

Standortfaktor „Ambulante ärztliche Versorgung“: Debatten und Strategien im Bundesland Hessen

Jan Hilligardt

Eingegangen: 26. August 2009 / Angenommen: 13. Januar 2010 / Online publiziert: 21. April 2010
© Springer-Verlag 2010

Zusammenfassung Bedingt durch den zunehmenden Ärztemangel ist in vielen Regionen Deutschlands die ambulante ärztliche Versorgung als bedeutender Standortfaktor in den Blickpunkt von Politik und Verwaltung gerückt. Im vorliegenden Beitrag werden am Beispiel des Bundeslandes Hessen die Ausgangsbedingungen der ambulanten medizinischen Versorgung in den verschiedenen Landesteilen aufgezeigt und es wird auf die vorhandenen Planungsinstrumente zur Steuerung bzw. Beeinflussung der Versorgungssituation eingegangen. Ausgehend von der kritischen Analyse der Leistungsfähigkeit dieser Planungsinstrumente fokussiert der Beitrag auf die aktuell diskutierten neuen Handlungsstrategien zur Sicherstellung und Optimierung der ambulanten ärztlichen Versorgung – als Beitrag zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in gesamt Hessen. Schließlich wird diese Debatte bewertet.

Schlüsselwörter Ambulante ärztliche Versorgung · Medizinische Infrastruktur · Bedarfsplanung · Standortfaktor · Raumentwicklung · Regionalplanung

Location Factor “Ambulatory Medical Care”: Debates and Strategies in the Federal State of Hessen

Abstract Due to an increasing lack of doctors in many regions of Germany the location of the ambulatory medical care has become a significant focus of politics and the administration. The report at hand shows the starting conditions of the ambulatory medical care as exemplified within

different parts of Hessen. The currently used planning tools of control, especially with respect to its influence on the medical care situation are to be analyzed as well. Based on a critical analysis of the efficiency of these planning tools the focus is put on the currently discussed new action strategies for ensuring and optimizing the ambulatory medical care as a contributing factor in securing equal living conditions throughout Hessen. Finally, this debate will be evaluated.

Keywords Ambulatory medical care · Medical infrastructure · Requirement planning · Location factor · Spatial planning · Regional development

1 Raumbedeutsame Aspekte der medizinischen Versorgung

Das Thema „Gesundheit“ hat in vielfältiger Weise auch im Zusammenhang mit der räumlichen Entwicklung bundesweit an Bedeutung gewonnen. Aufgrund des prognostizierten Wachstums dieser Branche und des damit verbundenen Arbeitsplatzzuwachses werden in zunehmendem Maße einerseits die Gesundheitswirtschaft als Perspektivgeber für die regionale Entwicklung thematisiert, verstärkt Gesundheitsnetzwerke gebildet und „Gesundheitsregionen“ implementiert.¹ Andererseits hat sich in vielen Regionen, zuvorderst in den stark ländlich geprägten, die wohnortnahe

PD Dr. habil. J. Hilligardt (✉)
Hessischer Landkreistag, Frankfurter Straße 2,
65189 Wiesbaden, Deutschland
E-Mail: hilligardt@hlt.de

¹ Seit Mitte dieses Jahrzehnts werden von Wissenschaft und Praxis verstärkt die Potenziale der Gesundheitswirtschaft zur Mobilisierung zusätzlicher Synergien zur lokalen und regionalen Entwicklung in den Fokus genommen. Zu den Hintergründen sowie den Handlungsansätzen siehe stellvertretend Bertelsmann-Stiftung (2008: 48 ff.) und Claussen (2005).

Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu einer besonderen Herausforderung entwickelt.²

Diese Entwicklungen sowie die daraus resultierenden Anforderungen werden nachfolgend aufgegriffen. Hierbei wird der Standortfaktor „Ambulante ärztliche Versorgung“ eingehend beleuchtet. Ziel ist es, im Wege der Analyse der Ausgangssituation, der zur Verfügung stehenden Planungsinstrumente und der neu diskutierten Handlungsstrategien im Bundesland Hessen den aktuellen Sachstand der Debatte über die Sicherstellung und Optimierung der ambulanten ärztlichen Versorgung – als Beitrag zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse – aufzuarbeiten und den weiteren Handlungsbedarf bzw. die künftigen Handlungsoptionen zu skizzieren.

1.1 Medizinische Versorgung als Standortfaktor

Die Debatten über die medizinische Versorgung als Standortfaktor – verstanden als mitentscheidende Rahmenbedingung für das „Ansiedlungsverhalten“ von Menschen und Unternehmen – beziehen sich hierbei auf vier zentrale Bereiche:³

- Im Bereich der stationären medizinischen Versorgung findet sich seit vielen Jahren eine auch stark von wirtschaftlichen Gesichtspunkten geprägte Diskussion über den Erhalt bzw. die Schließung von Krankenhausstandorten, über die Gewährleistung der Notfallversorgung bzw. über die vorzuhaltenden Angebote an den verschiedenen Krankenhausstandorten.
- Sehr eng damit verbunden zeigt sich im Bereich des Rettungsdienstes eine Auseinandersetzung mit den zu gewährenden Standards und insbesondere der Frage, inwieweit diese vor allem auch in ländlichen Räumen gehalten werden können.
- Im Bereich der pflegerischen Betreuung findet gerade auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einer stärkeren Alterung der Bevölkerung der Ausbau der vorhandenen Vor-Ort-Angebote gepaart mit der Debatte über eine Sicherung der pflegerischen Qualität statt.

² Eine bundesweite Thematisierung der Herausforderungen und erster Handlungsansätze für die wohnortnahe Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist beispielsweise aktuell im Handlungskonzept der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der ländlichen Räume (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2009: 23) sowie auch im Zusammenhang mit dem Modellvorhaben der Raumordnung des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen „Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern“ erfolgt.

³ Eine breite Aufarbeitung der aktuellen Herausforderungen und der gesellschaftlichen Debatte in deren Grundzügen hierzu hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009 vorgenommen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009).

- Die ambulante ärztliche Versorgung ist in vielen Teilen Deutschlands aufgrund sich zeigender ungeklärter Nachfolgen in Hausarztpraxen und einem vielerorts drohenden Fachärztemangel in den Fokus der Betrachtungen gerückt.

Die Entwicklungen in allen vier Bereichen sind mit direkten Konsequenzen für die Lebensbedingungen der Menschen vor Ort verbunden und von unmittelbarer Raumrelevanz.⁴ Gerade die Sicherstellung und Optimierung der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden in den vergangenen Jahren – nicht zuletzt auch im Bundesland Hessen – in besonderer Weise zum Brennpunkt, da sich hiermit auch die Frage der Gewährleistung von wohnortnahen Versorgungsstandards eng verbindet – und damit die Frage der Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung des Zieles der Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse in allen Teilräumen.

1.2 Rechtlicher Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung auf Bundesebene

Die zentrale gesetzliche Grundlage für die Versorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungen ist auf Bundesebene das Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung. Hierin sind die Leistungsansprüche und alle sonstigen Regelungen zur Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen – der weitaus größte Teil der Bevölkerung ist Mitglied der gesetzlichen Krankenkassen – geregelt. Gemäß § 75 SGB V obliegt dabei den Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Als Instrument mit räumlicher Komponente gibt § 99 SGB V die Bedarfsplanung vor. Demnach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind hierbei zu beachten.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung regelt zudem bundeseinheitlich das Verfahren der Bedarfsplanung einschließlich der Bemessungsmaßstäbe sowie der Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Gemäß § 2 der Richtlinie gilt hierbei für alle Bundesländer: Die *räumliche* Grundlage

⁴ In der wissenschaftlichen und planungspraktischen Literatur werden die Einrichtungen des Gesundheitswesens regelmäßig zu den zwingend erforderlichen Ausstattungen der Daseinsfürsorge gezählt, wobei diese in der Regel der „sozialen Infrastruktur“ zugerechnet werden (vgl. hierzu auch Zapf 2005).

für die Ermittlungen zum allgemeinen Stand der vertragsärztlichen Versorgung und zum jeweiligen *örtlichen* Stand der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Planungsbereiche). Dabei wird der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad durch arztgruppenspezifische Verhältniszahlen ausgedrückt. Dazu werden in § 8 der Richtlinie für insgesamt 14 verschiedene Arztgruppen (Hausärzte, Kinderärzte etc.) – bezogen auf insgesamt zehn Raumkategorien (siedlungsstrukturelle Kreistypen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung) – konkrete Zahlen für das Verhältnis Einwohner je Arzt vorgegeben. Diese bundeseinheitlich festgelegten Verhältniszahlen stellen zugleich die Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in den jeweiligen Planungsbereichen dar.

Hierbei bestimmen die §§ 9 ff. der Richtlinie die genauen Berechnungsformeln für die Feststellung von Überversorgung in einem Planungsbereich, die bei Überschreitung der im Bedarfsplan vorgesehenen Vertragsarztsitze gegeben ist. Die §§ 27 ff. regeln die Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung. Demnach liegt eine Unterversorgung vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwerung in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt. Das Vorliegen einer Unterversorgung ist zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 % unterschreitet.

1.3 Regelungen im Raumordnungsgesetz

Die gesetzlichen Vorgaben für das Instrumentarium zur Steuerung der räumlichen Entwicklung finden sich auf Bundesebene im Raumordnungsgesetz (ROG). Gemäß § 1 ROG ist hierbei die Leitvorstellung einer nachhaltigen Raumentwicklung zu Grunde zu legen, die die sozialen und wirtschaftlichen Ansprüche an den Raum mit seinen ökologischen Funktionen in Einklang bringt und zu einer dauerhaften, großräumigen Ordnung führt. Auch wenn die medizinische Versorgung im Allgemeinen und die ambulante ärztliche Versorgung im Speziellen explizit nicht erwähnt wird, impliziert die im Raumordnungsgesetz geforderte „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in allen Teilräumen“ anerkanntermaßen die Forderung nach einer medizinischen Versorgungsstruktur, die flächendeckend den Menschen einen angemessenen

Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht. Diese Leitvorstellung wurde im Zuge der Novellierung des Raumordnungsgesetzes im Jahr 2008 auch nochmals explizit festgeschrieben.

Bereits zwei Jahre zuvor hat die Ministerkonferenz für Raumordnung die Gewährleistung gleichwertiger Lebensverhältnisse in allen Teilräumen bei der Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der öffentlichen Daseinsfürsorge in den neuen Leitbildern und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland verankert. Hierbei wird im Leitbild 2 „Daseinsvorsorge sichern“ betont, dass in allen Teilräumen, vor allem aber in den von den Auswirkungen des Bevölkerungsrückgangs und der Alterung betroffenen Regionen, auch künftig eine angemessene Grundversorgung mit Leistungen der Daseinsvorsorge sicherzustellen ist. Dabei wird explizit neben Bildung und dem öffentlichen Verkehr der Bereich „Gesundheit“ herausgestellt (Geschäftsstelle der Ministerkonferenz für Raumordnung im Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung 2006: 18).

2 Ausgangsbedingungen in Hessen

Bundesweit wurde in den vergangenen Jahrzehnten die Versorgung mit medizinischen Leistungen auf ein sehr hohes Qualitätsniveau ausgebaut. So kommen alleine im Bundesland Hessen Ende 2007 etwa 8.900 Vertragsärzte und rund 4.300 Vertragszahnärzte auf die etwas mehr als 6 Mio. Einwohner. Zugleich gibt es 180 Krankenhäuser, davon noch 40 % in kommunaler Hand, und knapp über 1.600 Apotheken (AOK Hessen 2009: 7).

Wie in den anderen Bundesländern hat in Hessen in der jüngeren Vergangenheit eine intensive Debatte über die Zukunft der medizinischen Versorgung in den verschiedenen Landesteilen eingesetzt. Betroffen sind hiervon alle Bereiche: das Krankenhauswesen, der Rettungsdienst, das Pflegewesen und die ambulante ärztliche Versorgung. Gerade im letzten Bereich ist in den vergangenen Monaten – aufgrund deutlich werdender Versorgungsgänge – ein bis dato unbekannter Problemdruck insbesondere in den ländlichen Regionen entstanden.

2.1 Aktuelle Bestandsaufnahmen zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Als wichtige Grundlagen für eine Bewertung der tatsächlichen Situation im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen wurden sowohl vom Hessischen Landkreistag, dem Spitzenverband der 21 hessischen Landkreise, als auch von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in jüngster Vergangenheit Bestandsaufnahmen durchgeführt.

Die Bestandsaufnahme des Hessischen Landkreistages aus dem Jahr 2008 (Hessischer Landkreistag 2008),⁵ die auf einer Umfrage zur Versorgungssituation unter den 21 hessischen Landkreisen gründet, kommt zu dem Ergebnis, dass sich bereits heute in 12 Landkreisen in Hessen nach dortiger Einschätzung Anzeichen zeigen, dass die ambulante ärztliche Versorgung nicht mehr vollumfänglich gesichert werden kann oder perspektivisch gefährdet ist. Lediglich im stark verdichteten Rhein-Main-Gebiet sehen einige Landkreise auch für die Zukunft keine Versorgungsprobleme. Darüber hinaus gaben sechs Landkreise an, dass bis dato durch den Landkreis bereits unterstützende Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung veranlasst wurden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat bereits im Jahr 2006 eine Bestandsaufnahme zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich vorgelegt (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2006)⁶ und hierauf basierend attestiert, dass es „bereits heute“ in Hessen einen „gefühlten“ sowie einen „tatsächlichen“ Ärztemangel gibt. Als Anzeichen für den „gefühlten“ Ärztemangel werden auf Grundlage der im Rahmen der Bestandsaufnahme zusammengestellten internen Statistiken von der Kassenärztlichen Vereinigung zunehmende Beschwerden von Patienten und Politikern sowie eine zunehmende Thematisierung durch die Presse benannt. Belege für den „tatsächlichen“ Ärztemangel sind die festzustellende Zunahme der Anzahl abgabewilliger Ärzte, der Rückgang der Anzahl niederlassungswilliger Ärzte sowie der Rückgang der Anzahl weitergebildeter Ärzte.

Zugleich werden von der Kassenärztlichen Vereinigung als allgemeine Ursachen für diese Entwicklungen die Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die Ärzte, die zunehmenden wirtschaftlichen Risiken für Ärzte, die hohen Notdienstbelastungen in ländlichen Regionen und vor allem auch der Nachwuchsmangel angeführt. Attraktivere

Jobangebote im Ausland oder auch in anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft verstärken dies noch. Stark ländlich strukturierte Regionen haben zudem „Zuzugsprobleme“, da diese insbesondere von jungen Ärzten als „unattraktiv“ angesehen werden. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass das ansteigende Durchschnittsalter, das zu einem vermehrten Ausscheiden aus dem Arztberuf führt, den „Ärztemangel“ perspektivisch deutlich verschärfen wird.

2.2 Prognosen zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Im Zusammenhang mit der vorgenannten Bestandsaufnahme hat die Kassenärztliche Vereinigung neben der Bewertung der aktuellen Situation auch räumlich spezifische Prognosen der Versorgungssituation für die verschiedenen Arztgruppen vorgenommen. Hier zeigen sich generell deutliche Rückgänge in der Versorgungsqualität schon in absehbaren Zeiträumen. Abbildung 1 gibt beispielsweise die Prognose für die hausärztliche Versorgung im Jahr 2015 wieder. Diese macht deutlich, dass hessenweit bereits in wenigen Jahren – und nicht nur in den ländlichen Räumen – ein Versorgungsgrad von unter 100 % zu erwarten ist.

Diesen Prognosen wird von allen mit der medizinischen Versorgung im Zusammenhang stehenden Institutionen in Hessen nicht widersprochen. So kommt auch das Hessische Sozialministerium in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2008 zu der Feststellung, dass vor dem Hintergrund der Altersstruktur der hessischen Vertragsärzteschaft mit Versorgungsengpässen zu rechnen ist, wenn sich nicht wieder mehr junge Ärzte in Hessen niederlassen. Bemerkenswert ist, dass die sich aufzeigenden Versorgungsschwierigkeiten im ambulanten ärztlichen Bereich – zwar beginnend in den ländlichen Regionen – auch auf die verdichteten Räume erstrecken werden. Die ambulante ärztliche Versorgung kann damit als hessenweit perspektivisch stark gefährdet eingestuft werden.

3 Instrumente zur Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen

Eine Analyse der Planungsinstrumente, mit denen im Bundesland Hessen raumwirksame Entscheidungen über die medizinische Versorgung getroffen werden, offenbart ein durchaus breites Spektrum. So liegen aktuell im Verantwortungsbereich des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit⁷ der „Hessische Krankenhausrahmenplan“ (Hessisches Sozialministerium 2008) sowie der „Rettungsdienstplan des Landes Hessen“ (Hessisches Sozialministerium 2005).

⁵ Im Frühjahr 2008 haben sich mehrere Landkreise an den Hessischen Landkreistag gewandt, da vor Ort Probleme mit Nachfolgeregelungen in Haus- und Facharztpraxen entstanden sind und diese zugleich öffentlich diskutiert wurden. Daraufhin hat der Hessische Landkreistag im Juli 2008 eine schriftliche Umfrage unter den 21 Landkreisen in Hessen zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich durchgeführt und nach einer Einschätzung zur Gefährdung der Versorgung, zu den bereits veranlassten Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung sowie zu den Handlungsoptionen befragt. An dieser Umfrage haben sich 17 der 21 hessischen Landkreise beteiligt.

⁶ Im Jahr 2006 fand zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen eine intensive öffentliche Auseinandersetzung zum Thema „Ärztemangel in Hessen“ statt. Um die von den Kassen vertretene Auffassung, es gäbe keinen Ärztemangel und keine Versorgungsengpässe in Hessen, zu widerlegen, hat die Kassenärztliche Vereinigung im Juli 2006 eine umfassende Aufbereitung des hausinternen statistischen Materials zur Arztzahlentwicklung bei den Augenärzten, den Chirurgen, den Gynäkologen, den Hausärzten, den Kinderärzten und den Orthopäden in einer räumlich differenzierten Darstellung für Hessen vorgelegt.

⁷ bis 2009: Hessisches Sozialministerium.

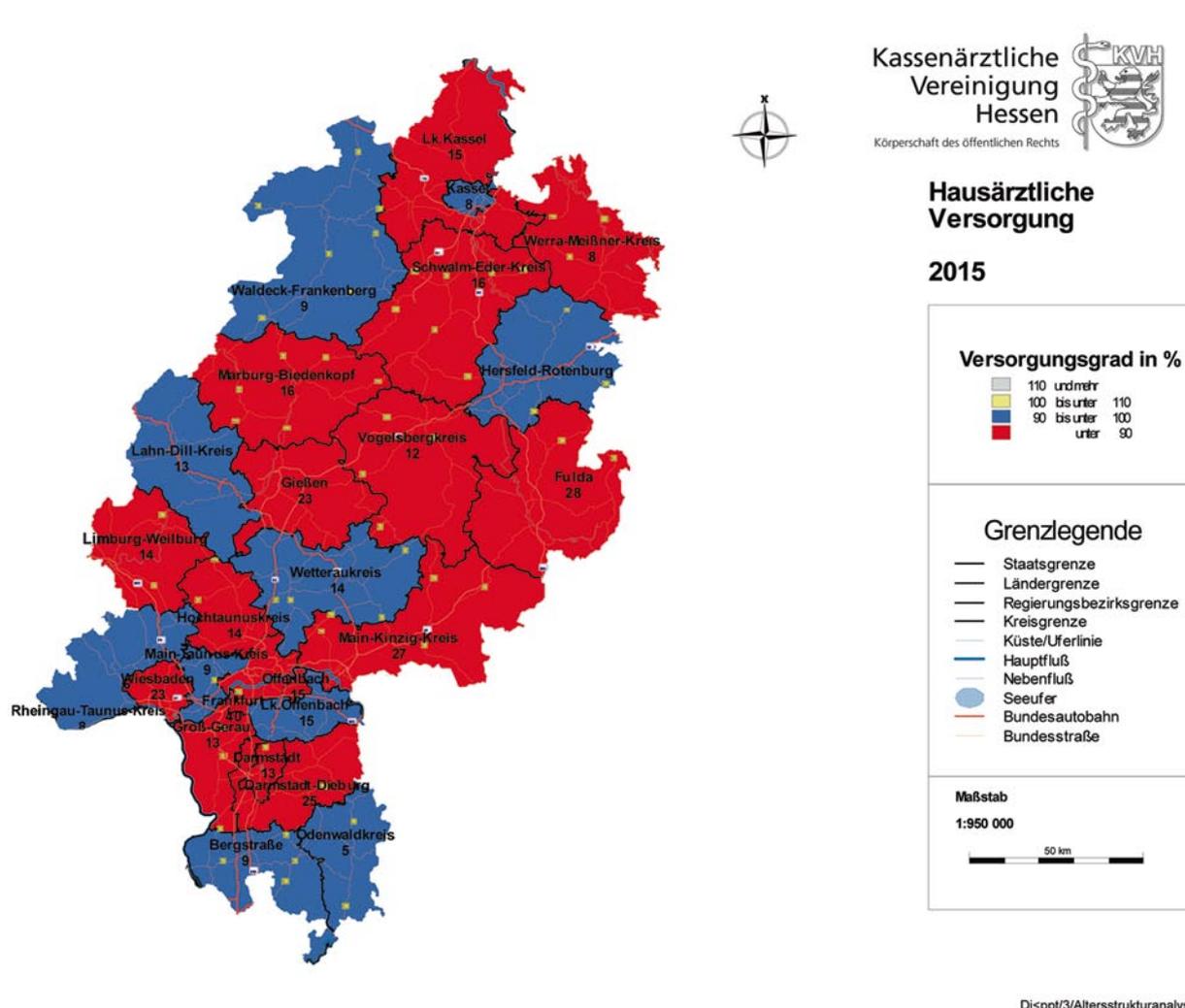


Abb. 1 Prognose für die Hausärztliche Versorgung im Jahr 2015 in Hessen. (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2006: 5)

Mit den darin getroffenen Festlegungen für das Krankenhauswesen bzw. für die Krankenhausstandorte und den Regelungen für den Rettungsdienst werden landesweit rahmensetzende, zugleich für die räumliche Entwicklung relevante Vorgaben gemacht. Diese Vorgaben stehen zudem in enger Verflechtung mit der ambulanten medizinischen Versorgung, die insbesondere durch die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sowie die Landes- und Regionalplanung in deren räumlichen Ausprägung „gesteuert“ wird.

3.1 Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Von zentraler Bedeutung für die ambulante ärztliche Versorgung in Hessen ist – wie in den anderen Bundesländern – die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung. Bezogen auf die 21 Landkreise und die fünf kreisfreien Städte

Frankfurt, Darmstadt, Kassel, Offenbach und Wiesbaden werden dort Aussagen zur Über- und Unterversorgung in den jeweiligen Gebietskörperschaften getroffen.

Nach dem aktuellen Bedarfsplan liegt für die Fachgruppen der Anästhesisten, Chirurgen, Hautärzte, fachärztlich tätige Internisten, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen in Hessen in allen Planungsbereichen noch eine Überversorgung vor. Bei der Fachgruppe der Hausärzte zeigen sich die meisten offenen Sitze, in mehreren Planungsbereichen bestehen Zulassungsmöglichkeiten, in einigen sogar in großer Anzahl. Der aktuelle Bedarfsplan für Hessen ist in Abb. 2 wiedergegeben.

3.2 Landesentwicklungsplan und Regionalpläne

Zentrale Instrumente für die Steuerung der räumlichen Entwicklung in Hessen sind das Hessische Landesplanungsgesetz, der Landesentwicklungsplan sowie die Regionalpläne

Planungsbereich	Haus- ärzte	Anästhe- sisten	Augen- ärzte	Chir- urgen	Frauen- ärzte	HNO- Ärzte	Hautärzte	fachärztl. tätige Inter- nisten	Kinder- ärzte	Nerven- ärzte	Ortho- päden	Psychotherapeuten		Radio- logen	Urologen
												ärztliche	psychol.		
Darmstadt-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Frankfurt-Stadt	(4)	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Offenbach-Stadt	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Wiesbaden-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	(17)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	(1)	ÜV			ÜV	ÜV
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Odenwaldkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Offenbach	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	(6)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Vogelsbergkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)			ÜV	ÜV
Kassel-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Fulda	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	(3)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV
Werra-Meißner-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV			ÜV	ÜV

Gemäß § 22 Abs. 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie gilt nach wie vor der Beschluss des Landes-ausschusses vom 25. Oktober 2007

neu gesperrte Planungsbereiche (siehe I)
 neu geöffnete Planungsbereiche (siehe III)
 weiter geöffnete Planungsbereiche

ÜV = gesperrte Planungsbereiche
 offene Planungsbereiche

3. Dezember 2008

Abb. 2 Bedarfsplan für Hessen. (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2008: 1)

für die Planungsregionen Nord-, Mittel- und Südhessen. Im Landesentwicklungsplan Hessen 2000 (Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung 2000) findet das Thema ambulante ärztliche Versorgung im Zusammenhang mit den Ausführungen zu den „Zentralen Orten und Verflechtungsbereichen“ Erwähnung. So sind demnach Mittelzentren durch Einrichtungen zur Deckung des periodischen Bedarfs gekennzeichnet und weisen hierbei auch eine „umfassende Facharztversorgung“ auf. Die Unterzentren bieten Einrichtungen zur Deckung der Grundversorgung, zu denen auch die „ärztliche Grundversorgung“ zählt. Weitergehende Aussagen finden sich im Landesentwicklungsplan allerdings nicht.

Im „Regionalplan Nordhessen“ (Regierungspräsidium Kassel 2001) wird das Thema „Ambulante ärztliche Versorgung“ ebenfalls aufgegriffen. Auch hier wird im Zusammenhang mit den allgemeinen raumpolitischen Grundsätzen erwähnt, dass das Zentrale-Orte-Konzept weiterhin verfolgt wird, um eine möglichst wohnungsnaher Versorgung der Bevölkerung mit Gütern des täglichen Bedarfs und mit Einrichtungen der gesundheitlichen, kulturellen und sozialen Daseinsvorsorge zu sichern. Das Gesundheitswesen wird darüber hinaus in einem eigenen Kapitel mit mehreren Unterkapiteln thematisiert. Als raumordnerischer Grundsatz wird hier formuliert: „Um eine den Bedürfnissen der

Bevölkerung entsprechende räumliche Verteilung bzw. Erreichbarkeit sowie personelle und materielle Ausstattung der erforderlichen Gesundheitseinrichtungen zu erreichen, ist bei der Lokalisierung, der fachlichen Differenzierung und Dimensionierung das System der zentralen Orte und Verflechtungsbereiche zu berücksichtigen“ (Regierungspräsidium Kassel 2001: 111). In der Begründung wird hierzu unter anderem ausgeführt: „Für die Bevölkerung der Planungsregion ist eine bedarfsgerechte Versorgung mit Einrichtungen des Gesundheitswesens zu gewährleisten, um so die Voraussetzungen für die Einhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit eines jeden Einzelnen zu schaffen. Hierzu ist es erforderlich, für alle Teilräume die Grundversorgung, vor allem hinsichtlich der stationären und ambulanten ärztlichen Betreuung sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst sicherzustellen. Der Bedarf an Allgemein- und Fachärzten sowie an Zahnärzten und Kieferorthopäden richtet sich nach den Bedarfsplänen der Kassen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigung“ (Regierungspräsidium Kassel 2001: 111).

Der „Regionalplan Mittelhessen“ (Regierungspräsidium Gießen 2001) greift das Thema Sozial- und Gesundheitswesen ebenfalls explizit in einem eigenen Kapitel mit mehreren Unterkapiteln auf. Der raumordnerische Grundsatz heißt hier unter anderem: „Für die Bevölkerung ist die Versorgung mit Einrichtungen des Gesundheitswesens

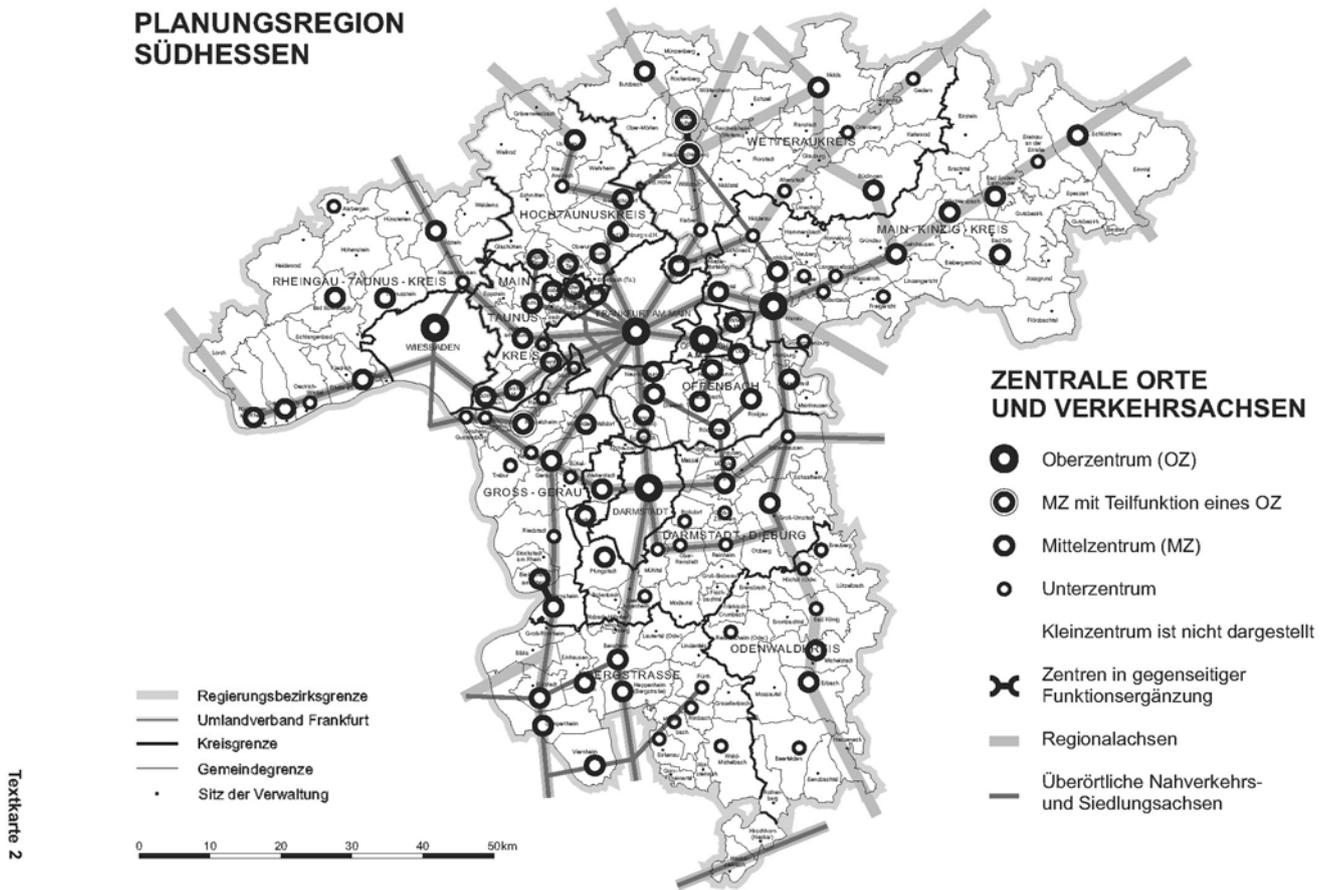


Abb. 3 Zentrale Orte und Verkehrsachsen in der Planungsregion Südhessen. (Quelle: Regierungspräsidium Darmstadt 2000: 13)

bedarfsgerecht in allen Teilräumen sicherzustellen“ (Regierungspräsidium Gießen 2001: 102). Zudem wurde noch ein weiterer Grundsatz für die ärztliche Versorgung aufgenommen: „Für alle Bewohner der Region ist eine befriedigende ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte sicherzustellen. Polikliniken und Institutsambulanzen ergänzen das Angebot. Eine dem Bedarf der Bevölkerung gerecht werdende, möglichst gleichmäßige Versorgung ist in zumutbarer Entfernung anzustreben. Dies hat auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst zu umfassen. Der anteilmäßige Anstieg der alten und damit chronisch kranken Menschen ist bei der künftigen Planung zu berücksichtigen“ (Regierungspräsidium Gießen 2001: 103).

Im „Regionalplan Südhessen“ (Regierungspräsidium Darmstadt 2000) finden sich im Gegensatz zu den beiden vorgenannten Regionalplänen keine eigenständigen Ausführungen zum Thema Gesundheit. Die Versorgung mit Infrastruktur im Gesundheitsbereich wird im Zusammenhang mit den Ausführungen zum zentralörtlichen System behandelt. In Oberzentren sollen demnach regional und überregional bedeutende Einrichtungen in den Bereichen Soziales, Bildung, Kultur, Freizeit, Sport und Gesundheit erhalten,

erforderlichenfalls ausgebaut oder neu angesiedelt werden, in den Mittelzentren die überörtlich bedeutenden Einrichtungen und in den Unterzentren die der Grundversorgung zuzurechnenden Einrichtungen in diesen Bereichen. Wobei ergänzend formuliert wird, dass in den Unterzentren unter anderem die ärztliche Grundversorgung zu gewährleisten ist (Regierungspräsidium Darmstadt 2000: 10 f.). Einen Überblick über die im Regionalplan Südhessen ausgewiesenen Zentralen Orte – die damit auch die Grundlage für die räumliche Verteilung und Erreichbarkeit von medizinischen Leistungen aus regionalplanerischer Sicht darstellen – gibt Abb. 3.

3.3 Leistungsfähigkeit der Planungsinstrumente

Generell ist festzustellen, dass sowohl die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen als auch die Landes- und Regionalplanung mit den jeweiligen Planungsinstrumenten Aussagen zur räumlichen Ausstattung und damit verbunden zu der Erreichbarkeit der Angebote im ambulanten medizinischen Bereich treffen. Eine zusammenfassende Gegenüberstellung von Bedarfsplanung und Regionalplanung im Bundesland Hessen gibt Tab. 1 wieder.

Tab. 1 Planungsinstrumente zur räumlichen Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung

	Bedarfsplanung	Regionalplanung
Rechtliche Grundlagen	SGB V/Bedarfsplanungs-Richtlinie	Hessisches Landesplanungsgesetz/Vorgaben des Landesentwicklungsplanes
Zuständig bzw. Träger	Kassenärztliche Vereinigung Hessen	Regionalversammlungen Nord, Mitte und Süd
Übergeordnetes Ziel	Bedarfsgerechte Versorgung	Gleichwertige Lebensverhältnisse in allen Landesteilen
Planungsraum	26 Planungsbereiche (Landkreise und kreisfreie Städte)	3 Planungsregionen (Nord, Mitte und Süd)
Vorgaben	Verhältniszahlen zur Feststellung von Über- und Unterversorgung	Zentrale Orte/Teilweise textliche Ausführungen
Bindungswirkung	Für Vertragsarztzulassungen bindend	Bindend gegenüber Bauleitplanung und Fachplanungen
Wechselseitige Beziehungen	Verhältniszahlen an bundesweit ermittelten Raumkategorien orientiert und Bindung durch Raumordnungsklausel: „Ziele der Raumordnung sind von öffentlichen Stellen bei ihren raumbedeutsamen Planungen und Maßnahmen zu beachten.“ (§ 4 Raumordnungsgesetz)	Teilweise textliche Verweise auf Bedarfsplanung

Besonderer Kritikpunkt an der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist, dass diese aufgrund der Zuschnitte ihrer Planungsbereiche heute in vielen Regionen, in denen es einen „gefühlten“ oder einen „tatsächlichen“ Ärztemangel gibt, noch immer eine Überversorgung attestiert. Zugleich können die noch immer relativ großräumigen Planungsbereiche nicht zwangsläufig eine wohnortnahe Versorgung in allen Teilräumen der Planungsbereiche gewährleisten. Beispielsweise ist in Stadt-Umland-Bereichen des Öfteren eine Häufung von Arztsitzen im engeren Umland festzustellen, während das weitere Umland – im selben Planungsbereich – deutliche Defizite in der ärztlichen Versorgung aufweist. Hier stößt das Instrument Bedarfsplanung an Grenzen, da ortsbezogene Aussagen zur Verteilung der Arztsitze innerhalb eines Planungsbereiches nicht erfolgen und damit im Wege der Bedarfsplanung nicht zu einem räumlichen Ausgleich im Sinne einer adäquaten räumlichen Verteilung der Arztsitze innerhalb der jeweiligen Planungsbereiche beigetragen werden kann. Mögliche innerregionale räumliche Disparitäten spielen bei der Bedarfsplanung keine Rolle.

Die Landes- und Regionalplanung behandelt die medizinische Versorgung nur jeweils ergänzend im Zusammenhang mit den Festlegungen zu den Zentralen Orten; originäre Ausweisungen trifft sie darüber hinaus hierzu nicht. Wenn die ambulante ärztliche Versorgung weitergehend thematisiert wird, verbleibt sie im deskriptiv-fordernden Charakter, ohne direkte Wirkung erzielen zu können. So kann allenfalls im Zusammenhang mit dem System der Zentralen Orte hier überhaupt von einem steuernden Einfluss der Landes- und Regionalplanung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung gesprochen werden.

Sowohl die Bedarfsplanung als auch die Landes- und Regionalplanung wirken damit auf die räumliche Entwicklung und Verortung der ambulanten ärztlichen Versorgung, indem sie quantitative bzw. raumstrukturelle Vorgaben machen. Mit ihrem Instrumentarium kann die Festlegung von gewünschten räumlichen „Verteilungsmustern“ erfolgen, wobei beide Instrumentarien ihre Ursprünge in der Steuerung und Begrenzung von „Wachstum“ haben. Beide stoßen jedoch schnell an die Grenzen der Steuerung, wenn eine aktive „Neuansiedlung von Ärzten“ zur Sicherstellung von Nachfolgen in Hausarzt- oder Facharztpraxen durch entsprechende Anreize erforderlich wird. Dies umso mehr, als dass eine erfolgreiche Verzahnung beider Planungsinstrumente in der Praxis bislang nicht wahrzunehmen ist. Wenn auch die Bedarfsplanung auf die bundesweit ermittelten Raumkategorien (siedlungsstrukturelle Kreistypen) des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung zurückgreift und in den Raumordnungsplänen bisweilen textliche Verweise auf die Bedarfsplanung vorgenommen werden, so ist ein „echtes Verzahn“ im Sinne abgestimmter, gemeinsam entwickelter Strategien und Festlegungen nicht feststellbar. Auch die Raumordnungsklausel im Raumordnungsgesetz gewährleistet diese Verknüpfung in der Praxis nicht.

Daher kann es aktuell mit diesen Planungsinstrumenten alleine nicht gelingen, eine angemessene ambulante ärztliche Versorgung in allen Landesteilen in Hessen perspektivisch sicherzustellen. So ist neben einer breiten Debatte über die Leistungsfähigkeit und ggf. Fortentwicklung dieser Instrumente insbesondere die Auseinandersetzung mit ergänzenden, neuen Strategien und Handlungsansätzen zwingend erforderlich geworden.

Tab. 2 Neue Handlungsfelder für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Neue Handlungsfelder	
Gemeinsamer Antrag von CDU und FDP	Antrag BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Planung einer Image- und Standortkampagne sowie einer Nachwuchs-offensive.	Konkrete Unterstützungsmaßnahmen für betroffene Gemeinden bei der Problemlösung (Austausch kommunaler Lösungen, Beratungsstrukturen etc.).
Neue Strategien in der ambulanten Medizin auf Grundlage der Versorgung durch niedergelassene, freiberuflich tätige Ärzte.	Mögliche Änderung der Planungsbereiche bzw. eine bessere Steuerung der Zulassungen. Einrichtung von Gesundheitskonferenzen auf Landkreis- und Gemeindeebene zur Gestaltung einer an den Menschen orientierten Gesundheitsversorgung vor Ort.
Anreize und Unterstützung zur Niederlassungs-förderung, insbesondere in strukturschwachen ländlichen Räumen, z. B. durch Internetportale.	Erarbeitung von regionalen Konzepten einer integrierten Versorgung. Förderung von Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern (insbesondere Pflege). Ideelle und materielle Unterstützung medizinischer Versorgungszentren. Förderung der besseren Vereinbarkeit von Familie und ärztlichem Beruf. Steigerung der Attraktivität des Arztberufes, gerade in ländlichen Regionen. Verhinderung von regionalen Versorgungsmonopolen durch die Konzerne.

4 Neue Strategien zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Aus vorgenannten Gründen hat im Bundesland Hessen im Jahr 2008 eine deutlich intensiviertere Debatte gerade über neue Wege und Strategien zur Sicherstellung und Optimierung der ambulanten ärztlichen Versorgung eingesetzt. Zunehmend wurde in Politik und Verwaltung erkannt, dass aufgrund der sich abzeichnenden Versorgungsdefizite die ambulante ärztliche Versorgung als Standortfaktor die weitere Entwicklung des Bundeslandes und dessen Regionen künftig entscheidend mitbestimmen wird.⁸

4.1 Initiativen im Hessischen Landtag

In die Koalitionsvereinbarung von CDU und FDP für die Legislaturperiode 2009 bis 2014 hat diese Thematik daher nunmehr explizit Eingang gefunden. Im Kapitel „Gesundheit und Soziales“ wird hierzu formuliert: „Wir werden ein Konzept zur Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung erarbeiten und die vorhandenen tragfähigen Strukturen und Qualitätsstandards erhalten, um eine optimale, zeitgemäße Gesundheitsversorgung zu gewährleisten“ (CDU und FDP in Hessen 2009: 53).

Unmittelbar nach der Neukonstituierung des Landtages im Frühjahr 2009 haben sodann die Regierungsfractionen der CDU und der FDP (Hessischer Landtag 2009a) wie auch

die Oppositionsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Hessischer Landtag 2009b) Anträge zu dieser Thematik in den Landtag eingebracht. In beiden Anträgen wird die zeitnahe Erstellung eines landesweiten Konzeptes zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung gefordert, wobei jeweils unterschiedliche Handlungsfelder skizziert werden, die ein solches Konzept umfassen soll. Mit den Handlungsfeldern werden hierbei zunächst grobe potenzielle Ansätze in die landesweite Diskussion eingebracht, von denen ein Beitrag zur längerfristigen Sicherstellung und Optimierung der Versorgungssituation in Hessen erwartet wird. Eine Übersicht über die genannten neuen Handlungsfelder gibt Tab. 2.

4.2 Initiativen von kommunaler Seite

Aufgrund des Handlungsdruckes durch Versorgungsprobleme vor Ort sehen sich auch in zunehmendem Maße die Städte, Gemeinden und Landkreise mit der Thematik berührt. In einigen Orten, insbesondere in den ländlichen Regionen Hessens, haben die Versorgungsdefizite zu lokalen Initiativen und Lösungswegen geführt. In Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und einzelnen Gemeinden – teilweise bei Einbindung der Landkreise – ist es gelungen, Nachfolgeregelungen für Hausarzt- und Facharztpraxen zu finden. Vor allem eine verstärkte Werbung für den jeweiligen Wohn- und Arbeitsstandort, die Bereitstellung moderner Praxisräume und das Angebot zusätzlicher Finanzmittel (zinslose Darlehen) haben diese Erfolge ermöglicht. Als Beispiel sei hier auf die Stadt Babenhausen im Landkreis Darmstadt-Dieburg verwiesen, bei der sich im Jahr 2008 Politik und Verwaltung (Wirtschaftsförderung) aktiv in die Suche einer Nachfolge für eine örtliche Arztpraxis eingeschaltet haben. Letztendlich ist es nach einer Vielzahl von Kontaktaufnahmen in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung tatsächlich gelungen,

⁸ Ähnliche Debatten finden sich in mehreren Flächenländern, vor allem in solchen mit großen Anteilen an strukturschwachen ländlichen Regionen. Als ein Ergebnis solcher Debatten kann beispielhaft der Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Bundesland Rheinland-Pfalz herausgestellt werden, den das dortige für Gesundheit zuständige Ministerium mit der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesärztekammer und dem Hausärzterverband im Oktober 2007 vereinbart hat.

durch die Bereitstellung geeigneter städtischer Räumlichkeiten das ambulante medizinische Angebot vor Ort aufrechtzuerhalten. Eine hessenweite Strategie hat sich aus dem vielfältigen Engagement auf kommunaler Ebene allerdings noch nicht entwickelt.

Vor diesem Hintergrund ist der Hessische Landkreistag im Frühjahr 2009 in einen umfassenden Dialogprozess mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, unter Einbindung des Hessischen Städte- und Gemeindebundes sowie des Hessischen Städtetages eingestiegen. Vereinbart wurde, den Austausch über die Handlungsmöglichkeiten zur Sicherstellung und Optimierung der ärztlichen Versorgung weiter zu vertiefen und hierzu eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen.⁹

Beide Vertragspartner bringen sich dabei mit ihren besonderen Zuständigkeiten in die Zusammenarbeit ein. Während die Landkreise aufgrund ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrages eine wesentliche Mitverantwortung für die stationäre medizinische Versorgung tragen, obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen die Zuständigkeit für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Davon ausgehend haben die beiden Vertragspartner vereinbart, vorrangig zu prüfen, ob und ggf. mit welchen gezielten Maßnahmen im Rahmen der folgenden Handlungsfelder dem drohenden Ärztemangel im ländlichen Raum entgegen gewirkt werden kann:

- Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, damit örtliche Besonderheiten bzw. Negativentwicklungen für die vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum besser berücksichtigt werden können,
- Zusammenarbeit und Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich unter Beteiligung des Klinikverbundes Hessen, um Synergien zu schaffen und Effizienzreserven auszuschöpfen,
- Reduzierung der Belastungen der Ärzte im ärztlichen Bereitschaftsdienst,
- Förderung der Weiterentwicklung in der Allgemeinmedizin,
- Schaffen von Anreizen für die Übernahme von Landarztpraxen,
- Verbesserung der Beratung und Betreuung der niedergelassenen Ärzte,
- Einrichtung von Gesundheitskonferenzen auf Landkreisebene.

⁹ Orientierung bot hier die bereits im November 2007 abgeschlossene Kooperationsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und dem Bayerischen Landkreistag, in der von den Vertragspartnern ein abgestimmtes Vorgehen zur gemeinsamen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung in den bayerischen Landkreisen verabredet wurde.

Diese Handlungsfelder sollen – verschränkt mit den Aktivitäten des Landtages und der Landesregierung – in den Fokus der gemeinsamen Arbeit gerückt werden.

4.3 Bewertung der aktuellen Initiativen

Die vorgenannten Ausführungen verdeutlichen, dass die Debatte über die Planungsinstrumente und vor allem über neue Wege und Strategien für die ambulante ärztliche Versorgung in Hessen erst am Anfang steht. Deutlicher denn je haben die relevanten Akteure die sich stellenden großen Herausforderungen erkannt, so dass der generelle Handlungsbedarf mittlerweile unstrittig ist. Das gemeinsame Problembewusstsein ist gegeben.

Vorrangiges Ziel ist es nunmehr, überhaupt erst in einen Dialog der Akteure zu kommen, um die Vielfalt der diskutierten Handlungsansätze gemeinsam zu strukturieren und zu bewerten. Hierbei wird es auch notwendig sein, sich Klarheit darüber zu verschaffen, welche Ansätze tatsächlich durch die Akteure vor Ort realisiert werden können und an welcher Stelle Initiativen gegenüber Dritten, wie z. B. der Bundesebene, erforderlich werden.

So ist man zwangsläufig in Hessen von ‚Musterlösungen‘ der Sicherstellung und Optimierung der ambulanten ärztlichen Versorgung in allen Landesteilen noch weit entfernt. Die gemeinsame Arbeit an (neuen) Lösungen wird nun Hinweise zu zukunftsfähigen und auch weniger tragfähigen Ansätzen geben müssen. In diesem Zusammenhang werden die Institutionen der Landes- und Regionalplanung gehalten sein, die sich in der aktuellen Debatte (noch) zurückhaltend zu zeigen, sich des Themas verstärkt anzunehmen und die Debatte über den Standortfaktor „Ambulante ärztliche Versorgung“ nicht überwiegend als fachpolitische Debatte im Bereich Gesundheit zu sehen.

5 Fazit und Ausblick

Die Sicherstellung und Optimierung der ambulanten ärztlichen Versorgung wird bundesweit zu einer der herausragenden Herausforderungen für Politik und Verwaltung, aber auch für die begleitende Wissenschaft werden. Offenkundig ist, dies belegt auch die dargestellte Situation in Hessen, dass die aktuellen Planungsinstrumente der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Landes- und Regionalplanung nicht in ausreichendem Maße zur Problemlösung beitragen bzw. beitragen können. Nicht nur in den ländlichen Regionen, sondern auch in den verdichteten Räumen sind daher perspektivisch neue Konzepte zu entwickeln, um eine angemessene Qualität medizinischer Versorgung – wohnortnah – zu gewährleisten. Eine besondere Bedeutung können hierbei die seit vielen Jahren in der Wissenschaft diskutierten und in der (planerischen) Praxis zur Anwendung kommenden

neuen kooperativen Instrumente einnehmen. Ohne Diskussions- und Abstimmungsprozesse über die bisherigen ‚Grenzen‘ hinweg und auch einen engeren Dialog der Akteure der räumlichen Planung sowie der Bedarfsplanung werden keine zukunftsfähigen Lösungsansätze zu entwickeln sein. Hierbei wird es auch entscheidend sein, auf moderne Planungsgrundlagen und -werkzeuge, wie Geographische Informationssysteme, zurückgreifen zu können.

Die politische Debatte und die ersten Handlungsansätze im Bundesland Hessen machen zugleich deutlich, dass der Problemdruck bereits heute zum konkreten Handeln auffordert. Viele Initiativen weisen bereits in die künftig zu gehende Richtung. Diese sind aber bislang keinesfalls ausreichend und können daher nur einen ersten Schritt zur Sicherstellung und Optimierung der ambulanten ärztlichen Versorgung darstellen. Der Handlungsbedarf für die Praxis und der Forschungsbedarf für die Wissenschaft zum Standortfaktor „Ambulante ärztliche Versorgung“ sind folglich immens. Gerade auch die Disziplin der Stadt- und Regionalplanung bzw. Raumplanung sieht sich daher aufgefordert, dieses Thema mit großer Offenheit und der notwendigen Konsequenz vertieft anzugehen.

Literatur

- AOK Hessen (2009): AOK Forum spezial, Jahrgang 2009/Ausgabe 1. Bad Homburg.
- Bertelsmann-Stiftung (2008): Kommunen schaffen Zukunft – Grundsätze und Strategien für eine zeitgemäße Kommunalpolitik. Gütersloh.
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2009): Handlungskonzept der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der ländlichen Räume. Berlin. Online unter: <http://www.bmelv.de/cae/servlet/contentblob/447606/publicationFile/22789/HandlungskonzeptIMAG.pdf> (Zugriff am 09.02.2010).
- CDU und FDP in Hessen (2009): Vertrauen. Freiheit. Fortschritt – Hessen startet ins nächste Jahrzehnt. Koalitionsvereinbarung für die Legislaturperiode 2009–2014. Wiesbaden.
- Claussen, W. (2005): Gesundheit vor Ort – ein Thema für die Raumplanung? In: RaumPlanung 123, 264–268.
- Geschäftsstelle der Ministerkonferenz für Raumordnung im Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung (2006): Leitbilder und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland. Berlin.
- Hessischer Landkreistag (2008): Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum. Mitglieder-Rundschreiben 640/2008. Wiesbaden.
- Hessischer Landtag (2009a): Antrag der Fraktionen der CDU und der FDP betreffend Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Hessen. Drucksache 18/261. Wiesbaden.
- Hessischer Landtag (2009b): Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Patienten in den Mittelpunkt – medizinische Versorgung bester Qualität auch im ländlichen Raum langfristig sicherstellen. Drucksache 18/308. Wiesbaden.
- Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung (2000): Landesentwicklungsplan Hessen 2000. Wiesbaden.
- Hessisches Sozialministerium (2005): Rettungsdienstplan des Landes Hessen. Wiesbaden.
- Hessisches Sozialministerium (2008): Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009 – Allgemeiner Teil: Planungsgrundlagen und Bedarfsprognose. Wiesbaden.
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2006): Ärztemangel in Hessen, Auszug aus info.doc Nr. 3, Juli 2006. Online unter: http://www.kvhessen.de/Wir_%C3%BCber_uns-p-2/Landesstelle/Sicherstellung-.html (Zugriff am 09.02.2010).
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2008): Bedarfsplan vom 3.12.2008. Online unter: http://www.kvhessen.de/kvhmedia/Downloads_neu/Mitglieder/Unternehmen_Praxis-p-4371/Bedarfsplan_03_12_2008.pdf (Zugriff am 01.09.2009).
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz; Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz; Landesärztekammer Rheinland-Pfalz (2007): Vereinbarung eines Masterplans zur „Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung“. Mainz.
- Regierungspräsidium Darmstadt (2000): Regionalplan Südhessen 2000 (einschließlich der Änderungen des Jahres 2004). Darmstadt.
- Regierungspräsidium Gießen (2001): Regionalplan Mittelhessen 2001. Gießen.
- Regierungspräsidium Kassel (2001): Regionalplan Nordhessen 2000. Kassel.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009. Bonn.
- Zapf, K. (2005): Soziale Infrastruktur. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) (Hrsg.): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, 1025–1031.

Gesetze und sonstige Rechtsnormen

- Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert am 17. März 2009 (BGBl. I S. 534).
- Raumordnungsgesetz vom 18. August 1997 (BGBl. I S. 2081, 2102), zuletzt geändert am 22. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2986).
- Hessisches Landesplanungsgesetz in der Fassung vom 12. Dezember 2007 (GVBl. I 27/2007 S. 851).
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15. Februar 2007 (Bundesanzeiger 2007 S. 3491), zuletzt geändert am 19. Februar 2009 (Bundesanzeiger 2009 S. 1655).