Kooperation der Gesundheits-

einrichtungen vor allem sektorübergreifend zu intensivieren und (3) dafür innovative Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Dazu wurden unterschiedliche Arbeitsstrukturen eingerichtet, etwa Steuerungs- und Arbeitsgruppen, Koordinierungsstellen oder regelmäßig tagende Gesundheitskonferenzen. Die Arbeitsschwerpunkte lagen in der Weiterentwicklung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungsangebote, der Notfallversorgung, der Digitalisierung sowie der Prävention und der Information und Beratung (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin 2024).

Die regionale Vernetzung der unterschiedlichen Akteure im lokalen Gesundheitswesen sowie eine strukturierte Unterstützung der Projektentwicklung haben dazu beigetragen, dass die Gesundheitsregionen Niedersachsen als ein Beispiel guter Praxis zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen verstanden werden können. Allerdings „zeigt sich, dass auch kommunal getragene MVZ bei der Gewinnung von ÄrztInnen ‚nicht zaubern‘ können; genau wie andere Träger der ärztlichen Versorgung müssen sie sich auf den mühevollen und langatmigen Weg machen, interessierte ÄrztInnen zu finden“ (Bieckmann et al. 2022: 120). Das Land Niedersachsen hat mit der Initiative für regionale Versorgungszentren einen Weg gezeigt, wie mit Fördermitteln des Landes die medizinische Versorgung vor Ort zukunftsfähig gestaltet werden kann und ist im Vergleich der Bundesländer damit sicher wegweisend. Dieses Vorgehen kann für die rheinland-pfälzischen Initiativen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung neue Impulse liefern und wäre nicht nur für das Adenauer Land interessant, sondern böte auch Chancen für die anderen ländlichen Regionen in Rheinland-Pfalz.

3.3.7 Aktive Kommunen in der Primärversorgung (Baden-Württemberg)

Das Bundesland Baden-Württemberg fördert die Entwicklung neuer Versorgungsansätze in der ambulanten Medizin im ländlichen Raum. Das Bundesland unterstützt aktiv Modellprojekte zur integrierten Versorgung, zur Gründung von Versorgungszentren und zur Gewinnung junger Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner. Die Ausgangslage ist geprägt durch Probleme der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, insbesondere mangelt es an medizinischem Nachwuchs: mehr Ärztinnen und Ärzte in Anstellungsverhältnissen und die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung reduziert die insgesamt verfügbare Arztzeit. In der hausärztlichen Versorgung sind 1.000 Hausarztstühle im Jahr 2024 nicht besetzt, rund 3.000 Hausärztinnen und Hausärzte sind über 60 Jahre alt und gehen demnächst in den Ruhestand. Der steigende Versorgungsbedarf trägt dazu bei, dass Versorgungsengpässe absehbar sind (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2024). Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat umfangreiche Maßnahmen initiiert, um die Attraktivität der Niederlassung zu erhöhen und die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten. Zu den Maßnahmen zählen Förderprogramme der ärztlichen Weiterbildung, die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte in der Regelversorgung durch eine Restrukturierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, der Ausbau der Telemedizin sowie kommunale Strategien zur Vernetzung und Sicherstellung der Versorgung (ebd.).

Schon früh unterstützte das Land Baden-Württemberg den Strukturwandel der ambulanten Versorgung von der Einzelpraxis hin zu kooperativen Formen der Berufsausübung. Dabei spielen Medizinische Versorgungszentren eine zunehmende Rolle. Die Zahl der MVZ ist im Jahr 2023 um 12,5 Prozent auf 378 Einrichtungen gestiegen. Seit

2015 hat sich die Anzahl der MVZ mehr als verdoppelt, und die Größe der MVZ hat deutlich zugenommen (ebd.). Die MVZ sind immer häufiger Teil eines umfassenden Versorgungsnetzwerks, oft unter dem Dach eines lokalen Gesundheitszentrums, unter dem verschiedene Dienstleistungen rund um die Gesundheitsversorgung gebündelt werden. In der Modellregion Schwarzwald-Baar-Heuberg wurden die Herausforderungen bei der Suche nach ärztlichem Nachwuchs in der ambulanten Versorgung durch eine gemeinsame Werbemaßnahme angegangen, die im Ergebnis zu einem Lokalen Versorgungszentrum führte. Mit kommunaler Unterstützung wurde damit ein Organisationsmodell umgesetzt, das auf die veränderten Präferenzen junger Ärztinnen und Ärzte reagiert und Möglichkeiten für Teilzeit und Teamarbeit, flexible Arbeitszeit und Entlastung von administrativen Aufgaben bietet (Faller et al. 2019).

Immer öfter übernehmen Städte und Gemeinden in der Transformation der Gesundheitsversorgung eine aktive Rolle. Das Spektrum der Kommunen in Baden-Württemberg reicht vom Aufbau kommunaler Informations- und Beratungsangebote bis zur Übernahme der Trägerschaft Lokaler Gesundheitszentren und Medizinischer Versorgungszentren. Zu den Maßnahmen zählen Servicestellen für ärztliche Niederlassung, Weiterbildung oder Praxisansiedlung, ein strukturiertes Monitoring der Versorgungsbedarfe und die Entwicklung einer lokalen Versorgungsplanung, die gezielte Werbung von Nachwuchskräften für die Medizin- und Gesundheitsberufe oder der Aufbau vernetzter Strukturen für die interprofessionelle und sektorübergreifende Zusammenarbeit vor Ort (Faller et al. 2019).

Mit Unterstützung der Kommune ist Anfang 2024 ein weiteres kommunal getragenes MVZ in Baden-Württemberg eröffnet worden. Das kommunale MVZ Klettgau im Landkreis Waldshut soll helfen, die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern und attraktive Arbeitsbedingungen für Ärzte zu schaffen. Hier ist die Gemeinde Klettgau alleinige Gesellschafterin, die kaufmännische Leitung wird durch die Dostal & Partner GmbH übernommen (Baumgartner 2024).

In der Modellregion Südwürttemberg wurde ein lokal angepasstes Konzept zur sektorübergreifenden Versorgung entwickelt. Dazu wurde ein prospektives Datenmonitoring entwickelt, um künftige Versorgungsbedarfe frühzeitig abschätzen und Maßnahmen ableiten zu können. Außerdem erfolgte ein beteiligungsorientierter Entwicklungsprozess, der im Ergebnis Handlungsfelder für die Weiterentwicklung beinhaltet: Lebenswelten als krankheitsübergreifender Bezugspunkt zur Strukturentwicklung der Versorgung, Information und Aufklärung der Bevölkerung, Vernetzung der Versorgungsangebote (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018). Aus dem Projekt lassen sich Handlungsempfehlungen für eine strukturierte Regionalentwicklung ableiten: Für eine patientenzentrierte Versorgung müssen lokale Zugänge zur Versorgung niedrigschwellig gewährleistet werden, dazu muss die Primärversorgung weiterentwickelt werden. Fachärztliche Versorgung und die Behandlung spezifischer Erkrankungen muss in Kompetenzzentren gebündelt werden. Das hat einerseits eine Zentralisierung der medizinischen Angebote zur Folge, andererseits können kleinere Krankenhäuser in lokale Versorgungszentren umgewandelt oder eingebunden werden. Angebote für Prävention und Gesundheitsförderung müssen ausgebaut werden. Künftig sollten dazu insbesondere in den schulischen und betrieblichen Settings neue Formen der Prävention erprobt und umgesetzt werden. Die wohnortnahe Unterstützung eines möglichst gesunden Lebens auch im höheren Alter muss durch eine Verzahnung von Pflege-, Wohn- und Mobilitätsangeboten verbessert werden. Sektorübergreifende Kooperationen müssen intensiviert werden, ebenso wie

berufsübergreifende und kreisübergreifende Formen der Zusammenarbeit. Die Einführung eines sektorübergreifenden Fallmanagements ist in der Überleitung aus der stationären in die ambulante Versorgung von erheblicher Bedeutung, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Versorgungsassistenzen in den Hausarztpraxen erweisen sich als zielführendes Modell für patientenzentrierte Abläufe, aber auch für die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte (vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018).

Weiterentwicklung der hausärztlichen Praxen zu Zentren für Primärversorgung

Mit einem neuen Projekt will die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg die Entwicklung von hausärztlichen Praxen zu multiprofessionellen Primärversorgungszentren fördern. Das Konzept dafür soll in einem Förderprojekt des Innovationsfonds entwickelt und in 20 Praxen erprobt werden. Das Konzept konzentriert sich auf die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung der älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen. Kern des Projekts sind weiterqualifizierte Pflegefachpersonen, die nicht-ärztliche Aufgaben, für die keine ärztliche Approbation erforderlich ist, übernehmen. Durch den gezielten Einsatz qualifizierter Pflegefachpersonen soll die Behandlung chronisch Erkrankter optimiert werden, auch die Notfalleinweisungen von eigentlich ambulant behandelbaren Fällen sollen reduziert und das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten soll gefördert werden.

3.000 chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten sollen in die Studie eingeschlossen werden, deren Daten mit einer Kohorte aus der Regelversorgung verglichen werden sollen. Die AOK Baden-Württemberg zählt zu den Projektpartnern. Im Projektverlauf sollen die beteiligten Praxen neue Strukturen und Prozesse etablieren, um diese multiprofessionellen Strukturen der Primärversorgung mit Pflegefachpersonen zu erproben. Die teilnehmenden Praxen sollen ihr hausärztliches Leistungsspektrum um pflegerische Kompetenzen erweitern und mit Fokus auf ältere Menschen patientenorientiert optimieren. Für die strukturierte Entscheidungsfindung wird vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung das Software-Tool SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung) zur Verfügung gestellt. Das Projekt mit dem Kürzel „PRIMA“ soll Anfang 2025 starten. Die Förderung erfolgt durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses in Höhe von etwa 7,5 Millionen Euro für die Dauer von dreieinhalb Jahren.

Die Förderung und Entwicklung neuer Versorgungsansätze in der ambulanten Medizin im ländlichen Raum durch das Land und die KV Baden-Württemberg verdeutlicht die Potenziale bedarfsgerecht angepasster Versorgungsstrukturen sowie der strukturierten, sektorübergreifenden Behandlungspfade. Die durchaus komplexe Anforderung für die Gesundheitsregion Adenau wird sein, beide Entwicklungswege im Zusammenhang und im Schulterschluss mit überregionalen Einrichtungen zu bearbeiten.

3.3.8 Förderung vernetzter Gesundheitsregionen (Bayern)

Mit einem eigenen Kompetenzzentrum trägt der Freistaat Bayern zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vor Ort bei. Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eingerichtet. Es ist Teil einer umfassenden Strategie zur Gewährleistung einer

hochwertigen und wohnortnahen Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in Bayern (vgl. Geuter et al. 2020)

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung wurde als Anlaufstelle für bayerische Kommunen etabliert. Das Kommunalbüro berät die Städte und Gemeinden bei der Sicherung und Weiterentwicklung der lokalen Versorgungsstrukturen. Dazu werden Assessments durchgeführt, es erfolgen Beratungen zur Strukturentwicklung und eine Unterstützung zur Vernetzung der lokalen Praxen und Einrichtungen. Zwar legt der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Aber auch in Bayern kümmern sich immer mehr Kommunen aktiv um die Grundstrukturen der lokalen Gesundheitsversorgung, weil sie mit veränderten Bedarfsstrukturen durch die alternde Bevölkerung einerseits und eine vor allem durch den Fachkräftemangel verstärkte Krise der gesundheitlichen Infrastruktur konfrontiert sind. Die Städte und Gemeinden kümmern sich intensiv um wohnortnahe Angebote und übernehmen dabei eine aktive Rolle zur Förderung der Vernetzung und Weiterentwicklung kommunaler Infrastruktur in der Daseinsvorsorge. Die Kommunen nehmen das neue Beratungsangebot des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung gut in Anspruch, von 2013 bis 2015 konnten 250 Beratungsfälle des Kommunalbüros verzeichnet werden (Geuter et al. 2017). Dabei ging es vor allem um Fragen der hausärztlichen Versorgung, um die Suche nach Nachfolgern bei der Übergabe einer Vertragsarztpraxis oder um die Neuansiedlung und Gründung einer Zweigpraxis (ebd.).

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung wurde als Anlaufstelle für bayerische Kommunen etabliert. Die Städte und Gemeinden kümmern sich aufgrund der veränderten Bedarfslage intensiv um wohnortnahe Angebote und übernehmen dabei eine aktive Rolle zur Förderung der Vernetzung und Weiterentwicklung kommunaler Infrastruktur in der Daseinsvorsorge.

Gesundheitsregionen^{plus}

Seit 2015 wird auch der gezielte Aufbau von Gesundheitsregionen in Bayern gefördert. Mit diesem Entwicklungsansatz werden Strukturen der regionalen Gesundheitsversorgung, der Prävention und der Pflege weiterentwickelt. Konkret geht es um die haus- und fachärztliche Versorgung, um bessere Patienteninformation, intensivere ambulant-stationäre Zusammenarbeit, die Gewinnung von Pflegekräften sowie präventive Maßnahmen der Bewegungsförderung, Suchtvorbeugung und Kinder- und Jugendgesundheit. In dem Förderprogramm Gesundheitsregionen^{plus} sind aktuell 62 Regionen in 79 von insgesamt 96 Landkreisen und kreisfreien Städten aktiv. Seit 2023 ist die Förderrichtlinie nicht mehr in Kraft, eine Überführung in die gesetzliche Verankerung der Gesundheitsregionen^{plus} wird angestrebt (<https://www.gesundheitsregionenplus.bayern.de/>). Bei den Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern spielen die Kommunalpolitiker eine wichtige Rolle. Zumeist liegt der Vorsitz des Netzwerks einer Gesundheitsregion^{plus} liegt beim Landrat oder beim Oberbürgermeister.

Bayern hat mit dem Konzept der Gesundheitsregionen^{plus} eine Form für die Entwicklung vernetzter Versorgung auf kommunaler Ebene geschaffen, die auch beispielgebend für den Transfer in andere Regionen sein kann. Der Ansatz fokussiert zwar die gesundheitliche Infrastruktur und Weiterentwicklung lokaler Strukturen, hat aber auch wirtschaftliche Bedeutung. In einer regionalökonomischen Studie des Berliner WifOR Instituts weisen die Autoren darauf hin, dass die Förderung von regionalen Netzwerken auf kommunaler Ebene gut geeignet ist, nicht nur die bestehenden Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zielgerichtet und effizient zu adressie-

ren, sondern auch positiv auf die wirtschaftliche Entwicklung zu wirken (Legler et al. 2019). Gesundheitsregionen können zukunftsgerichtete gesundheitliche Versorgung entwickeln und damit auch zu Leitregionen für gesundheitswirtschaftliche Netzwerkbildung und Standortentwicklung werden, die insbesondere für Unternehmensansiedlung und Fachkräftegewinnung als Chance genutzt werden kann. Dieser Aspekt ist auch für das Adenauer Land und den Kreis Ahrweiler von Bedeutung.

3.4 Maßnahmen und Teilprojekte

Die ausgewählten Beispiele für kommunale und regionale Strukturinnovationen belegen, dass die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung auf regionaler und kommunaler Ebene gelingen kann. Man kann davon ausgehen, dass der Gestaltungsspielraum für lokale Initiativen größer ist, als auf den ersten Blick vermutet werden kann. Tatsächlich tragen Kommunen nicht nur Verantwortung für die Daseinsvorsorge auch im Feld der Gesundheitsversorgung, sie können aktiv auf das Versorgungsgeschehen einwirken und durch die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung vor Ort verbessern (vgl. Burgi 2013). Damit werden die Kommunen zu aktiven Gestaltungsakteuren, mit dem Ziel, bestehende Versorgungsstruktur an die demografisch bedingten Veränderungen und an den Wandel der Morbiditätsstruktur anzupassen.

Angesichts der Belastungen und Überlastungen der Gesundheitseinrichtungen geht es dabei zuvorderst um eine Reduktion der Inanspruchnahme der akut-stationären Versorgungsleistungen. Diese Reduktion von Praxisbesuchen und Krankenhausaufenthalten sollte durch neue und erweiterte ambulante Versorgungsangebote erprobt und gefördert werden. Ambulant vor stationär und wohnortnah statt wohnortfern sind die beiden Handlungsdimensionen dieser strategischen Zielsetzung. Dafür muss sich die wohnortnahe medizinische Versorgung verbessern, dafür muss aber auch das Gesundheitsverhalten verbessert und das Wissen um Krankheit und Gesundheit erweitert werden (vgl. Hurrelmann et al. 2022).

Auf dieser Grundlage werden im Folgenden konkrete Maßnahmen und Teilprojekte zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau skizziert. Diese Maßnahmen und Teilprojekte sind als Komponenten einer integrierten Versorgungsregion zu verstehen, die im Adenauer Land verortet ist, in der Stadt selbst einen zentralen Standort hat und um mehrere Angebote mit Standorten in den Ortsgemeinden sowie in der weiteren regionalen Umgebung ergänzt wird. Weitsichtig geht es auch um eine interkommunale Entwicklungsperspektive, bei der die Zusammenarbeit mit den benachbarten Verbandsgemeinden und Kreisen von Vorteil wäre.

Mit diesem Ansatz ist ein klares Plädoyer für den Aufbau eines regionalen Versorgungszentrums verbunden. Die oben aufgeführten Beispiele kommunaler und regionaler Strukturinnovationen haben gezeigt, dass regionale Versorgungszentren auch im Rahmen der Regelversorgung entstehen können. Die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen mögen den einen oder anderen Ansatz erschweren, aber der Gestaltungsspielraum für innovative Strukturentwicklung ist weit genug.

Regionale Versorgungszentren bieten einen neuen Rahmen der Leistungserbringung, der auf eine intensive Verbindung stationärer und ambulanter Leistungen setzt. Insofern entwickeln sich hier hybride Organisationsformen mit umfangreichen Chancen

für eine besser abgestimmte und eine stärker an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Leistungserbringung. Dafür sind allerdings neue Formen der Kooperation und Koordination der beteiligten Leistungserbringer notwendig. Diese neuen Formen der Leistungserbringung eröffnen attraktivere Tätigkeitsfelder und Arbeitsplätze für die professionell Beschäftigten und die ehrenamtlich Engagierten. Flexible Arbeitsbedingungen in größeren Praxisstrukturen werden z.B. von jüngeren Ärztinnen und Ärzten inzwischen eher geschätzt als die freiberufliche Tätigkeit in der Einzelpraxis.

Aber es geht nicht nur um die Entwicklung von Strukturen für regionale Versorgungszentren. Wesentliches Erfolgskriterium für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung wird sein, dass es gelingt, die Abläufe zwischen Krankenhäusern, Praxen, Pflegeeinrichtungen und weiteren Versorgungsinstitutionen zu optimieren.

Das oben skizzierte Beispiel STATAMED folgt der Logik eines optimierten klinischen Behandlungspfads, der sektorübergreifend zu einer patientenorientierten, individuellen Fallbegleitung erweitert wird. Dieses Prozessmodell führt zu einem intensivierten, qualitätsgesicherten Kommunikationsverlauf für alle fachlich Beteiligten, der auch die Angehörigen und das soziale Umfeld eng in den Behandlungsablauf der Patientinnen und Patienten einzubinden vermag. Durch die Etablierung kurzstationärer Behandlungsangebote können längere Klinikaufenthalte reduziert oder gar vermieden, Notaufnahmen verhindert und die prästationären Versorgungsmaßnahmen optimiert werden. Das setzt voraus, dass in der Region Adenau hinreichend Ressourcen durch qualifizierte Pflegekräfte oder Medizinische Fachangestellte vorgehalten werden, die sich z. B. als Fallmanagerinnen, Patientenlotsen oder mobile Fachkräfte in enger Abstimmung mit Ärztinnen und Ärzten und durch telemedizinische Lösungen unterstützt um Menschen mit Hilfsbedarf kümmern.

Das oben skizzierte Beispiel des Ambulant-Stationären Zentrums Templin (Igib-STimmT) steht auch für einen kooperativen Funktionszuschnitt des Akutkrankenhauses. Sektorübergreifende Prozessstandards und patientennahe Beratung und Begleitung durch das Koordinations- und Beratungszentrum und das Case-Management haben dazu beigetragen, dass Rettungswesen und Akutversorgung entlastet werden konnten und aus Sicht der Bevölkerung die Versorgungsqualität vor Ort verbessert werden konnte.

Aus der Bestandsanalyse der regionalen Strukturen, der Sekundäranalyse der Beispiele guter Praxis anderer Regionen sowie mit Blick auf die Potentiale und Ressourcen der Region und der Stadt Adenau ergeben sich eine ganze Reihe an Optionen, die zur konkreten Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau beitragen können. Der Bericht fokussiert auf die folgenden neun Komponenten, die sich mit Blick auf die lokale Struktur, Bedarfslage und Akteurskonstellation als besonders aussichtsreich und zielführend erweisen:

- Förderung der Praxen und Leistungserbringer vor Ort
- Gesundheitshaus Adenau
- Innovationsprojekt Akut-Ambulanz
- Vertragsärztliche Modellpraxis
- Kommunikations- und Beratungszentrum
- Fallbegleitung und Patientenlotsen
- Sektorübergreifende Behandlungspfade
- Telemedizin und Technische Assistenzsysteme
- Digitale Gesundheitsplattform

Diese Liste der Komponenten ist nicht abschließend. Vielmehr wird die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau hierdurch mit neuen Impulsen versehen. Alle neun Komponenten können als Teilprojekte umgesetzt werden. Sie zählen ein auf das Zielbild eines Entwicklungskonzeptes Gesundheitsregion Adenauer Land. Jedes Teilprojekt und jede weitere Maßnahme erfordern eine verantwortliche Person bzw. Einrichtung zur Federführung in der Umsetzung. Für einige Maßnahmen und Teilprojekte können Akteure bereits benannt werden, erste Schritte der Umsetzung konnten bereits während der Projektbegleitung in der Konzeptphase eingeleitet werden. Die Umsetzung des Gesamtvorhabens erfordert Koordination und Mut zur Innovation. Im besten Fall wird die Umsetzung durch mehrere Ansätze der kommunalen Steuerung neutral unterstützt und gefördert.

3.4.1 Förderung der Praxen und Leistungserbringer vor Ort

Die Möglichkeiten zur Stärkung der Praxen vor Ort besser ausschöpfen

Die Förderung der vertragsärztlichen Versorgung kann durch die Kassenärztliche Vereinigung zielführend unterstützt werden. Die KV RLP hält eine ganze Palette an Beratungs- und Informationsangeboten bereit. Das Portal zur Ansprache von Ärztinnen und Ärzten, das die KV RLP betreibt, kann z. B. aus der Region Adenau heraus stärker genutzt werden.

Auch weiterführende Beratungsangebote der KV RLP können intensiver in Anspruch genommen werden, um Konzepte zur Modernisierung und Weiterentwicklung einzelner Praxen zu fördern. Hier ist zu prüfen, ob und in welcher Form die Verbandsgemeinde oder der Kreis als kommunale Institutionen z. B. bei Investitionsmaßnahmen oder bei der Weiterentwicklung eines wohnortnahen Leistungsangebots unterstützen können.

Die KV RLP hat im Zuge der Projektbegleitung zur Konzepterstellung auch die Option eines zusätzlichen Sitzes in der hausärztlichen Versorgung in Aussicht gestellt, sofern im Rahmen der Bedarfsanalyse und vor dem Hintergrund der besonderen Ausgangslage in der Hocheifel eine Grundlage abgeleitet werden kann. Diese Option wird selbstverständlich nur genutzt werden können, wenn es gelingt, interessierte Ärztinnen und Ärzte anzusprechen.

Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner gewinnen

Die Anwerbung zusätzlicher Kräfte für die hausärztliche und fachärztliche Tätigkeit sollte zwingend im Dialog mit den Bestandspraxen erfolgen. Dieser Dialog ist mit Sorgfalt zu moderieren, damit alle Interessen berücksichtigt werden können. Davon abhängig ergibt sich die Frage eines Praxisstandorts, entweder in Anstellung bei interessierten Bestandspraxen oder am Standort des ehemaligen Krankenhauses oder an anderem Ort, auch z. B. in den umliegenden Ortsgemeinden.

Die Gewinnung und Ansprache insbesondere junger Medizinerinnen und Mediziner kann durch die Kommune unterstützt werden, Instrumente wurden oben aufgeführt und können in Zusammenarbeit mit den Initiativen des Landes, der KV RLP und des Kreises umgesetzt werden. Mehrfach wurde in den Interviews deutlich, dass es vor allem um eine Entlastung der Praxen gehe. Deshalb sollten konkrete Möglichkeiten

der Entlastung nicht nur mit Blick auf künftige Niederlassungen, sondern auch für die bestehenden Praxen geprüft werden.

Ansätze der wohnortnahen Pflege und Betreuung einbeziehen

Der Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung wird in der Verbandsgemeinde Adenau vor allem mit der (not-)ärztlichen Versorgung in Verbindung gebracht. Ebenso wichtig ist auch eine gute Angebotsstruktur in der Pflege. Der integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplan für den Landkreis Ahrweiler weist den dringenden Handlungsbedarf aus, wenn es um eine demografiefeste Perspektive der Gesundheitsversorgung und die zunehmenden Bedarfe älterer und hochaltriger Menschen in der Region geht (Rohrmann, Schädler 2019).

3.4.2 Gesundheitshaus Adenau

Das Krankenhaus ist geschlossen, aber die Immobilie steht für weiterführende Nutzung bereit. Die Marienhaus Gruppe begrüßt einen Verkauf des Grundstücks inklusive Bebauung zum nächst möglichen Zeitpunkt.

Das Grundstück Mühlenstraße 31 – 35 ist mit dem ehemaligen Krankenhaus bebaut, der Steinweg 24 ist Adresse des ehemaligen Mutter Rosa-Hauses. Die Grundstücksflächen haben rund 75 Parkplätze und Freifläche, ein Hubschrauberlandeplatz ist markiert aber künftig aller Voraussicht nach nicht mehr in Betrieb zu nehmen. Während das Mutter Rosa Haus komplett leer steht, sind Teile des ehemaligen Klinikgebäudes vermietet. Eine Umnutzung des Klinikgebäudes ist möglich, absehbar auch wirtschaftlich sinnvoll, Modernisierungs- und Investitionsbedarfe sind offensichtlich.

Zu den gegenwärtigen Mietverhältnissen zählen ein Schlaflabor, eine Tagesklinik, eine psychologische Ambulanz, eine gynäkologische Praxis und eine physiotherapeutische Praxis. Die Mieterinnen und Mieter haben Interesse, ihre angemieteten Räume weiter zu nutzen. Es gibt Interesse an weitergehender Flächennutzung innerhalb des Klinikgebäudes.

Das ehemalige Krankenhausgebäude zum Gesundheitshaus entwickeln

Aus den Interviews und Sondierungsgesprächen der Projektbegleitung haben sich weiterreichende Nutzungsmöglichkeiten für das ehemalige Krankenhaus ergeben. Einzelne Interessenten würden ebenfalls als Mieter für Teilflächen in dem Gebäude auftreten. Bislang allerdings steht prioritär das Verkaufsinteresse der Marienhaus Gruppe im Raum. Ein Verkauf des Gesamtobjekts ist – trotz vielversprechender Gespräche – bis dato nicht erfolgt. So ist auch ein zukunftsfähiges Nutzungskonzept für das Gebäude zunächst blockiert.

Dennoch lassen sich aus den Modellprojekten und den Bedarfslagen Ansätze für ein Nutzungsprofil ableiten. Das Krankenhaus lässt sich – von Modernisierungs- und Investitionsbedarfen hier abgesehen – zu einem funktionsfähigen Haus für Gesundheit weiterentwickeln. Die bestehende Mieterstruktur stellt eine gute Basis für weitere Dienstleister rund um Medizin, Pflege und Gesundheit dar. Sobald ein Betreiber der Immobilie in Sicht ist, können die Interessenten zusammengeführt und alle Akteure in eine umfassende Nutzungsplanung der Immobilie inklusive Grundstücksflächen eingebunden werden. Als Blaupause für die in Frage kommenden Dienstleistungen lässt sich über die bestehenden Mieter hinaus das Modell der PORT-Zentren heran-

ziehen. Kern der Mieterstruktur wäre demnach die Allgemeinmedizin, ergänzt um eine fachärztliche Praxis der Grundversorgung, eine Tagespflegeeinrichtung, eine Apotheke (möglichst aus dem Bestand vor Ort) sowie ggfls. ein Sanitätsfachhandel zur Hilfsmittelversorgung. Weitere Anbieter werden im PORT-Modell mitgedacht (u.a. Fahrdienste, Pflegeberatung, Gemeindeschwester). Auch das MVZ-Konzept des vdek sowie die Gesundheitszentren aus Niedersachsen oder die Gesundheitsregionen in Bayern enthalten zahlreiche Optionen zur schrittweisen Erweiterung der Leistungen.

Ein Gesundheitshaus Adenau könnte mit dieser Überschrift gut positioniert und kompakt vermarktet werden, und das Gesundheitshaus Adenau hätte auch überregionale Strahlkraft. Perspektivisch sollten auch Angebote für betreutes Wohnen im Alter, Kurzzeitpflege oder Angebote für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) mitgedacht werden. Einen Betreiber der ehemaligen Krankenhausimmobilie vorausgesetzt, wären einige Unternehmen und Einrichtungen interessiert, unter dem Dach eines Gesundheitshauses Adenau mitzuwirken.

3.4.3 Innovationsprojekt Akut-Ambulanz

Aus Sicht der Bevölkerung in der Region Adenau ist die Weiterentwicklung der Notfallmedizinischen Versorgung wohl eine der dringlichsten Aufgaben vor Ort. Mit der Schließung des Krankenhauses gibt es derzeit keine Option auf eine stationäre Notaufnahme oder eine örtliche Notfallambulanz in Trägerschaft eines Krankenhauses. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst wird von Bad Neuenahr-Ahrweiler aus betrieben. In der Folge werden in vielen Fällen die hausärztlichen Praxen vor Ort zu Anlaufstellen für Notfälle.

Zugleich ist die Ausstattung der Region mit Rettungsmitteln auf der Straße und in der Luft als gut zu beschreiben. Lebensbedrohliche Fälle können per Rettungswagen oder per Hubschrauber in umliegende Krankenhäuser oder Spezialkliniken transportiert werden. Über die Frage, ob diese Rettungsmittel ausreichen oder aufgrund ihrer Nicht-Verfügbarkeit im Einsatzfall ergänzt werden müssen, wird kontrovers diskutiert. Ein zusätzlicher Rettungswagen, der im Sommer 2023 vom Land finanziert der DRK-Rettungswache bereitgestellt wurde, wird seit Ende 2023 nicht weiterfinanziert. Der Grund: es mangle an Nachfrage.

Akut-Ambulanz als neue Anlaufstelle für akutmedizinische, ambulante Grund- und Erstversorgung im ländlichen Raum aufbauen

Einen grundsätzlich anderen Ansatz verfolgt die ADAC Luftrettung. Die Experten der ADAC-Luftrettung beobachten bundesweit eine Zunahme akutmedizinischer Behandlungsfälle, die sich als nicht lebensbedrohliche Fälle mit einem niedrigen bis moderaten Schweregrad zeigen. Diese Fälle bieten ein relevantes Potential für präklinische oder außerklinische Behandlung (vgl. Roessler 2024). Die ADAC Luftrettung hat dazu den Ansatz einer akutmedizinischen, ambulanten Grund- und Erstversorgung entwickelt. Diese „Akut-Ambulanz“ kann für ländliche Regionen wie die Region Adenau modellhaft etabliert werden. Im optimalen Fall wäre dafür ein eigenständiges Gebäude mit überschaubarem Flächenbedarf und einem Helikopterlandeplatz verfügbar. In dieser akut-ambulanten Anlaufstelle wäre der Einsatz erfahrener Fachärztinnen und Fachärzte sowie erfahrener Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vorgesehen. Für eine relevante Anzahl an Patientinnen und Patienten kann auf der Grundlage einer qualifizierten medizinischen Ersteinschätzung eine Einweisung und Behandlung im

Krankenhaus vermieden werden kann. Insbesondere für ältere Menschen können lange Transportwege sowie Stress in ungewohnter Umgebung vermieden werden. Das Verfahren bietet das Potential zur Verbesserung einer wohnortnahen und bedarfsgerechteren Versorgung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen setzt z. B. mit dem Pilotprojekt SaN in drei Landkreisen darauf, ambulante Strukturen in die Notfallversorgung einzubeziehen, um durch optimierte Patientensteuerung die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten und eine stationäre Aufnahme zu vermeiden (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2021). Bereits erprobt werden konnten die Möglichkeiten einer ambulanten Akutbehandlung in der britischen Hauptstadt London. Mit sogenannten „Physician Response Units“ wird, bildlich gesprochen, die Arztpraxis zum Patienten gebracht. Die Evaluation dieses Modells konnte zeigen, dass in fast 70 Prozent der Behandlungsfälle eine Krankenhauseinweisung vermieden und die Behandlung vor Ort durchgeführt werden konnte (Joy et al. 2020). In der Projektlaufzeit konnten erhebliche Kosten eingespart werden, bei gleichzeitig gestiegener Versorgungsqualität.

Die Infrastruktur einer Akut-Ambulanz ist in Deutschland allerdings (noch) kein Bestandteil der Regelversorgung. Deshalb soll dieses Modell als neue Versorgungsform mit Fördermitteln erprobt werden. Während der Projektbegleitung zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau konnten aussichtsreiche Gespräche zur möglichen Unterstützung einer entsprechenden Initiative geführt werden. Die ADAC Luftrettung würde dieses Modell nach aktuellem Stand als Akut-Ambulanz im Adenauer Land erproben und umsetzen. Mit einem solchen Innovationsprojekt ließe sich eine Basiseinheit für eine Akut-Ambulanz errichten. Dieses Zukunftskonzept käme dem Modell einer kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung (vgl. Abschnitt 3.1.3) sehr nahe und hätte Strahlkraft weit über die Region hinaus. Eine entsprechende Projektskizze, die durch die ADAC Luftrettung bereits entwickelt wurde, ist diesem Bericht beigelegt (vgl. Anhang A).

3.4.4 Vertragsärztliche Modellpraxis

Wie können künftig auch junge Ärztinnen und Ärzte für eine vertragsärztliche Tätigkeit in der Region gewonnen werden? Die KV RLP bietet viele Ansätze, mit denen sie die Kommunen bei der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten unterstützt. Der Kreis Ahrweiler unterstützt Studierende der Medizin mit dem Angebot eines Stipendiums von monatlich 500 Euro über bis zu fünf Jahre (Kreis Ahrweiler 2023c).

Darüber hinaus wird es für die Städte und Gemeinden langfristig darum gehen, dass sie sich als attraktive Standorte für eine vertragsärztliche Niederlassung präsentieren. Dazu zählen in erster Linie Praxen mit guten Arbeitsbedingungen und moderner Praxisinfrastruktur, denn angehende Ärztinnen und Ärzte legen heute deutlich mehr Wert auf eine gute Work-Life-Balance, und sie bevorzugen eine Tätigkeit als Angestellte in einer größeren Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum. Die interprofessionelle Zusammenarbeit auch mit anderen Gesundheitsberufen und die Möglichkeiten zur fachlichen Vernetzung haben einen zunehmenden Stellenwert bei der Entscheidung für den Ort der ärztlichen Tätigkeit, das zeigen die Ergebnisse der regelmäßigen Befragung Medizinstudierender im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (vgl. Jacobs et al. 2023).

Die Region Adenau als Praxisstandort für innovative Primärversorgung entwickeln

Aus den Präferenzen der Medizinstudierenden lässt sich ableiten, dass Kommunen, die sich um attraktive Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung kümmern, einen Standortvorteil erzielen. Eine vertragsärztliche Modellpraxis mit einer modernen Ausstattung wäre ein Vorhaben, das bei Ärztinnen und Ärzten, die an einer Niederlassung interessiert sind, Interesse finden würde. Andere Kommunen, z.B. die Stadt Soest in NRW, gehen diesen Weg bereits mit Erfolg. Dort hat die Wirtschaftsförderung gemeinsam mit den Bestandspraxen einen Entwicklungsprozess zur digitalen Modernisierung der Praxisinfrastruktur gestartet und erprobt telemedizinische Lösungen für patientenorientierte Services und besseres Praxismanagement.

Noch weiter in die Zukunft denkt man z. B. beim Digitalen Facharzt- und Gesundheitszentrum in Olpe (DFGZ). Dort arbeitet die Praxis mit einem Avatar im Empfang und mit Videosprechstunden, um Medizinische Fachangestellte und Ärztinnen und Ärzte zu entlasten. In der modernen Arbeitsteilung übernimmt die MFA mehr medizinische Tätigkeiten. Innovationsorientierte Praxiskonzepte bieten besonders im ländlichen Raum zukunftsweisende Lösungen und ersparen auch den Patienten lange Wege zu spezialisierten Fachkliniken.

Solche Initiativen sind auf die Region Adenau übertragbar. Eine Modellpraxis könnte aus einer der bestehenden Praxen heraus entwickelt werden, in der ehemaligen Krankenhausimmobilie verortet sein oder an einem anderen Standort neu errichtet werden. Kreis und Verbandsgemeinde, aber auch das Land könnten ein solches Modellprojekt gezielt unterstützen und damit auch helfen, die ärztliche Infrastruktur vor Ort weiterzuentwickeln. Eine Modellpraxis mit moderner Ausstattung wäre als Leuchtturmprojekt attraktiv für hausärztliche und fachärztliche Versorgung.

Eine eigenständige Variante für eine wohnortnahe Primärversorgung in der ländlichen Region ließe sich grundsätzlich auch aus der notfallmedizinischen Infrastruktur am Nürburgring entwickeln. Das dortige Medical Center besteht seit vielen Jahren als eine notfallmedizinische Versorgungseinheit für den Motorsport und für die zahlreichen Großveranstaltungen am Nürburgring. Das Medical Center ist den Regularien der Fédération Internationale de l'Automobile (FIA) gemäß als Rettungszentrum ausgewiesen und mit zwei Schockräumen und entsprechenden Notfall-Instrumenten überdurchschnittlich gut ausgerüstet (Braun 2024). Das Medical Center steht bei Veranstaltungen als Notfallversorger mit zahlreichen Mitarbeitern, Rettungsfahrzeugen und Hubschraubern für eine Vielzahl an unterschiedlichen Hilfeinsätzen zur Verfügung, und bei Bedarf ist das Medical Center bei Unfällen oder medizinischen Notfällen auch für Einsätze in der Region unterwegs (ebd.).

Im Rahmen der Suche nach Optionen zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau sollte auch das Medical Center mit seinen Kompetenzen als Akteur der Gesundheitsregion einbezogen werden. Faktisch wird der Rettungsdienst Nürburgring in der Saisonzeit der Rennstrecke von Mitte März bis Mitte November z. B. bei Anforderungen der Leitstelle Koblenz auch für die Notfallversorgung tätig. Aufgrund der Ausstattung wäre denkbar, dass das Medical Center über die bestehende Notfallversorgung im Rahmen der Veranstaltungen hinaus Angebote für grundversorgende Dienstleistungen im lokalen Umfeld entwickelt. Eine solche Perspektive müsste schrittweise und in engem Austausch mit den bestehenden Dienstleistern entwickelt werden. Voraussetzung dafür wäre nicht zuletzt eine entsprechende

Leistungsvergütung über Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung. Erste Gespräche dazu konnten auch mit der KV RLP geführt werden.

3.4.5 Kommunikations- und Beratungszentrum

Niederschwellige Information und Beratung ist ein Schlüssel für bessere Versorgungsqualität, mehr Gesundheitskompetenz und bedarfsgerechte Patientensteuerung. Im Gesundheitshaus Adenau (vgl. Abschnitt 3.4.2) wäre neben den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Dienstleistern auch ein Kommunikations- und Beratungszentrum einzurichten. Das Kommunikations- und Beratungszentrum bündelt Informationsangebote für Patientinnen und Patienten und bietet eine niederschwellige Anlaufstelle für Gesundheitsbildung und Präventionswissen. Die Gesundheitskompetenz der Menschen in Deutschland ist schlecht (Hurrelmann et al. 2022), viele Menschen verstehen zu wenig von dem, was Ärztinnen und Ärzte im Patientengespräch sagen, und das Vermögen, Gesundheitsinformation in wirksame Verhaltensänderung zu übersetzen, ist im Durchschnitt der Bevölkerung nur schwach ausgeprägt.

Ein Ort für niederschwellige Gesundheitsinformation einrichten

Ein Kommunikations- und Beratungszentrum im Gesundheitshaus Adenau bietet eine hervorragende Option für besseres Gesundheitswissen. Dazu werden Informationsmaterialien bereitgehalten, und es wird ein Veranstaltungsprogramm entwickelt. Die Federführung kann z. B. bei der Sozialstation Adenau-Altenahr im Verbund mit den anderen Pflegeeinrichtungen liegen und durch die Netzwerkkonferenz Adenau/Altenahr im Rahmen der Teilhabe- und Pflegestrukturplanung im Landkreis Ahrweiler unterstützt werden. Selbsthilfegruppen und andere bürgerschaftlich motivierte Akteure können die Räumlichkeit für öffentliche Veranstaltung rund um Themen der Gesundheit nutzen. Speziell ausgebildete Fachkräfte können Bürgerinnen und Bürgern bei ihren Fragen helfen, z. B. Termine bei Facharztpraxen oder Rehaeinrichtungen zu koordinieren, Formulare auszufüllen oder Sozialgesetzbuch übergreifende Beratungen anzubieten. Die geplante „Koordinierungsstelle Demenz“ des Landkreises Ahrweiler könnte auch diesen Rahmen nutzen, um vor Ort Vernetzung, Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit zu fördern sowie weiterreichende örtliche Unterstützung und entlastende Strukturen aufzubauen.

Schrittweise kann das Kommunikations- und Beratungszentrum weiterentwickelt werden und die Versorgungsprozesse auch fallbezogen unterstützen. Dazu ist der Einsatz von Case- und Care-Managerinnen und -Managern sinnvoll, die neben der Fallkoordination auch Fahrdienste, ehrenamtliche Betreuung, oder die Nutzung technischer Assistenzsysteme koordinieren. An diesem Ort könnte auch die Aufgabe der Gemeindegeschwester für die Region Adenau ausgebaut und weiterentwickelt werden. Aus dem Innovationsfonds-Projekt „Hand in Hand“ liegen auch Erfahrungen mit dem Einsatz akademisch qualifizierter Pflegeexpertinnen und -experten vor, die in das Kommunikations- und Beratungszentrum einfließen können (Lauven et al. 2023).

Das Kommunikations- und Beratungszentrum kann zu einem überregionalen Patienteninformations- und Bildungszentrum weiterentwickelt werden.

3.4.6 Fallbegleitung und Patientenlotsen

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte mehrfach Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Versorgungssystem beklagt und dafür plädiert, die medizinische Leistungserbringung stärker bedarfsgerecht und regional integriert zu entwickeln. Ein qualitätsgesichertes Fallmanagement zur fachlichen Begleitung der Patientinnen und Patienten ist wesentlicher Bestandteil einer entsprechenden Neuausrichtung der Versorgung insbesondere für ländliche Regionen. Mit sogenannten Patientenlotsen liegt ein vielversprechendes neues Konzept vor, das darauf abzielt, Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen zielgerichtet zu unterstützen. Das IGES-Institut hat Konzepte und Erfahrungen aus nationalen und internationalen Projekten in einem Überblick analysiert und bewertet [Braeseke et al. 2018].

Mit Patientenlotsen das Versorgungsmanagement vor Ort verbessern

Bundesweit gibt es bereits eine Vielzahl an Modellprojekten, die auf Grundlage eines qualitätsgesicherten Case-Managements den Einfluss von Patientenlotsen auf die Versorgung erproben. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe engagiert sich seit vielen Jahren in der Hilfe der Menschen, die von Schlaganfall betroffen sind. Dabei setzt die Stiftung auf sogenannte Schlaganfall-Lotsen, die als fachliche Begleiter den Patientinnen und Patienten während der Behandlung und Therapie zur Seite stehen. Das erfolgreiche Modell wurde evaluiert [vgl. Greiner et al. 2023] und weiterentwickelt zu einer neuen Versorgungsform, die künftig auch als Leistung der Regelversorgung gesetzlich verankert werden soll [vgl. Brinkmeier 2023].

Patientenlotsen helfen dabei, das Überleitmanagement nach Krankenhausentlassung zu optimieren, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, die Arztpraxen zu entlasten und die Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität zu steigern. Für die ländlich geprägte Region Adenau hat die Einführung von Patientenlotsen das Potential, insbesondere bei komplexen Erkrankungen eine wohnortnahe Versorgung zu unterstützen und die Abstimmung komplexer Prozesse zwischen den Leistungserbringern zu verbessern.

3.4.7 Sektorübergreifende Behandlungspfade

Sektorenübergreifende Behandlungspfade sind standardisierte, evidenzbasierte Ablaufbeschreibungen für die Versorgung bestimmter Patientengruppen über verschiedene Sektoren des Gesundheitswesens hinweg. Sie tragen dazu bei, die Versorgungsqualität bedarfsgerecht zu verbessern, die Schnittstellenprobleme zwischen stationärem und ambulantem Sektor zu reduzieren, die Kontinuität der Behandlung zu sichern und Leistungserbringer zu entlasten.

In dem oben skizzierten Templiner Projekt (Abschnitt 3.3.5) wurde z. B. ein sektorübergreifender Behandlungspfad bei Herzinsuffizienz etabliert, der mit einer lokalen Herzinsuffizienzprechstunde kombiniert wurde. Die Patientinnen und Patienten sollten durch den Behandlungspfad so gesteuert werden, dass die ambulanten Ressourcen vollumfänglich genutzt und auf diese Weise stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden wurden. Für die Patientinnen und Patienten ging es darum, mit dem Behandlungspfad Herzinsuffizienz einen progredienten Verlauf der Herzinsuffizienz zu

vermeiden bzw. die individuelle Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu steigern (inav 2022).

Für die Region Adenau geht es darum, so ist anhand der Beispiele für Strukturinnovationen anderer Kommunen und Regionen deutlich geworden, einen intensiven Ausbau der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitseinrichtungen voranzutreiben. Interprofessionelle und sektorübergreifende Kooperation kann z.B. durch gelebte Standards im Entlassmanagement, verbesserte Überleitbögen bei der Einweisung oder digitale Arztbriefe in kleinen Schritten ausgebaut werden. Hier sind Fachgruppen, die sich an häufigen Krankheitsbildern wie z.B. Herzinsuffizienz orientieren, mit regelmäßigen Treffen zur Qualitätsentwicklung empfehlenswert. Sektorübergreifende Behandlungsstandards, die sich daraus ergeben sollten, tragen dazu bei, dass Einweisungen vermieden und Nachsorge patientenorientierter erfolgen können.

Mit sektorübergreifenden Behandlungspfaden die Zusammenarbeit intensivieren

Auch hier ist mit der Etablierung von Behandlungspfaden zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Region Adenau eine Priorisierung wohnortnaher Leistungserbringung verbunden, indem die Kommunikationen mit entfernten Leistungserbringern patientengerecht optimiert werden.

Die Etablierung eines Behandlungspfads erfolgt in Zusammenarbeit der hausärztlichen Praxen mit den kardiologischen Fachpraxen sowie den umliegenden Krankenhäusern. Außerdem werden oft auch die Rehabilitation, Pflege und therapeutische Praxen beteiligt. Die Umsetzung sektorübergreifender Behandlungspfade erfolgt in multiprofessionellen Teams, und sie stellt für alle Beteiligten eine Herausforderung dar. Denn neben der Entwicklung indikationsspezifischer Standardprozeduren geht es um die Integration verschiedener IT-Systeme und Dokumentationsstandards, oder um rechtliche Hürden und Datenschutz (vgl. Hellmann, Eble 2010). Ein weiterer kritischer Erfolgsfaktor von Behandlungspfaden ist die Adhärenz der Patientinnen und Patienten, hier lässt sich auf das Instrument der Patientenlotsen (vgl. Abschnitt 3.4.6) verweisen, die einem Abbruch des Behandlungspfads durch die Betroffenen entgegenwirken können.

Aus der fachlichen Sicht kann die Etablierung sektorübergreifender Behandlungspfade für die Menschen in der Region Adenau klar befürwortet werden. Vieles spricht dafür, strukturierte Behandlungspfade bei Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Krebserkrankungen oder psychischen Erkrankungen als multiprofessionelles Werkzeug der Versorgung sektorübergreifend im Rahmen der Gesundheitsregion Adenauer Land zu etablieren.

3.4.8 Telemedizin und Technische Assistenzsysteme

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu Hause oder im Pflegeheim ist für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte zeitlich aufwändig. Insbesondere im ländlichen Raum sind mit jedem Besuch oft weitere Strecken und längere Fahrtzeiten verbunden. In manchen Regionen sinkt die Bereitschaft der Ärzteschaft zu Hausbesuchen. Der Blick auf die Entwicklung der Morbidität zeigt, dass insbesondere chronische Erkrankungen zunehmen, bei einer durchschnittlich stärkeren Zunahme der älteren Bevölkerung steigen auch altersassoziierte Krankheitsbilder, häufig treten mehrere Erkrankungen in Verbindung miteinander auf (Multimorbidität).

Telemedizinische Technologie ist bereits seit vielen Jahren auf dem Markt und wurde in zahlreichen Modellversuchen erprobt. Während der Covid-19-Pandemie wurden verschiedene Möglichkeiten genutzt, um über telemedizinische Versorgung die Häufigkeit direkter persönlicher Kontakte zu reduzieren und dennoch die medizinische Versorgung aufrecht erhalten zu können (vgl. Mangiapane 2023). Videosprechstunden wurden als offizielle Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (über den EBM) ermöglicht. Auch Online-Konsultation oder die digitale Beratung und Aufklärung vor der Operation sind einfache Anwendungsbeispiele der Telemedizin.

Mit Telemedizin und Assistenztechnik die Versorgung unterstützen

Telemedizinische Lösungen sollten gerade in der ländlichen Region stärker genutzt werden. Inzwischen gibt es gut bewährte Möglichkeiten. Neben der Videosprechstunde zählen dazu etwa die Erfassung von Vitaldaten unter Beteiligung von Versorgungsassistentinnen während der häuslichen Betreuung, das Monitoring chronisch Kranker oder bei der Wundbehandlung die Übermittlung von Bildern für die ärztliche Begutachtung. In der Rehabilitation können Übungen durch telemedizinisch-therapeutische Anwendungen über räumliche Distanz fachlich begleitet werden. Auch in der Psychotherapie wird die Telemedizin inzwischen breit genutzt, sowohl für telemedizinisch durchgeführte Einzelbehandlungen als auch für Online-Gruppensitzungen.

Das medizinische Personal sollte für solche und andere Telemedizin-Anwendungen geschult werden. Es gibt zahlreiche Anbieter. Kooperationsverträge für Modellversuche bieten sich an.

3.4.9 Digitale Gesundheitsplattform

In der Kommunikation zwischen Praxen und Krankenhäusern entstehen im hektischen Versorgungsalltag Missverständnisse, Verzögerungen oder Fehler. Aus Sicht der Bevölkerung führt das in Einzelfällen immer wieder zu kritischen Situationen der Unter- oder Fehlversorgung. Auch aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten oder Pflegekräften funktioniert der Austausch von Dokumenten, Überleitbögen, Medikationsplänen oder Arztbriefen im Zuge der Entlassung aus dem Krankenhaus immer wieder zu Störungen, zeitintensiven Telefonaten oder langwierigen Recherchen zu den „richtigen“ Ansprechpersonen.

Das ist eine bundesweit bekannte Ausgangslage. Die bisherigen Initiativen zu optimiertem Entlassmanagement oder z. B. Verabredungen zwischen Wohlfahrtsträgern und Kliniken einer Kommune haben ebenso wenig Linderung gebracht wie die bisherigen Versuche, die Telematik für solche Problemlagen praxistauglich zu machen. Im ostwestfälischen Kreis Paderborn ist vor diesem Hintergrund eine beachtenswerte Initiative auf den Weg gebracht worden, um mit einer digitalen Plattform einweisende Ärztinnen und Ärzte mit Krankenhäusern sowie mit nachsorgenden Praxen zu verbinden. Fünf Akutkrankenhäuser der Region haben sich mit dem örtlichen Praxisnetz und über 150 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auf den Weg gemacht, in einem gemeinsamen Projekt ein solches Digitalportal für Gesundheit zu entwickeln und zu erproben (vgl. <https://www.dgpowl.de/>).

Im Ergebnis wurde eine Plattform technisch und organisatorisch so umgesetzt, dass die Leistungserbringer viel Aufwand in ihren Abläufen reduzieren können und dadurch entlastet werden, und dass die Patientinnen und Patienten mehr Transparenz

erfahren und über ein Patientenportal direkten Zugriff auf ihre medizinischen Unterlagen erhalten. Das Projekt fokussierte die Entwicklung auf die digitale Übertragung von Bildern, auf den einrichtungs- und sektorübergreifenden Austausch von Dokumenten, auf den digitalen Medikationsplan und auf die digitale Ein- bzw. Überweisung.

Digitalplattform auch für die Versorgung in der Eifelregion etablieren

Die Digitale Gesundheitsplattform hat einen Reifegrad erreicht, der es möglich macht, das Modell auf andere Regionen zu übertragen und dort bedarfsgerecht anzupassen. Die Plattform eignet sich als benutzerfreundliches Werkzeug für den Austausch zwischen Praxen und Leistungserbringern innerhalb der Region Adenau sowie mit umliegenden Krankenhäusern oder entfernteren Fachkliniken.

Fachärztinnen und Fachärzte können z. B. online auf Röntgenbilder ihrer Patientinnen und Patienten zugreifen, ohne dass Bilddaten auf Datenträgern transportiert werden müssen. Informationen zu Anamnese, Diagnose und Behandlung müssen ebenfalls weder „gefaxt“ noch gedruckt werden, alle Dokumente, z. B. Arztbriefe, sind online abrufbar. Der online verfügbare Medikationsplan hilft, Risiken der Fehlmedikation zu vermeiden und erlaubt auch in Notsituationen einen schnellen Zugriff auf eingepflegte Notfalldaten. Einweisungen und Überweisungen erfolgen digital und sind für alle Behandler einsehbar. Technisch ist das System so konzipiert, dass ein sicherer und schneller Datenaustausch gewährleistet ist.

Die bisherige Praxis zeigt, dass das Modell alltagstauglich ist, den Informationsfluss vereinfacht, und die Kommunikation zwischen den teilnehmenden Einrichtungen optimiert. Die digitale Gesundheitsplattform ermöglicht eine engere Vernetzung der beteiligten Akteure und fördert die Patientensicherheit.

4 Kommunale Steuerung

4.1 Stärkung der Gesundheitsversorgung vor Ort

Knappe Ressourcen und steigende Herausforderungen prägen die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion. Vor diesem Hintergrund richten sich immer mehr Erwartungen an die kommunale Ebene. Städte und Gemeinden sollen demnach mehr Aufgaben übernehmen, wenn es um Gesundheit als Teil der Daseinsvorsorge geht, und die kommunalen Spitzenverbände sehen hier schon lange eine Gestaltungsaufgabe (Deutscher Städtetag 2015; Burgi 2013). Expertinnen und Experten plädieren für eine stärkere Versorgungssteuerung und eine aktive Gestaltung der Primärversorgung auf kommunaler Ebene (Greß 2018; Klapper, Cichon 2021).

Mit dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) wurde die Etablierung gleich mehrerer Strukturen zur Weiterentwicklung der Primärversorgung auf kommunaler Ebene in Aussicht gestellt. Zu diesem Referentenentwurf, der im April 2024 veröffentlicht wurde (Bundesministerium für Gesundheit 2024), hatte es bereits zwei Entwurfsfassungen gegeben, die zu einer intensiven Debatte über Zuständigkeiten auch auf der kommunalen Ebene führten. Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen sollten den Ansatz einer präventiv ausgerichteten wohnortnahen Versorgung stärken und die integrierte, sektorübergreifende Versorgung auf lokaler Ebene stärken. Kommunen sollten dabei eine aktive Rolle übernehmen. Im Referentenentwurf waren diese Ansätze der Primärversorgung aus dem Gesetzesvorhaben weitgehend gestrichen.

Mit der Beratung des Entwurfs im Bundesrat folgten Empfehlungen an den Gesetzgeber, die ursprünglichen avisierten neuen Versorgungsformen wieder aufzugreifen (vgl. Deutscher Bundestag 2024). Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen in ländlichen Regionen sei eine bessere Steuerung der Versorgung von großer Bedeutung. Hier solle die Kassenärztliche Bundesvereinigung mehr Gestaltungsspielraum erhalten, je nach regionaler Bedarfslage Ermächtigungen oder Sonderzulassungen aktiver nutzen zu können. Gesundheitskioske sollten über ein Initiativrecht der Kommunen installiert werden, um soziale benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Regionen bzw. Stadtteile besser mit niedrigschwelligen Versorgungsangeboten zu erreichen. Primärversorgungszentren sollten als Teil der Grundversorgung etabliert werden, um der Zunahme älterer Menschen und mehrfach erkrankter Menschen mit einer bedarfsgerechteren Versorgung auf lokaler Ebene wirksamer begegnen zu können. Schließlich sollen Gesundheitsregionen als Vertragsgemeinschaften zwischen Kassen und Kreisen bzw. kreisfreien Städten eine bedarfsorientierte, regionale und sektorübergreifende Versorgung sicherstellen (vgl. Deutscher Bundestag 2024).

Insbesondere empfiehlt die Länderkammer, die Primärversorgungsstrukturen klarer im Regelungsrahmen und differenzierter in der Verantwortlichkeit zu gestalten. Primärversorgungszentren sollten demnach nicht nur hausärztliche Versorgung, sondern auch pädiatrische, gynäkologische, psychotherapeutische und weitere medizinische Grundversorgung anbieten können. Waren zunächst drei hausärztliche Sitze

als Mindestvoraussetzung der Gründung eines Primärversorgungszentrums vorgesehen, sollte nun ein Sitz als Mindestbedingung ausreichend sein. Dieses Argument eröffnet mehr Optionen für ländliche Regionen, in denen es an hausärztlichen Niederlassungen mangelt. Die Leitung der Primärversorgungszentren sollte nicht allein Ärztinnen und Ärzten vorbehalten, sondern auch in kooperativer Leitungsstruktur mit anderen Gesundheitsberufen möglich sein. Die Einbeziehung des Case-Managements soll dabei helfen, die Organisation von Behandlungsabläufen patientenorientiert zu integrieren.

Erste Erfahrungen mit integrierten, primärversorgenden Strukturen in Deutschland liegen vor (vgl. die PORT-Zentren der Robert Bosch Stiftung). Bezieht man diese Erfahrungen ein, dann gibt es unabhängig von der weiteren Gesetzgebung mit Blick auf eine stärkere Verbreitung von Primärversorgungszentren in Deutschland mehrfachen Handlungsbedarf: Eine langfristig gesicherte Finanzierung wird wohl nur über einen Finanzierungsmix aus Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung einerseits und Mitteln der Kommunen zur Gewährleistung der lokalen Daseinsvorsorge andererseits gelingen. Berufspolitisch gibt es einen breiten Konsens zum Einsatz akademisch qualifizierter Tätigkeitsfelder und Berufsbilder wie Community Health Nurse oder Advanced Practice Nurse. Hier besteht aber noch Regelungsoffenheit und die Notwendigkeit, insbesondere an der Schnittstelle ärztlicher und nicht-ärztlicher Tätigkeit die heilkundliche Übertragung klarer zu regeln. Das Zusammenwirken der Dienstleistungen eines Primärversorgungszentrums mit den weiteren, im Einzelfall erforderlichen, Versorgungseinrichtungen bedarf verbindlicher Regeln der Kooperation: Primärversorgungszentren sind keine Insel. Hier bieten sich Behandlungspfade für die häufigsten Erkrankungen als Bindeglied der Kooperation an. Darüber wäre auch ein umfassendes Qualitätsmanagement zu entwickeln, das durch fallbezogenes Case-Management unterlegt würde. Primärversorgungszentren sind ein vielversprechendes Konzept, das sich auch international im Sinne bedarfsgerechter Steuerung der regionalen Versorgung bewährt hat (vgl. die Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 und 2018). Allerdings handelt es sich lediglich um eine Chance zur besseren Gesundheitsversorgung (vgl. Schluttig, Kurscheid 2024), solange der notwendige regulative Rahmen nicht hinreichend ausformuliert ist. Bis dahin, das zeigen die Modellprojekte, in denen neue primärversorgende Strukturen erprobt werden, lässt sich aber der Ansatz von Primärversorgungszentren als Blaupause für die strategische Entwicklung regionaler Strukturinnovationen hervorragend nutzen.

4.2 Zukunftsbild „Gesundheitsregion“

Der Zusammenhang zwischen einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung und ihrer Realisierung auf der regionalen Ebene konnte schon vor der Covid-19-Pandemie, währenddessen aber besonders scharf, gesehen werden: Die medizinische Versorgung ist eine regionale Angelegenheit. Ihre formale Sicherstellung und praktische Gewährleistung unterscheiden sich deutschlandweit in den verschiedenartigen Regionalstrukturen deutlich. Ausgewählte Phänomene sind: Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen oder sozial schwächeren Stadtteilen, ausbleibende Praxisübernahmen, Versorgungsbrüche nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder in der Überleitung zur Rehabilitation, Stationsschließungen aufgrund Personalmangel oder

Schwierigkeiten bei der Nachwuchsgewinnung. Das sind zugleich auch die „Baustellen“ die sich den kommunal Verantwortlichen im Adenauer Land sowie im Kreis Ahrweiler als Herausforderung zeigen.

In vielen Regionen wird das Zusammenwirken lokaler Akteure im Sinne der Netzwerkentwicklung gezielt vornagetrieben. Von erheblicher Bedeutung erweist sich dabei das Zusammenspiel der stationären und ambulanten Einrichtungen, der verschiedenen Gesundheitsberufe, der Hochschulen sowie der Politik und der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. In gemeinsamen Entwicklungskonzepten entstehen innovative Versorgungsformen oder Anbietergemeinschaften, Prävention und Gesundheitsförderung spielen eine zunehmend wichtige Rolle, Technologieentwicklung und digitale Gesundheitsanwendungen sind Treiber qualitativ hochwertiger Produkte, Versorgungsangebote und Gesundheitsdienstleistungen.

Das Zukunftsbild einer kooperativ wirksamen Weiterentwicklung regionaler Gesundheitsversorgung muss durch Koordination und Innovation systematisch entwickelt werden. Für Adenau geht es dabei um drei wesentliche Inhalte:

- Hilfe im Notfall: Weiterentwicklung lokaler Strukturen der Notfallversorgung;
- Vernetzte Medizin: Kooperation zwischen lokalen Praxen und umliegenden Krankenhäusern;
- Pflege & Prävention: Sicherheit und Lebensqualität in der alternden Gesellschaft.

Zum Zukunftsbild Gesundheitsregion Adenau gehört schließlich auch eine Entwicklungsperspektive, die über den Stand der heutigen Strukturen weit hinausreicht. Was wäre, wenn ein lokales Versorgungszentrum nicht nur für Krankheitsbehandlung zuständig wäre, sondern auch für den Gesundheitsnutzen honoriert würde, den die Beteiligten für die Gesundheit der lokalen Bevölkerung erzeugen? Mit dieser Frage eröffnen sich Gestaltungsoptionen einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung, die von Fachleuten schon lange gefordert werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte in seinem Gutachten 2009 dafür plädiert, sich von den traditionellen, anbieterorientierten Systemstrukturen im Gesundheitswesen zu lösen und auf das Zukunftskonzept einer populationsorientierten Versorgung in definierten Gesundheitsregionen zu setzen. Die oben skizzierten Ansätze sind ausgewählte Beispiele für einen Entwicklungsprozess in Richtung integrierter Versorgungsmodelle. Das Zukunftsbild dieser und vieler weiterer Ansätze beruht darauf, dass auf regionaler Ebene Gesundheit aktiv gestaltet wird: Eine neue Verantwortlichkeit ist auf der regionalen Ebene notwendig. Diese Verantwortlichkeit orientiert sich an dem bestmöglichen Gesundheitszustand der lokalen Bevölkerung und an dem verantwortlichen Umgang mit den Ressourcen. Ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung „verbraucht“ auch weniger Fachkräfte. Auch in diesem Sinne lohnt sich Gesundheit für jeden einzelnen Menschen, für die Arbeitszufriedenheit der professionellen Kräfte im Gesundheitswesen, für die Region und ihre Standortattraktivität und für die Gesellschaft [Hildebrandt et al. 2021].

4.3 Organisation und Management

Initiativkreis Gesundheitsregion Adenauer Land

Die Projektbegleitung zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau wurde durch einen Lenkungsreis unterstützt. Dieser

Lenkungskreis lässt sich zu einer erweiterten Steuerungsgruppe ausbauen, in der engagierte Persönlichkeiten und Multiplikatoren an der Weiterentwicklung mitarbeiten. Ein solches Steuerungsgremium kann als Initiativkreis auch Aufgaben der Governance für die künftige Gesundheitsregion Adenauer Land übernehmen. Das Gremium sollte in der Größe begrenzt sein, aber Personen aus unterschiedlichen Bereichen der medizinischen Versorgung, der Politik und kommunalen Verwaltung sowie der Wirtschaft und Bürgerschaft vereinen. Zentrale Funktion dieses Gremiums ist die Initiierung von Einzelmaßnahmen, die Entwicklung einer Gesamtstrategie der gesundheitlichen Regionalentwicklung sowie die Erarbeitung von „Spielregeln“ der Zusammenarbeit zur Erreichung der übergeordneten Zielsetzung. Die beteiligten Personen engagieren sich ausschließlich ehrenamtlich.

Koordinierungsstelle Gesundheitsregion Adenauer Land

Der Initiativkreis ist ein strategisch arbeitendes Gremium und operativ nicht ausreichend handlungsfähig. Der Initiativkreis braucht eine Arbeitseinheit zur Unterstützung seiner Arbeit. Außerdem müssen die Einzelmaßnahmen auch organisatorisch begleitet werden, Förderanträge müssen entwickelt werden, Kompetenzträger müssen eingebunden werden usw. Das bringt Koordinations- und Kommunikationsaufwand mit sich, der von in einer professionellen Koordinierungsstelle gebündelt werden sollte. Die Ausstattung dieser Koordinierungsstelle kann stufenweise nach Bedarf erfolgen. Um schnell handlungsfähig zu werden, bietet sich anfangs durchaus eine in Teilzeit ausgeübte Tätigkeit an. Die Person sollte neutral, z. B. bei der Kommune, angesiedelt sein.

4.4 Wirtschaftsförderung und Regionalentwicklung

Standortwerbung und Förderung der Niederlassung in der ländlichen Region Adenau

Medizinstudierende und angehende Fachärztinnen und Fachärzte können durch die Städte und Gemeinden aktiv auf eine Niederlassung angesprochen werden. Faktisch sind hier zahlreiche Kommunen bereits aktiv geworden. Bundesweit haben Städte und Gemeinden Richtlinien zur Förderung der Niederlassung vor Ort umgesetzt. Überwiegend beziehen sich diese Förderrichtlinien auf die hausärztliche Tätigkeit. Je nach Bedarfslage werden auch Niederlassungen von Facharztpraxen gefördert. Auch Hebammen und therapeutische Praxen sowie medizinische Fachangestellte in ambulanten Praxen zählen zu den umworbenen Fachkräften, für die Kommunen inzwischen aktiv werben und spezifische Instrumente im Rahmen der Standortentwicklung ausgebildet haben.

Insbesondere für das Studium der Humanmedizin ist das Stipendium als Hilfe zur Finanzierung eines Studiums eine Möglichkeit, um Medizinstudierende für die Kommune zu interessieren und an den Standort zu binden (vgl. Kreisverwaltung Ahrweiler 2023c). Im Allgemeinen werden entsprechende Stipendienprogramme mit einer Bindungsfrist für die spätere vertragsärztliche Tätigkeit in der Kommunen verbunden.

Als weitere Anreize werden Umzugshilfen, Investitionszusagen, Bürgschaften, die Reservierung von Plätzen zur Kinderbetreuung oder die Vermittlung von Job-Angeboten für Partnerinnen und Partner genannt. Diese Ansätze werden in den Fraktionen der Stadt- und Gemeinderäte, oft unter Hinweis auf die Gleichberechtigung von

Fachkräften unterschiedlicher Wirtschaftszweige, kontrovers debattiert. Sie werden aber durchaus als Ergänzung der Niederlassungsinitiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Förderung zur hausärztlichen Niederlassung auf Landesebene umgesetzt.

Aus der Sicht der Kommune ist in den letzten Jahren die Förderung der ärztlichen Niederlassung zu einem wichtigen Baustein der Standortentwicklung geworden. Insbesondere ländlich gelegene Kreise, Städte und Gemeinden setzen zunehmend auf eine aktive Bindung von Studierenden sowie auf aktive Standortwerbung und Förderungen der ärztlichen Niederlassung. Im Rahmen der Wirtschaftsförderung ist insbesondere die hausärztliche Versorgung zu einem wichtigen Baustein der Standortentwicklung geworden, um die Attraktivität des ländlichen Raums zu sichern und zukunftsfest zu gestalten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz hält mit der Kampagne „Lass Dich nieder!“ ein umfangreiches Programm dazu bereit. Auch das Land Rheinland-Pfalz hat im Rahmen des wiederholt fortgeschriebenen Masterplans ein Portfolio an Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung entwickelt. Dazu zählen eine Landarztquote, eine Landesförderung hausärztliche Versorgung sowie eine Landesförderung zum allgemeinmedizinischen Tertial im Praktischen Jahr, um während des Studiums Erfahrungen in der hausärztlichen Praxis zu sammeln.

In Zusammenarbeit mit der KV RLP sind hier weitere Maßnahmen entwickelt worden, z. B. die Beratungsstellen der KV RLP für Kommunen, eine Veranstaltungsreihe „KV initiativ“ für Kommunen mit Informationen über die örtlichen Entwicklungen zur ärztlichen Versorgung sowie eine Online-Plattform für Kommunen, über die Standorte für sich werben können.

Diese Maßnahmen können auch durch die Verbandsgemeinde Adenau in Anspruch genommen werden. Die Nutzung dieser und weiterer Handlungsoptionen sollte aktiver verfolgt und intensiviert werden.

Arztlotse für den Landkreis Ahrweiler

Noch ist die vertragsärztliche Versorgung im Kreis Ahrweiler weitgehend gesichert und unkritisch, das zeigt die Bestandsaufnahme des Entwicklungskonzepts sowie die Ausweisung der Fördergebiete für die vertragsärztlichen Planungsbereiche (KV RLP 2024i). Andere ländlich geprägte Regionen im Bundesland Rheinland-Pfalz sind bereits stärker mit offenen Arztsitzen und einem spürbaren Mangel etwa der hausärztlichen Versorgung konfrontiert (ebd.). Doch auch die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte im Kreis Ahrweiler weist einen steigenden Altersdurchschnitt aus. Mit Blick auf künftige Mangelsituationen oder Nachbesetzungsproblemen liegt es nahe, heute schon an Strategien gegen den absehbaren Mangel an Ärztinnen und Ärzten zu arbeiten. Das Land Rheinland-Pfalz und die Kassenärztliche Vereinigung haben bereits Maßnahmen ergriffen (vgl. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz 2017; Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit 2022).

Nicht nur ländliche Regionen haben inzwischen auf der regionalen Ebene, oft auch auf kommunaler Ebene der Städte und Gemeinden, örtliche Maßnahmenpakete entwickelt, um einem künftigen Mangel entgegenzuwirken. Eine der Maßnahmen ist der „Arztlotse“. Das Grundkonzept wurde an verschiedenen Orten schon erprobt, unter anderem mit Kommunen in Ostwestfalen entwickelt, in der Stadt Soest erprobt und ist aktuell in der kreisfreien Stadt Bielefeld Teil eines umfassenden Pakets an

Maßnahmen, mit denen Ärztinnen und Ärzte angeworben und in der Stadt gehalten werden sollen. Im Sinne eines kommunalen Gesundheitsmanagers soll die Ansprechperson dort im Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt ab 2025 etabliert sein. Die Person soll Ärztinnen und Ärzte, die sich in Bielefeld niederlassen wollen, beraten und den Kontakt zu allen Unterstützungsstrukturen im Kontext einer Niederlassung herstellen. Eine solche Person sollte unabhängig agieren und könnte z. B. in der Kreisverwaltung angesiedelt werden.

Gesundheitstag im Adenauer Land

Der Gesundheitstag wäre ein Baustein zur intensiveren Förderung der Prävention und könnte als ein erlebnisorientierter Event für die Menschen im Adenauer Land umgesetzt werden. Der Gesundheitstag wäre eine Plattform für alle Leistungserbringer und Dienstleister rund um die medizinische Versorgung in der Region Adenau. Der Gesundheitstag bietet allen Gesundheitsdienstleistern die Möglichkeit, sich mit eigenen Angeboten öffentlich zu präsentieren. Vor allem ist ein solcher Gesundheitstag für die Bevölkerung ein Anlass, sich auf einer kleinen Gesundheitsmesse an Ständen über Prävention und Gesundheitsförderung zu informieren. An diesem Tag können Besucherinnen und Besucher auch Kurzvorträge für Laien hören. Die Gäste kommen mit Expertinnen und Experten ins Gespräch oder nutzen kostenlose Serviceangebote wie kleinere medizinische Untersuchungen.

Das Vortragsprogramm wird u.a. von Ärztinnen und Ärzten der örtlichen Praxen und der umliegenden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen sowie der Krankenkassen und der Vereine mitgestaltet. Es gibt Hinweise auf bedarfsgerechte Unterstützung für Mobilität und Sicherheit zu Hause und unterwegs. Hier können auch die Möglichkeiten der modernen Assistenztechnik aufgezeigt und erprobt werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sanitätshäuser oder der Pflegeberatung, der Selbsthilfe und anderer Informations- und Beratungseinrichtungen in der Stadt und im Kreis bieten Hilfestellungen für die Menschen im höheren Alter und zeigen Wege für mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität im häuslichen Wohnumfeld. Produkte, Hilfsmittel und Geräte können vor Ort ausprobiert werden und bei Bedarf auch käuflich erworben werden. Die Angebote reichen von kostenlosen Servicetipps, über Gesundheits-Check-ups, den Vorträgen zu Gesundheitsthemen, Informationen über Gesundheitsprodukte, bis hin zu Angeboten von Wellness, Fitness und Hygiene.

Auch der Gesundheitstourismus kann hier präsentiert und beworben werden. Der Gesundheitstag bietet hervorragende Möglichkeiten für einen Brückenschlag zum Tourismus und zur Tourismusförderung. Gäste von außerhalb der Region erleben „eine ganz andere Seite“ der Region, die sich mit diesem Tag als Standort für Gesundheit, Gesundheitstourismus und Lebensqualität mit positivem Wirkungsbild nach außen präsentiert.

Es ist empfehlenswert, die Veranstaltung in neutraler Schirmherrschaft z. B. der Kommune durchzuführen. Organisiert werden könnte so ein Tag federführend durch die Wirtschaftsförderung der Verbandsgemeinde.

Quellenverzeichnis

- ADAC Luftrettung (2024a) 50 Jahre Luftrettung in Koblenz. Verfügbar unter: <https://luftrettung.adac.de/50-jahre-luftrettung-in-koblenz/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- ADAC Luftrettung (2024b) Christoph 10 - Wittlich. Verfügbar unter: <https://luftrettung.adac.de/stationen/christoph-10/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- ADAC Luftrettung (2024c) Christoph 23 - Koblenz. Verfügbar unter: <https://luftrettung.adac.de/stationen/christoph-23/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- ADAC Luftrettung (2024d) Christoph Rheinland - Köln. Verfügbar unter: <https://luftrettung.adac.de/stationen/christoph-rheinland/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- ADAC Luftrettung (2022) Einsatzbilanz 2021: ADAC Luftrettung fliegt 52.234 Einsätze. Verfügbar unter: <https://luftrettung.adac.de/einsatzbilanz-2021/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- ADAC Stiftung; Bertelsmann Stiftung; Björn Steiger Stiftung (Hg.) (2024) Reformbedarf bei der Notfallversorgung: Flächendeckende Alarmierung von Ersthelfern über vernetzte Ersthelferalarmierungssysteme. München, Gütersloh, Winnenden. Verfügbar unter: https://stiftung.adac.de/app/uploads/2024/10/Ersthelferalarmierungssysteme_Ergebnispapier.pdf, Letzter Zugriff: 15.10.2024
- ADAC Stiftung (2024) Lehrkräfteschulungen für Reanimationsunterricht. #koblenzdrückt. Verfügbar unter: <https://stiftung.adac.de/koblenzdrueckt/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Ärztenez Ahrweiler (2024a) Ärzte und Kliniken. Verfügbar unter: <https://www.aerztenetz-ahrweiler.de/aerzte-und-kliniken.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Ärztenez Ahrweiler (2024b) Über uns. Verfügbar unter: <https://www.aerztenetz-ahrweiler.de/ueber-uns.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- AOK Niedersachsen (2024) Innovationsfondsprojekt STATAMED. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/gp/innovationsfondsprojekt-statamed>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- AOK Rheinland/Hamburg (2024) Neue Strukturen und Wege geschaffen: Erste Bilanz für Innovationsfondsprojekt „STATAMED“ fällt positiv aus. Pressemitteilung v. 10.10.2024. Hamburg. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pp/rh/pm/neue-strukturen-und-wege-geschaffen-erste-bilanz-fuer-innovationsfondsprojekt-statamed-faellt-positiv-aus/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Augurzky, B. (2024) Die Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz—Gutachten im Auftrag der Krankenkassen und Verbände. Institute for Health Care Business GmbH, Essen
- Baumgartner, E. (2024) Das MVZ Klettgau eröffnet am 8. Januar: Das müssen Patienten jetzt wissen. Südkurier, 8. Januar 2024. Verfügbar unter: <https://www.suedkurier.de/region/hochrhein/klettgau/das-mvz-klettgau-eroeffnet-am-8-januar-das-muessen-patienten-jetzt-wissen;art372608,11853566>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Beierle, A. (2023) Patientensteuerung mit dem SaN-Projekt. Vortrag beim KBV Sicherstellungskongress 2023: Zukunft der Akutversorgung, 12.-13. Oktober 2023 im "dbb forum berlin". Hg. v. Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Frankfurt a.M. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Beierle_KBV-Sicherstellungskongress2023.pdf, zuletzt geprüft am 15.10.2024
- Bieckmann, R.; Heinze, R. G.; Schönauer, A.-L. (2022) Begleitende Evaluation der Modellphase Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen. Endbericht für das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung. Unter Mitarbeit von R. Danielzyk und R. Drossner. InWIS Forschung & Beratung GmbH. Bochum
- Bohm, S.; Freiberg, L. O.; Prinz, A. (2020) IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Ergebnisbericht. Berlin. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/155/2022-04-01_IGiBStimMT_Ergebnisbericht.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Braeseke, G.; Huster, S.; Pflug, C.; Rieckhoff, S.; Ströttchen, J.; Nolting, H.-D.; Meyer-Rötz, S. H. (2018) Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. Abschlussbericht für die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. IGES Institut. Berlin

- Braun, Jürgen C. (2024) Rettungszentrum wie kein Zweites in Deutschland. Das Medical Center am Nürburgring ist nicht nur für den Motorsport, sondern auch für die Menschen in der Eifel und an der Ahr ein Segen. In: Rhein-Zeitung, 19.10.2024
- Brinkmeier, M. (2023) Eckpunkte zur Governance von Patientenlotsen: Das LEX LOTSEN OWL-Projekt. In: Zeitschrift Case Management 20 (1), 28-23
- Brucker, C. (Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz, Hrsg.). (2018). Leistungen des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes in Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://mdi.rlp.de/fileadmin/03/Themen/Bevoelkerungsschutz_und_Rettungsdienst/Rettungsdienst/Dokumente/2624-Einsatzstatistik-RD-2018.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Brucker, C. (Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz, Hrsg.) (2019) Gesamteinsätze des öffentlich-rechtlichen bodengebundenen Rettungsdienstes in Rheinland-Pfalz von 1993 bis 2018. Verfügbar unter: https://mdi.rlp.de/fileadmin/03/Themen/Bevoelkerungsschutz_und_Rettungsdienst/Rettungsdienst/Dokumente/2624-Einsaeetze-RD-1993-2018.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2024) Referenztabelle zu Raumgliederungen des BBSR. Referenztabelle Deutschland (31.12.2022), Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Verfügbar unter: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/downloads/download-referenzen.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Bundesregierung (2024a) Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen. (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) Kabinettsentwurf. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_GE_Kabinettd.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Bundesregierung (2024b) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. (NotfallG) Kabinettsentwurf. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinettd.pdf, zuletzt geprüft am 15.10.2024
- Burgi, M. (2013) Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, 15)
- Conradt, S. (2023) Liquiditätsengpass: BIR-Landkreis unterstützt die Klinikum Idar-Oberstein GmbH mit 7 Millionen Euro. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/nahe-zeitung_artikel,-liquiditaetsengpass-birlandkreis-unterstuetzt-die-klinikum-idaroberstein-gmbh-mit-7-millionen-euro-_arid,2584679.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) (2022) Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich – Einführung von Hybrid-DRGs und klinisch-ambulanten Leistungen. DKG-Positionspapier. Berlin
- Deutscher Bundestag (2024) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) Drucksache 20/12664 zu Drucksache 20/11853. Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung. Berlin.
- Deutscher Städtetag (Hg.) (2015) Für eine echte Stärkung der Kommunen in der Pflege. Positionspapier des Deutschen Städtetages. Berlin und Köln.
- Deutsches Ärzteblatt (2020) Loreley-Kliniken schließen Ende September. Deutsches Ärzteblatt. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111897/Loreley-Kliniken-schliessen-Ende-September>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Dini, M. L.; Miralles, J. G.; Heintze, C. (2018) Delegation in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Nordrhein-Westfalen. Eine Studie im Auftrag des LZG.NRW, durchgeführt vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Hg. v. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) Bochum
- DGUV (2024a) Durchgangsarztverfahren, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Verfügbar unter: <https://diva-online.dguv.de/diva-online/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024

- DGUV [2019] Was ist ein D-Arzt?, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Verfügbar unter: <https://www.dguv-lug.de/magazin-dguv-pluspunkt/archiv/2019/ausgabe-12019/08-3-fragen-was-ist-ein-d-arzt/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- DRK KV Ahrweiler. [2024a] Helfer vor Ort - Professionelle ehrenamtliche Ersthelfer, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Ahrweiler. Verfügbar unter: <https://www.kv-aw.drk.de/angebote/bevoelkerungsschutz-und-rettung/helfer-vor-ort-hvo.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- DRK KV Ahrweiler. [2024b] Rettungsdienst, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Ahrweiler. Verfügbar unter: <https://www.kv-aw.drk.de/angebote/bevoelkerungsschutz-und-rettung/rettungsdienst.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- DRK KV Ahrweiler. [2024d] Unser Einsatzgebiet Nürburgring, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Ahrweiler. Verfügbar unter: <https://www.kv-aw.drk.de/angebote/bevoelkerungsschutz-und-rettung/nuerburgring.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- DRK KV Mayen-Koblenz. [2023] Integrierte Leitstelle Koblenz, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Mayen-Koblenz e. V. Verfügbar unter: <https://www.mayen-koblenz.drk.de/angebote/bevoelkerungsschutz-und-rettung/rettungsdienst/integrierte-leitstelle.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- DRK-Landesverband RLP. [2024] DRK-Bildungsinstitut, Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://www.bildungsinstitut-rlp.drk.de/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- DVE [2024a] Ergotherapeutische Praxen Suche, Deutscher Verband Ergotherapie. Verfügbar unter: <https://dve.info/service/therapeutensuche/search/results?ssid=171231135920.37.78>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- DVE [2024b] Physiotherapeutensuche, Deutscher Verband Ergotherapie. Verfügbar unter: https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapeutensuche.html?tx_wrgomaps_show%5Bcontrol-ler%5D=Map&cHash=d2b20f1e0fdb360380858290605ee16. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Eifelschau [2022] Alarmierende Nachrichten zur Krankenhaus-Versorgung im Kreis Ahrweiler. Eifelschau. Verfügbar unter: <https://www.eifelschau.de/2022/12/13/alarmierende-nachrichten-zur-krankhaus-versorgung-im-kreis-ahrweiler/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Engehausen, R.; Scholz, S. (Hg.) [2020] Innovationsfonds - Transfer in die Regelversorgung. Zwischenbilanz, Best Practice-Beispiele & Handlungsempfehlungen. 1. Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Gesundheitsmarkt in der Praxis)
- Faller, Bernhard; Bendler, Jan; Erler, Antje [2019] Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Ergebnisse aus dem Modellprojekt zur ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg. Hg. v. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Quaestio Forschung & Beratung GmbH. Stuttgart
- Faller, B., Bendler, J. & Ritter, J., Erler, A. (Hg.) [2020] Konzept zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Region Rhein-Eifel. Endbericht. Bonn. Frankfurt a. M. Verfügbar unter: [https://www.leader-rhein-eifel.de/rhein-eifel/info_modul.nsf/vwDateien/file_441/\\$File/2016015_Gesundheitsversorgung%20Rhein-Eifel_Bericht_mitKufa.pdf?OpenElement](https://www.leader-rhein-eifel.de/rhein-eifel/info_modul.nsf/vwDateien/file_441/$File/2016015_Gesundheitsversorgung%20Rhein-Eifel_Bericht_mitKufa.pdf?OpenElement). Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Fein, H.-P. [2023] Pflegebedürftige Menschen 2021. Deutlicher Anstieg der pflegebedürftigen Menschen in Rheinland-Pfalz. Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz, (9), 578–591. Verfügbar unter: <https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/monatshefte/2023/September/202309-578.pdf>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Francke, V. & Westbrock, S. [2023] Mit neuen Ideen gegen den Ärztemangel. General-Anzeiger. Verfügbar unter: https://ga.de/region/ahr-und-rhein/aerztmangel-im-kreis-ahrweiler_aid-84890349. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- FV Krankenhaus und Notarztstandort Adenau. [2024a] Notarztstandort Adenau, Förderverein Krankenhaus und Notarztstandort Adenau. Verfügbar unter: <https://foerderverein-medizinische-versorgung-adenauer-land.de/notarzt>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- FV Krankenhaus und Notarztstandort Adenau. [2024b] Simulations- und Trainingszentrum, Förderverein Krankenhaus und Notarztstandort Adenau. Verfügbar unter: <https://foerderverein-medizinische-versorgung-adenauer-land.de/notarzt-schulungszentrum>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Galonska, A. [2023] Offener Brief zur Paracelsusklinik: Hoffen auf eine späte Rettung. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: <https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/rhein-lahn>

- zeitung_artikel,-offener-brief-zur-paracelsusklinik-hoffen-auf-eine-spaete-rettung-_arid,2571276.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- G-BA. (2019) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfügbar unter: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bedarfsplanung/2019-06-30_Richtlinie_Bedarfsplanung.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Gernot, L. (2023) Kliniksterben in Rheinland-Pfalz: Diesen Krankenhäusern droht das Aus. SWR Aktuell. Verfügbar unter: <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/krankenhaus-sterben-in-rheinland-pfalz-100.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Geuter, G.; Ewert, T.; Wildner, M. (2020) Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern als Instrument zur Planung und Steuerung in der Versorgung. In: Public Health Forum 28 (3), S. 217–219. DOI: 10.1515/pubhef-2020-0039
- Geuter, G.; Ewert, T.; Deiters, T.; Holleder, A. (2017) Optimierung der kommunalen Gesundheitsversorgung: Erste Erfahrungen des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung des Landes Bayern. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) 79 (1), S. 28–34. DOI: 10.1055/s-0042-102343
- Gewerbeverein Adenau e. V. (2017) Satzung des Gewerbeverein Adenau e. V. <https://www.gewerbeverein-adenau.de/images/satzung.pdf>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Greiner, W.; Düvel, J.; Elkenkamp, S.; Gensorowsky, D. (2023) Sektorenübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe. Evaluationsbericht. Förderkennzeichen 01NVF17025. Bielefeld, Berlin
- Greß, S.; Stegmüller, K. (2018) Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene - Möglichkeiten und Grenzen. In: Regina Brunnett, Petra Brzank, Anja Dieterich, Raimund Geene, Markus Herrmann, Susanne Kümpers et al. (Hg.): Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Hamburg: Argument Verlag, S. 8–21
- Grüne Kreistagsfraktion Kreis Ahrweiler (2023) Antrag der GRÜNEN Kreistagsfraktion zur hausärztlichen Versorgung findet Mehrheit. Rhein-Ahr Anzeiger. Verfügbar unter: <https://www.aktiplan.de/antrag-der-gruenen-kreistagsfraktion-zur-hausaerztlichen-versorgung-findet-mehrheit/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Gruhl, M. (2023a) Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland. Fachlicher Bedarf, Struktur und systemische Einordnung. Teil 2. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh
- Gruhl, M. (2023b) Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland. Rechtliche Implementierung. Teil 3. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh
- Gruhl, M. (2022) Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland. Zusammenstellung der realisierten, geplanten und gescheiterten Modelle. Teil 1. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh
- Güthlin, C.; Köhler, S.; Dieckelmann, M. (2020) Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen. Hg. v. Robert Bosch Stiftung. Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität, Frankfurt a. M. Verfügbar unter: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045>, Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Hagebölling, M. (2023) Projekt „Unser Notarzt“ in Adenau. General-Anzeiger. Verfügbar unter: https://ga.de/region/ahr-und-rhein/mehr-von-ahr-und-rhein/nahezu-lebensechte-eingriffe-an-der-simulationspuppe_aid-100562869#:~:text=Das%20Projekt%20E2%80%9EUnser%20Notarzt%20wurde,zu%2050%20Prozent%20angemeldet%20war. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Hahn, U.; Kurscheid, C. (Hg.) (2020) Intersektorale Versorgung. Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial: SpringerGabler
- Hauck, B., Kratzer, M. & Mersmann, A. (2023) DRK meldet Insolvenz für vier Kliniken in Rheinland-Pfalz an: Betrieb soll ohne Einschränkungen weiterlaufen. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/rheinland-pfalz_artikel,-drk-meldet-insolvenz-fuer-vier-kliniken-in-rheinlandpfalz-an-betrieb-soll-ohne-einschraenkungen-weiter-_arid,2563422.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024

- Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2024) HÄPPI: Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell. Ein Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes. Berlin
- Hellmann, W.; Eble, S. (Hg.) (2010) Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade. Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlags-Gesellschaft
- Hildebrandt, H.; Bahrs, O.; Borchers, U.; Glaeske, G.; Griewing, B.; Härter, M. et al. (2021) Aufschlag: Integrierte Versorgung – jetzt! In: Helmut Hildebrandt und Rolf Stuppardt (Hg.) Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–95
- Hurrelmann, K.; Klinger, J.; Schaeffer, D. (2022) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im Zeitvergleich der Jahre 2014 und 2020. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) DOI: 10.1055/a-1709-1011
- IGES Institut (2024) Pilotaktion in Görlitz: gemeindeübergreifende Netzwerkarbeit sichert Nahversorgung und Mobilität. Verfügbar unter: https://www.iges.com/kunden/mobilitaet/forschungsergebnisse/territoriale-agenda/index_ger.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- IHK Koblenz [o. J.] Wirtschaft im Kreis Ahrweiler. IHK Koblenz. Verfügbar unter: <https://www.ihk.de/koblenz/produktmarken/ihk-regionalgeschaeftsstelle-ahrweiler/unsere-region/daten-und-fakten/wirtschaft-kreis-ahrweiler-1488700>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- IHK Koblenz (2024) Eckdaten der Geschäftsstelle Bad Neuenahr-Ahrweiler. IHK Koblenz. Verfügbar unter: <https://www.ihk.de/koblenz/produktmarken/ihk-regionalgeschaeftsstelle-ahrweiler/unsere-region/daten-und-fakten/eckdaten-der-geschaeftsstelle-bad-neuenahr-ahrweiler-1488702>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- inav (2022) IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Evaluationsbericht. Berlin. Verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/igib-stimmt-strukturmigration-im-mittelbereich-templin.65>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Jacob, R.; Kopp, J.; Schwan, L.; Sattler, L. (2023) Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Berlin
- Joy, T.; Ramage, L.; Mitchinson, S.; Kirby, O.; Greenhalgh, R.; Goodsman, D.; Davies, G. (2020) Community emergency medicine: taking the ED to the patient: a 12-month observational analysis of activity and impact of a physician response unit. In: Emergency Medicine Journal: EMJ 37 (9), S. 530–539. DOI: 10.1136/emmed-2018-208394
- KATRETTTER (2022) KATRETTTER - Das Helfersystem. Verfügbar unter: <https://katretter.de/downloads/KATRETTTER-Broschuere.pdf>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kay, R., Kranzusch, P., Nielen, S., & Suprinovic, O. (2022) Daten und Fakten. Das Gründungsgeschehen in den Kreisen und kreisfreien Städten: Was zeichnet erfolgreiche Gründungsökosysteme aus?. Verfügbar unter: https://www.ifm-bonn.org/fileadmin/data/redaktion/publikationen/daten_und_fakten/dokumente/Daten-und-Fakten-31_2022.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2024a) Bedarfsplanung, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2024b) Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2023. Berlin
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) (2024) Die ambulante medizinische Versorgung 2024. Stuttgart
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2021). Projektbeschreibung des Hessenmodells SaN – ein Schnittstellenprojekt zur ambulanten Notfallversorgung. Frankfurt a.M. Verfügbar unter: https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/Projektbeschreibung_SaN_.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- KHG (2024) Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. In der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/BJNR010090972.html>, zuletzt geprüft am 15.10.2024

- Klapper, B.; Cichon, I. (Hg.) [2021] Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Unter Mitarbeit von Hermann Amstad. Robert Bosch Stiftung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Koch, M. [2023] Schließung der Andernacher Bereitschaftspraxis: Rat fordert, ärztliche Versorgung zu sichern. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/andernach-und-mayen_artikel,-schliessung-der-andernacher-bereitschaftspraxis-rat-fordert-aerztliche-versorgung-zu-sichern-_arid,2607810.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kreisverwaltung Ahrweiler. [2024a] ÖPNV-Angebot im Kreis Ahrweiler wird ausgebaut. Verfügbar unter: <https://kreis-ahrweiler.de/oepnv-angebot-im-kreis-ahrweiler-wird-ausgebaut/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kreisverwaltung Ahrweiler. [2024b] Zahlen, Daten und Fakten. Verfügbar unter: <https://kreis-ahrweiler.de/landkreis/zahlen-daten-und-fakten/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kreisverwaltung Ahrweiler. [2023a] Pendlerströme zwischen den Kreisen (Einpendler und Auspendler) <https://kreis-ahrweiler.de/wp-content/uploads/2023/08/Pendlerstroeme.pdf>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kreisverwaltung Ahrweiler. [2023b] Kreis Ahrweiler. Bevölkerung und Fläche. Verfügbar unter: <https://kreis-ahrweiler.de/wp-content/uploads/2023/08/Bevoelkerung-und-Flaeche.pdf>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kreisverwaltung Ahrweiler [2023c] Richtlinien zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung im Kreis Ahrweiler vom 30.06.2023. Verfügbar unter: https://kreis-ahrweiler.de/wp-content/uploads/2023/07/Foerderrichtlinien_Gesundheit_30062023.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kreisverwaltung Ahrweiler. [2021] Pflegestützpunkte | Kreisverwaltung Ahrweiler. Kreisverwaltung Ahrweiler | Infos und Angebote der Kreisverwaltung Ahrweiler. https://kreis-ahrweiler.de/gesundheit_soziales/pflegestuetzpunkte/. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kunst, C. [2023a] KV warnt vor Krisengespräch mit Minister Hoch: Handelt Politik nicht, machen weitere Bereitschaftspraxen dicht. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/rheinland-pfalz_artikel,-kv-warnt-vor-krisengespraech-mit-minister-hoch-handelt-politik-nicht-machen-weitere-bereitschaftsprax-_arid,2601421.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kunst, C. [2023b] Nach Krisengespräch mit Minister Hoch: KV bleibt stur und hält an Schließung der Bereitschaftspraxen fest. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/rheinland-pfalz_artikel,-nach-krisengespraech-mit-minister-hoch-kv-bleibt-stur-und-haelt-an-schliessung-der-bereitschaftspraxen-_arid,2602184.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kunst, C. [2023c] Raus aus den roten Zahlen, rein in die Reform: Kreuznacher Diakonie hat millionenschwere Pläne. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/rheinland-pfalz_artikel,-raus-aus-den-roten-zahlen-rein-in-die-reform-kreuznacher-diakonie-hat-millionenschwere-plaene-_arid,2590475.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kunst, C. & Kratzer, M. [2023] DRK-Sanierung könnte zur Blaupause für kleine Kliniken werden: Hoch schlägt Modellprojekt für Altenkirchen vor. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/rheinland-pfalz_artikel,-drksanierung-koennte-zur-blaupause-fuer-kleine-kliniken-werden-hoch-schlaegt-modellprojekt-fuer-altenkir-_arid,2595797.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Kunst, C. [2021] Marienhaus will Klinik in Adenau retten: Bis zum Jahresende soll ein Konzept vorliegen. In: Rhein-Zeitung, 16.07.2021. Online verfügbar unter https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-ahrweiler_artikel,-marienhaus-will-klinik-in-adenau-retten-bis-zum-jahresende-soll-ein-konzept-vorliegen-_arid,2282644.html, zuletzt geprüft am 15.10.2024
- KV RLP [2024a] Arzt- und Therapeutensuche, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://arztsuche.116117.de/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- KV RLP [2024b] Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://www.kv-rlp.de/mitglieder/niederlassung/aerztlicher-bereitschaftsdienst/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- KV RLP [2024c] Bedarfsplan für Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Niederlassung/Bedarfsplanung/Bedarfsplan_Rheinland-Pfalz.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024

- KV RLP (2024d) Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Rheinland-Pfalz zur Anpassung des Bedarfsplans für Rheinland-Pfalz gemäß §99 Abs. 3 SGB V, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Einrichtungen/Landesausschuss/Landesausschuss_Beschluss_vollstaendige_Fassung.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- KV RLP (2024e) Feststellungen des Landesausschusses zur Überversorgung und Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen gemäß § 103 Absatz 1 SGB V und Feststellungen des Landesausschusses gemäß § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://www.kv-rlp.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2764&token=548e004060de3e2b2a9fe74616e903eec3868f6d>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- KV RLP (2024f) Hausärztliche Versorgung, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://www.kv-rlp.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung/hausarztliche-versorgung/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- KV RLP (2024g) Kreisdaten zur vertragsärztlichen Versorgung. Kreis Ahrweiler., Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://www.kv-rlp.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=3055&token=72aa206da06e54f20ffe62794b2493a57785a990>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- KV RLP (2024h) Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Rheinland-Pfalz. Übersicht über geöffnete und gesperrte Planungsbereiche (Stand: Juli 2024), Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://www.kv-rlp.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2763&token=94b0f388a731aae230b93745184fdd31b5c1a030>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- KV RLP (2024i) Fördergebiete. (ab 1. Juli 2024), Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Mainz.
- KV RLP (2023) Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Service/KV-Normen/KVRLP_BDO_Januar24.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Landesrecht Rheinland-Pfalz (2024) Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz - RettDG -) Verfügbar unter: <https://landesrecht.rlp.de/bsrp/document/jlr-RettDGRPrahmen/part/X>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin (2024) Gesundheitsregionen Niedersachsen. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/gesundheitsregionen-niedersachsen/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Lauen, G.; Faber, E.; Doppelfeld, S.; Klein, S. (2023) HandinHand. Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region. Ergebnisbericht. Förderkennzeichen 01NVF17047. Berlin. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/687/2024-10-18_HandinHand_Ergebnisbericht.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Legler, B.; Hryhorova, H.; Seibert, D. (2019) Bedeutung der Gesundheits- und Pflegewirtschaft in Bayern und den bayerischen Gesundheitsregionen-plus. Studie im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMG) Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMG) WifOR Institut. Berlin/München
- Lozano, S. (2023) "Hier sterben Menschen, weil kein Krankenwagen kommt". SWR Aktuell. Verfügbar unter: <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/kampf-gegen-krankenhaus-schliessungen-rlp-100.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Lui, T. (2023) Nach Insolvenz: Krankenhaus in Lahnstein schließt die Chirurgie – Künftig Schwerpunkt-Klinik. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/rhein-lahn-zeitung_artikel,-nach-insolvenz-krankenhaus-in-lahnstein-schliesst-die-chirurgie-kuenftig-schwerpunkt-klinik-_arid,2603961.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- LZK RLP. (2024) Praxisfinder, Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://lzk.de/patienten/praxisfinder>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Mangiapane, S. (2023). Fünf Jahre Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung: Hat die Pandemie zum Durchbruch geführt? In: Gesundheitswesen aktuell. Beiträge und Analysen. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg). Berlin, S. 82–99

- Marienhaus Klinikum Kreis Ahrweiler. (2024) Bereitschaftsdienstzentrale. Verfügbar unter: <https://www.marienhaus-klinikum-ahr.de/partner/kreis-ahrweiler/bereitschaftsdienstzentrale-bdz>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Marienhaus-Gruppe (2022) Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Adenau. Pressemitteilung v.08.12.2022. Waldbreitbach. Online verfügbar unter <https://www.marienhaus.de/pressemeldung/zukunftsfahige-gesundheitsversorgung-in-adenau>, zuletzt geprüft am 15.10.2024
- Medina, S. A. (2019) Notfallleitstellen. Facharbeit gemäß § 21 VAP2.2-Feu NRW. Münster, 23.12.2019
- Meuer, P. (2023) Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein: Darum ist die Zukunft der Krankenhäuser noch immer unklar. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/koblenz-und-region_artikel,-gemeinschaftsklinikum-mittelrhein-darum-ist-die-zukunft-der-krankenhaeuser-noch-immer-unklar-_arid,2601847.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD) (2017) Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Ein Masterplan. Mainz
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2018) Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg. Projektbericht. Stuttgart. Verfügbar unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/SueV_BW_02_Abschlussbericht_Gesamt.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024.
- Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz (MWG) (2022) Neuer Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz aufgelegt. Pressemitteilung, 26.10.2022. Mainz. Online verfügbar unter <https://mwg.rlp.de/service/pressemittelungen/detail/neuer-masterplan-zur-staerkung-der-ambulanten-aerztlichen-versorgung-in-rheinland-pfalz-aufgelegt>, zuletzt geprüft am 21.10.2024
- Müller, S.; Voß, C. (2022) Gemeinsame Lösungsfindung im Fokus: Marienhaus-Gruppe bezüglich Kommunikation in Kritik. In: Rhein-Zeitung, 09.12.2022. Online verfügbar unter https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-ahrweiler_artikel,-gemeinsame-loesungsfindung-im-fokus-marienhausgruppe-bezueglich-kommunikation-in-kritik-_arid,2482314.html, zuletzt geprüft am 15.12.2024
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (2024) Gesundheitsregionen Niedersachsen. Verfügbar unter: https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Nolting, H.-D.; Ochmann, R. (2021) Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Hg. v. Robert Bosch Stiftung. IGES Institut GmbH. Stuttgart
- Öfnger, H.-G. (2020) Noch vor dem Fest gingen die Lichter aus. nd-aktuell. Verfügbar unter: <https://www.nd-aktuell.de/artikel/1146283.ingelheim-noch-vor-dem-fest-gingen-die-lichter-aus.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Pläcking, C.; Spohn, C. (2024). Insolvenzverfahren bei DRK-Krankenhäusern in RLP abgeschlossen. SWR Aktuell. Verfügbar unter: <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/drk-krankenhaeuser-rlp-gerettet-100.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Projekt 3. (2024) Angebote. Verfügbar unter: <https://www.projekt-3.de/villa-am-buttermarkt.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausreform (2022) Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Vergue-tung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausreform (2023): Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf. Letzter Zugriff: 17.09.2023

- Remshagen, U.; Rascic-Durdzic, I.; Löwer, I.; Germscheid, D. (2024): Jahresbericht 2023 für den Ausschuss für Gesundheit, Soziales und Demographischen Wandel. Pflegestützpunkte im Kreis Ahrweiler. Verfügbar unter: <https://session.kreis-ahrweiler.de/biaw/getfile.php?id=84962&type=do>. Letzter Zugriff: 11.11.2024
- Rethmeier-Hanke, A. (2023) Gesundheit als Regionalstrategie in OWL: Wie niedrigschwellige Gesundheitsberatung im ländlichen Raum funktionieren kann. Praxisbericht aus dem Gesundheitskiosk Hörstmar. In: Joachim Lange und Josef Hilbert (Hg.): Gesundheitskioske ... Und andere Wege zu einer niederschweligen Gesundheitsversorgung und -beratung. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum (Loccumer Protokolle Wirtschaft, Soziales, 2022, 91)
- Rhein-Zeitung (2024) Polizei Adenau zieht Bilanz des Jahres 2023: Handy am Steuer ist für viele Unfälle verantwortlich. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-ahrweiler_artikel,-polizei-adenau-zieht-bilanz-des-jahres-2023-handy-am-steuer-ist-fuer-viele-unfaelle-verantwortlich-_arid,2632474.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Rhein-Zeitung (2023) Adenauer Modellprojekt „Unser Notarzt“ unter neuer Leitung: Marcel Weber löst Dr. Martin Schiffarth ab. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-ahrweiler_artikel,-adenauer-modellprojekt-unser-notarzt-unter-neuer-leitung-marcel-weber-loest-dr-martin-schiffarth-ab-_arid,2534029.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- RKMK (2023) Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung., Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Robert Bosch Stiftung (2024) PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung; Standorte; <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/standorte>; Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Roessler, M.; Schulte, C.; Bobeth, C.; Wende, D.; Karagiannidis, C. (2024) Krankenhausaufnahmen nach Rettungsmitteln in Deutschland: Analyse von 2 Mio. Krankenhaüsällen im Jahr 2022. In: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin. DOI: 10.1007/s00063-024-01148-6
- Rohrmann, A. & Schädler, J. (2019) Integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung im Landkreis Ahrweiler. Bericht und Empfehlungen. Verfügbar unter: <https://kreis-ahrweiler.de/wp-content/uploads/2021/05/gesamtbericht.pdf>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Langfassung. Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Langfassung. Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024) Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. Berlin.
- Schmid, A.; Günther, S.; Baierlein, J. (2020) Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart
- SFC Energy AG. (2024) Notfall-Container für abgelegene Standorte. Verfügbar unter: <https://www.efoy-pro.com/referenz/notfall-container-fuer-abgelegene-standorte/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Statistisches Bundesamt (2024) Grunddaten der Krankenhäuser 2023. Statistischer Bericht (Destatis) Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-statistischer-bericht.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- StLa RLP (2024a) Kommunaldatenprofil. Landkreis Ahrweiler (Stand: 15.07.2024)., Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/kreisdatenprofil/ergebnisse/20240724_KRS131_Ahrweiler.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- StLa RLP (2024b) Meine Heimat. Abfrage: Stationäre Behandlungsfälle nach Alter und Geschlecht in Rheinland-Pfalz, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek>.

statistik.rlp.de/gbe/tabelle.aspx?k_ma_id=0&z_ma_id=440&stid=372&kmmid=1&pid=290&dim=1&tf=3. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024c] Meine Heimat. Abfrage: Sterbefälle nach Hauptdiagnosegruppe und Geschlecht in Rheinland-Pfalz, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://infothek.statistik.rlp.de/gbe/indikator.aspx?k_ma_id=2&z_ma_id=788&stid=680&kmmid=1&pid=290&dim=1&tf=3. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024d] Meine Heimat. Mein Dorf, meine Stadt. Abfrage: Flächennutzung am 31.12.2021 der Stadt Adenau, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx?id=103&l=3&g=0713101001&tp=1025>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024e] Meine Heimat. Mein Dorf, meine Stadt. Abfrage: Medizinische, pharmazeutische und therapeutische Versorgung der Stadt Adenau, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx?id=103&l=3&g=0713101001&tp=5129>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024f] Meine Heimat. Mein Dorf, meine Stadt. Abfrage: Schülerinnen und Schüler der Stadt Adenau, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx?id=103&l=3&g=0713101001&tp=220511>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024g] Meine Heimat. Mein Kreis, meine kreisfreie Stadt. Abfrage: Bevölkerung nach Alter im Kreis Ahrweiler, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024h] Meine Heimat. Mein Kreis, meine kreisfreie Stadt. Abfrage: Bevölkerungstand und Bevölkerungsbewegung im Kreis Ahrweiler., Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx?id=101&l=1&g=07131&tp=220511>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024i] Meine Heimat. Mein Kreis, meine kreisfreie Stadt. Abfrage: Sterbefälle nach Hauptdiagnosegruppe und Geschlecht im Kreis Ahrweiler, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://infothek.statistik.rlp.de/gbe/tabelle.aspx?k_ma_id=2&z_ma_id=789&stid=680&kmmid=1&pid=290&dim=1&tf=3. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024j] Meine Heimat. Meine Verbandsgemeinde. Abfrage: Bevölkerung nach Alter in der Verbandsgemeinde Adenau, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx?id=103&l=3&g=0713101001&tp=220511>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024k] Meine Heimat. Meine Verbandsgemeinde. Abfrage: Bevölkerungsbewegung der Verbandsgemeinde Adenau, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx?id=102&l=2&g=0713101&tp=220511>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024l] Meine Heimat. Meine Verbandsgemeinde. Abfrage: Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz. Bevölkerungsvorausberechnung für die Verbandsgemeinde Adenau von 2020 bis 2040, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx?id=102&l=2&g=0713101&tp=194431>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2024m] Meine Heimat. Meine Verbandsgemeinde. Abfrage: Strukturdaten zu Verkehr und Mobilität in der Verbandsgemeinde Adenau, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: <https://infothek.statistik.rlp.de/MeineHeimat/content.aspx?id=102&l=2&g=0713101&tp=220511>. Letzter Zugriff: 23.01.2024

StLa RLP [2023] Statistische Berichte. Diagnosedaten der in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen behandelten Patientinnen und Patienten 2021 (Diagnose- und DRG-Statistik) Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/RPHeft_derivate_00007964/A4043_202100_1j_K.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024

StLa RLP [2022] Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz. Sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2020). Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Korrigierte Fassung vom 21.7.2022. Statistische Analysen, 61. Bad Ems.

- StLa RLP (2017) Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz. Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Pflegebedarf. Fünfte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2015). Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Statistische Analysen, 44. Bad Ems. Verfügbar unter: https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat_analysen/pflege/rp2060-pflege.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- SWR Aktuell (2023) Hier sterben Menschen, weil kein Krankenwagen kommt. swr.online. <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/kampf-gegen-krankenhaus-schliessungen-rlp-100.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- SWR Aktuell (2022) Großes Bedauern wegen Krankenhausschließung in Adenau. SWR Aktuell. Verfügbar unter: <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/koblenz/reaktionen-schliessung-krankenhaus-adenau-100.html>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Tarrach, J. (2023) Nach Aus für Krankenhaus: Sorge um die medizinische Versorgung in Adenau immer noch groß. Rhein-Zeitung. Verfügbar unter: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-ahrweiler_artikel,-nach-aus-fuer-krankenhaus-sorge-um-die-medizinische-versorgung-in-adenau-immer-noch-gross-_arid,2605621.html. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- topographic.map.com. (2024) Topografische Karte Adenau. Verfügbar unter: <https://de-de.topographic-map.com/map-nd957/Adenau/?center=50.39168%2C6.87473&zoom=14>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- UK RLP. (2022) Geschäftsbericht 2022, Unfallkasse Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: https://www.ukrlp.de/fileadmin/ukrlp/daten/pdf/startseite_internetseite/ukrlp/UKRLP_GESCHAEFTSBERICHT_2022.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel (2024) Bethel im Ahrtal. Bethels Hilfeangebote im Überblick. Verfügbar unter: <https://www.bethel.de/ahrthalhilfe/hier-erhalten-sie-hilfe/bethel-im-ahrthal>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Vdek (2024a) Pflegelotse | Online-Suchportal für Angebote im Bereich Pflege. Verband der Ersatzkassen. Verfügbar unter: https://www.pflegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Vdek (2024b) Versorgungskonzepte im ländlichen Raum. Ersatzkassen erproben Konzept der Regionalen Gesundheitszentren in zwei Regionen Deutschlands. Pressemitteilung, 29.05.2024. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/regionale-gesundheitszentren-start-gesundheitspartner/_jcr_content/par/download/file.res/vdek_pm_20240529_bund_regionale_gesundheitspartner.pdf. Letzter Zugriff: 19.07.2024
- Vdek (2023) vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens Rheinland-Pfalz 2023, Verband der Ersatzkassen. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/LVen/RLP/Basisdaten_Land/2023/Basisdaten_RLP_2023-web.pdf. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- Vdek (2022) Effiziente Strukturen für die Gesundheitsversorgung vor Ort. Ambulant und stationär zusammengedacht. Verband der Ersatzkassen. Berlin
- VG Adenau (2024) Gewerbepark am Nürburgring. Verbandsgemeinde Adenau. Verfügbar unter: <https://www.adenau.de/aktuelles/news/2024/gewerbepark-am-nuerburgring/>. Letzter Zugriff: 15.10.2024
- VG Adenau (2023) Erarbeitung eines Konzeptes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der ländlichen Region Adenau. Ausschreibung und Leistungsverzeichnis. Adenau
- Voß, C. (2024) Luftretter plädieren für eine Akut-Ambulanz. Projekt könnte ein möglicher Baustein im Rahmen der künftigen Gesundheitsversorgung in der VG Adenau sein. In: Rhein-Zeitung, 10.10.2024
- Voß, C. (2022) Klinik-Aus ist beschlossen: Marienhaus-Gruppe gibt St. Josef in Adenau auf. In: Rhein-Zeitung, 09.12.2022

Anhang

A. Projektskizze Akut-Ambulanz

Diese Projektskizze zur Entwicklung und Erprobung einer Akut-Ambulanz ist durch die ADAC Luftrettung entwickelt worden und in Abstimmung mit den Autoren dem Bericht mit Stand 18.11.2024 beigefügt.

ADAC Luftrettung Akut-Ambulanz – neue Wege in der der akutmedizinischen ambulanten Grund- und Erstversorgung im ländlichen Raum

Bundesweit ist eine Zunahme von Patienten ohne lebensbedrohliche Erkrankung festzustellen, schwere Verletzungen zeigen sich rückläufig, allgemeine schwere Notfälle bleiben aktuell weitgehend unverändert – bei speziellen Erkrankungsbildern stellt sich eine zunehmende Komplexität ein.

Dieser Versorgungsbedarf trifft auf ein sich im Umbruch befindliches Gesundheits- und Rettungswesen, begleitet von der Notwendigkeit neue und nachhaltig wirksame Personalmodelle in der öffentlichen medizinischen Versorgung zu entwickeln.

Die zentralen Herausforderungen der Gegenwart und der nahen Zukunft sind im Handlungsfeld der Personalgewinnung und -bindung, sowie der Sicherstellung einer bedarfsangepassten, wirtschaftlichen regionalmedizinischen Versorgungssicherung – besonders im ländlichen Raum – zu suchen.

Als Antwort auf die Herausforderungen, welche in besonderem Maße ländliche Region betreffen, hat die ADAC Luftrettung gGmbH das regional modifizierbare Konzept "ADAC Luftrettung Akut-Ambulanz" entwickelt.

Die ADAC Luftrettung möchte den Erfahrungsschatz und die Fachexpertise von mehr als 50.000 Patientenkontakten pro Jahr nun in die ambulante Vor-Ort-Versorgung einbringen und weiterentwickeln.

Die "ADAC Luftrettung Akut-Ambulanz" soll als Erstversorgungseinrichtung für Akutpatienten, vorwiegend im ländlichen Raum, eingerichtet und betrieben werden. Insbesondere dort, wo als Alternative keine klinische oder kassenärztliche Versorgung im näheren Umfeld erreichbar ist. Dabei zielt das Konzept nicht auf die Versorgung klar zu adressierender Notfallpatienten, die durch den RD betreut werden oder auf die Behandlung von Patientenkollektiven ab, bei denen initial deutlich wird, dass eine erweiterte diagnostische und therapeutische Versorgung in einer Klinik notwendig wird.

Eine modulare Ausrichtung und Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedarfe ist dabei grundlegend vorgesehen.

Der ambulante Patient wird im Fokus einer fachärztlichen vor-Ort-Behandlung durch erfahrene Mediziner und Notfallsanitäter stehen. Die fachärztliche Expertise soll durch eine Point-of-Care-Diagnostik und, wo erforderlich, eine telemedizinische Konsultation ergänzt werden, um dem Anspruch einer...

- ... zeitgerechten, fachärztlichen medizinischen Entscheidungsfindung,

- ... einer belastbaren und hochwertigen medizinischen Ersteinschätzung, Diagnostik und Behandlung,
- ... sowie der Sicherstellung einer ambulanten Versorgung - wann immer möglich, gerecht zu werden.

Dabei soll kompetenzerweiternd und fachbereichsübergreifend die ärztliche Weiterbildung unterstützt werden – in Kombination mit einer regionalen vertragsärztlichen Modellpraxis entstünde ein attraktive und kooperative ADAC Luftrettung Akut-Ambulanz. Dabei können räumliche und fachliche Synergien mit vertragsärztlichen Modellpraxen geschaffen werden.

Eine bedarfsangepasste Vorhaltung von bis zu 4 kurz-stationären Betten ist Grundbestandteil der Konzeption ADAC Luftrettung Akut-Ambulanz.

Den Bedürfnissen der regionalen Bevölkerung und Besuchern der Region Hocheifel-Nürburgring soll durch die ortsnahe und barrierefreie Erreichbarkeit, die Vernetzung mit einer Modellpraxis, der räumlichen Nähe zum Mittelzentrum Adenau und der zukunftsfähigen und nachhaltigen Gebäudeentwicklung Rechnung getragen werden.

Die Integration der ADAC Luftrettung Akut-Ambulanz in das bestehende regionale Versorgungsangebot wird durch enge Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten medizinischen Einrichtungen, regionalen Praxen, den überregionalen notfallmedizinischen Zentren sowie dem Rettungsdienst erfolgen und dient der Optimierung von Behandlungspfaden und Schnittstellen.

Die Region Hocheifel-Nürburgring verdeutlicht exemplarisch, welchen Belastungen medizinische Versorgungsstrukturen (sog. Kritische Infrastruktur - KRITIS) ausgesetzt sein können: sei es durch Pandemie, Flut-Katastrophen und saison- und veranstaltungsabhängig wechselnde Besucherströme, fehlende Nachbesetzung, demographischen Wandel mit veränderter Altersstruktur oder Schließung bestehender medizinischer Einrichtungen.

Die medizinische Infrastruktur der Zukunft, aber auch ambulante medizinische Versorgungskonzepte sollen gemäß dem „All-hazard-Approach“ auf eine Vielzahl von Herausforderungen vorbereitet, krisenfest und resilient entwickelt werden.

Die ADAC Luftrettung möchte ihre Erfahrungswerte aus dem Bereich der Kritischen Infrastruktur Luftrettung erstmalig auch auf den Bereich einer Akut-Ambulanz zu übertragen, um eine resiliente Versorgungsstruktur in der Region Hocheifel-Nürburgring zu entwickeln.

Seitens der ADAC Luftrettung gGmbH wurden eine Vielzahl von Gesprächen auf regionaler, Landes- und Bundesebene in Bezug auf das Innovationskonzept „ADAC Luftrettung Akut-Ambulanz“ geführt.

Die ADAC Luftrettung bringt die grundsätzliche Bereitschaft mit, dieses Modell im Adenauer-Land zu erproben und umzusetzen. Mit einem solchen Innovationsprojekt sollen sich bedarfs- und versorgungsnotwendige Komponenten, speziell für den ländlichen Raum, evaluieren lassen.

Das Gesamtprojekt ist als prospektives wissenschaftliches Forschungsprojekt ausgerichtet und wird zur Förderung im Rahmen des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragt.

B. Ambulante und stationäre Pflegeanbieter

Tabelle 19: Stationäre Pflegeeinrichtungen mit Sitz im Landkreis Ahrweiler

Ort	Name	Anzahl der Plätze			
		Dauer pflege	Kurzzeit pflege	Tages pflege	Nacht pflege
VG Adenau	Seniorenzentrum Villa am Buttermarkt, Adenau	88	1	16	2
	Alte Burg Altenpflegeheim, Herschebroich	18	0	0	0
VG Bad Breisig	Kleine Perle am Rhein	88	8	0	0
Bad Neuenahr-Ahrweiler	Marienhaus Seniorenzentrum St. Josef	105	6	5	0
	Seniorenzentrum St. Anna	84	2	10	0
	Ahrtal-Residenz	22	3	0	0
VG Brohltal	Seniorenheim Marienburg, Kempenich	61	2	4	0
	Seniorenzentrum Villa Romantica, Niederzissen	42	1	7	0
	Seniorenzentrum Elisabeth-Haus, Weibern	83	2	10	0
Remagen	Curanum Seniorenresidenz	138	5	0	0
	Seniorenheim Haus Franziskus	76	10	0	0
Sinzig	Johanniter-Haus	112	10	15	0
	Senioren Zentrum Maranatha	297	20	20	0

Stand: Oktober 2024

Quelle: Eigene Darstellung nach Rohrmann, Schädler 2019, vdek 2024a

Tabelle 20: Ambulante Pflegedienste mit Sitz im Landkreis Ahrweiler

Ort	Name	Adresse	Anzahl der versorgten Personen*
VG Altenahr	Eifeler Pflegedienst	Ahrstraße 5 53505 Berg	333 (04.07.2024)
VG Adenau	Zweckverband Sozialstation Adenau- Altenahr	Kirchstraße 15 53518 Adenau	316 (03.04.2019)
	Karina Keitel Mobile Alten- und Krankenpflege	Hauptstraße 210 53518 Adenau	-
	Solweo Adenau	Hauptstraße 281 53518 Adenau	173 (07.01.2020)
VG Bad Breisig	Pflegedienst Kenzig	Bachstraße 36-38 53498 Bad Breisig	55 (05.12.2023)
	Schöner Leben - Ihr Pflegedienst	Brunnenstr. 21 53498 Bad Breisig	223 (06.12.2023)
	Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. Sozialstation Bad Breisig	Zehnerstr. 38 53498 Bad Breisig	100 (24.11.2022)
	Ambulanter Pflegedienst Lebenswert	Im Brinken 12 53498 Bad Breisig	89 (20.01.2022)
Bad Neuenahr- Ahrweiler	APA Ambulanter Pflegedienst	Sebastianstr. 135 53474 Bad N.-A.	-
	Caritas Sozialstation	Bahnhofstraße 5 53474 Bad N.-A.	310 (26.06.2018)
	Villa Sibilla GmbH Service Wohnen ambulante Pflege	Oberstraße 21 53474 Bad N.-A.	60 (04.07.2023)
	Betreuung und Pflege Zuhause Sentivo St. Martin	Rotweinstraße 7-9 53474 Bad N.-A.	-
	STAHRKE Pflege Ahrtal GmbH	Kanonewall 72 53474 Bad N.-A.	-
	Ahrtal Residenz Ambulante Pflege	Willibrordusstraße 5 53474 Bad N.-A.	40 (11.01.2023)
	Augustinum Pflege- dienst Bad Neuenahr	Am Schwanent. 1 53474 Bad N.-A.	127 (22.06.2023)
	Ambulanter Pflegedienst regio.care Pflege- und Betreuungsteam Ahrtal	Hauptstr. 55 53474 Bad N.-A.	76 (18.01.2022)
	VG Brohltal	MEDIC ambulante Krankenpflege	Brohltalstraße 100 56659 Burgbrohl
Ambulanter Pflegedienst des Alten- und Krankenpflegevereines Brohltal e. V.		Hauptstr. 108 56656 Brohl-Lützing	41 (05.04.2023)
Pflegedienst Vinxbachtal Jörg Wanders		Hauptstr. 39 53426 Königsfeld	50 (23.04.2024)
CuraSanus Ambulante Pflege GmbH		Am Sauerbrunnen 19 56651 Niederzissen	145 (09.01.2023)
DRK KV Ahrweiler Sozialstation Bad Brei- sig-Brohltal		Im Joch 1 56651 Niederzissen	202 (31.01.2019)
Remagen	Pflegedienst Rhein Ahr SW e.K	Am Spich 1A 53424 Remagen	54 (14.02.2024)

Ort	Name	Adresse	Anzahl der versorgten Personen*
	Ambulanter Kranken- und Pflegedienst Schramm, Marianne	Mittelstr. 152 53424 Remagen	54 (11.12.2023)
	Pflegeteam Rheintal, Ulrike Böhmer	Hauptstraße 91 53424 Remagen	40 (03.07.2024)
	Kompetente Pflege mit Herz - Ambulanter Pflegedienst Dr. Karin Klein	Birkenstraße 33 53424 Remagen	102 (30.01.2023)
Sinzig	Pflegedienst Besser Um- sorgt, Semra Serin-Krü- ger	Barbarossastr. 19a 53489 Sinzig	116 (14.02.2023)
	DRK KV Ahrweiler e. V. Sozialstation Remagen- Sinzig	Lindenstraße 7 53489 Sinzig	238 (13.11.2023)
	LuNiJa Ambulanter Pfl- gedienst Diana Völker Gemein	Moselstraße 57 53489 Sinzig	-
	Ambulanter Dienst Seni- orenzentrum Maranatha (Inh.: Hannelore Spitzlei)	Am Kurgarten 12 53489 Sinzig	89 (13.11.2023)
Weibern	Seniorenzentrum Elisabeth-Haus Ambulanter Pflegedienst	Kirchstraße 7 56745 Weibern	78 (17.08.2023)

* Die Angaben wurden den jeweiligen Transparenzberichten des MDK unter www.pflegelotse.de entnom- men (zuletzt geprüft am 15.10.2024).

Stand: Oktober 2024

Quelle: Eigene Darstellung nach Rohrmann, Schädler 2019, vdek 2024a