

**Gesprächsrunde des Vorstands und Beirats der Bürgerinitiative pro Region  
Heilbronn-Franken e.V. am Freitag, 13. April 2018 um 19.00 Uhr bei der Adolf  
Würth GmbH & Co. KG in Künzelsau-Gaisbach**

**Tagesordnung:**

- Gesundheitsvorsorge in der Region Heilbronn-Franken

**Begrüßung:**

- Jochen K. Kübler

**Moderation:**

- Dr. Andreas Schumm, Geschäftsführer der Wirtschaftsregion Heilbronn-Franken GmbH

Im Anschluss Möglichkeit zum **Gespräch und Imbiss**

**Sitzungsvorlage:**

**Verzeichnis:**

- I. AOK-Positionierung zur Gesundheitsvorsorge in der Region Heilbronn-Franken  
(Seite 2; Quelle: AOK Heilbronn-Franken)
- II. Positionierung des Hohenlohekreises  
(Seite 8; Quelle: Landratsamt Hohenlohekreis)
- III. Fragen an die Politik (Seite 12)
- IV. Leitlinien mit der Bitte um Unterstützung durch die Politik und **Beschlussvor-  
schlag** (Seite 13)

## **I. Die Position der AOK Heilbronn-Franken:**

Nach einer aktuellen Umfrage der AOK Baden-Württemberg ist in der Bevölkerung die Zustimmung für die Qualität der medizinischen Versorgung in Baden-Württemberg mit 84 % sehr hoch. Aber: Nur 9 % der Baden-Würtemberger sind überzeugt, dass die Gesundheitsversorgung zukunftsfähig ist.

### **1.) Ambulante Versorgung**

- Bei der **ambulanten Versorgungssituation** in der Region Heilbronn-Franken ist aktuell keine Unterversorgung bei den Hausärzten und im Schnitt eine gute Versorgung mit Fachärzten gegeben.

**Aber: Mehr als ein Drittel der Hausärzte sind in 5 Jahren im ruhestandsfähigen Alter.**

Dabei gilt:

- Je ländlicher und kleiner die Praxis, desto schwieriger die Nachfolge.
  - Künftig weniger Einzelpraxen auf dem Land, mehr Hausarztzentren in den größeren Kerngemeinden.
  - Regional wird es auch bei den Fachärzten schwieriger werden, Nachfolger zu finden.
- ➔ Die AOK trägt mit ihren Hausarzt-und Facharztverträge zum Erhalt der Versorgung auf dem Land bei.

### **Bewertung bisheriger Maßnahmen und geplanter Maßnahmen bei der ambulanten Versorgung:**

- + Problemstellung Arztmangel wurde von der Politik erkannt.
- + Maßnahmen wie die zügige Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020, das Landärzteprogramm, die Aufhebung des Fernbehandlungsverbots sowie die Übertragung von bislang ärztlicher Leistungen an andere Gesundheitsberufe sind zu begrüßen.
- ? Eine einheitliche Honorarvergütung für gesetzliche und private Krankenkassen könnte das Verteilungsproblem zwischen Stadt und Land mildern, da die höhere Anzahl an privat Versicherten im städtischen Bereich kein Niederlassungsgrund mehr ist. Für die Umsetzung ist eine wissenschaftliche Studie notwendig.
- ? Kleinräumigere Bedarfsplanung und Entfall von Zulassungssperren im ländlichen Raum lösen noch nicht das Problem des Ärztemangels.
- ? Höhere Vergütung für die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum grundsätzlich denkbar. Die Umsetzungskriterien sind jedoch unklar.
- Terminservicestelle für Vermittlung von Haus- und Facharztterminen: Rückwärts-gewandt, Projekte wie DocDirect sind heute schon weiter.

## **Aufgaben:**

Um dem drohenden Ärztemangel zu begegnen, sind folgende Maßnahmen notwendig:

- Über die aktualisierte Bedarfsplanung hinaus, ist die Erstellung einer wissenschaftlichen Versorgungsstrukturanalyse notwendig.
- Erarbeitung neuer Konzepte für gesundheitliche Versorgung auf dem Land. Eine Lösung könnten medizinische Versorgungszentren darstellen.
- Digitalisierung im ambulanten Bereich muss forciert werden.
- Hausarztverträge müssen bundesweit Pflicht der Krankenkassen bleiben und gefördert werden. Facharztverträge sollten außerdem bundesweit Pflicht für Krankenkassen werden.
- Blockaden von Haus- und Facharztverträgen durch einzelne Kassenärztliche Vereinigungen außerhalb von Baden-Württemberg müssen unterbunden werden.

## **2.) Stationäre Versorgung**

- Die begonnene Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft in der Region mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds ist positiv zu bewerten. Dadurch kann eine für alle zugängliche und finanzierbare stationäre Versorgung in Heilbronn-Franken mittelfristig auf einem hohen Niveau sichergestellt werden.

## **Aber:**

- Die regional unterschiedlich ausgeprägte Über-, Unter- und Fehlversorgung im stationären Bereich bleibt eine strukturelle Herausforderung. Gleiches gilt für folgende Aspekte:
  - Unterschiede in der Behandlungsqualität.
  - Überdurchschnittliche Krankenhausfallzahlen je 1.000 Einwohner (OECD Schnitt 155 zu 240 in Deutschland).
  - Seit Jahren steigende Ausgaben für die GKV (2006 ca. 50 Mrd. Euro – 2016 ca. 73 Mrd. Euro).
  - Nicht ausreichende Investitionsförderung durch das Land. Behandlungsausgaben steigen stärker als die KHG-Fördermittel.

## **Bewertung bisheriger Maßnahmen und geplanter Maßnahmen bei der stationären Versorgung:**

- +** Verlängerung Krankenhausstrukturfonds, dabei muss der Abbau von Überkapazitäten als maßgeblicher Fördertatbestand etabliert werden. Die Fondsmittel dürfen nicht zweckentfremdet werden, um fehlende Investitionskostenförderungen der Länder auszugleichen.
- ?** Fortsetzung der so genannten „Qualitätsoffensive“ grundsätzlich positiv. Auch die qualitätsorientierte Arbeitsteilung und Vernetzung zwischen gut erreichbarer Grund- und Regelversorgung und spezialisierter Zentralversorgung ist zu begrüßen. Formulierungen im Koalitionsvertrag unter anderem zum Begriff des Zentrums sind jedoch vage und lassen Interpretationsspielraum.
- Niedrigschwellige Versorgungsangebote durch Krankenhäuser im ländlichen Raum gemeinsam mit anderen Leistungserbringern sind kritisch zu bewerten. Dies kann Krankenhäuser dazu verleiten, zur Bestandssicherung ambulante Angebote auszubauen. Nicht bedarfsgerechte Krankenhäuser sollen nicht erhalten werden.
- Entkopplung der Pflegepersonalkosten von den Fallbauschalen nicht zielführend, denn mehr Geld in das System ist keine Lösung.

## **Aufgaben:**

- Qualität als eigenständiges Kriterium in der Krankenhausplanung muss weiter verfolgt werden - Krankenhausplanung neu ausrichten – Mindestmengenregelung konsequent verfolgen.
- (Selektiv-) bzw. Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern, die für einzelne Indikationen eine hohe Qualität bieten, ermöglichen und weiterentwickeln.
- Schlechte Qualität muss zum Leistungsausschluss führen – nicht erst nach drei Jahren – und sollte gar nicht bezahlt werden.
- Rückstau bei der Investitionskostenförderung durch die Länder beenden.

## **3.) Pflege**

- Pflegestärkungsgesetze II und III bedeuten die größte Pflegereform seit Einführung der Pflegeversicherung.
- Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die damit verbundene Umstellung auf fünf Pflegegrade bekommen mehr Menschen Leistungen der Pflegeversicherung. Damit wurde die Situation in der Pflege verbessert.

## **Aber:**

- Es besteht ein Mangel an Pflegekräften sowohl im Bereich der Kranken- als auch der Altenpflege.
- Der Bedarf an Pflegekräften wird in einer Gesellschaft des langen Lebens, in der immer mehr Menschen der Pflege bedürfen, zunehmen. Bis 2030 wird in Baden-Württemberg mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen von 320.000 (2015) auf ca. 402.000 (2030) gerechnet.
- Insbesondere im ländlichen Raum wird es aufgrund des Pflegekräftemangels und der längeren Wegezeiten zunehmend schwieriger, die ambulante Pflege sicherzustellen.

## **Bewertung bisheriger Maßnahmen und geplanter Maßnahmen bei der Pflege:**

- + Inhalte der bisherigen Pflegestärkungsgesetze gehen in die richtige Richtung.
- + Die von der großen Koalition angekündigte Förderung der Kurzzeitpflege ist folgerichtig und notwendig. Dafür ist die Investitionsförderung der Kurzzeitpflege durch die Länder erforderlich, außerdem müssen sektorenübergreifende Versorgungsmodelle vorangetrieben werden. Beispielsweise die Erweiterung des Versorgungsauftrages von Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf den ambulanten Bereich.
- + Bessere Unterstützung für pflegende Angehörige durch flexibles Entlastungsbudgets aus Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tages- und Nachtpflege.
- + Das Pflegeberufereformgesetz sieht eine generalistische Ausbildung der Alten- und (Kinder-)Krankenpflege vor. Nutzung der Synergien ist positiv. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung des Gesetzes durch eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung sollte zeitnah erfolgen.
- ? Die flächendeckende Anwendung von Tarifverträgen und eines Pflegemindestlohns sind positiv. Allerdings sollten die unterschiedlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Bundesländer berücksichtigt werden.
- ? Die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum ist auch in der Pflege eine zentrale Herausforderung. Allerdings löst die höhere Honorierung der Wegezeit im ländlichen Bereich das Problem des Personalmangels nicht.

- Das Sofortprogramm Pflege dürfte den aktuellen Personalmangel nicht kurzfristig lösen. Durch die Finanzierung von 8.000 neuen Stellen werden noch keine neuen Pflegekräfte geschaffen. Die Wiederbesetzung von Stellen dauert aktuell 167 Tage.
- Angestrebte Verbesserung der Pflegequalität dürften Pflegeleistungsempfänger finanziell zusätzlich belasten.

#### **Aufgaben:**

- Zusätzliche Kosten sollten von der Solidargemeinschaft getragen werden.
- Zusätzliche Mittel sollten alleine dem Pflegepersonal zukommen.
- Vernetzung von Pflege, Rehabilitation, Prävention fördern - auch im Bereich der Kurzzeitpflege.
- Förderung sektorenübergreifender Modelle, die die ambulante und stationäre Pflege verknüpfen, um die Lebensqualität vor Ort zu verbessern.
- Regionale dezentrale Strukturen zulassen, die individuell gestaltete Lösungen ermöglichen.
- Digitalisierung in der Pflege vorantreiben.

#### **4.) Arzneimittelversorgung**

- Die Apothekendichte liegt im europäischen Mittelfeld.

#### **Bewertung bisheriger und geplanter Maßnahmen bei der Arzneimittelversorgung**

- Verbot Versandhandel mit rezeptpflichtigen Medikamenten negativ, denn
  - Versorgungssicherheit nicht gefährdet, nur 0,5 Prozent der Arzneimittel über Versandhandel.
  - Versandhandel auf dem Land für chronisch Kranke unverzichtbar. Verbot würde diese finanziell benachteiligen.
  - Versandhandel ist im Zeitalter der Digitalisierung ein wichtiger Baustein für die Zukunft. Vor allem Menschen im ländlichen Raum profitieren davon.

#### **5.) Notfallversorgung und Rettungsdienst**

- Rettungsdienst und Notallambulanzen sind immer größeren Belastungen ausgesetzt. Bevölkerung nimmt diese nicht nur bei Notfällen, sondern auch bei nicht akuten Erkrankungen und Bagatell-Unfällen in Anspruch.
- Bereichsausschüsse arbeiten kontinuierlich daran, die Hilfsfristen im Rettungsdienst einzuhalten. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Investitionen in neue Transportmittel, Rettungswachen und sonstige Infrastruktur vorgenommen.

#### **Aber:**

- Der Trend zur undifferenzierten Nutzung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes ist anhaltend.

## **Bewertung bisheriger und geplanter Maßnahmen Notfallversorgung und Rettungsdienst**

- + Aufbau von Notfalleitstellen und integrierten Notfallzentren.
- + Geplante Reform des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg.

### **Aufgaben:**

- Bündelung von Leitstellen für die Organisation des Rettungsdienstes und der Feuerwehr. Acht bis zwölf integrierte Leitstellen für die Disposition des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg sind die richtige Größenordnung. Durch den landesweiten Zugriff der Disponenten auf freie Kapazitäten kann Zeit für Anfahrtswege und Wartezeiten reduziert werden. Was wiederum dem ländlichen Raum zu Gute kommt.
- Der 2014 neu geschaffene Notfallsanitäter erhöht die Flexibilität der Notfallversorgung und entlastet die Notärzte. Die Übertragung von Notfallkompetenzen erforderte allerdings noch Anpassungen des Heilkunde-, Heilpraktiker- und Arzneimittelgesetzes.

## **6.) Digitalisierung**

- Digitalisierung bietet eine enorme Chance, die ärztliche Versorgung vornehmlich in strukturschwachen Gebieten (z.B. ländlicher Raum) zu verbessern. Damit wird ein schneller und unkomplizierter Zugang zur ärztlichen Versorgung trotz weiter Distanzen ermöglicht.
- Seitens der GKV sind inzwischen mehr als eine Milliarde Euro in Telemedizinvorhaben geflossen.

### **Aber:**

- Unterdurchschnittliche Nutzung von Telemedizin im Europavergleich, obwohl es im Land herausragende Entwicklungen gibt.
- Vergleich der Bundesländer zeigt, es muss mehr für die aktive Gestaltung und Förderung der Digitalisierung getan werden, ein breiter Einsatz von E-Health-Anwendungen kann einen großen Nutzen bringen.

## **Bewertung bisheriger und geplanter Maßnahmen bei der Digitalisierung**

- + Ausbau Telematik-Infrastruktur.
- + Einführung e-Patientenakte.
- + Neue Zulassungswege für digitale Anwendungen, Interoperabilität herstellen und digitale Sicherheit stärken.
- + Einbeziehung der Pflege in die Telematik-Infrastruktur, Förderung Digitalisierung in der Pflege.

### **Aufgaben:**

- Digitale Leistungen in Regelversorgung müssen dieselben Evidenzanforderungen erfüllen wie analoge medizinische Leistungen.
- Datenschutz ist Grundvoraussetzung für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die Datenhoheit liegt beim Versicherten.
- Die technischen Standards und Schnittstellen der Telematik-Infrastruktur müssen einheitlich und klar definiert werden.

**Fazit:**

**Um auch künftig im ländlichen Raum eine gute medizinische Versorgung zu gewährleisten, sind drei Aspekte wichtig:**

- Offenheit und Flexibilität für sektorenübergreifende Lösungen, die den Bedürfnissen der Patienten dienen.
- Offenheit für regionale Lösungen, die von den Akteuren vor Ort gestaltet werden können, statt zentralistische Vorgaben durch den Bund.
- Die Digitalisierung des Gesundheitswesens muss entschlossen voran gebracht werden.

## II. Die Position des Hohenlohekreises

Aspekte der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

### 1. Stationäre Versorgung

In der Öffentlichkeit werden Krankenhäuser nicht als Wirtschaftsobjekte wahrgenommen. Im Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger und regionalpolitisch sind sie unverzichtbare Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Die Krankenhausplanung hat das Ziel einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen sowie qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung, die aus finanzieller Sicht sozial tragbar bleiben muss. Die Krankenhausplanung liegt in der Zuständigkeit der Länder. Hieraus ergibt sich das Paradox des Wunsches nach einer wohnortnahen Versorgung bei gleichzeitig gestiegenem Anspruch an höchste Behandlungsqualität. So suchen z. B. nur 42,2 % der Patienten aus dem Hohenlohekreis (HOK) die eigenen Krankenhäuser auf. Diese Entwicklung führt zu einem Konzentrationsprozess von Krankenhäusern in den Ballungsgebieten mit hohem Spezialisierungsgrad zu Ungunsten der Häuser der Grund- und Regelversorgung im ländlichen Raum.

Diese bundesweite Entwicklung ist auch in Baden-Württemberg (BW) ablesbar:

	2000	2010	2015
Zahl der zugelassenen Krankenhäuser*	278	240	220**
Zahl der Krankenhausbetten	64.493	58.045	56.154
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	10,2	7,9	7,4

\* Ziel der Landesregierung ist der Abbau auf 190 Krankenhäuser

\*\* 1/3 der stationären Einrichtungen sind Betten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

- Die Krankenhaushäufigkeit (also die Anzahl der Patienten, die einer Krankenhausbehandlung pro 100.000 EW bedürfen) beträgt in BW 19,8 % (bundesweit der niedrigste Wert), durchschnittlich in Deutschland 23,6 %.
- Aufgrund der demografischen Entwicklung in BW ist die Zahl der Krankheitsfälle je 100.000 langsam und kontinuierlich auf 18.066 in 2014 gestiegen.
- Ein wichtiges Maß (Wohnortnähe) ist auch die Erreichbarkeit der nächsten stationären Versorgung: 99,6 % aller Einwohner im HOK erreichen das nächste Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten mit dem Auto.
- Die Auslastung (durchschnittliche Belegung 2015) der Krankenhäuser in BW beträgt 77,1 %, am höchsten ist er in der Psychiatrie mit 91,8 % und Kinderpsychiatrie mit 96,6 % (im HOK < 50 %).

Ca. 50 % der Krankenhäuser in BW schreiben aktuell rote Zahlen. Die Krankenhausfinanzierung erfolgt durch die Betriebskostenvergütung für laufende Leistungen, die in erster Linie neben anderen Kostenträgern von den Krankenkassen bezahlt werden (95,9 %; 10,1 Mrd. € in 2015) und durch die Investitionsförderung des Landes (4 %; 437 Mio. € in 2015). Für ca. 1.270 Erkrankungen bzw. Diagnosen gibt es ein pauschaliertes Abrechnungssystem, sog. DRG's (diagnosis related groups). Nach den Vorgaben des DRG-Systems wird ein Landesbasisfallwert ausgehandelt, dieser beträgt derzeit in BW 3.453,17 € pro stationärem Aufenthalt und Fall.



Zusätzlich werden mit jedem Krankenhaus je nach Leistungsangebot Zu- und Abschläge verhandelt. Ein Beispiel: Wird eine Geburt mit einem Basisfallwert von 0,4 vergütet, eine Hüftendoprothesen-Implantation mit dem 2,2fachen des Basisfallwertes. Die Hohenloher Krankenhäuser erzielen z. B. derzeit eine durchschnittliche Fallpauschale von 0,9, was zur Deckung der Betriebskosten und der nicht geförderten Investitionen nicht ausreicht. Zudem finden z. B. tarifliche Lohnsteigerungen erst in späteren Verhandlungen im Basisfallwert ihren Niederschlag. Die drei Drehschrauben wirtschaftlicher Effizienz (hohe Auslastung, spezialisiertes Angebot mit zusätzlichen Sonderentgelten und Mengenausweitungen) sind schwer beeinflussbar, da eine vergrößerte Angebotspalette auch höhere Investitionen und einen erhöhten Personaleinsatz (Fachkräftemangel) erfordert. Bei einer Mengenausweitung kommen Abschläge in der Vergütung zum Tragen. Große Krankenhäuser haben aufgrund ihrer höheren Bettenzahl, ihres stärker spezialisierten Angebotes und flexiblerer Möglichkeiten des Personaleinsatzes deshalb bessere Möglichkeiten der finanziellen Steuerung und auskömmlichen Vergütung.

## **2. Ambulante medizinische Versorgung**

Die wohnortnahe Erreichbarkeit des Hausarztes oder der Hausärztin ist für die Bürgerinnen und Bürger ein wesentlicher Faktor der gesundheitlichen Versorgung und Daseinsvorsorge. Problem der ambulanten Versorgung sind die ansteigende Versorgungslast durch die demografische Entwicklung und die Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität. Gleichzeitig besteht ein Nachwuchsmangel. Für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Fläche ist die kassenärztliche Vereinigung zuständig, die auch die Planungsbereiche festlegt. Ein Beispiel: Derzeit besteht insgesamt ein ärztlicher Versorgungsgrad von 112 % im Planungsgebiet Künzelsau und 84,5 % in Öhringen, allerdings sind ein Drittel aller Ärzte älter als 60 Jahre und 50 % älter als 55 Jahre. Mit deren Zuruhesetzung wird ein ärztlicher Versorgungsmangel befürchtet. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Niederlassung beträgt 42 Jahre. Maßgeblich für die medizinische Versorgung ist die Anzahl der ÄrztInnen und der Versorgungsgrad. 2015 versorgte ein Hausarzt z. B. im HOK durchschnittlich 1.624 Einwohner (BW: 1.505) 2015 versorgte ein Facharzt z. B. im HOK durchschnittlich 36.278 Einwohner, (BW: 30.579). Mit Versorgungsengpässen ist insbesondere bei den Fachärzten zu rechnen, ein Versorgungsgrad von < 80 % ist im HOK bei den ärztlichen Psychotherapeuten, den HNO- und den Augenärzten zu verzeichnen.

Der Nachwuchsmangel besonders im ländlichen Raum hat folgende Ursachen:

- Von 188 ausgebildeten Allgemeinärzten in BW waren 118 Frauen, die eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf anstreben, d. h. mehr Teilzeit ausüben wollen und eher ein Angestelltenverhältnis anstreben.
- Nur 80 % fertig ausgebildeter Allgemeinmediziner streben eine Niederlassung an.
- Bei der Niederlassung (nach einer Weiterbildungszeit von durchschnittlich 15 Jahren) ist der Lebensmittelpunkt der Familie in der Regel festgelegt, die Weiterbildungsorte liegen in den Ballungszentren.
- Ein heute ausscheidender Arzt arbeitete durchschnittlich 57,6 Wochenstunden, bei jüngeren ist ein Trend zu niedrigerem Arbeitsvolumen festzustellen
- Das Angebot von Studienplätzen hat sich kontinuierlich erhöht: 2000: 7.800 Studienplätze → 2010: 8.629 → 2018: 9.150

Ein heute geschaffener Studienplatz (Kosten 30.000 € pro Student und Jahr) wird erst in ca. 11 Jahren Wirkung zeigen.

Aktuelle Ansatzpunkte, dem Nachwuchskräftemangel entgegen zu wirken: Einführung einer Landarztquote; verschiedene Unterstützungsangebote für die Niederlassung; Digitalisierung; Schaffung von Teilzeitstellen; mehr Angestelltenverhältnisse, häufig in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder in Praxen; bessere Verankerung der Allgemeinmedizin in der universitären Ausbildung, z .B. durch Mentorenprogramme; Ausbildungsmöglichkeiten im ländlichen Raum verbessern; Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention; sektorenübergreifende Angebote.

### **3. Pflege und Pflegebedürftigkeit**

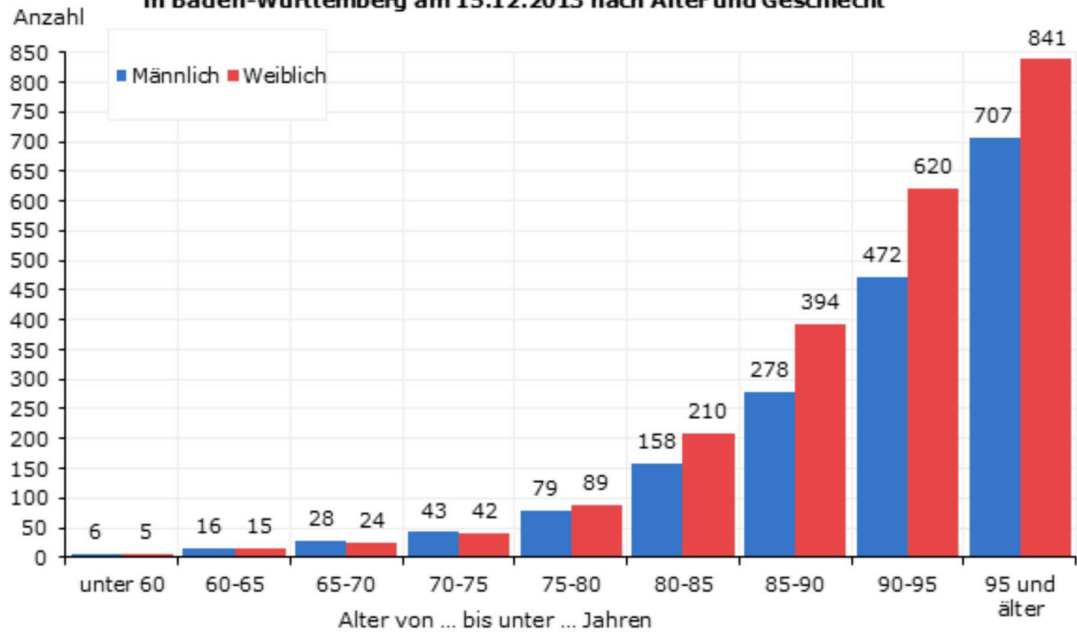
Die Pflegequote bezeichnet die Anzahl der Pflegebedürftigen je 1.000 Personen der gleichen Altersgruppe (s. u.). Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter und beträgt bei den > 65 Jährigen 12,7 %, bei den über 90 jährigen 90 % (s. u.). Die Zahl der Pflegebedürftigen wird allein aus demografischen Gründen von zurzeit ca. 300.000 um 35 % auf 402.000 im Jahre 2030 zunehmen und wird auf ca. 600.000 für das Jahr 2050 prognostiziert, einer Steigerung von 93 % gegenüber heute. Etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen wird derzeit vollstationär in einem Pflegeheim versorgt, hier ist der Anstieg auf 43 % im 2030 prognostiziert. Erstmals wurden 2013 die Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, also meist dementiell Erkrankte, erfasst. Dies waren 42 % aller Pflegebedürftigen und von ihnen 45 % in einer stationären Pflegeeinrichtung. Ausgehend von der Zahl der hochgerechneten Pflegebedürftigen, die von ambulanten und stationären Einrichtungen versorgt werden, kann auch auf den wahrscheinlichen zukünftigen Bedarf an Pflegekräften geschlossen werden. Modellrechnungen gehen davon aus, dass sich das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Pflegepersonen nicht wesentlich ändert. Dann würde sich bis 2030 der Bedarf an Pflegekräften und sonstigem Pflegepersonal um ca. 51.000 Personen bzw. 42 % erhöhen und läge bei 173.000 Personen. Bedingt durch die sich ändernden gesellschaftlichen Bedingungen dürfte die häusliche Pflege weiter abnehmen. Damit wird der professionelle Personalbedarf noch weiter zunehmen.

Zusammenfassende Prognose bis 2030:

- Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt voraussichtlich um 35 %
- Der Anteil der Menschen, die über 65 Jahre alt sein werden, steigt auf 25 %
- Der Bedarf an Pflegekräften wird um 42 % zunehmen
- Der Anteil hochbetagter Menschen (85 Jahre und älter) wird bis 2030 um 66,5 % steigen.

Hier stellt sich die Frage nach der zukünftigen Finanzierung des Pflegesystems.

**Pflegebedürftige bezogen auf 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerung  
in Baden-Württemberg am 15.12.2013 nach Alter und Geschlecht**



© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2015

### **III. Fragen an die Politik**

- 1.) Wie soll dem Haus- und Fachärztemangel in der ambulanten Versorgung in der Region Heilbronn-Franken begegnet werden?
- 2.) Wie kann die stationäre Versorgung in der Region Heilbronn-Franken aufrecht erhalten werden?
- 3.) Wie kann die bedarfsgerechte Pflege in der Region Heilbronn-Franken besonders im Hinblick auf die demografische Entwicklung und den Fachkräftemangel aufrecht erhalten werden?
- 4.) Neue Instrumente der Medizin.

#### **IV. Leitlinien mit der Bitte um Unterstützung durch die Politik und Beschlussvorschlag**

**Um auch künftig im ländlichen Raum eine gute medizinische Versorgung zu gewährleisten, sind folgende Aspekte wichtig:**

- Offenheit und Flexibilität für sektorenübergreifende Angebote Lösungen, die den Bedürfnissen der Patienten dienen.
- Offenheit für regionale Lösungen, die von den Akteuren vor Ort gestaltet werden können, statt zentralistische Vorgaben durch den Bund.
- Die Digitalisierung des Gesundheitswesens muss entschlossen voran gebracht werden.
- Einführung einer Landarztquote.
- Verschiedene Unterstützungsangebote für die Niederlassung von Ärzten.
- Ausbildungsmöglichkeiten im ländlichen Raum verbessern.
- Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.