pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 03/2013 März 2013

Gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum

Eine Studie zur gesundheitlichen Versorgungssituation im Landkreis Fulda

Marie-Claire Dennig, Stefan Greß, Klaus Stegmüller

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

Marie-Claire Dennig, Stefan Greß, Klaus Stegmüller

Gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum

Eine Studie zur gesundheitlichen Versorgungssituation im Landkreis Fulda

pg-papers 03/2013

Gefördert durch
die Sparkassen Stiftung Fulda und
den Landkreis Fulda

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über https://portal.d-nb.de abrufbar.

pg-papers
Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Marquardstraße 35
D–36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640–600
Fax:+49(0)661/9640–649

ISBN 978-3-940713-09-4
Copyright © pg-papers, März 2013

Inhalt

Executive Summary **7**

1 Hintergrund und Forschungsbedarf **10**

2 Methodisches Vorgehen **13**

2.1 Zusammenführung, Erhebung und Auswertung von Sekundärdaten 13

2.2 Erhebung und Auswertung qualitativer Daten 15

2.3 Literaturrecherche 16

3 Bevölkerungsstruktur im Landkreis Fulda **17**

3.1 Geographische Einordnung, Einwohnerzahlen und Bevölkerungsdichte 17

3.2 Altersstruktur 18

3.3 Bevölkerungsentwicklung 19

4 Gesundheitsinfrastruktur im Landkreis Fulda – „Versorgungsatlas“ **21**

4.1 Ambulante ärztliche Versorgung 21

4.1.1 Hausärztliche Versorgung 21

4.1.2 Fachärztliche Versorgung 27

4.1.3 Zahnärztliche Versorgung 28

4.2 Stationäre Versorgung 29

4.3 Apotheken 31

4.4 Pflegeeinrichtungen 32

4.4.1 Ambulante Pflegedienste 32

4.4.2 Pflegeheime 33

4.5 Heilmittelerbringer: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden 34

4.6 Notfallversorgung 37

4.6.1 Rettungsdienst 37

4.6.2 Ärztlicher Bereitschaftsdienst 39

5 Einschätzung der gesundheitlichen Versorgungssituation im Landkreis Fulda – Interviewergebnisse **40**

5.1 Gesundheitliche Versorgungssituation im Landkreis Fulda 40

5.2 Ausgewählte Themenbereiche und Problemlagen ... 42
5.2.1 Praxisnachfolgersuche und Niederlassung ... 42
5.2.2 Fachkräftemangel ... 43
5.2.3 Perspektivische Konsequenzen des Hausärztemangels auf dem Land ... 45
5.2.4 Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Apothekennotdienst ... 46
5.3 Lösungsansätze und deren Grenzen ... 48
5.3.1 Neue Formen ärztlicher Berufsausübung ... 48
5.3.2 Fachübergreifende Behandlungseinrichtungen ... 51
5.3.3 Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen ... 52
5.3.4 Nachwuchsförderung von Studierenden der Allgemeinmedizin ... 54
5.3.5 Lösung des Fachkräftemangels und Weiterentwicklung der Pflege ... 55
5.3.6 Unterstützungsangebote durch Kommunen und Landkreis ... 56
5.3.7 Ehrenamt ... 57
5.3.8 Neuordnung des Apothekennotdienstes ... 58
6 Neuzuschnitt des Planungsbereichs und Handlungsempfehlungen ... 59
6.1 Modellrechnung auf Basis eines kleinräumiger Zuschnitts des Planungsbereichs ... 59
6.2 Handlungsempfehlungen ... 60
Abbildungsverzeichnis ... 64
Tabellenverzeichnis ... 64
Abkürzungsverzeichnis ... 65
Literatur ... 67

Executive Summary

Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Ärztemangels in vor allem dünn besiedelten ländlichen Regionen rückte in den letzten Jahren insbesondere die hausärztliche Versorgung in den Fokus der Aufmerksamkeit. Demografische Entwicklungen verursachen in den kommenden Jahren einerseits eine Erhöhung der Behandlungsbedürftigkeit und Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen, andererseits sinkt jedoch das Potential an professionellen Arbeitskräften, welches diese Leistungen erbringen kann oder will.

Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, die gesundheitliche Versorgungssituation besonders in den ländlichen Räumen des Landkreises Fulda näher zu betrachten. Hierzu werden auf Basis amtlich verfügbarer und eigens erhobener quantitativer Daten die Bevölkerungsstruktur sowie die *gesundheitliche Infrastruktur des Landkreises auf kleinräumiger Ebene* dargestellt – und somit ein „Versorgungsatlas“ des Landkreises Fulda erstellt. Auf der Grundlage von Interviews mit unterschiedlichen Akteuren und Stakeholdern der regionalen Versorgung und regionalen Entscheidungsträgern wurde deren *Einschätzung und Sichtweise zur gesundheitlichen Versorgungssituation* erhoben und nach Themenbereichen systematisiert.

Die Betrachtung der Bevölkerungsstruktur des Landkreises Fulda zeigt, dass mit zwölf Gemeinden der überwiegende Teil des Kreises dem ländlichen und vornehmlich dünn besiedelten Raum zugeordnet werden kann. Insgesamt zählt der Kreis zu den ländlichen Räumen höherer Dichte. Die Einwohnerdichte liegt unter dem hessenweiten Durchschnitt und die Einwohnerzahlen folgten in den letzten Jahren einem bundesweit rückläufigen Trend. Durch abnehmende Geburtenzahlen und die gleichzeitig steigende Lebenserwartung der Bevölkerung verringerte sich der Anteil der jüngeren Altersgruppen, während die Zahl der älteren Bevölkerung anstieg. Angenommen wird, dass sich dieser Trend auch in Zukunft weiter fortsetzt.

Um die gesundheitliche Versorgung in der Region zukünftig sicherzustellen und darüber hinaus weiter zu entwickeln, ist eine *Bestandsaufnahme der aktuellen gesundheitlichen Infrastruktur im Landkreis Fulda* unverzichtbar.

Anhand der Ist-Analyse der Versorgungsstrukturen im Landkreis konnten drei grundlegende Erkenntnisse gewonnen werden:

- Es existiert bei der Betrachtung der absoluten Zahlen des gesundheitlichen Leistungsangebotes *erstens* ein *starkes Stadt-Land-Gefälle*. Das Leistungsangebot ist vor allem in städtischen und stadtnahen Gebieten konzentriert; es nimmt in Richtung der Kreisgrenzen ringförmig ab.
- Betrachtet man hingegen die Angebotsdichten (Einwohner/innen je Leistungsanbieter) lässt sich *zweitens* eine *ausgeprägte regionale Heterogenität* feststellen. Ein einheitliches Muster ist dagegen nicht erkennbar; lediglich einige Gemeinden wie beispielsweise Dipperz, Hilders, und Ebersburg weisen im Landkreisvergleich unterdurchschnittlich hohe Angebotsdichten auf. Darüber hinaus liegen auch im Stadtgebiet Fulda äußerst heterogene Verteilungen vor.

Während das Stadtzentrum (PLZ 36037) in nahezu allen Versorgungsbereichen die höchsten Dichten aufweist, kommen im Stadt-Postleitzahlengebiet 36041 meist weitaus mehr Einwohner/innen auf ein Leistungsangebot.

- *Drittens* deuten die für den Landkreis Fulda erhobene hausärztliche Altersstruktur und der bundesweite Trend bei der Altersstruktur der Krankenhausärzte auf sich *künftig abzeichnende Versorgungslücken im ärztlichen Bereich* hin. Im Landkreis Fulda ist aufgrund der Alterung der niedergelassenen Hausärztinnen[1] und Hausärzte mit einer zunehmenden Zahl an Praxisaufgaben zu rechnen. Ein erheblicher Teil der Hausärztinnen und Hausärzte wird in den nächsten Jahren das Pensionsalter erreichen. Bei einer Praxisaufgabe mit angenommen 65 Jahren müssten in 15 Jahren bereits 60 % der Hausarztsitze im Landkreis wiederbesetzt werden.

Im Rahmen der für diese Studie durchgeführten Interviews mit verschiedenen Akteuren und Stakeholdern wurde die aktuelle gesundheitliche Versorgungssituation in Übereinstimmung mit den aktuellen Bedarfszahlen *von nahezu allen Interviewpartnern als in allen Bereichen noch weitgehend gut beurteilt*. In der Einschätzung der zukünftigen Versorgungssituation wurde hingegen auf *sich abzeichnende Problemlagen* hingewiesen. Nach Einschätzung der Interviewpartner werden eine in Zukunft veränderte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowie verschiedene, sich wechselseitig verstärkende Entwicklungen zu einer Anpassung des Gesundheitsangebotes führen müssen. Insbesondere *Probleme bei der Praxisnachfolgesuche* von Hausärztinnen und Hausärzten, der *Fachkräftemangel bei nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen* – namentlich in der Pflege, die sich daraus ergebenden Konsequenzen für andere Versorgungsteilnehmer sowie die bestehenden *Schwierigkeiten der Landapotheken* aufgrund der Regelungen des Apothekennotdienstes werden im Landkreis als zukünftig brisante Problemlagen genannt.

Nach Auffassung verschiedener Stakeholder bedarf es zu deren Lösung geeignete Ansätze, damit die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum des Landkreises Fulda langfristig sichergestellt werden kann. Insgesamt konnte in den Gesprächen eine *Vielzahl von Vorschlägen* aufgezeigt werden. Im Zentrum standen dabei unter anderem die Einrichtung kooperative Versorgungsformen und -modelle, neue Formen der ärztlichen Berufsausübung, fachübergreifende Behandlungseinrichtungen, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, Aspekte der Nachwuchsförderung von Ärztinnen und Ärzten, Unterstützungsangebote durch Kommunen und Landkreise, Förderung ehrenamtlicher Tätigkeiten sowie die Veränderung des Apothekennotdienstes.

Kleinräumiger Zuschnitt des Planungsbereichs – eine Modellrechnung

Eine Modellrechnung auf der Basis eines Neuzuschnitts des Planungsbereichs in vier räumliche Untergliederungen („Zentrum“, „Hünfelder Land“, „Rhön“ und „Südwest“) hat die zwischen den Kleinregionen zu erwartende Heterogenität beim hausärztlichen Versorgungsgrad und bei der Hausarztdichte zum Ergebnis. Sie zeigt allerdings auch, dass zum aktuellen Zeitpunkt – die geltenden Krite-

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Überschriften, Abbildungen und Tabellen auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet. Die Personen- und Berufsbezeichnungen gelten selbstredend für beide Geschlechter.

rien der Bedarfsplanung unterstellt – in keinem der angenommenen ländlichen Kleinregionen des Landkreises eine „Unterversorgung“ vorliegt. Die Ergebnisse bieten damit ein höheres Maß an Transparenz über die lokale Versorgungssituation und können Eingang in die Diskussion über die Weiterentwicklung des lokalen Versorgungsarrangements finden.

Handlungsempfehlungen

Aus der Vielzahl der in den Interviews gemachten Vorschläge zur perspektivischen Sicherung der gesundheitlichen Versorgung im Landkreis lassen sich einige *zusammenfassende Handlungsempfehlungen* ableiten, die bei einer insgesamt deutlich begrenzten Handlungsautonomie der lokalen Akteure in diesem Feld dennoch im Sinne eines Agenda-Settings mögliche Handlungs- und Bearbeitungsfelder auf der regionalen Ebene beschreiben:

Dem deutlich artikulierten *Koordinations-, Vernetzungs- und Moderationsbedarf* sollte in einem einzurichtenden „lokalen Gesundheits- und Versorgungsforum“ entsprochen werden, in dem alle relevanten Akteure und Stakeholder der Leistungserbringung und Kostenträger sowie Entscheidungsträger der gesundheitlichen Versorgung vertreten sind. Dieses Forum dient einem bisher vernachlässigten *kleinräumig orientierten, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Informationsaustausch*. Die Initiative zur Einrichtung eines solchen Forums und die Übernahme der Moderationsrolle fielen dem Landkreis zu.

Die Initiierung von *Modellprojekten der „Delegation“ und „Substitution“* ärztlicher Tätigkeiten an „nicht-ärztliche“ Gesundheitsberufe stellt ein auf der regionalen Ebene hoch innovativer Ansatz dar, zu dessen Realisierung die in der Region vorhandenen Potenziale genutzt werden können. Im Landkreis wären mit solchen Modellen nicht nur zukünftige Versorgungsengpässe teilweise aufzufangen, sondern der Landkreis würde als *Modellregion zukunftsweisender, berufsgruppen- und sektorübergreifender Versorgungskonzepte* zugleich als *innovative Gesundheitsregion* für die jegliche Gesundheitsberufe an Attraktivität gewinnen.

Die Weiterentwicklung von ergänzenden *Maßnahmen und Strategien der „Nachwuchsförderung“ und stärkeren „Regionalbindung“* für Studierende der Allgemeinmedizin und für andere Gesundheitsberufe erhöhten zusätzlich die *Attraktivität der Region als Ausbildungs- und künftiger Arbeitsplatz*. Ebenso vielversprechend sind Initiativen zur *Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe in der Region*. Hier spielen die öffentliche Aufwertung und Wertschätzung der Gesundheitsberufe insgesamt ebenso eine Rolle wie Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen beispielsweise in den Bereichen der Vergütung, der Dienstplangestaltung, der Qualifizierung und der Betreuungsangebote.

Schließlich lassen sich eine Vielzahl von bereits etablierten und teilweise neu zu entwickelnden Maßnahmen der *Unterstützung durch die Kommunen bzw. den Landkreis* unter der Überschrift der „ideellen Standortförderung“ zusammenfassen. Im Vordergrund stehen hier zum einen die bereits genannte Koordinations- und Vernetzungsfunktion, zum anderen solche Unterstützungsaufgaben, die in der Sicherung und Weiterentwicklung grundlegender infrastruktureller Rahmenbedingungen liegen. Ein weiterer wichtiger unterstützender Beitrag ist in der Initiierung von Netzwerkbildungen im Bereich formeller (kooperative Versorgungsnetzwerke) und informeller (ehrenamtliche Netzwerke und Unterstützungs-Vereine) zu sehen.

1 Hintergrund und Forschungsbedarf

In den öffentlichen und gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre nahm vor allem die gesundheitliche Versorgungssituation im ländlichen Raum einen großen Stellenwert ein. Insbesondere die hausärztliche Versorgung rückte aufgrund eines sich abzeichnenden Ärztemangels vor allem in dünn besiedelten ländlichen Regionen in den Fokus der Aufmerksamkeit (Bundesministerium für Gesundheit 2012; Greß, Stegmüller 2011).

Demografische Entwicklungen beeinflussen die gesundheitliche Versorgung in mehrfacher Hinsicht. Einerseits erhöht sich durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft sowie die Verbreitung chronischer Erkrankungen und Multimorbidität, in den nächsten Jahren die Behandlungsbedürftigkeit und Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen. Andererseits sinkt jedoch das Potential an professionellen Arbeitskräften in medizinischen und pflegerischen Berufen, welches die gesundheitlichen Leistungen erbringen kann oder will (Bundesministerium für Gesundheit 2011; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009).

Da der Altersdurchschnitt der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte ebenfalls kontinuierlich steigt, ist in den kommenden Jahren mit einer zunehmenden Zahl an Praxisabgaben zu rechnen, deren Nachbesetzung sich, aus unterschiedlichsten Gründen, vor allem in ländlichen Regionen zunehmend schwieriger gestalten wird (Bundesministerium für Gesundheit 2012; Hessisches Sozialministerium 2011b). Derartige Entwicklungen betreffen jedoch nicht ausschließlich den hausärztlichen Versorgungsbereich, auch Auswirkungen auf andere Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sind anzunehmen.

Wurde die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zunächst in den ländlichen Regionen östlicher Bundesländer als eine große Herausforderung wahrgenommen, wird die Situation zunehmend auch in den westlichen Bundesländern als virulent erkannt – so auch in Hessen (Land Hessen 2011). Laut dem Hessischen Sozialministerium (2011b) verfüge das Land zwar sowohl ambulant, als auch stationär, über eine gute ärztliche Versorgung; es seien jedoch Entwicklungen zu erwarten, welche die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zukünftig gefährden. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) berichtet über die Wahrnehmung eines „gefühlten“ Ärztemangels durch Patienten und Politik sowie über zunehmende Schwierigkeiten bei Praxisnachbesetzungen und einen Rückgang niederlassungsinteressierter Ärztinnen und Ärzte (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2011).

Im Landkreis Fulda, insbesondere in den Region des oberen Fulda- und Ulstertals, mehrten sich vor einiger Zeit ebenfalls Äußerungen der Bevölkerung, die auf eine gewisse Unzufriedenheit und auf Ängste hinsichtlich der aktuellen und zukünftigen medizinischen, pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung hindeuten (Beier 2010).

Forschungsbedarf

Bisherige Analysen der ambulanten regionalen Versorgungssituation betrachten als kleinste regionale Untersuchungseinheit meist Bezirke Kassenärztlicher Vereinigungen (Bundesländer) oder Planungsbereiche (Kreise) (Kopetsch 2010). Untersuchungen der stationären Versorgung beziehen sich hingegen auf regionale Versorgungsgebiete. Laut dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVRiG) (2009) sind diese Betrachtungen jedoch mit erheblichen Unsicherheiten behaftet, da selbst die Planungsbereiche zu weiträumig bemessen seien, um die tatsächlichen regionalen Unterschiede (beispielsweise zwischen Stadt und Land) zu erfassen.

Eine erste kleinräumige Untersuchung analysierte bereits die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum des oberen Fulda- und Ulstertals und bestätigte die genannten Disparitäten (vgl. Beier 2010). Die wenigen kleinräumigen Analysen, welche bereits vorliegen, beziehen sich jedoch meist ausschließlich auf die ärztliche Versorgung und berücksichtigen nicht die Gesamtstruktur der Leistungserbringer sowie weitere an der Gesundheitsversorgung teilnehmender Berufsgruppen (Bächle et al. 2009).

In Ergänzung und Erweiterung bisheriger Untersuchungen wird im Rahmen der Studie „Gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum“, welches die Hochschule Fulda im Auftrag des Landkreises Fulda und mit Unterstützung der Stiftung der Sparkasse Fulda erstellt, daher der Frage nachgegangen, wie sich die gesundheitliche Versorgungssituation in den Städten und Gemeinden des Landkreises Fulda kleinräumig darstellt. Hierzu werden zwei aufeinander bezogene Zielstellungen verfolgt. Innerhalb der ersten Zielsetzung soll ein sogenannter „Versorgungsatlas“ (Bestandsaufnahme/Ist-Analyse) aufgestellt werden, welcher die gesamte medizinische, pflegerische und gesundheitliche Versorgung des ganzen Landkreises Fulda auf kleinräumiger Ebene einbezieht. Im Rahmen der darauf aufbauenden zweiten Zielstellung sollen dann die Perspektiven kooperativer Versorgungsformen und -modelle in der Region näher betrachtet werden.

Aufbau der Studie

Die vorliegende Studie stellt die zentralen Ergebnisse des Pilotprojektes für den Landkreis Fulda dar und gliedert sich im Wesentlichen in sechs Teile. Um die Methodik der im Rahmen der Studie vollzogenen Datengewinnung, -erhebung und -auswertung transparent zu machen, wird zu Beginn das methodische Vorgehen kurz dargestellt. Die beiden aufeinander aufbauenden Stufen der Datengenerierung (1. Zusammenführung, eigene Erhebung und Auswertung quantitativer Daten; 2. Erhebung und Auswertung qualitativer Daten) sowie das Vorgehen der begleitenden Literaturrecherche werden näher erläutert.

Damit die aktuelle und zukünftige Versorgungssituation im Landkreis Fulda besser eingeschätzt werden kann, sind insbesondere Kenntnisse über die regionale Bevölkerungsstruktur und -entwicklung von besonderem Interesse. Kapitel 3 gibt hierzu einführend einen Überblick.

Die Kapitel 4 und 5 repräsentieren den Hauptteil der Arbeit und bilden die Ergebnisse der im Rahmen des Projektes verfolgten Zielstellungen ab.

Im Kapitel 4 wird die aktuelle gesundheitliche Versorgungsstruktur des Landkreises Fulda analysiert und in Form eines sogenannten „Versorgungsatlas“ dargestellt. Es werden nahezu alle Versorgungsbereiche auf kleinräumiger Ebene betrachtet und – wenn möglich – auch Vergleichsdaten herangezogen, um eine landes- oder bundesweite Einordnung vornehmen zu können.

In Kapitel 5 wird anschließend die Frage bearbeitet, wie die gesundheitliche Versorgungssituation im Landkreis Fulda durch die regionalen Akteure wahrgenommen wird. Anhand der Auswertung von Interviews mit zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern der ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und medikamentösen Versorgung sowie Vertretern der Kommunen, des Landkreises und der Kostenträger wird deren Einschätzung über die aktuelle und zukünftige Versorgungssituation wiedergegeben, identifizierte Themenbereiche und prekäre Problemlagen erörtert sowie Perspektiven und mögliche Lösungsansätze in der Region näher betrachtet.

Im letzten Kapitel der Arbeit werden aus den Projektergebnissen abgeleitete Handlungsempfehlungen vorgestellt, die zur einer perspektivischen Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Landkreis beitragen können.

2 Methodisches Vorgehen

Im Zentrum der Studie steht die Analyse der gesundheitlichen Versorgungsituation im Landkreis Fulda. Dieses Kapitel soll das methodische Vorgehen bei der Datengewinnung, -erhebung und -auswertung transparent machen. Die Vorgehensweise erfolgte in zwei Stufen. Zunächst wurden verfügbare quantitative Sekundärdaten gesammelt bzw. zum Teil eigens für diese Studie erhoben, zusammengeführt und ausgewertet. In einer zweiten Stufe wurden über Interviews qualitative Primärdaten erhoben und analysiert. Ergänzend dazu wurde eine Literaturrecherche vorgenommen.

2.1 Zusammenführung, Erhebung und Auswertung von Sekundärdaten

Zusammenführung verfügbarer Daten

Um die Frage zu beantworten, wie sich die Gesamtsituation der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Landkreis Fulda auf kleinräumiger Ebene gestaltet, sollten innerhalb der ersten Stufe, bereits verfügbare Daten bezüglich der medizinischen und gesundheitlichen Infrastruktur sowie bevölkerungsbezogene Basisdaten gesammelt und zusammengeführt werden. Insbesondere folgende Bereiche der gesundheitlichen Versorgung sollten dabei mit einbezogen werden:

- die ambulant-ärztliche Versorgung durch Haus-, Fach- und Zahnärzte,
- die stationäre Versorgung durch Krankenhäuser,
- die ambulant und stationär pflegerische Versorgung,
- die therapeutische Versorgung durch Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden,
- die Arzneimittelversorgung durch Apotheken sowie
- die Notfallversorgung durch Rettungsdienste und den ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Zur Beschaffung der gewünschten Daten erfolgte eine telefonische oder elektronische (Anschreiben via E-Mail) Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Anlaufstellen. Aus unterschiedlichen Gründen konnten benötigte Daten jedoch vereinzelt nicht bereitgestellt werden. So führten vor allem datenschutzrechtliche Gründe dazu, dass zur Beschaffung erforderlicher Daten auf andere Quellen, wie beispielsweise eine Apothekensuchmaschine im Internet, zurückgegriffen werden musste. Die darüber hinaus bestehenden Aktualitätsunterschiede führen teilweise zu Schwierigkeiten in der Reliabilität und Vergleichbarkeit der Daten. Eine Übersicht über die Zugänge und Quellen der quantitativen Datenbeschaffung zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1 Datenzugänge und Quellen

Bereich	Daten	Zugang
Bevölkerungsstruktur	Einwohnerzahlen, Bevölkerungsdichte, Altersstruktur, Bevölkerungsentwicklung	Homepage Landkreis Fulda Statistikstelle Stadt Fulda Hessisches Statistisches Landesamt
ambulant ärztliche Versorgung	Haus- und Fachärzte nach PLZ Zahnärzte nach PLZ	KV Hessen KZV Hessen
stationäre Versorgung	Krankenhausdaten Landkreis Fulda gesamt Plandaten nach Krankenhäusern Krankenhauserreichbarkeit	Hessisches Statistisches Landesamt Hessenagentur Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
Pflege	Anzahl und Versorgungsgebiete ambulanter Pflegedienste Anzahl Pflegeheime und zur Verfügung stehender Pflegeplätze (stationär)	Homepage Landkreis Fulda
Apotheken	Apotheken nach Postleitzahlengebieten	Apothekensuchmaschine Internet
Therapeuten	Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden nach Postleitzahlengebieten	Knappschaft Bahn/See
Rettungsdienste	Standorte, Leistungserbringer (...)	Rettungsdienst Landkreis Fulda Homepage Landkreis Fulda
ÄBD	Struktur	Homepage KV Hessen

Erhebung der hausärztlichen Altersstruktur im Landkreis Fulda

Aus den bereits erwähnten Gründen war es beispielsweise nicht möglich, Daten zum Patientenaufkommen oder Alter der Ärztinnen und Ärzte zu erhalten. Da jedoch vor allem Kenntnisse über die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte von besonderer Wichtigkeit sind, um Prognosen über die zukünftige Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung treffen zu können, wurden alle Hausärztinnen und Hausärzte des Landkreises Fulda schriftlich hinsichtlich ihres Lebensalters befragt. In Kooperation mit Herrn Dr. Heiko Wingenfeld, dem Ersten Kreisbeigeordneten des Landkreises Fulda, wurde hierzu ein Anschreiben verfasst, welches die Hausärzte bzw. Hausärztinnen der Region um ihre Unterstützung ersuchte. Mittels eines dem Schreiben beigefügten standardisierten Kurzfragebogens wurde das Alter der Hausärztinnen und Hausärzte, unterteilt nach neun Alterskategorien (in Fünf-Jahres-Schritten), erfragt. Um später eine kleinräumige Zuordnung vornehmen zu können, erfolgte außerdem eine Abfrage des Postleitzahlengebiets der jeweiligen Hausarztpraxis.

Die Fragebögen wurden an alle 159 (n=159) hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte des Landkreises versendet. Um den Rücklauf zu erhöhen, wurden den Schreiben frankierte Rückumschläge beigelegt.

Innerhalb weniger Wochen konnten so die Altersgruppen von insgesamt 130 Ärztinnen und Ärzten ermittelt und ein Rücklauf von knapp 82 % erreicht werden. Vollständigkeit lag in 14 der 25 Postleitgebiete des Landkreises Fulda vor. Aufgrund des relativ hohen Rücklaufergebnisses wurde nach diesem ersten Befragungsdurchlauf auf weiteres Nachfassen verzichtet.

Auswertung der quantitativen Daten

Daten der medizinischen und gesundheitlichen Infrastruktur wurden mit Bevölkerungsdaten zusammengeführt und postleitzahlen- bzw. gemeindebezogen aufgeschlüsselt. Hierdurch wurde es möglich, neben absoluten Betrachtungen auch Aussagen zur kleinräumigen Versorgungsdichte (Einwohner-Angebots-Verhältnis) vorzunehmen. Für den Bereich der hausärztlichen Versorgung wurde darüber hinaus auch der Versorgungsgrad[2] auf Postleitzahlen bzw. Gemeindeebene ermittelt.

Wie bereits angedeutet, führen Aktualitätsunterschiede teilweise zu Schwierigkeiten in der Reliabilität und Vergleichbarkeit der Daten. Um etwa das Stadtgebiet Fulda differenziert nach Postleitzahlengebieten darstellen zu können, wurden die postleitzahlenbezogenen Einwohnerzahlen des Stadt- und Landkreisgebietes zusammengeführt. Aufgrund verschiedener Stichtage der Bevölkerungsdaten entstehen dabei geringfügige Abweichungen zu den tatsächlichen Verhältnissen. Darüber hinaus kann es aufgrund unterschiedlicher Datenstände der gesundheitlichen Infrastrukturdaten und Bevölkerungsdaten in Folge der Zusammenführung ebenfalls zu Divergenzen kommen.

Die Daten wurden in ein spezielles Analyseprogramm (EasyMap von Lutum+Tappert) eingelesen, welches eine kartographische Darstellung der zusammengeführten Daten ermöglichte.

2.2 Erhebung und Auswertung qualitativer Daten

Erhebung der qualitativen Daten

In Ergänzung zur Sammlung und Erhebung der quantitativen Daten wurden innerhalb der zweiten Datenerhebungsstufe teilstandardisierte Interviews mit Stakeholdern der ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und medikamentösen Versorgung sowie mit Vertretern der Kommunen, des Landkreises und der Kostenträger durchgeführt. Die Interviews basierten auf im Vorhinein angefertigten Interviewleitfäden, welche unter anderem Fragen nach berufsbiografischen und institutionellen Angaben, der Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation, der Beurteilung von Problemlagen sowie Vorstellungen zu möglichen Lösungsansätzen und -hindernissen beinhalten und je nach Gesprächspartnern angepasst und ergänzt wurden.

Insgesamt wurden im Rahmen des Projektes zwölf Interviews geführt. Die Interviewpartner/innen wurden vorab in einem Anschreiben über das Projekt und die Interviewinhalte informiert und erhielten zusätzlich eine Kurzzusammenfassung der zur gesundheitlichen Versorgungssituation im Landkreis Fulda erfolgten Bestandsaufnahme. Die daran anknüpfende telefonische Kontaktaufnahme zur Vereinbarung des Interviewtermins verlief in den meisten Fällen problemlos und relativ zügig. Nur vereinzelt kam es zu Verzögerungen aufgrund von Terminengpässen. Lediglich eine Person lehnte die Interviewanfrage ab.

[2] Die Berechnung des Versorgungsgrads des jeweiligen Postleitzahlen- bzw. Gemeindegebietes wurde nach den Regeln der Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) vorgenommen.

Auswertung der qualitativen Daten

Mit Einverständnis der Gesprächspartner/innen wurden die Interviews aufgezeichnet. Anhand dieser Aufzeichnungen wurden im Anschluss Memos erstellt, auf deren Grundlage die anschließende systematische Auswertung vorgenommen wurde.

Im Rahmen einer deskriptiven und zusammenfassenden Auswertung wurden die Interviews sinngemäß verschriftlicht und nach thematischen Einheiten untergliedert. Die einzelnen Sinnabschnitte der Memos wurden in Anlehnung an den Interviewleitfaden zusätzlich nach Themenbereichen gegliedert. Auf diese Weise konnte eine Vergleichbarkeit des Datenmaterials erzielt werden.

Durch das Analysieren der Memos konnten anschließend die wichtigsten Themen (Schlüsselkategorien, Kategorien und Unterkategorien) identifiziert werden. Das so reduzierte und verdichtete Datenmaterial konnte schließlich mittels drei tabellarischer Übersichten zu den Schlüsselkategorien „Versorgungssituation“, „Problemlagen“ und „Lösungsansätze und Hindernisse“ strukturiert und anschließend weiter komprimiert werden.

2.3 Literaturrecherche

Um die innerhalb der quantitativen und qualitativen Datenerhebung gewonnen Informationen zu ergänzen und Hintergrundinformationen zu erhalten, wurde begleitend eine pragmatische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurde aktuelle Literatur zu den interessierenden Themenkomplexen überwiegend durch eine freie Recherche in einschlägigen Literaturdatenbanken (vor allem Bibliothekskataloge und graue Literatur) ermittelt. Recherchiert wurde hauptsächlich nach Vergleichsdaten zur Ergänzung der Bestandsaufnahme, Informationen zur Versorgungssituation im Landkreis Fulda sowie nach aktuellen gesundheitspolitischen Maßnahmen und Regelungsmöglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen.

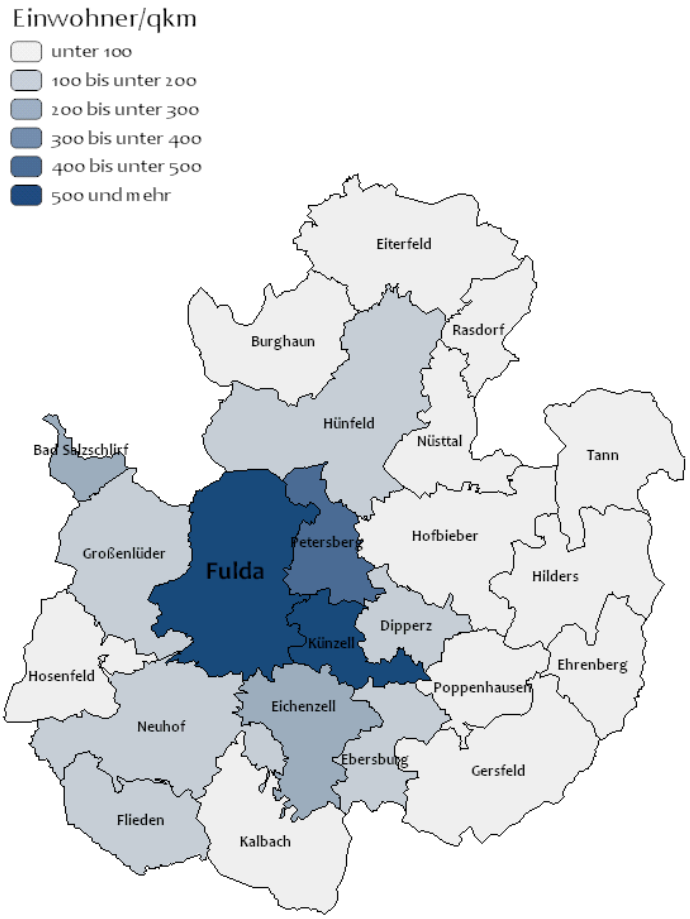
3 Bevölkerungsstruktur im Landkreis Fulda

Um Aussagen über die aktuelle und zukünftige gesundheitliche Versorgungssituation des Landkreises Fulda treffen zu können, sind insbesondere Kenntnisse über die regionale Bevölkerungsstruktur und zukünftige Bevölkerungsentwicklungen notwendig. Sowohl zur Berechnung der Angebotsdichte als auch zur Darstellung des hausärztlichen Versorgungsgrads sind Angaben zu Einwohnerzahlen oder zur regionalen Bevölkerungsstruktur erforderlich. In diesem Kapitel wird daher ein Überblick über die Bevölkerungsstruktur des Landkreises Fulda gegeben.

3.1 Geographische Einordnung, Einwohnerzahlen und Bevölkerungsdichte

Der Landkreis Fulda grenzt in Hessen an die Landkreise Vogelsbergkreis, Main-Kinzig-Kreis und Hersfeld-Rotenburg, in Thüringen an den Wartburgkreis und Schmalkalden-Meiningen sowie in Bayern an die Kreise Rhön-Grabfeld und Bad Kissingen. Zu dem Regierungsbezirk Kassel gehörend, umfasst er neben der Kreisstadt Fulda weitere 22 Gemeinden und Städte, welche das Kreisstadtgebiet ringförmig umgeben.

Abbildung 1 Bevölkerungsdichte im Landkreis Fulda



Stand: 2010
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Landkreises Fulda o.J.-c; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Insgesamt zählt der Landkreis mehr als 217.000 Einwohner/innen. In den vier Postleitzahlengebieten der Stadt Fulda leben wenig mehr als 64.000 Personen. Mit durchschnittlich 157 Einwohner/innen je Quadratkilometer liegt der Kreis unter dem hessenweiten Durchschnitt von 287 Einw./km^2. Erwartungsgemäß nimmt die Bevölkerungsdichte ausgehend von der Stadt Fulda (mit etwa 616 Einw./km^2) hin zu den an den Kreisgrenzen liegenden Städten und Gemeinden wie Rasdorf, Hilders und Gersfeld (59 bis 67 Einw./km^2) ab. Abbildung 1 veranschaulicht die Bevölkerungsdichte in den Gemeinden und Städten des Landkreises.

Der Landkreis Fulda zählt, nach der Einteilung der siedlungsstrukturellen Regionstypen, zu den ländlichen Räumen höherer Dichte (Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung 2011). Innerhalb des Kreises bestehen jedoch erhebliche Unterschiede. Neben den Agglomerationsbereichen Fulda-Stadt und Künzell gibt es neun Gemeinden und Städte, die mit einer Bevölkerungsdichte zwischen 100 und 500 Einwohner/innen je Quadratkilometer als halbstädtisch und mittelstark besiedelte Gebiete bezeichnet werden können. Mit zwölf Städten und Gemeinden, die eine Bevölkerungsdichte von unter 100 Einwohner/innen je Quadratkilometer aufweisen, kann der überwiegende Teil des Kreises jedoch dem ländlichen und vornehmlich dünn besiedelten Raum zugeordnet werden (Siewert et al. 2005).

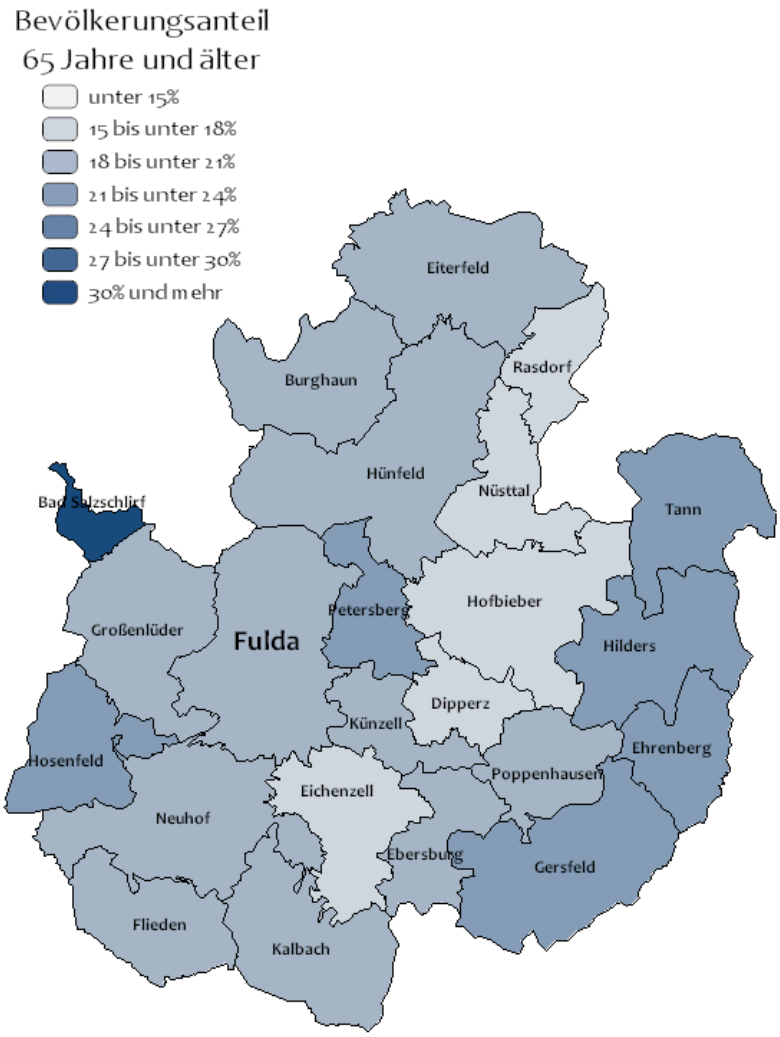
3.2 Altersstruktur

Die Fuldaer Landkreisbevölkerung liegt 2010 mit einem Durchschnittsalter von 42,9 Jahren unter dem hessischen Durchschnitt von 43,4 Jahren und zählt damit zu den jüngsten Bevölkerungen im Bundesland Hessen. Unter den Städten und Gemeinden des Landkreises weist die Gemeinde Nüsttal (40,2 Jahre) die jüngste, Bad Salzschlirf (50,1 Jahre) hingegen die durchschnittlich älteste Bevölkerung auf. Das Durchschnittsalter der weiblichen liegt dabei durchgehend über dem der männlichen Einwohner.

Da mit steigendem Alter auch die Zahl der Arztkontakte zunimmt (Kurth et al. 2002), ist für die Einschätzung der gesundheitlichen Versorgung der Anteil der älteren Bevölkerung von großem Interesse. Abbildung 2 bildet den Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter in den Kommunen des Landkreises Fulda ab.

Der Anteil 65-Jährigen und Älteren liegt mit 20,2 % im hessischen Durchschnitt (Hessisches Statistisches Landesamt 2012). Auch bei dieser Betrachtung weist Bad Salzschlirf (30,2 %) die höchste, Nüsttal (16,0 %) die geringste Quote auf. 5,8 % der Einwohnerinnen und Einwohner des Landkreises haben darüber hinaus im Jahr 2010 das „Hochbetagten-Alter“ erlangt und befinden sich in der Altersgruppe „80 Jahre und älter“.

Abbildung 2 Anteil der Bevölkerung mit 65 Jahren und älter im Landkreis Fulda



Stand: 31.12.2009
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Landkreises Fulda o.J.-b; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

3.3 Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung des Landkreises Fulda folgte in den letzten Jahren dem bundesweit rückläufigen Trend in den Einwohnerzahlen. Während noch bis 2004 eine Zunahme der Bevölkerung zu verzeichnen war, lässt sich ab dem Jahre 2005 ein kontinuierlicher Rückgang der Einwohnerzahlen (2004 bis 2010: -2.832 Einw.) beobachten. Auch die Betrachtung der Altersgruppen zeigt eine Trendwende an. So verringerte sich in den Jahren 2000 bis 2010 der Anteil der jüngeren Altersgruppen[3], während die Zahl der älteren Bevölkerung[4] anstieg. Insbesondere in der Altersgruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) zeigte sich eine starke Zunahme um 4.110 auf 12.517 Personen[5]. Die Verschiebungen zugunsten der älteren Alterskohorten sind vor allem in abnehmenden Geburtenzahlen und der gleichzeitig steigenden Lebenserwartung begründet.

[3] 0-18 Jahre: -14 %; 18-40 Jahre: -16 %.

[4] 40-65 Jahre: +14,7 %; 65 bis 80 Jahre: +9,2 %.

[5] 80 und mehr Jahre: +48,9 %.

Laut der Bevölkerungsvorausschätzung von van den Busch (2010) setzen sich diese Trends auch in Zukunft fort. Auch wenn Prognosen immer mit Unsicherheit behaftet sind, kann für den Landkreis Fulda für die Zukunft von einer weiteren kontinuierlichen Bevölkerungsabnahme bei gleichzeitiger Alterung der Bevölkerung ausgegangen werden. Verglichen mit den meisten hessischen Nachbarlandkreisen und anderen Kreisen des Regierungsbezirks Kassel wird der Landkreis Fulda von diesen Alterungsprozessen jedoch weniger stark betroffen (van den Busch 2010)

4 Gesundheitsinfrastruktur im Landkreis Fulda – „Versorgungsatlas“

Für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung im regionalen Raum des Landkreis Fulda ist eine Bestandsaufnahme (Ist-Analyse) des vorhandenen Angebots unverzichtbar. In diesem Kapitel wird daher ein Überblick über die Gesundheitsinfrastruktur des Landkreises Fulda gegeben.

Zu beachten ist, dass meist lediglich die Einwohnerzahlen, nicht aber die tatsächlichen Patientenzahlen berücksichtigt und auch Patientenströme, beispielsweise von umliegenden Gemeinden in das stadtnahe Gebiet oder in andere Gemeinden, nicht miteinbezogen werden können. Ebenso wenig können interregionale, also den Landkreis verlassende oder aufsuchende Patientenwanderungen berücksichtigt werden. Die (kleinräumige) Orientierung am Versorgungsgrad oder an Einwohner-Angebots-Relationen kann damit unter Umständen zu einer verzerrten Wahrnehmung der Versorgungssituation führen.

4.1 Ambulante ärztliche Versorgung

In der gesundheitlichen Versorgung nimmt vor allem die ambulante ärztliche Versorgung eine herausragende Stellung ein. Die niedergelassen Ärztinnen und Ärzte vor Ort sind bei vielen Gesundheitsproblemen meist die ersten und wichtigsten Ansprechpartner der Patientinnen und Patienten. Da knapp 90 % der Bevölkerung im Rahmen der GKV versichert sind, beziehen sich die nachfolgenden Darstellungen auf die zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte. Rein privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte werden daher nicht berücksichtigt. Insgesamt sind 429 (Zahn-)Ärzte bzw. (Zahn-)Ärztinnen im Landkreis Fulda als Vertragsärzte zugelassen, unterschieden wird nachfolgend nach Haus-, Fach- und Zahnärzten.[6]

4.1.1 Hausärztliche Versorgung

Aufgrund der aktuellen Diskussion um die gefährdete Nachhaltigkeit in der hausärztlichen Versorgung erscheint eine separate Betrachtung dieses Versorgungsbereichs als besonders sinnvoll.

Insgesamt sind 159 Hausärztinnen und Hausärzte im Landkreis Fulda zugelassen, die essentielle Aufgaben der gesundheitlichen Primärversorgung übernehmen. Zu dieser hausärztlichen Versorgungsebene zählen sowohl Fachärzte für Allgemeinmedizin und sogenannte „praktische Ärzte“, als auch Kinder- und Jugendmediziner sowie hausärztlich tätige Internisten.

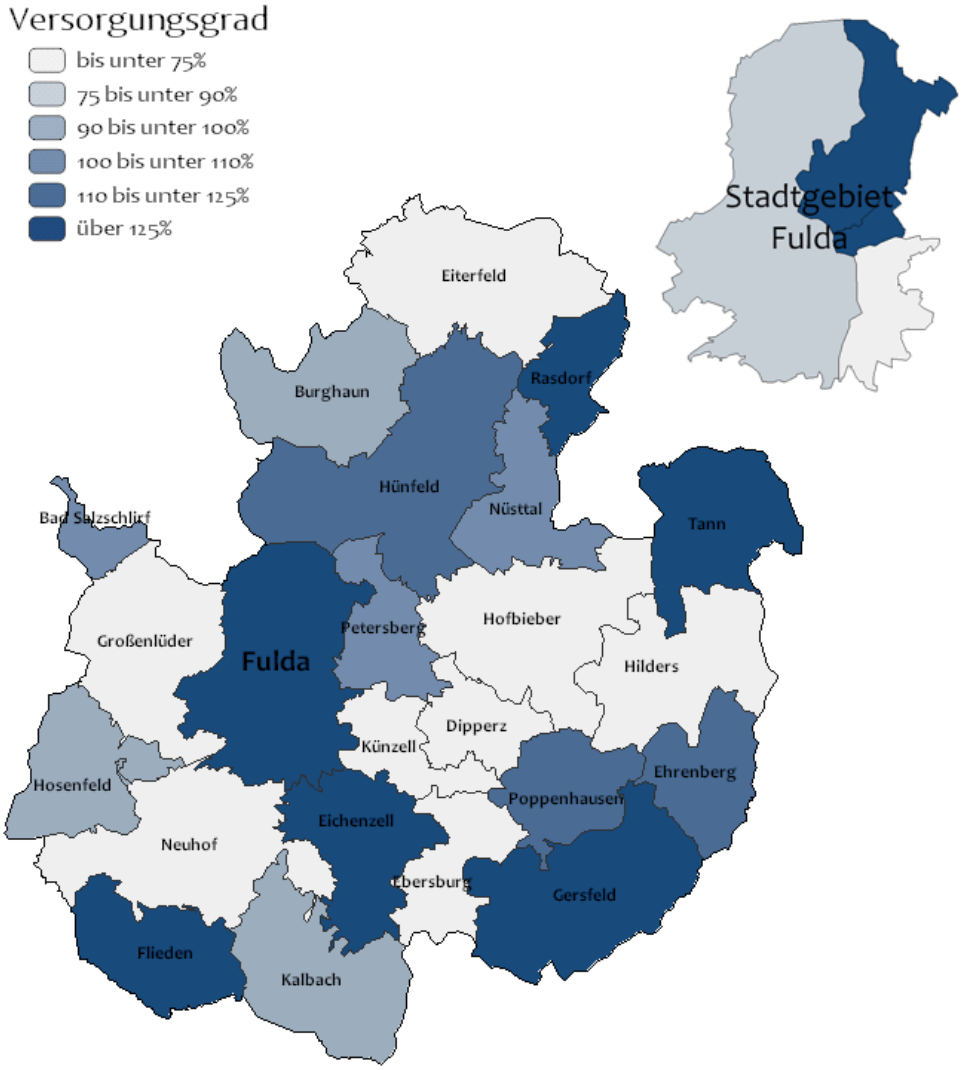
Hausärztlicher Versorgungsgrad

Bezüglich des hausärztlichen Versorgungsgrads liegt der Landkreis Fulda mit etwa 109 % knapp unter dem hessischen Durchschnitt von 110 % und geringfügig über dem Bundesdurchschnitt von 108 % (Klose, Rehbein 2011; Stand: 2010). Waren 2010 im Planbereich „Landkreis Fulda“ noch sechs

[6] Ärzte, die sowohl haus- als auch fachärztlich tätig sind, wurden der hausärztlichen Versorgung zugeordnet.

offene Hausarztsitze zu vergeben, sind aktuell keine Vertragsarztsitze mehr ausgeschrieben (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2010; 2012).

Abbildung 3 Hausärztlicher Versorgungsgrad im Landkreis und der Stadt Fulda



Stichtag Hausarztdaten: 12.05.2011; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis der KV Hessen, Stadt und Landkreis Fulda o.J.-a; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Kleinräumig, und damit unterhalb der Ebene des Planungsbereiches betrachtet, zeigen sich hinsichtlich des hausärztlichen Versorgungsgrads erhebliche Unterschiede zwischen den Gemeinden und Städten des Landkreises (Abbildung 3). Während sechs Gebiete, hierunter Rasdorf, Tann, Gersfeld, Eichenzell, Flieden und Fulda Stadt, einen Versorgungsgrad von über 125 % aufweisen, gibt es einige Kommunen wie Eiterfeld, Hilders, Hofbieber, Dipperz, Künzell, Ebersburg, Neuhof und Großenlüder, die einen Versorgungsgrad unter 75 % aufweisen, und damit als unterversorgt eingestuft werden können.[7] Wie die in die Abbildung 3 integrierte Extra-Darstellung des Stadtgebietes Fulda – geglie-

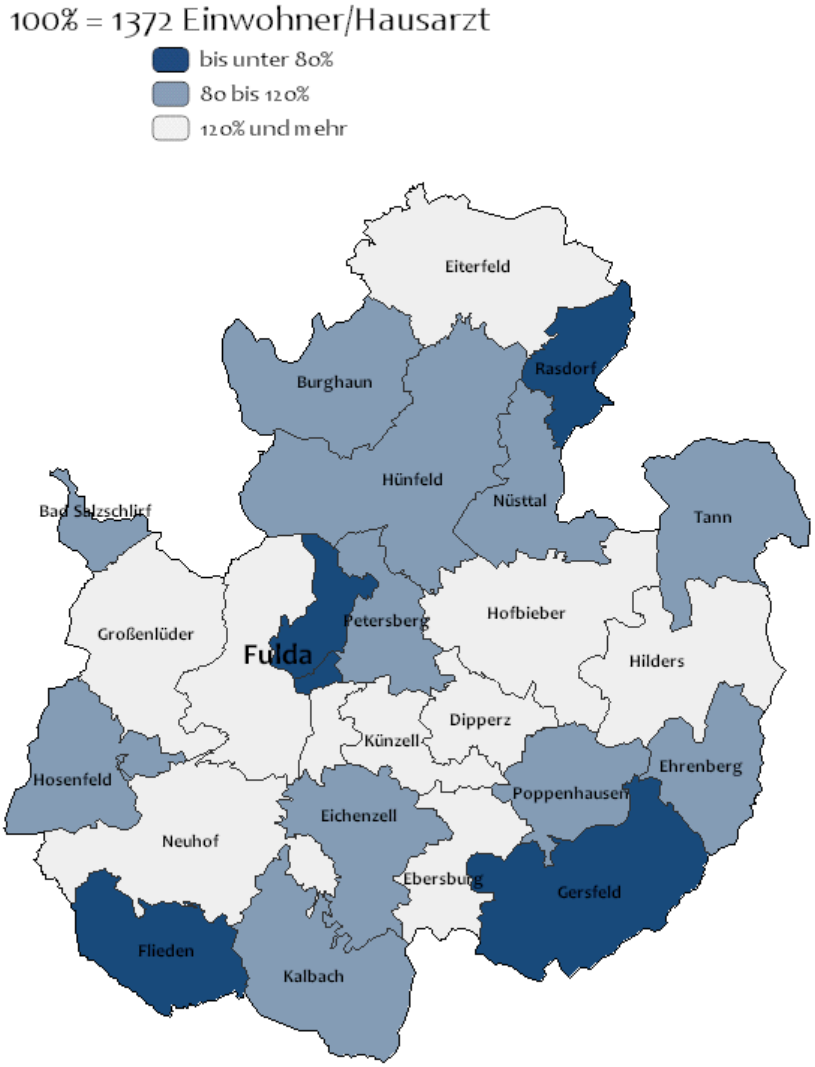
[7] Unterversorgung im hausärztlichen Bereich liegt vor, wenn in einem Planungsbereich der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 25 Prozentpunkte unterschritten wird; Überversorgung liegt im hausärztlichen Bereich dann vor, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 Prozentpunkte überschritten wird (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011b).

dert nach Postleitzahlengebieten – zeigt, sind auch im Stadtgebiet selbst erhebliche Unterschiede festzustellen.

Hausarztdichte

Bei der Betrachtung, wie sich die hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte auf die Städte und Gemeinden des Landkreises verteilen (absolute Hausarztzahlen), ist eine Konzentration vor allem im städtischen und stadtnahen Gebiet zu erkennen, die in Richtung der Kreisgrenzen ringförmig abnimmt. Beleuchtet man jedoch das Einwohner-Hausarzt-Verhältnis zeigt sich ein differenzierteres Bild. Auf einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin kommen im Landkreis durchschnittlich 1.372 Einwohner/innen, in Hessen 1.560 (KVH 2011: 15).

Abbildung 4 Hausarztdichte im Landkreis Fulda



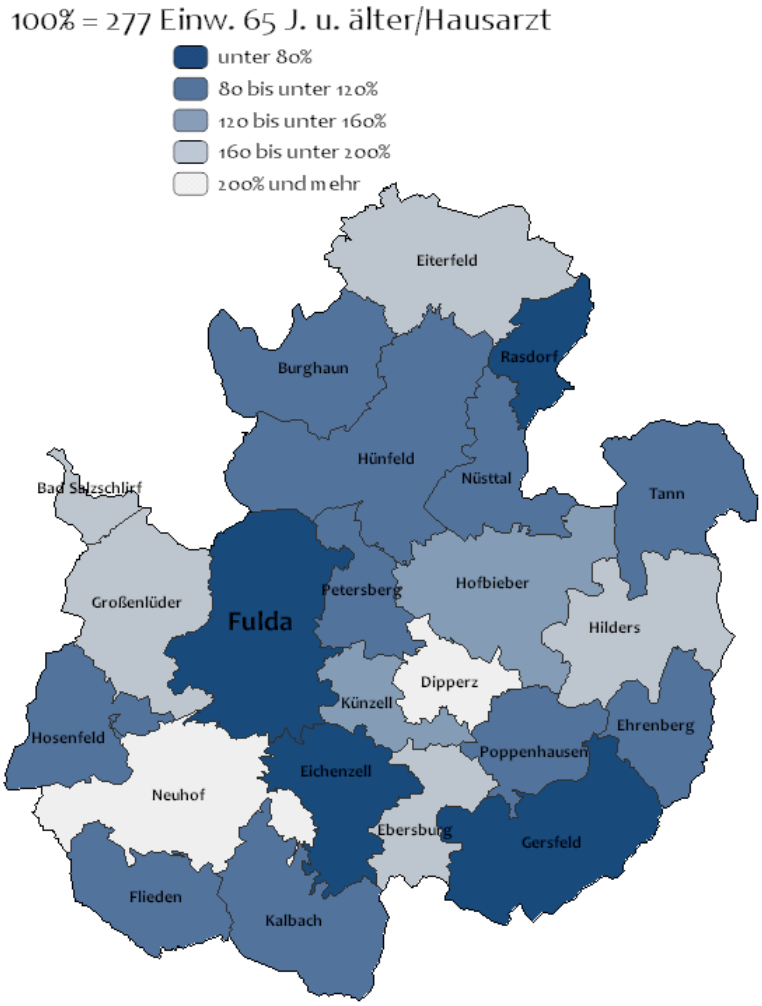
Stichtag Hausarztdaten: 12.05.2011; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis der KV Hessen, Stadt und Landkreis Fulda o.J.-a; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Beträchtliche Unterschiede lassen sich hingegen zwischen den einzelnen Landkreisregionen feststellen. Abbildung 4 veranschaulicht die prozentualen Abweichungen der Hausarztdichten vom Landkreisdurchschnitt.

In den Gebieten Rasdorf, Gersfeld und Flieden sowie im Fuldaer Stadtzentrum herrscht demnach die höchste Hausarztdichte. In diesen Gemeinden und Städten kommen durchschnittlich 40 % weniger Einwohner/innen auf einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin. Umgekehrt ist die Situation in einigen Kommunen wie Eiterfeld, Neuhof, Großenlüder, Dipperz und dem restlichen Stadtgebiet. Hier versorgt ein Hausarzt bzw. eine Hausärztin häufig doppelt so viele Einwohner/innen wie im Landkreisdurchschnitt.

Verglichen mit dem Landesdurchschnitt von etwa 1.560 Einwohner je Hausarzt bzw. Hausärztin besteht im Landkreis Fulda insgesamt eine etwas höhere Hausarztdichte.

Abbildung 5 Bevölkerung 65 Jahre und älter je Hausarzt im Landkreis Fulda



Stichtag Hausarztdaten: 12.05.2011; Stand Bevölkerungsdaten: 31.12.2009[8]
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis der KV Hessen, Landkreis Fulda o.J.-b; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

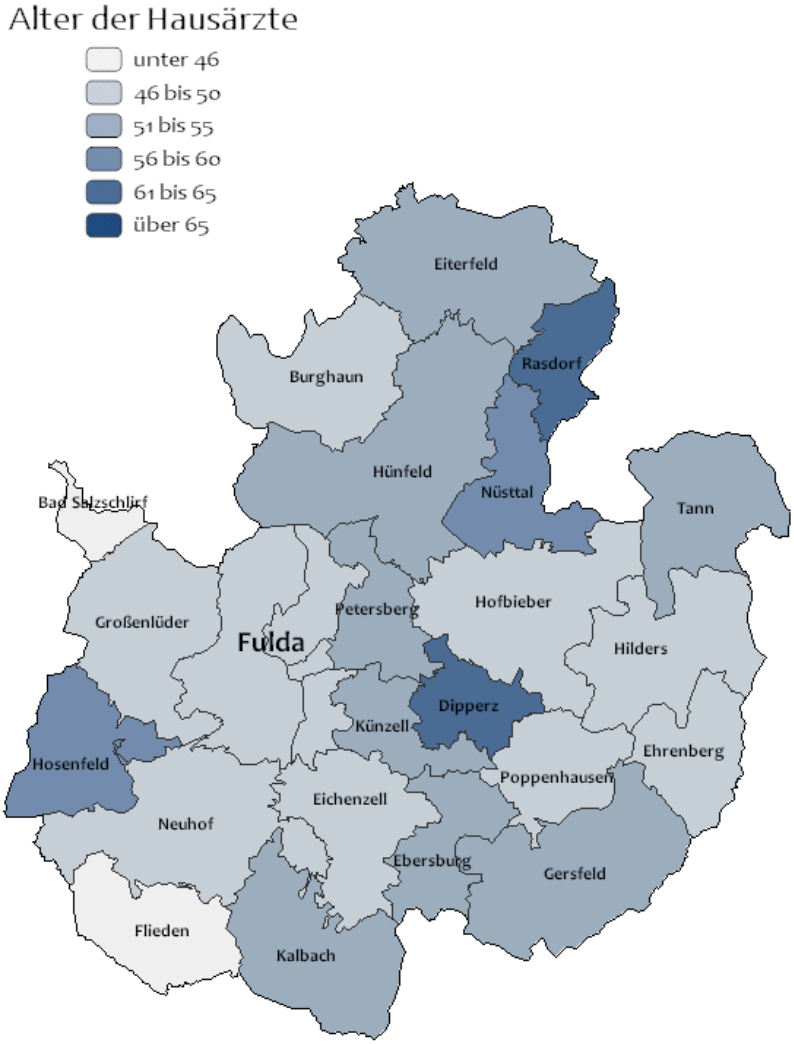
[8] Daten für das Stadtgebiet Fulda nach Postleitzahlengebieten liegen nicht vor.

Wie bereits erwähnt, war es nicht möglich, Daten zum realen Patientenaufkommen der Hausärztinnen und Hausärzte zu erhalten. Um jedoch annäherungsweise den regionalen Behandlungsaufwand der Hausärztinnen und Hausärzte abschätzen zu können, kann die Hausarztdichte auf den Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung bezogen werden. Hierbei zeigt sich, dass in Rasdorf, Gersfeld, Eichenzell und Fulda mit unter 200 über 65-Jährigen und älteren je Hausarzt bzw. Hausärztin deutlich weniger ältere Menschen versorgt werden müssen, als dies in Neuhof, Ebersburg, Künzell, Dipperz, Hilders oder Eiterfeld (über 400 Einwohner 65 Jahre und Ältere je Hausarzt bzw. Hausärztin) der Fall ist (Abbildung 5). Der Durchschnitt für den Landkreis liegt bei etwa 277 Einwohner/innen im Alter von 65 Jahren und älter je Hausarzt bzw. Hausärztin.

Hausärztliche Altersstruktur im Landkreis Fulda

Für Prognosen über die zukünftige Entwicklung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis treffen zu können, ist neben der Demografie der Bevölkerung auch die Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte von besonderem Interesse.

Abbildung 6 Altersstruktur der Hausärzte in den Gemeinden des Landkreises Fulda

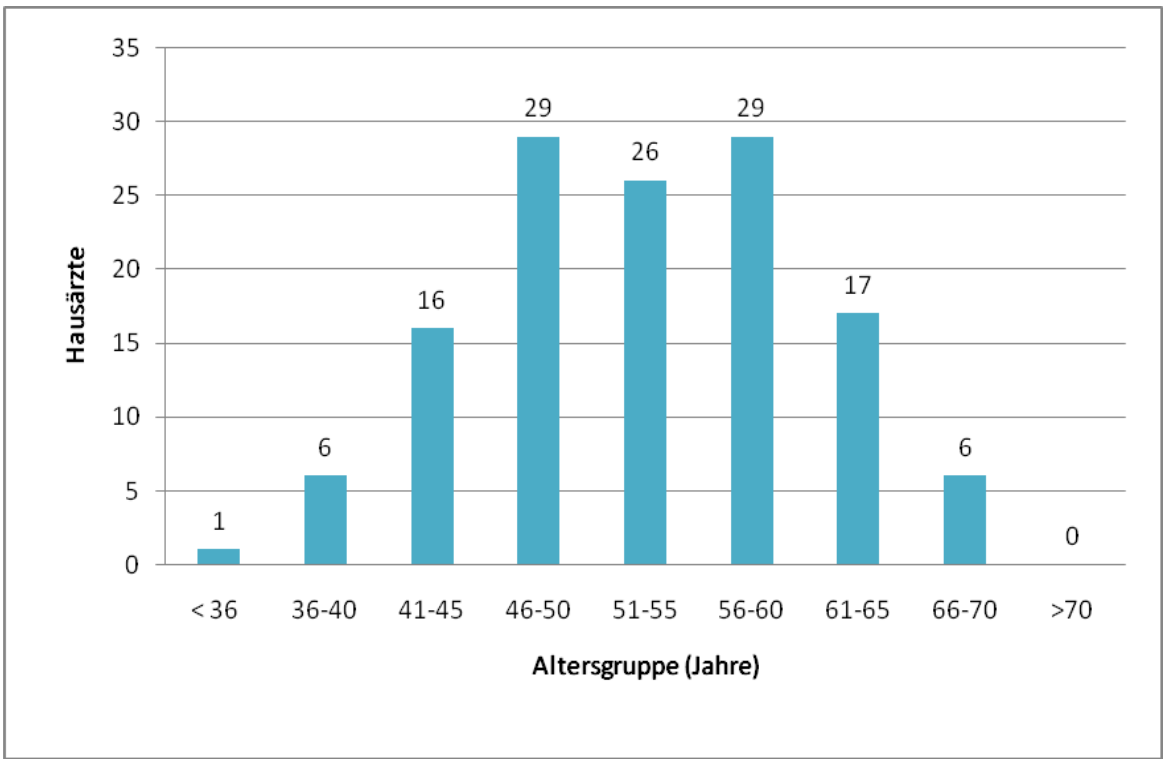


Stichtag: 30.06.2011
Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Anhand einer Umfrage konnte das Alter von 130 im Landkreis hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten ermittelt werden. Das Durchschnittsalter der Hausärzte bzw. Hausärztinnen liegt demnach bei etwa 50 Jahren und entspricht damit fast genau dem Bundesdurchschnitt von 50,49 Jahren in 2009 (Kopetsch 2010). Abbildung 6 zeigt die durchschnittliche hausärztliche Altersstruktur in den einzelnen Kommunen des Landkreises. Vor allem in den Gemeinden Rasdorf, Dipperz, Hosenfeld und Nüsttal liegt das Alter der Ärzte bzw. Ärztinnen deutlich über dem Durchschnitt, nämlich bei 56 Jahren und älter.[9]

Wie Abbildung 7 veranschaulicht, befinden sich die meisten Hausärztinnen und Hausärzte in den Altersklassen „46 bis 50“ sowie „56 bis 60“ (jeweils 29 Hausärzte bzw. Hausärztinnen). Bei der Betrachtung der Altersverteilung fällt auf, dass voraussichtlich ein erheblicher Teil der Hausärztinnen und Hausärzte in den nächsten zehn bis 15 Jahren das reguläre Pensionseintrittsalter erreicht.[10] Geht man von einer Praxisabgabe mit 65 Jahren aus, ergibt sich im nächsten Jahrzehnt ein Wiederbesetzungsbedarf von 52 Hausärzten bzw. Hausärztinnen. In den darauf folgenden fünf Jahren kämen weitere 26 Ärzte bzw. Ärztinnen hinzu, so dass es binnen der nächsten 15 Jahre bei 78 Hausärztinnen und Hausärzten zur Praxisaufgabe kommen kann; dies entspräche einem Anteil von 60 % der aktuell tätigen Ärzte bzw. Ärztinnen. Laut der KV-Hessen (2011) liegt der Wiederbesetzungsbedarf hessenweit bis zum Jahr 2025 bei knapp 67 %.

Abbildung 7 Altersverteilung der Hausärzte im Landkreis Fulda



Stichtag: 30.06.2011, n=130
Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

[9] Aus allen vier Kommunen liegen vollständige Angaben über die Altersstruktur der Ärztinnen bzw. Ärzte vor.

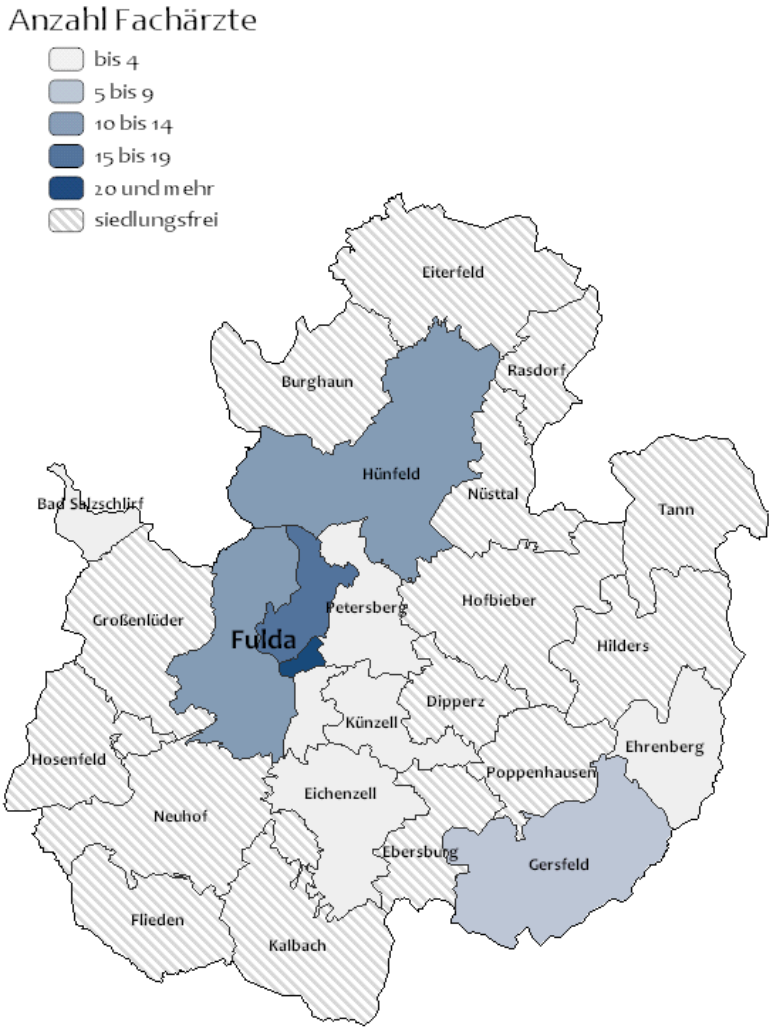
[10] Die Pflicht zur Rückgabe der Kassenzulassung mit dem Erreichen einer bestimmten Altersgrenze besteht nicht mehr (AOK-Bundesverband o.J.).

4.1.2 Fachärztliche Versorgung

Im Landkreis Fulda nehmen insgesamt 131 Medizinerinnen bzw. Mediziner an der fachärztlichen Versorgung teil. Darunter unter anderem ambulant tätige Augenärzte, Gynäkologen, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Orthopäden, Neurologen sowie Psychotherapeuten. Für alle fachärztlichen Disziplinen besteht im Planungsbereich des Landkreises eine Überversorgung und damit eine Zulassungssperre (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2010).

Anhand der Abbildung 8 ist zu erkennen, dass sich die Fachärztinnen und Fachärzte überwiegend im Stadtgebiet Fulda, den stadtnahen Gemeinden sowie den Außengebieten Bad Salzschlirf, Gersfeld und Ehrenberg angesiedelt haben. Während sich in 15 Gemeinden keine Fachärzte bzw. Fachärztinnen niedergelassen haben, konzentriert sich über die Hälfte der fachärztlichen Versorgung auf die Innenstadt Fuldas (73 der 131 Fachärzte bzw. Fachärztinnen im PLZ-Gebiet 36037). Im Durchschnitt kommen landkreisweit 1.665 Einwohner/innen auf einen Facharzt bzw. eine Fachärztin. Im Bundesschnitt versorgt ein Facharzt bzw. eine Fachärztin 1.288 Bürgerinnen und Bürger, in Hessen im Durchschnitt 1.260.

Abbildung 8 Anzahl fachärztlich tätiger niedergelassener Ärzte im Landkreis Fulda

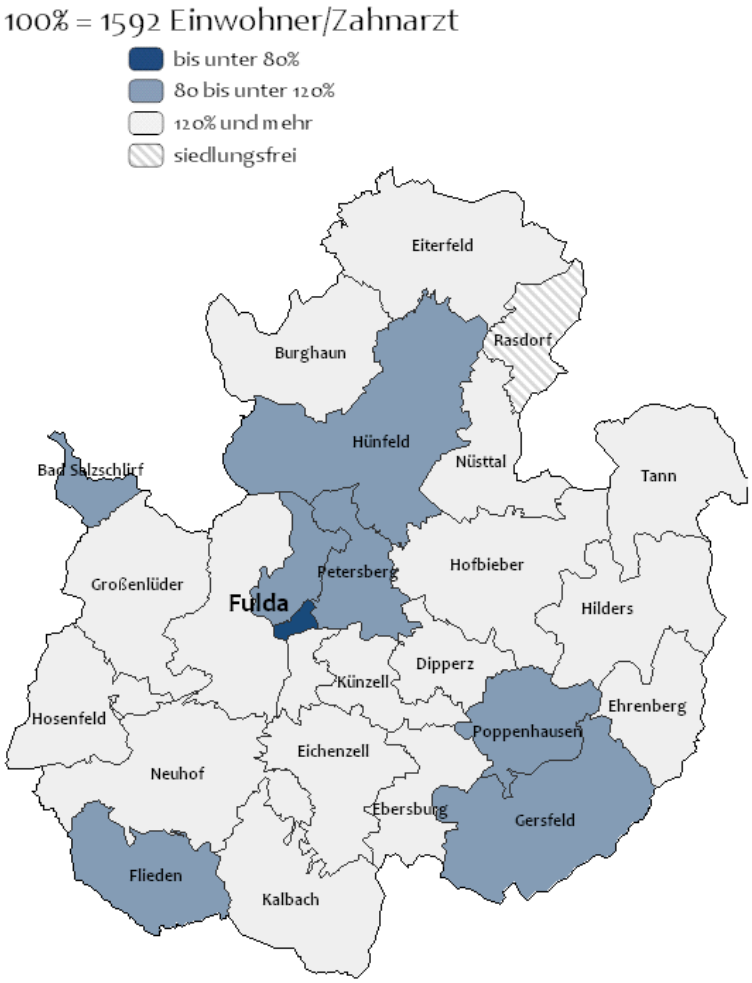


Stichtag Facharztdaten: 12.05.2011
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der KV Hessen; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

4.1.3 Zahnärztliche Versorgung

Auch die Zahnärztinnen und Zahnärzte nehmen an der ambulanten ärztlichen Versorgung teil. Im Unterschied zu den bisher vorgestellten Bereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung besteht für Zahnärztinnen und Zahnärzte bereits seit 2007 keine Zulassungsbeschränkung mehr. Im Landkreis Fulda stellen 137 Zahnärztinnen und Zahnärzte die zahnärztliche Versorgung sicher. Betrachtet man die Zahnarztdichte, lässt sich ebenfalls ein Stadt-Land-Gefälle erkennen (Abbildung 9). Während sich in Rasdorf keine Zahnarztpraxis findet, sind im Postleitzahlengebiet 36037 (Fulda-Stadt) 46 Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen niedergelassen. Eine Ausnahme stellt das Fuldaer PLZ-Gebiet 36041 dar; mit nur einem Zahnarzt bzw. einer Zahnärztin bezogen auf 17.525 Einwohner/innen besteht hier die mit Abstand geringste Angebotsdichte. Im Landkreis Fulda existiert (mit 1.592 Einw./Zahnarzt bzw. Zahnärztin), verglichen mit dem Bundesdurchschnitt (2009: 1.218 Einw./Zahnarzt bzw. Zahnärztin) eine geringere Zahnärztedichte. Hier ist in den letzten Jahren eine Zunahme in der Dichte zu beobachten (Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen 2010).

Abbildung 9 Zahnarztdichte im Landkreis Fulda

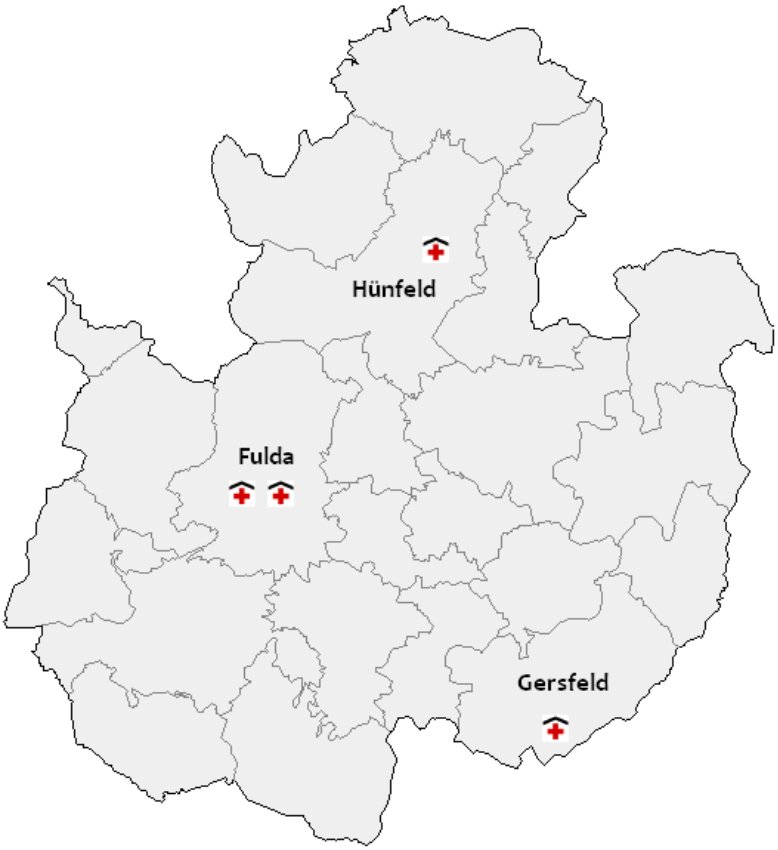


Stichtag Zahnarztdaten: 22.06.2011
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis des LZKH, Stadt u. Landkreis Fulda o.J.-a; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

4.2 Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung gliedert sich in die zwei Bereiche Krankenhausversorgung und stationäre medizinische Rehabilitation. In Hessen gibt es zum Stand 2010 insgesamt 284 stationäre Einrichtungen, darunter 181 Krankenhäuser und 103 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012). Um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern zu gewährleisten, sind die Bundesländer durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verpflichtet, die Krankenhauskapazitäten zu planen. Hierzu werden in der Regel alle fünf Jahre Landeskrankenhauspläne für die einzelnen Versorgungsgebiete erstellt.

Abbildung 10 Krankenhäuser im Landkreis Fulda



Stand: 2008
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Hessen Agentur; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Der Landkreis Fulda, der Landkreis Hersfeld-Rotenburg und der Vogelsbergkreis bilden das Versorgungsgebiet „Fulda/Bad Hersfeld“. In diesem Versorgungsgebiet befinden sich insgesamt zwölf Plankrankenhäuser, vier davon im Landkreis Fulda der Kategorie Allgemeinkrankenhaus[11] (Hessisches Sozialministerium 2009). Die beiden auf dem Stadtgebiet Fulda angesiedelten Kliniken sind in freigemeinnütziger bzw. öffentlicher Trägerschaft. Die beiden Kliniken in Gersfeld und Hünfeld werden privat getragen (siehe Abbildung 10).

[11] Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda, Klinikum Fulda, Rhön-Klinik Gersfeld, HELIOS St. Elisabeth-Krankenhaus Hünfeld.

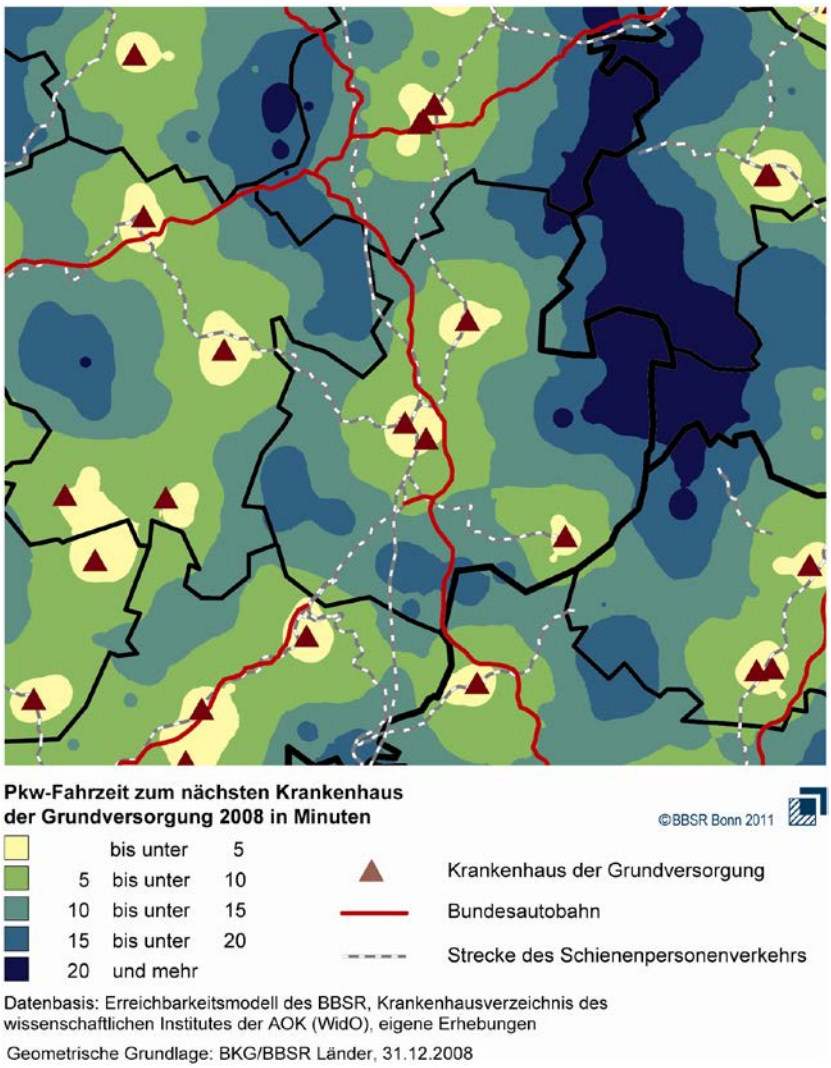
Daneben existieren weitere, nicht in den Krankenhausplan aufgenommene, Krankenhäuser sowie Rehabilitationseinrichtungen, die hier jedoch nicht näher betrachtet werden.

Die Bettendichte im Landkreis Fulda liegt bei 59,4 Betten je 10.000 Einwohner/innen und damit knapp über dem hessischen Durchschnitt (58 Betten je 10.000 Einwohner/innen). Im Bundesdurchschnitt werden etwa 66 Betten je 10.000 Einwohner/innen vorgehalten.

Erreichbarkeit der Krankenhäuser

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) untersuchte zum Jahr 2008 für das gesamte Bundesgebiet die Erreichbarkeit von Krankenhäusern. In der eigens für diese Studie erstellten grafische Aufbereitung für den Landkreis Fulda des BBSR ist zu erkennen, dass insbesondere in der östlichen (Tann/Hilders) und westlichen (Hosenfeld, Neuhof, Flieden, Kallbach) Peripherie des Landkreises längere Anfahrtswege bis zum nächsten Krankenhaus zurückzulegen sind (dunkle Flächen, siehe Abbildung 11). Mit dem PKW muss hier mit einem Anfahrtsweg bis zur nächsten Klinik von teilweise mehr als 20 Minuten gerechnet werden.

Abbildung 11 Erreichbarkeit von Krankenhäusern im Landkreis Fulda und Umgebung



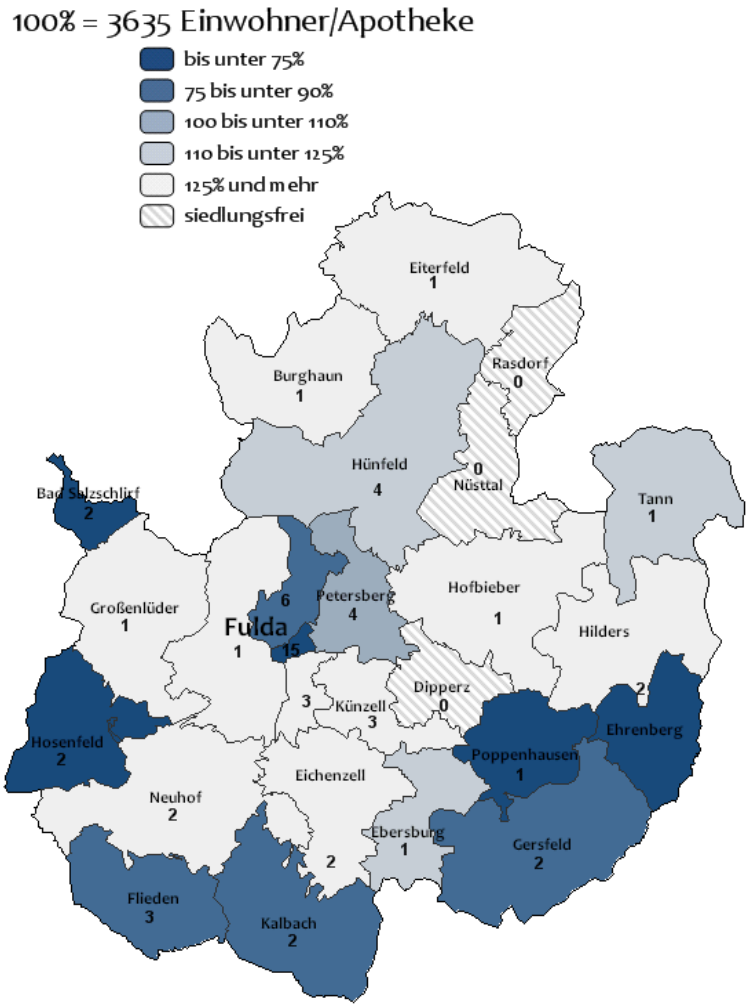
Altersstruktur der Krankenhausärzte

Bezüglich der Altersstruktur der in den vier Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen und Ärzte liegen keine verfügbaren Daten vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch im Landkreis Fulda der bundesweit vorherrschende Trend gilt, wonach in den kommenden Jahren mit einem leichten Anstieg der altersbedingten Abgänge von Krankenhausärzten zu rechnen ist. Darüber hinaus wird bundesweit von zunehmenden Stellenbesetzungsproblemen in Krankenhäusern berichtet (Kopetsch 2010).

4.3 Apotheken

Die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung wird überwiegend durch ortsnahe Apotheken sichergestellt. Die Apotheker und Apothekerinnen unterliegen keiner Niederlassungsbeschränkung, jedoch ist für den selbstständigen Apothekenbetrieb die Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde notwendig. Es ist darüber hinaus seit 2004 möglich, unter bestimmten Voraussetzungen neben einer selbst geführten Apotheke, bis zu drei Filialapotheken im gleichen oder benachbarten Landkreis zu betreiben.

Abbildung 12 Apothekenanzahl und -dichte im Landkreis Fulda



Stand Apothekendaten: März 2011; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung u. Darstellung auf Basis apolista.de o.J.; Stadt u. Landkreis Fulda o.J.-a; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Im Landkreis Fulda erfolgt die medikamentöse Versorgung durch insgesamt 60 Apotheken.[12] Hierbei sind eine deutliche Konzentration im Stadtgebiet Fulda (15 Apotheken alleine im Stadtzentrum) und eine abnehmende Tendenz hin zu den Kreisgrenzen zu erkennen. Bei der Betrachtung des Einwohner-Apotheken-Verhältnisses in den einzelnen Landkreisgebieten wird allerdings, wie in Abbildung 12 zu sehen, eine heterogene Verteilung sichtbar.

Durchschnittlich werden 3.635 Einwohner/innen von einer Apotheke betreut. Dieses Verhältnis wird vor allem in den Gemeinden Burghaun, Hofbieber, Großenlüder und Eiterfeld um weit mehr als 25 % überschritten. Die größte Apothekendichte besteht hingegen in den Gemeinden Ehrenberg[13], Poppenhausen, Hosenfeld, Bad Salzschlirf sowie in der Innenstadt Fuldas. Doch auch innerhalb des Stadtgebietes existieren teilweise erhebliche Konzentrationsunterschiede.

4.4 Pflegeeinrichtungen

Die Leistungserbringer der Pflege gliedern sich in ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime). Nach § 9 SGB XI sind die Bundesländer zur Bereitstellung „einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ verpflichtet. Meist wird die Pflegestrukturplanung jedoch auf Landkreise und Kommunen übertragen (SVRiG 2009).[14] Zur Gewährleistung der pflegerischen Versorgung befinden sich im Landkreis Fulda insgesamt 34 ambulante Pflegedienste sowie 35 Pflegeheime mit vollstationären Pflegeplätzen.

4.4.1 Ambulante Pflegedienste

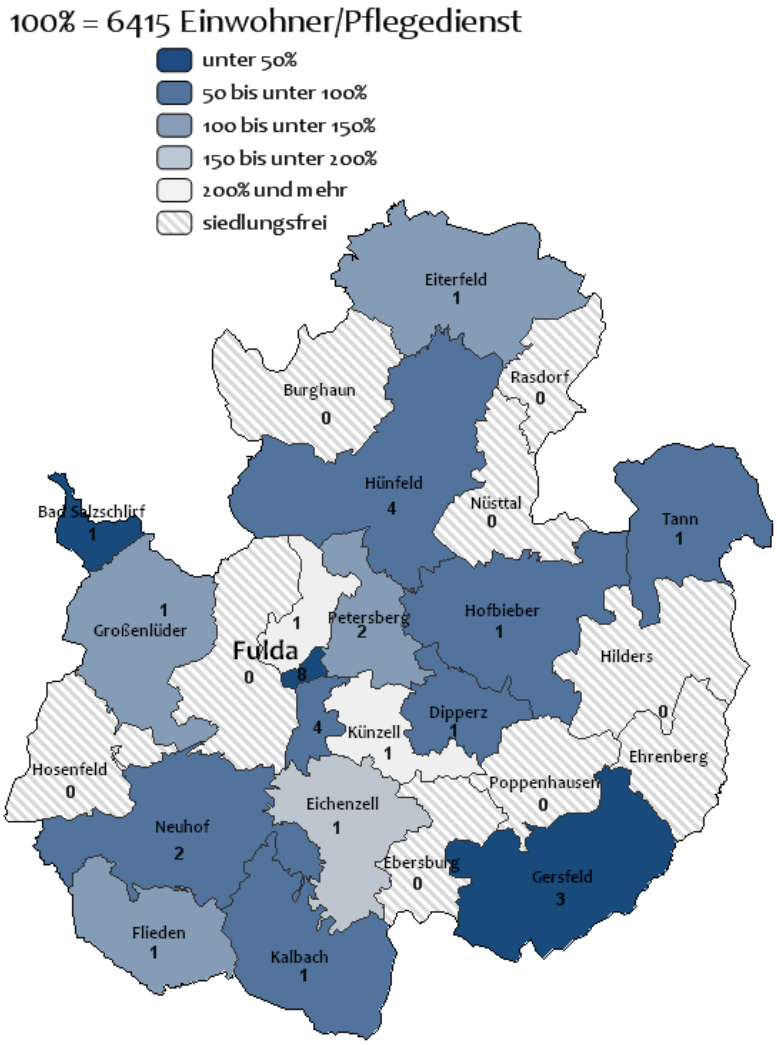
Aus Abbildung 13 ist ersichtlich, dass in acht Gemeinden sowie in einem Postleitzahlengebiet Fuldas (PLZ 36041) keine ambulanten Pflegedienste ansässig sind. Die meisten ambulanten Pflegedienste betreuen allerdings auch umliegende Gemeinden und sind oftmals in einem Versorgungsgebiet mit einem Radius von bis zu 20 Kilometern tätig.

[12] Für diese Angaben kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, da sie über eine Apothekensuchmaschine im Internet recherchiert werden mussten. Anfragen zur Nennung anonymisierter Daten bei der Landesapothekenkammer wurden abschlägig beantwortet.

[13] Den Interviews zufolge war die Apothekenversorgung in Ehrenberg jedoch akut gefährdet.

[14] Da in der pflegerischen Versorgung im Unterschied zum ärztlichen Bereich jedoch keine Plangrößen festgelegt sind, sind Aussagen über eine bedarfsgerechte Versorgung nur schwer möglich.

Abbildung 13 Pflegedienstanzahl und -dichte im Landkreis Fulda



Stand ambulante Pflegedienste: Dezember 2010; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis von Stadt u. Landkreis Fulda o.J.-a; o.J.-f; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

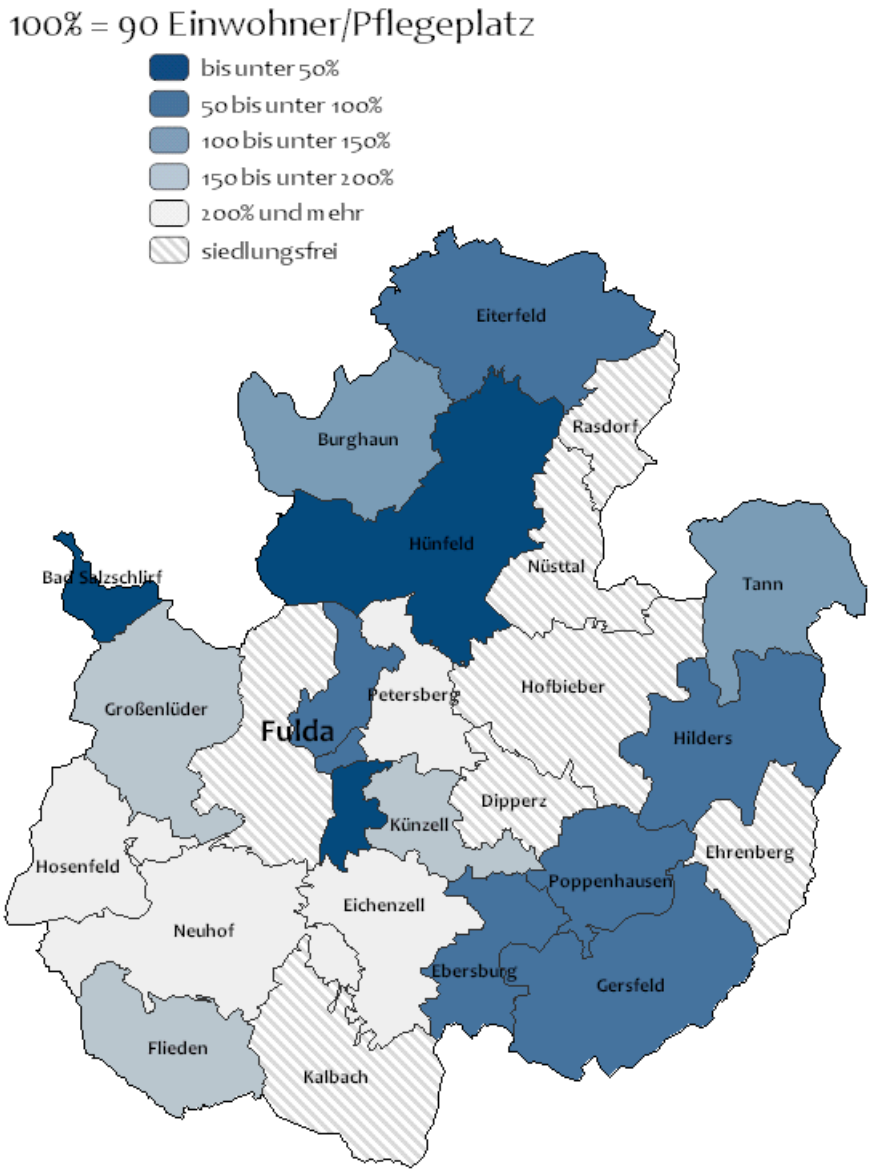
Hessenweit kommen etwa 6.401 Einwohner/innen auf einen Pflegedienst (eigene Berechnung auf Basis: Hessisches Statistisches Landesamt 2012a; 2012b). Zu beachten ist jedoch, dass bei dieser Betrachtung keine Aussagen über das Leistungsspektrum der einzelnen Pflegedienste getroffen werden und das erheblich variieren kann.

4.4.2 Pflegeheime

Von den insgesamt 39 Pflegeeinrichtungen im Landkreis Fulda halten 35 Pflegeheime insgesamt 2.431 vollstationäre Pflegeplätze vor. Die Pflegeheimdichte beträgt durchschnittlich 6.231 Einwohner/innen je Pflegeheim[15] und auf einen vollstationären Pflegeplatz kommen durchschnittlich 90 Einwohner/innen.

[15] Zum Vergleich: Hessenweit sind es ca. 8.281 Einwohner/innen je Pflegeheim (Hessisches Statistisches Landesamt 2012b; 2012c).

Abbildung 14 Pflegeplatzdichte im Landkreis Fulda



Stand stationäre Pflegeplätze: Mai 2011; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis von Stadt u. Landkreis Fulda o.J.-a; o.J.-e; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

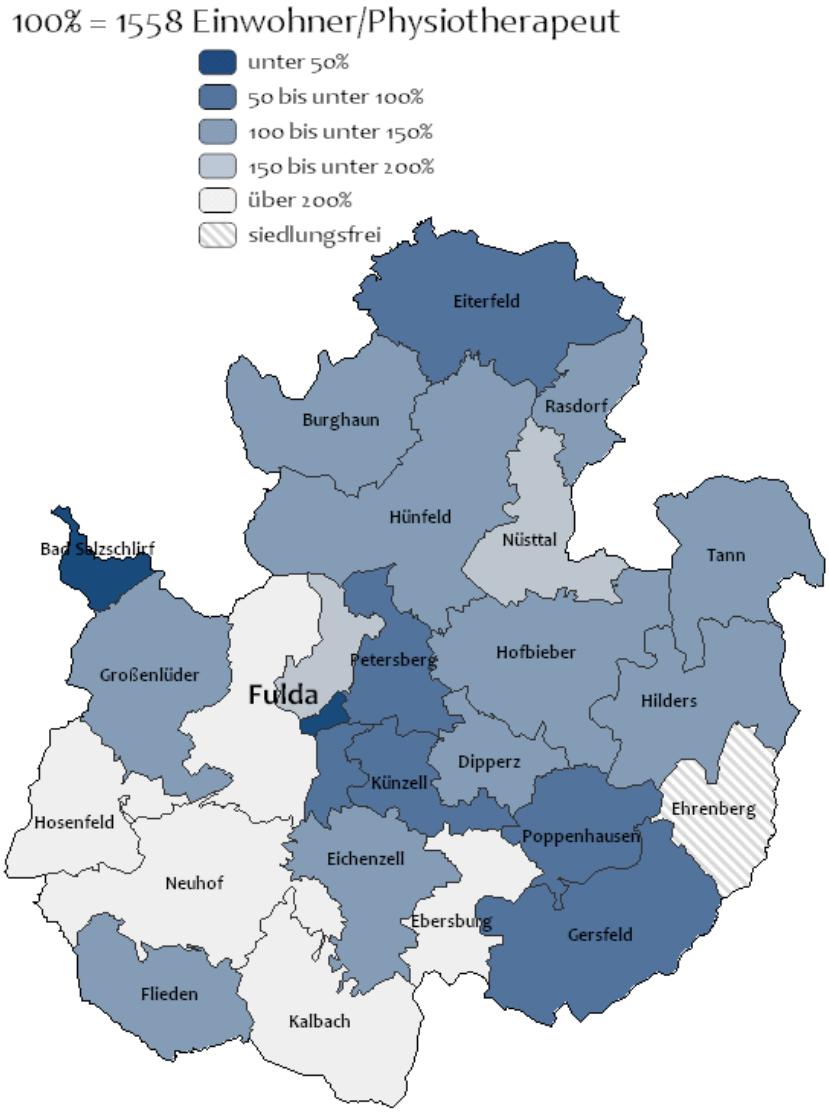
Auch bei der stationären Pflegeversorgung zeigt sich wie bei den ambulanten Pflegediensten eine deutlich heterogene Versorgungssituation (Abbildung 14). Während in sieben Kommunen des Landkreises keine Pflegeheime und damit auch keine vollstationären Pflegeplätze vorgehalten werden, weisen Hünfeld, Bad Salzschlirf und das PLZ-Gebiet 36043 der Innenstadt Fulda mit einer jeweils mehr als 50 %igen Abweichung vom Landkreisdurchschnitt und weniger als 45 Einwohner/innen je Pflegeplatz die größten Pflegeplatzdichten auf. Hessenweit kommen auf einen Pflegeplatz etwa 113 Einwohner/innen (eigene Berechnung auf Basis Hessisches Statistisches Landesamt 2012b; 2012c).

4.5 Heilmittelerbringer: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden

Hinsichtlich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sind vor allem Physio- und Ergotherapeuten bzw. -therapeutinnen sowie Logopäden bzw. Logopädinnen mit der Versorgung von Patientinnen

und Patienten betraut. Zur Praxisniederlassung von Heilmittelerbringern ist eine Zulassung durch die Landesverbände der Krankenkassen erforderlich.

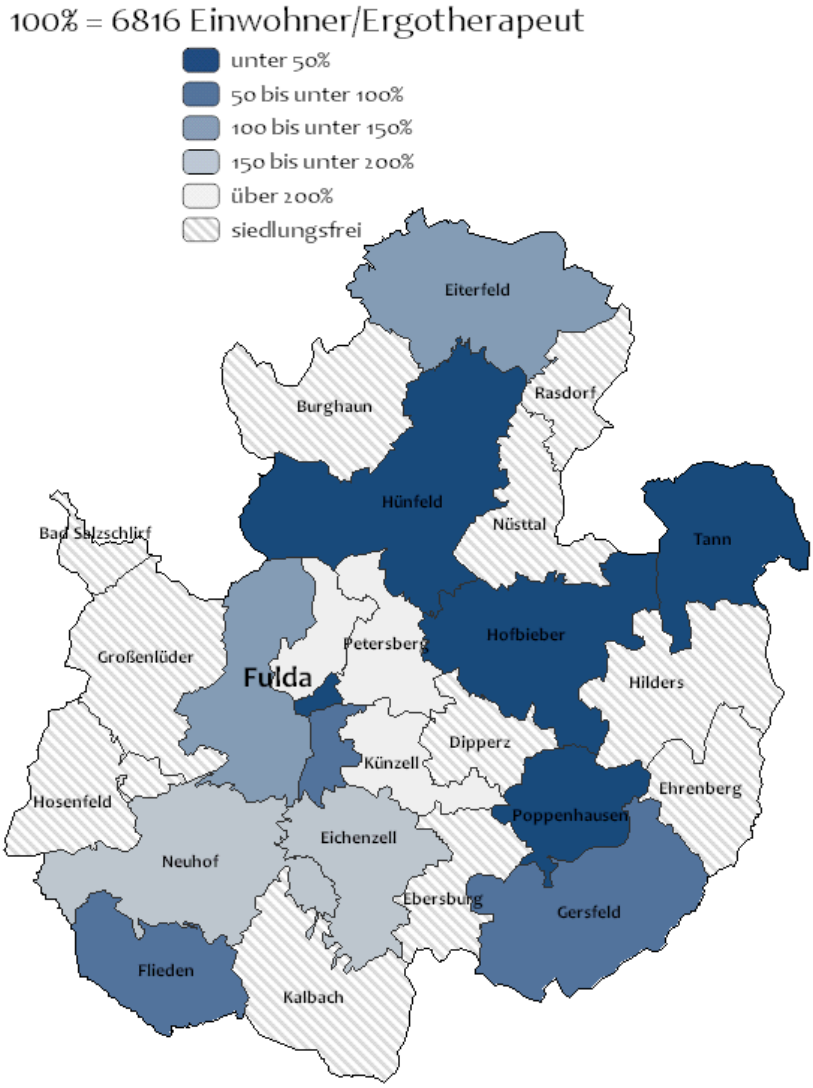
Abbildung 15 Physiotherapeutendichte im Landkreis Fulda



Stand Physiotherapeuten: Januar 2011; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung u. Darstellung auf Basis Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See; Landkreis Fulda o.J.-a; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Im Landkreis Fulda ist die physiotherapeutische Versorgung weitestgehend flächendeckend durch insgesamt 140 Therapeuten und Therapeutinnen sichergestellt (Abbildung 15). Darüber hinaus sind weitere 32 Ergotherapeuten und -therapeutinnen sowie 38 Logopäden und Logopädinnen im Landkreis zugelassen. Allerdings finden sich in einigen Gebieten (je 11 Gemeinden) keine ergotherapeutischen oder logopädischen Praxen vor (Abbildungen 16 und 17).

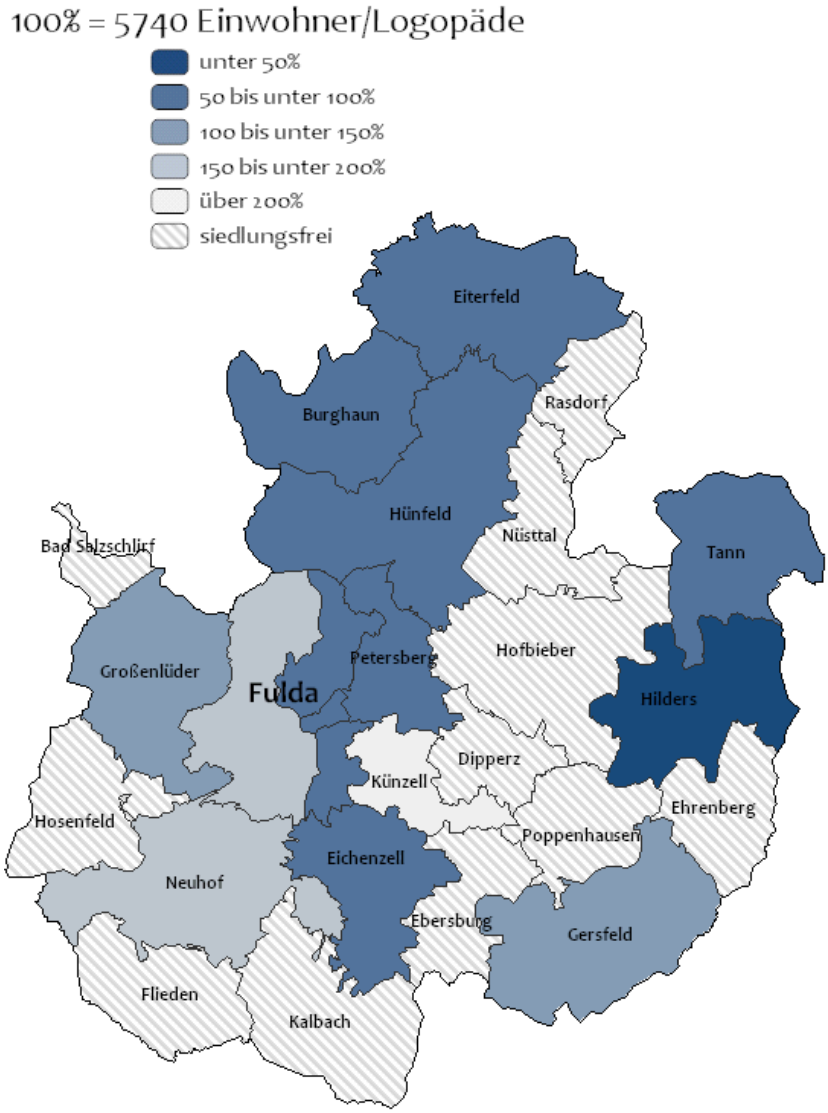
Abbildung 16 Ergotherapeutendichte im Landkreis Fulda



Stand Ergotherapeuten: Januar 2011; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See; Landkreis Fulda o.J.-a; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Absolut betrachtet, besteht im Angebot von Leistungserbringern auch bei den Heilberufen erwartungsgemäß ein Stadt-Land-Gefälle. Betrachtet man die Angebotsdichten, zeigt sich jedoch wiederum ein uneinheitliches Bild. Durchschnittlich entfallen im Landkreis 1.558 Einwohner/innen auf einen Physiotherapeuten bzw. eine Physiotherapeutin. Auf einen Ergotherapeuten bzw. eine Ergotherapeutin kommen 6.816 Einwohner/innen und die Logopädendichte liegt bei 5.740 Einwohnern/innen/Logopäde bzw. Logopädin. Da die Datenlage in diesem Bereich sehr eingeschränkt ist, sind keine landes- oder bundesweiten Vergleichsangaben möglich.

Abbildung 17 Logopädendichte im Landkreis Fulda



Stand Logopäden: Januar 2011; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See; Landkreis Fulda o.J.-a; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

4.6 Notfallversorgung

4.6.1 Rettungsdienst

Zu den Aufgaben des Rettungsdienstes gehört sowohl die Gefahrenabwehr als auch die Gesundheitsvorsorge. Durch ihn soll die Bevölkerung rund um die Uhr bedarfsgerecht und wirtschaftlich mit Leistungen der Notfallversorgung und mit Krankentransporten versorgt werden. Überwiegend findet dies durch den Bodenrettungsdienst statt, der durch Berg-, Luft- und Wasserrettung ergänzt wird. Die Luftrettung ausgenommen, liegt die Trägerschaft bei den Landkreisen und kreisfreien Städten, die damit für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich sind (Hessisches Sozialministerium 2011a; Landkreis Fulda 2008). Zu diesem Zweck arbeitet der Öffentliche Gesundheitsdienst des Landkreises Fulda mit dem Deutschen Roten Kreuz (Kreisverband Fulda und Kreisverband Hünfeld), dem Malteser Hilfsdienst, der Feuerwehr der Stadt Fulda sowie den Krankenhäusern zusammen

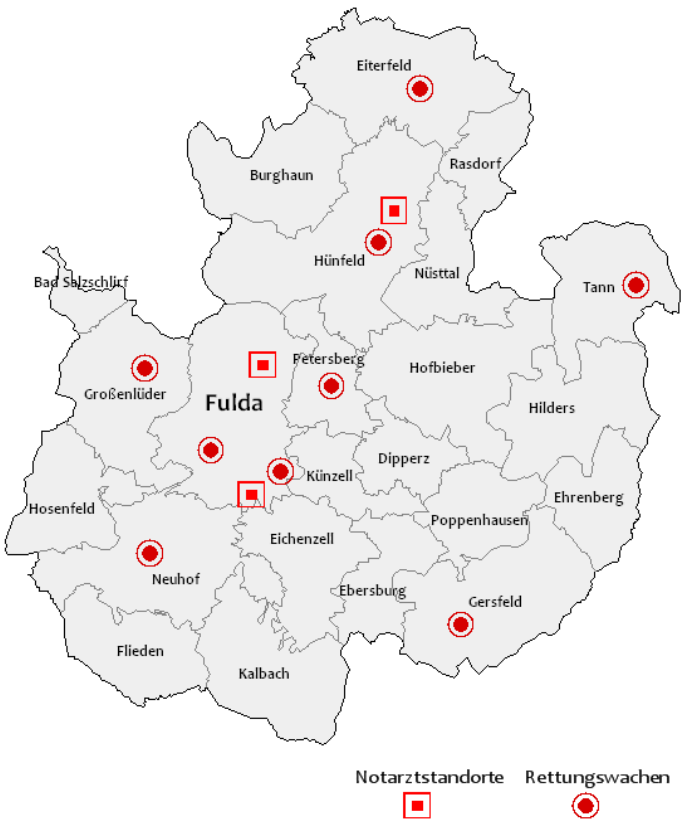
(Landkreis Fulda o.J.-d). Diese Leistungserbringer gewährleisten die rettungsdienstliche Versorgung im Landkreis durch neun Rettungswachen und drei Notarztstandorte (Abbildung 18).

Die Standorte der Rettungswachen werden so festgelegt, dass von ihnen aus in kurzer Zeit möglichst viele Einsatzstandorte erreicht werden können und die in Hessen bestehende 10-Minuten-Hilfsfrist eingehalten werden kann (Landkreis Fulda 2008).

Die notärztliche Versorgung soll demgegenüber innerhalb der Eintreffenszeit[16] von 15 Minuten erfolgen und ist im Landkreis Fulda an die Krankenhäuser angegliedert, da hier bereits Ärzte bzw. Ärztinnen zur Verfügung stehen, welche die Notarztversorgung sicherstellen können (Landkreis Fulda 2008). Da es am Herz-Jesu-Krankenhaus jedoch zunehmend schwieriger wurde, das Notarztfahrzeug mit eigenen Notärzten bzw. Notärztinnen des Krankenhauses zu besetzen, wurde 2011 ein Standortwechsel zur Feuerwache in Fulda-Neuenberg vorgenommen (Stadtfeld 2011).

Darüber hinaus kam es vor allem im ländlichen Raum zu Problemen bei der Einhaltung der Hilfsfrist, weshalb im Jahr 2012 die Vorhaltestunden der Rettungswagen in Kleinlüder, Neuhof und Gersfeld erhöht wurden. Zusätzlich soll ab Januar 2013 eine neue Rettungswache in Hofbieber geschaffen werden, um die Lücke zwischen Petersberg und Tann zu schließen. (Stadtfeld 2012)

Abbildung 18 Rettungswachen und Notarztstandorte im Landkreis Fulda



Stand: 2009
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Landkreises Fulda 2008: 19 f.; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

[16] Die Eintreffenszeit beinhaltet Dispositionszeit, Alarmierungszeit, Ausrückzeit und Anfahrtszeit. Für die reine Fahrzeit verbleiben etwa 13 Minuten (Landkreis Fulda 2008).

4.6.2 Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Zur besseren Abgrenzung von Notarzt und Rettungsdienst wird im Landkreis Fulda seit 2006 der Begriff „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ (ÄBD) an Stelle von „Ärztlichem Notdienst“ verwendet. Im Unterschied zum Rettungsdienst und Notarzt kommt der ÄBD bei dringlichen, aber nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen zum Einsatz. Wie für die gewöhnliche vertragsärztliche Versorgung sind auch für die Sicherstellung der Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Hierzu versorgen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte diejenigen Patientinnen und Patienten, deren Behandlung aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht bis zum nächsten Werktag aufgeschoben werden kann. Die Versorgung erfolgt in den meisten Fällen ambulant in der Ärztlichen Bereitschaftsdienstzentrale (ÄBDZ). Daneben werden auch Hausbesuche durchgeführt oder telefonische Beratung zu medizinischen Belangen angeboten (Beier 2010; König 2009).

Im Rahmen der Zentralisierung des ÄBD wird der Bereitschaftsdienst im Landkreis Fulda seit Oktober 2008 für den überwiegenden Teil des Kreises durch die ÄBDZ am Klinikum Fulda organisiert (Beier 2010). Zum Oktober 2011 wurde auch der kollegiale Vertretungsdienst Hosenfeld/Großenlüder in den zentralen Bereitschaftsdienst am Klinikum Fulda integriert, so dass aktuell lediglich die drei Gemeinden Neuhof, Flieden und Kalbach in einem eigenen Verbund organisiert sind. Auch diese beabsichtigen jedoch, sich der ÄBDZ in Fulda anzuschließen (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2011; o.J.). Die Zentralisierung verfolgte vor allem das Ziel, die hohe Belastung der Hausärztinnen und Hausärzte auf dem Land durch häufige Nacht- und Wochenenddienste zu reduzieren (Beier 2010). Neben dem ÄBD ist auch der Kinder-, Augen- und Zahnärztliche Bereitschaftsdienst an das Klinikum Fulda angegliedert (Kassenärztliche Vereinigung Hessen o.J.).

5 Einschätzung der gesundheitlichen Versorgungssituation im Landkreis Fulda – Interviewergebnisse

In Ergänzung zur quantitativen Bestandsaufnahme wurden insgesamt 13 Akteure der ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und medikamentösen Versorgung sowie Vertreter der Kommunen, des Landkreises und der Kostenträger zu ihrer Wahrnehmung der regionalen gesundheitlichen Versorgungssituation befragt (siehe Tabelle 2). Im nun folgenden Kapitel werden die subjektive Einschätzungen der Interviewpartner zur aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation wiedergegeben. Die wichtigsten Aussagen der Akteure zu den einzelnen Themenbereichen sind jeweils zusätzlich der besseren Übersicht wegen anhand einer Tabelle zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 2 Interviewte Stakeholder

Interviewpartnerinnen/Interviewpartner
2 Vertreter der Ärzte
1 Vertreter der Krankenhäuser
2 Vertreter der Pflege
1 Vertreter der Therapeuten
1 Vertreter der Apotheken
3 Vertreter der Kommunen
1 Vertreter des Landkreises
2 Vertreter der Kostenträger

5.1 Gesundheitliche Versorgungssituation im Landkreis Fulda

Die derzeitige Versorgungssituation im Landkreis Fulda wird von beinahe allen Akteuren und in nahezu allen Bereichen als insgesamt noch gut und ausreichend beschrieben. In der ambulant ärztlichen Versorgung, bei den Apotheken und den Heilmittelerbringern sei dabei jedoch ein Stadt-Land-Gefälle erkennbar. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Wahrnehmung der aktuellen Versorgungssituation im Landkreis.

Aus den Interviews geht hervor, dass in bestimmten Regionen teilweise noch Kapazitäten im hausärztlichen Bereich vorhanden sind (Tann), in anderen Gebieten jedoch Versorgungsprobleme angenommen werden (Hilders). Hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung bestehen unterschiedliche Auffassungen. Während das Fehlen von Fachärzten bzw. Fachärztinnen im ländlichen Raum einerseits als Problem und Mangel wahrgenommen wird (Tann), wird eine ortsnahe Facharztversorgung anderenorts als nicht zwingend notwendig erachtet, da die Priorität auf der Sicherstellung der Grundversorgung liege. Auch der stationäre Bereich wird aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. So sei das Versorgungsangebot (Betten/Häuser) zwar als überdurchschnittlich einzuschät-

zen, dennoch bestünden Probleme bei der Sicherstellung der Versorgung aufgrund des Ärztemangels an Krankenhäusern.[17]

Tabelle 3 Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation im Landkreis Fulda

	aktuelle Versorgung
ambulant ärztliche Versorgung	insgesamt noch gute Versorgung, keine Unterversorgung – eher Fehlversorgung (Stadt-Land-Gefälle); einige Hausärzte im hohen Alter; einerseits Kapazitäten vorhanden – andererseits Versorgungsprobleme und Schwierigkeiten bei Praxisnachfolge erkennbar; einerseits Problemwahrnehmung Fachärztemangel auf dem Land – andererseits lediglich Sicherstellung der Grundversorgung als Ziel
stationäre Versorgung	einerseits gute bis sehr gute Versorgung (Bettenzahlen, Häuser) – andererseits Wahrnehmung starker Probleme (Ärztemangel, Wettbewerb mit großen Städten)
Apotheken	insgesamt noch gute Versorgung; Stadt-Land-Diskrepanz; Versorgung im ländlichen Raum schwierig und gefährdet (Notdienstregelungen); Konzentrationsprozess erkennbar
Pflege	ist sowohl ambulant als auch stationär als gut einzuschätzen; Bedarf schwer zu beurteilen; stationär: Modernisierungswelle im Gange
Heilmittelerbringer	noch keine Probleme erkennbar; Versorgung und Bedarf schwer beurteilbar; sehr unterschiedlich ausgeprägt: einerseits hohe Therapeutendichte in der Stadt – andererseits Suche nach angestellten Therapeuten auf dem Land
Rettungsdienst	Hessen: hohe Vorhaltestruktur und kurze Hilfsfrist (10 Min.)

Hinsichtlich der zukünftigen Versorgungssituation im Landkreis Fulda können mehrere zentrale, teilweise bereits existierende, teilweise sich perspektivisch abzeichnende Problemlagen identifiziert werden (vgl. Tabelle 4). Hierzu gehören die bereits bestehenden Schwierigkeiten bei der Praxisnachfolgersuche im ambulanten ärztlichen Bereich, der Fachkräftemangel in allen Versorgungsbereichen, die sich perspektivisch aus einem Ärztemangel ergebenden Auswirkungen auf andere Versorgungsteilnehmer (beispielsweise auf Apotheken und Therapeuten) sowie die aktuell bestehenden Schwierigkeiten der Landapotheken aufgrund der Regelungen des Apothekennotdienstes. Diese für den Landkreis als wichtig erkannten Themenbereiche werden in Abschnitt 5.2 ausführlicher dargestellt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach Einschätzung der Stakeholder eine sich in Zukunft verändernde Nachfrage in allen Bereichen der Versorgung sowie die damit verbundenen Problemlagen zu einer Anpassung der Angebote (neue Versorgungs- und Kooperationsformen) führen müssen. Die diesbezüglich vorgeschlagenen Lösungsansätze werden in Abschnitt 5.3 näher erläutert und diskutiert.

[17] Durch den interviewten Vertreter des stationären Bereichs wurde diese Problematik (Ärztemangel) jedoch nicht als aktuelles Problemfeld, sondern als zentrale zukünftige Herausforderung beschrieben.

Tabelle 4 Einschätzung der zukünftigen Versorgungssituation im Landkreis Fulda

	zukünftige Versorgung
ambulant ärztliche Versorgung	insbesondere im ländlichen Raum aufgrund von Nachfolgerproblemen gefährdet; erschwerter Zugang zu Ärzten; Inanspruchnahme muss „herunter reguliert werden"; Aufrechterhaltung Hausbesuche fraglich; Einzelpraxen Auslaufmodell – Hausarztzentren Zukunftsmodell; strukturelle Veränderungen zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum notwendig
stationäre Versorgung	zentrale Herausforderung: steigende Nachfrage bei schwindendem Angebot (Personal); Trennung zwischen Grund-, Regel- und Maximalversorgung sich auflösend; stärkere Rolle von Krankenhäusern in regionaler Versorgung: Kooperationen und strukturelle Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern erforderlich
Apotheken	Apothekenversorgung immer schwieriger; Internetapotheken als Konkurrenz; ländliche Apothekenversorgung abhängig von ärztlicher Versorgung
Pflege	Hauptproblem Fachkräftemangel; mehr an Demenz erkrankte und multimorbide Menschen zu betreuen; Übergangs-, Anschluss- und Kurzzeitpflege wird wichtiger; mehr Pflegeplätze werden benötigt; neue, moderne Wohnformen in Stadtnähe
Heilmittelerbringer	ländliche Therapeutenversorgung abhängig von ärztlicher Versorgung; Hausbesuchssituation nicht zukunftsgerecht; Einzelpraxen abnehmend – Alternative Großpraxen

5.2 Ausgewählte Themenbereiche und Problemlagen

In diesem Abschnitt werden insbesondere die teilweise bereits existierenden, teilweise sich perspektivisch abzeichnenden Problemlagen aus der subjektiven Sicht der Stakeholder im Detail vorgestellt.

5.2.1 Praxisnachfolgersuche und Niederlassung

Im Rahmen der Interviews berichteten insbesondere die niedergelassenen Ärzte bzw. Ärztinnen und deren Vertreter, aber auch die der Kommunen und des Landkreises von bereits bestehenden Schwierigkeiten bei der Praxisnachfolgesuche. Da in Fulda keine Niederlassungssperre im hausärztlichen Bereich besteht, wird der Verkauf einer Praxis im ländlichen Raum als großes Problem wahrgenommen. Allerdings würden diese Schwierigkeiten nicht alleine die ländlichen Gebiete betreffen, denn auch in städtischen Gebieten (beispielsweise am Aschenberg) sei die Problematik bereits aufgetreten. Im Zuge der Interviews wurden einige Beispiele genannt, bei denen die Nachfolgesuche trotz intensiver Bemühungen erhebliche Schwierigkeiten bereitete bzw. eine sehr lange Zeit in Anspruch nahm.

Tabelle 5 fasst die Sichtweise über die derzeitige Situation im Landkreis hinsichtlich der Praxisnachfolge und Niederlassung sowie die Gründe der Niederlassungshemmnisse noch einmal überblicksartig zusammen.

Anhand der Interviews konnten vielfältige Ursachen für die beschriebene Problematik identifiziert werden. Demnach liegen die Niederlassungshemmnisse unter anderem in der nicht lukrativen Vergütung der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte („Behandlungs-Flatrate“), der Angst vor Regressen, den hohen „Markteintrittsbarrieren“ sowie in dem hohen Risiko und den finanziellen Belastungen für vor allem junge Ärztinnen und Ärzte begründet. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt sei der hohe Anteil an Hausärztinnen und Medizinstudentinnen, da diese großen Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie flexible und verlässliche Arbeitszeiten legten und sich aus diesen Gründen gegen den Landarztberuf bzw. die Niederlassung in einer Einzelpraxis entscheiden würden. Gegen die Niederlassung auf dem Lande spreche auch die hohe Arbeitsbelastung („Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit) sowie die im Vergleich zum städtischen Gebiet schlechtere Infrastruktur (einschließlich Einkaufsmöglichkeiten und kulturellen Angeboten). Darüber hinaus stehe heutzutage bei vielen der Freizeitaspekt im Vordergrund („Wohlstandsproblem“); für die Ausübung des Landarztberufes sei ein hoher Idealismus erforderlich.

Insbesondere die Vertreter der Kostenträger wandten hingegen ein, dass die Arbeitsbedingungen sowie das Honorar der niedergelassenen Hausärzte bzw. Hausärztinnen nicht so schlecht sei, wie dies oft dargestellt werde, und auch Regresse fänden nicht in dem oft behauptete Umfang statt. Des Weiteren seien die Hausärztinnen und Hausärzte die Gruppe, welche durch die Bevölkerung am meisten geachtet werde. Die negative Darstellung des Berufes mindere jedoch die Berufsattraktivität, verursache schlechte Stimmung und verbreite Angst bei dem sich in der Ausbildung befindenden Nachwuchs. Die Ursachen für die Nachfolgeprobleme bzw. Niederlassungshemmnisse im ländlichen Raum seien überwiegend auf Infrastrukturprobleme zurückzuführen. Hiermit könnten beispielsweise die im Vergleich zu städtischen Gebieten schlechteren Einkaufsmöglichkeiten oder kulturellen Angebote gemeint sein.

Tabelle 5 Situation der Praxisnachfolge und Niederlassung im hausärztlichen Bereich

	Praxisnachfolge und Niederlassung
Situation	Praxisverkauf gestaltet sich sehr schwierig; keine Niederlassungssperre in Fulda; Nachfolgersuche nicht nur ländliches Problem
Ursachen	Vergütung/Honorar; Regresse; Markteintrittsbarrieren; Unternehmerisches Risiko und hohe finanzielle Belastung; eingeschränkte Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie weniger Flexibilität und Verlässlichkeit von Arbeitszeiten vor dem Hintergrund des hohen Anteils an Hausärztinnen und Medizinstudentinnen; hohe Arbeitsbelastung; Einstellungsproblem; schlechtere Infrastruktur auf dem Land

5.2.2 Fachkräftemangel

In nahezu allen Bereichen der Versorgung wurde von den interviewten Akteuren von einem wahrnehmbaren Fachkräftemangel berichtet. Bezogen auf den pflegerischen Bereich sei der Notstand und Fachkräftemangel sowohl ambulant wie auch stationär schon heute existent. So seien auch die

Bewerbungen um Ausbildungsplätze rückläufig und die 50-Prozent-Fachkraftquote in Heimen kaum zu erfüllen. Verglichen mit Ballungszentren, wie beispielsweise dem Rhein-Main-Gebiet, wo bereits aktuell schon ein erheblicher Arbeitskräftemangel bestehe, sei die Situation im Landkreis Fulda jedoch als vergleichsweise gut einzuschätzen. In umgekehrter Weise verhalte es sich bei den Apotheken, Therapeuten und Krankenhäusern. Hier sei es deutlich schwieriger, Arbeitskräfte und ärztliches Personal für den ländlichen Raum zu gewinnen, da dieser in starker Konkurrenz mit den (groß-)städtischen Gebieten stehe. Im Rahmen der Interviews wurde davon berichtet, dass sich im Heilmittelbereich (Physiotherapeuten) eine allgemeine Zunahme an offenen Stellen abzeichne und es sich sowohl hier als auch im Bereich der Apotheken schwierig gestalte, angestellte Therapeuten bzw. Therapeutinnen oder approbierte Apotheker und Apothekerinnen für den ländlichen Raum zu gewinnen. Ein ähnliches Bild zeichne sich in der stationären Krankenhausversorgung ab. Vor allem Krankenhäuser in ländlichen Regionen hätten große Schwierigkeiten, das Angebot aufrechtzuerhalten, da sie mit den großen Städten in Konkurrenz um ärztliches Personal stünden.

Nach Einschätzung des Vertreters des Landkreises und der Kostenträger stellt der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal aktuell und in den nächsten Jahren möglicherweise ein noch bedeutenderes Problem dar als der Ärztemangel. Nach Auffassung der Kostenträger wäre nicht von einem generellen (Haus-)Ärztemangel, sondern von dem zentralen Problem einer ärztlichen Fehlverteilung in dreifacher Hinsicht zu sprechen: Fehlallokation zwischen Stadt und Land, Fachärzten und Hausärzten sowie Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten. Gebieten mit sehr hoher Ärztedichte stünden Regionen mit geringer Dichte gegenüber.

Die Einschätzung zur Situation des Fachkräftemangels sowie die identifizierten Ursachen aus Sicht der Interviewpartner werden summarisch in Tabelle 6 dargestellt. Demnach werden die Unattraktivität und das negative Image des Pflegeberufs sowie schlechte Arbeitsbedingungen ursächlich für Berufsflucht und Fachkräftemangel im pflegerischen Bereich genannt. Ein Grund für die rückläufigen Ausbildungszahlen in der Pflege sei ferner die Konkurrenz mit anderen Berufen. Darüber hinaus könne der schlechte Verdienst im pflegerischen Bereich, aber auch bei den Therapeuten als Ursache identifiziert werden. Vor allem im stationären Bereich sei der Arbeitsunmut auch auf eine Gehaltsentsolidarisierung[18] zwischen Ärzten und Pflege zurückzuführen. Des Weiteren seien bessere Arbeitsbedingungen in der Stadt (Mittagspausenregelungen, Notdienstsituation Apotheken, Hausbesuche Therapeuten) dafür verantwortlich, dass sich die Suche nach Therapeuten bzw. Therapeutinnen und Apothekern bzw. Apothekerinnen auf dem Land schwierig gestalte. Eine zentrale Ursache liege jedoch darin, dass sowohl die Pflegeberufe als auch der therapeutische und hausärztliche Bereich stark weiblich besetzt sei. Durch den hohen und steigenden Anteil an weiblichen Arbeitskräften und Medizinerinnen würde es häufiger zu Teilzeitbeschäftigungen und vorübergehenden oder langfristigen Berufsausstiegen kommen. Da auch der Anteil an Medizinstudentinnen stark ansteige, stünden daher zu wenige Absolventen als „Vollzeitmediziner“ zur Verfügung.

[18] Es wird allgemein von Gehaltszuwächsen von Ärzten zu Lasten des Pflegesektors berichtet.

Tabelle 6 Situation des Fachkräftemangels und dessen Ursachen

	Fachkräftemangel
Situation	Fachkräftemangel in allen Bereichen der Versorgung wahrnehmbar; Pflege: ländlicher Raum noch Vorteile -schlechtere Situation in Ballungszentren; Apotheken/Therapeuten/Krankenhaus: schwierigere Situation im ländlichen Raum; Pflegekräftemangel als zukünftig größeres Problem als Ärztemangel; Fehlverteilung im ärztlichen Bereich
Ursachen	Unattraktivität und negatives Image des Pflegeberufs; Berufsflucht aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen; schlechter Verdienst; „Gehaltsumschichtungen“ im Krankenhaus; Konkurrenz mit anderen Berufen; Konkurrenz mit großen Städten im Krankenhausbereich; attraktivere Arbeitsbedingungen in der Stadt; hoher Anteil weiblicher Arbeitskräfte/(Allgemein-)Medizinerinnen (Ausscheiden aus dem Beruf/Teilzeitarbeit)

5.2.3 Perspektivische Konsequenzen des Hausärztemangels auf dem Land

Während der Interviews stellte sich immer wieder die Frage, in welcher Weise andere Bereiche und Versorgungsteilnehmer durch einen sich perspektivisch ergebenden Hausärztemangel auf dem Land beeinflusst würden (zusammenfassende Ergebnisse siehe Tabelle 7).

Insbesondere Apotheken lassen sich im Allgemeinen in der Nähe von Arztpraxen nieder. Würden die Praxen aufgegeben, gebe es dort bald auch keine Apotheken mehr. Insbesondere die Land-Apotheken seien stark auf die Ärztinnen und Ärzte vor Ort angewiesen und demzufolge stark von einem Landarztmangel betroffen. Dies mache sich schon in den sinkenden Rezeptzahlen zu den Urlaubszeiten der Ärztinnen und Ärzte bemerkbar. Um die Versorgung mit Apotheken für die Patientinnen und Patienten auf dem Land zu sichern, wäre es in erster Linie notwendig, den Praxisstandort zu halten.

Dagegen sei im Bereich der Heilmittelerbringer diesbezüglich von weniger gravierenden Auswirkungen auszugehen. Es sei anzunehmen, dass die Patientinnen und Patienten eher tendierten, die Therapeuten und Therapeutinnen in ihrer Wohnumgebung aufzusuchen, als hierzu beispielsweise in die Stadt zu gehen. Ortsnähe und kurze Wege würden vermutlich weiterhin bevorzugt. Vorstellbar sei jedoch, dass therapeutische Praxen dann nicht wiederbesetzt würden, wenn es vor Ort keine Arztpraxis mehr gäbe. Auch aus Sicht der Kommunen würden sich jedoch negative Konsequenzen durch einen Schneeballeffekt ergeben. Je weniger Elemente der Grundversorgung gemeindenah vorhanden seien, desto höher sei das Risiko einer Abwanderung der Bevölkerung und eines Attraktivitätsverlustes für den ländlichen Raum.

Tabelle 7 Perspektivische Konsequenzen des Hausärztemangels auf dem Land

	Konsequenzen des Hausärztemangels
Pflege	Auswirkungen unklar
Apotheken	Apothekenversorgung auf dem Land stark gefährdet
Heilmittelerbringer	Verschlechterung der Kooperation zwischen Arzt und Therapeut; Therapeutenversorgung auf dem Land schwach beeinflusst
Gemeinden	Abwanderung der Bevölkerung, Attraktivitätsverlust des ländlichen Raums

5.2.4 Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Apothekennotdienst

Die Zentralisierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) ist im Landkreis Fulda nicht unumstritten. Wie in Abschnitt 4.6.2 erläutert, wurde diese Zusammenlegung im Oktober 2008 für weite Teile des Landkreises Fulda von ärztlicher Seite initiiert, um durch eine Reduzierung der Bereitschaftsdienste eine Arbeitserleichterung speziell für Hausärztinnen und Hausärzte in ländlichen Gebieten zu erreichen. Damit war auch die Absicht verbunden, die Chancen für eine Praxisnachfolge auf dem Land zu erhöhen. Das Vorhaben führte zu impulsiven und emotionalen Debatten auch in den regionalen Medien. Mittlerweile habe man sich jedoch an die Umstellung gewöhnt und die Änderung akzeptiert. Der im Oktober 2011 vorgenommene letzte Zentralisierungsschritt des ÄBD im Nord-Westen des Landkreises habe weit weniger Aufsehen erregt und sei auch von der Presse lediglich als Randnotiz wahrgenommen worden. Diesbezüglich sei nun ein Bewusstseinswandel vonstattengegangen. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Sichtweise zur Situation und die Auswirkungen der ÄBD-Zentralisierung.

Die Zusammenfassung der Bereitschaftsdienste am Klinikum Fulda war nach Auffassung der Ärztinnen und Ärzte ein großer Meilenstein und habe für große Entlastung bei den Hausärztinnen und Hausärzten gesorgt. Das Notdienstpensum habe sich, verglichen mit frühen Verhältnissen, stark reduziert. So sei die Zentralisierung für die Hausärztinnen und Hausärzte alleine zwar kein Anreiz sich auf dem Lande niederzulassen, dennoch sei es ein wichtiger Baustein und die Grundvoraussetzung dafür, dass Ärzte bzw. Ärztinnen überhaupt wieder über eine Niederlassung im ländlichen Raum nachdenken.

Die Vertreter der Kostenträger gaben jedoch zu bedenken, dass die Belastung mit Bereitschaftsdiensten in dünn besiedelten Regionen auch weiterhin höher als im städtischen Gebiet sei, da sich hier weitaus weniger Hausärzte bzw. Hausärztinnen niedergelassen haben. Damit wären diese Regionen noch immer unattraktiver, wenn es um die Niederlassung gehe. Darüber hinaus sei auch das Bedauern auf der Patientenseite groß, da diese nun den Nachteil hätten, weitere Wege zurücklegen zu müssen und meist nicht mehr von den ihnen vertrauten Ärztinnen und Ärzten behandelt werden könnten.

Durch die enge Anbindung an das Krankenhaus sei die Versorgung nach Einschätzung der Ärztevertreter in der ÄBDZ jedoch sehr gut geworden. Eine spürbare Veränderung habe sich auch hinsichtlich

der Inanspruchnahme von Hausbesuchen ergeben. Diese gingen seit der Zentralisierung stark zurück.

Tabelle 8 Situation und Auswirkungen der ÄBD-Zentralisierung im Landkreis Fulda

	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Situation	Zentralisierung seit Oktober 2008, Grund: Arbeitserleichterung und Verbesserung der Praxisnachfolge-Chancen; Heftige öffentliche Debatte; mittlerweile Annahme und Gewöhnung an Änderung; weiterer Zentralisierungsschritt im Oktober 2011
Auswirkung	Hausärzte auf dem Land entlastet; Zentralisierung zwar kein Anreiz, aber Grundvoraussetzung für Niederlassung auf dem Land; weiterhin höhere Bereitschaftsdienstfrequenz auf dem Land; Bedauern der Bevölkerung, da weite Wege für Patienten; gute Versorgung durch enge Anbindung an Krankenhaus; Anforderungen Hausbesuche rückläufig; Umverlagerung in Krankenhaussektor; negative Auswirkungen auf Landapotheken

Äußerst negative Auswirkungen der ÄBD-Zentralisierung ergeben sich nach Auffassung der Interviewpartner jedoch für Apotheken im ländlichen Raum. Generell seien, wie einst die Hausärzte bzw. Hausärztinnen auf dem Land (vor der Zentralisierung der Bereitschaftsdienste), auch die Landapotheken stark durch Notdienste belastet. Auch hier existieren verschiedene Notdienstbezirke mit unterschiedlich hoher Apothekenteilnehmerzahl. So bestehe beispielsweise für die Notdienstgemeinschaft Hilders, Wüstensachsen (Ehrenberg) und Tann mit drei ansässigen Apotheken[19] eine wesentlich höhere Notdienstfrequenzen als im Stadtgebiet. Dies trage zur Unattraktivität von Landapotheken bei und mache es für diese Apotheken schwierig, geeignetes Fachpersonal zu finden. Die Notdienstregelungen würden in der aktuellen Versorgung das Hauptproblem der Apotheken darstellen. Durch die Zentralisierung habe sich das Problem jedoch noch zugespitzt. Seither sei eine erhebliche Abnahme der Notdienstinanspruchnahme auf dem Land zu verzeichnen; die Patientinnen und Patienten bezögen ihre Medikamente nach dem ärztlichen Notdienstbesuch meist aus der nächstgelegenen Stadtapotheke. Dies verschärfe die wirtschaftliche Situation der Landapotheken zusätzlich. Auf der einen Seite würde wesentlich weniger umgesetzt, auf der anderen Seite müsse der Apothekennotdienst aufrechterhalten werden. Nach Auffassung der Stakeholder trage auch die niedrige Notdienstvergütung zu den Problemen bei. So seien 2,50 Euro pro Notdienstinanspruchnahme selbst in der Stadt nicht kostendeckend.

Tabelle 9 fasst die Sichtweise zur Situation des Apothekennotdiensts im Landkreis Fulda und die geäußerten Auswirkungen zusammen.

[19] Dies bedeutet ein wöchentlich abwechselnder Dreierrhythmus mit jeweils 17 Wochen Notdienstbereitschaft im Jahr.

Tabelle 9 Situation und Auswirkungen des Apothekennotdiensts im Landkreis Fulda

	Apothekennotdienst
Situation	verschiedene Apothekennotdienstbezirke im Landkreis (Belastungsgefälle Land-Stadt); Aufrechterhaltung des Apothekennotdienstes bei gleichzeitiger Zentralisierung des ÄBD; Patienten beziehen Medikamente dort, wo der Arzt aufgesucht wird (= Stadt); Vergütung: 2,50 Euro je Notdienstrezept nicht kostendeckend
Auswirkung	höhere Notdienstbelastung im ländlichen Raum; Unattraktivität und schlechtere Personalfindung bei Landapotheken; weniger Kundschaft; wirtschaftliche Belastung; keine Kostendeckung

5.3 Lösungsansätze und deren Grenzen

Ein weiterer wichtiger Themenbereich aus den Interviews waren Maßnahmen und Lösungsansätze zur langfristigen Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und Verbesserung der angesprochenen Problemlagen. Im Rahmen der Gespräche wurden die Perspektiven von (kooperativen) Versorgungsformen und -modellen sowie deren Grenzen ausführlich diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass alle Player des Gesundheitswesens stark an der Lösung der Probleme und an der Sicherstellung der Versorgung interessiert sind, in den jeweiligen Vorschlägen jedoch häufig unterschiedliche, z.T. konträre Sichtweisen zu deren Lösung zum Ausdruck kamen.

Die Ergebnisse der Gespräche werden in diesem Abschnitt untergliedert nach Themenbereichen zusammenfassend dargestellt.

5.3.1 Neue Formen ärztlicher Berufsausübung

In einigen Gesprächen wurde von den Akteuren angedeutet, dass Einzelpraxen, insbesondere im hausärztlichen Bereich, Auslaufmodelle darstellten. Aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen, wie beispielsweise der wachsende Anteil an Medizinstudentinnen, sei es notwendig, die Möglichkeiten der Ausübung des Arztberufes jenseits der Freiberuflichkeit zu erweitern. Darüber hinaus könnten alternative Praxisformen einen Baustein darstellen, um die medizinische Versorgung in Gebieten ohne Praxisnachfolge abzusichern. Im Rahmen der Interviews wurden hierzu verschiedene (neue) Formen der ärztlichen Berufsausübung genannt (siehe Tabelle 10).

Die Vertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte empfahlen, dass sich Ärzte bzw. Ärztinnen in Einzelpraxen bereits frühzeitig darum bemühen sollten, Juniorpartner in ihre Praxis aufzunehmen, um deren Fortbestand für die Zukunft zu sichern. Im ländlichen Raum seien Hausarztzentren ein Zukunftsmodell, in denen drei bis fünf Ärzte bzw. Ärztinnen ein größeres Versorgungsgebiet abdecken. Zu erwähnen sei jedoch, dass sich viele Ärztinnen und Ärzte erst an einen kollegialen Arbeitsstil in einem Team gewöhnen müssten.

Nach Auffassung des Vertreters des Landkreises bestünde mit der Möglichkeit zur Teilanstellung von Ärzten bzw. Ärztinnen in Krankenhaus und der Praxis vor Ort ein Ansatz mit Potential zur Überwindung der Sektorgrenzen. Auch für den Arzt bzw. die Ärztin sei diese Art der Berufsausübung von Vor-

teil, da sie das Risiko der Freiberuflichkeit mindere. Wichtige Voraussetzungen seien eine Akzeptanz zwischen ambulantem und stationärem Sektor und der Abbau der aktuell bestehenden Konfrontationsstellung zwischen den beiden Bereichen. Das Modell stoße allerdings auch an Grenzen, da die Krankenhäuser aufgrund des sich dort abzeichnenden Ärztemangels versuchen würden, die Ärztinnen bzw. Ärzte in Vollbeschäftigung am eigenen Hause zu halten.

Ein im Landkreis Fulda bereits angedachtes Modell der Zweigpraxis oder der Außensprechstunde konnte in den Gesprächen als ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land identifiziert werden. Voraussetzung für die Umsetzung sei nach Meinung der Ärztinnen und Ärzte jedoch die außerbudgetäre Vergütung der Leistung, so dass entstehende Kosten (beispielsweise für Praxisunterhalt und Fahrten) gegenfinanziert werden könnten. Diese Notwendigkeit sei laut KV akzeptiert worden, jedoch fordere sie hierzu ein zusätzliches Honorar bei den Kostenträgern ein. Hierbei bestünde allerdings Uneinigkeit zwischen beiden Parteien. Während einzelne Gemeinden des Landkreises (beispielsweise Tann) bestrebt sind, durch Außensprechstunden oder Zweigpraxen die fachärztliche Versorgung auf dem Land zu verbessern, wird das Modell von anderen Gemeinden und dem Landkreis zur Sicherstellung der Grundversorgung im hausärztlichen Bereich favorisiert. Laut Landkreis habe die KV im Bereich der hausärztlichen Versorgung bereits ihre Zusage erteilt, den Ansatz im Sinne einer modellhaften Initiative zu unterstützen. Im fachärztlichen Bereich bestünden diesbezüglich jedoch Probleme. Das Argument der KV sei, dass sich die fachärztliche Versorgung schon immer auf das städtische Gebiet konzentriere und ein derartiges Vorhaben lediglich eine höhere Nachfrage und damit höhere Kosten erzeuge. Da sich die Versorgungssituation jedoch auch im hausärztlichen Bereich als aktuell noch gut darstelle, könne derzeit auch hier noch keine Finanzierung des Modells durch die KV erfolgen. Weiterhin seien die Hausärztinnen und Hausärzte im Landkreis ausgelastet, so dass sich noch keine Hausärztin bzw. kein Hausarzt zur Übernahme der Außensprechstunden/Zweigpraxen bereit erklärt habe. Der Ansatz werde vom Landkreis jedoch weiterhin mit Zuversicht verfolgt.

Als weitere neue Praxisform wurde in den Interviews das Modell der „fahrenden Praxis“ angesprochen. So könnten Busse oder Wohnmobile als Arztpraxis umfunktioniert werden und je nach Bedarf an verschiedenen Orten des Landkreises einen Praxisbetrieb anbieten. Der Vertreter des Landkreises hält dies jedoch für den falschen Weg. Es sei zu hoffen, dass es nicht so weit kommen müsse, denn eine Kontinuität in der Versorgung, Vertrautheit mit dem Patienten bzw. der Patientin und die Kenntnisse familiärer Bedingungen durch den Arzt bzw. die Ärztin seien von besonderer Wichtigkeit in der medizinischen Versorgung, was besser durch die örtliche Verankerung und eine Betreuung durch feste Ansprechpersonen sicherzustellen sei.

Tabelle 10 Formen ärztlicher Berufsausübung

Allgemein	**Voraussetzungen, Forderungen, Hindernisse**
erweiterte ärztliche Berufsausübungsmöglichkeiten wichtig; zukünftige Entfernung vom freien Arztberuf (Einzelpraxis als Auslaufmodell); Anpassung der Berufe aufgrund veränderter Bedingungen Entwicklung von Praxisnetzen und medizinischen Kooperations-Netzwerken	*Voraussetzungen/Forderungen:* Verminderung von Zulassungen, andere Zulassungsmöglichkeiten, mehr Flexibilität bei rechtlichen Regelungen (Zulassungsbedingungen/Refinanzierung) Realisierung auf der Ebene der Interessenvertretung z.T. bereits erfolgt (z.B. GNO)
Juniorpartneraufnahme/Hausarztzentren	**Voraussetzungen, Forderungen, Hindernisse**
frühzeitige Aufnahme von Juniorpartner in die Einzelpraxis (mindestens 3 Ärzte); Hausarztzentren im ländlichen Raum als Zukunftsmodell *Vorteile:* Abdecken großer Gebiete; Erweiterung von Angebot und Sprechstunden; Arztentlastung; Ausstiegsmodell: Teilzeitarbeit im Alter möglich	*Hindernisse:* Umstellung auf kollektiven Arbeitsstil bei Ärzten teilweise schwierig
Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis	**Voraussetzungen, Forderungen, Hindernisse**
Teilanstellung des Arztes im Krankenhaus und in der Praxis vor Ort *Vorteil:* Potential sektorübergreifender Kooperationen (Überwindung von Sektoren); Vorteile des Angestelltenverhältnisses	*Voraussetzungen:* Akzeptanz zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten *Hindernisse:* Abwehrhaltung niedergelassener Ärzte, Konfrontationsstellung; Ärztemangel im stationären Bereich
Zweigpraxen/Außensprechstunden	**Voraussetzungen, Forderungen, Hindernisse**
guter Lösungsansatz für Gebiete ohne Praxisnachfolger; im Landkreis bereits angedacht; Unterstützung der KV im hausärztlichen Bereich zugesichert; im fachärztlichen Bereich über MVZ (Krankenhaus) angeboten; potentielle „Zuweisersicherung“ für Krankenhaus *Vorteile:* Wegersparnis für Patienten; mögliche Arbeitsaufwertung für Arzt	*Forderung:* außerbudgetäre Vergütung, Gegenfinanzierung von Praxisunterhalt und Fahrkosten; Zusatzhonorar von Kassen *Hindernisse:* Finanzierungsprobleme, Uneinigkeit zw. Kostenträger und KV; Kritik der Wettbewerbsverzerrung durch Landesärztekammern, keine Unterversorgung, keine freien Kapazitäten bei Hausärzten
Mobile ärztliche Praxen „fahrende Praxis“	**Voraussetzungen, Forderungen, Hindernisse**
Idee: Bus/Wohnmobil als Arztpraxis, Praktizieren an verschiedenen Orten des Landkreises; *Vorteile:* Abdecken großer Gebiete; Kostenersparnis gegenüber Zweigpraxen	*Hindernisse:* Ablehnung des Ansatzes: Kontinuität, Vertrautheit mit Patienten, Kenntnisse familiärer Bedingungen nicht gewährleistet

5.3.2 Fachübergreifende Behandlungseinrichtungen

Als weitere Kooperationsform zur Sicherstellung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung auf dem Land konnten sogenannte fachübergreifende Behandlungseinrichtungen identifiziert werden (siehe Tabelle 11).

Um die fachärztliche Versorgung gemeindenaher zu gestalten, wird und wurde in einzelnen Gemeinden des Landkreises (so in Tann, Hilders, Gersfeld) bereits die Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) angedacht. Auch in Medizinischen Versorgungszentren seien ärztliche Anstellungsverhältnisse möglich, was vor dem Hintergrund der „Feminisierung" der Medizin von Vorteil sei. Dennoch werden Schwierigkeiten in der Umsetzung befürchtet, da der Landkreis Fulda für den fachärztlichen Bereich zulassungsgesperrt sei und bereits praktizierende Fachärztinnen und Fachärzte nicht in die ländliche Region wechseln werden.

Auch wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vor Ort die beste Variante bedeuteten, so seien nach Meinung des Vertreters des Landkreises, Medizinische Versorgungszentren durch kommunale Kliniken zu begrüßen, wenn die ärztliche Versorgung anders nicht zu gewährleisten sei. Auch mit Blick über die Landesgrenzen hinaus könnten sie eine sinnvolle Rolle spielen (beispielsweise in Hilders, Tann oder Gersfeld). Skepsis bestehe jedoch gegenüber großen privaten Klinikketten, da hier die Zuweiserinteressen nicht überblickbar seien.

Demgegenüber fordern die Kostenträger die Zulassungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren zu verändern und deren Gründung für weitere Gruppen zu öffnen. Darüber hinaus sei es sinnvoll, Medizinische Versorgungszentren alleine für den hausärztlichen Bereich einzurichten, um auch durch diese zugehende Medizin anbieten zu können.

Für die Pflege sei die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren, angegliedert an stationäre Pflegeeinrichtungen, ebenfalls vorstellbar, wenn die Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht mehr funktioniere.

Des Weiteren sind dem stationären Sektor zufolge auch die Krankenhäuser in der Pflicht, die gesundheitliche Versorgung in der Region sicherzustellen. So seien Medizinische Versorgungszentren, getragen von Krankenhäusern, denkbar, die sich nicht nur an einem Ort konzentrieren, sondern auch die Versorgung in den ländlichen Regionen des Landkreises sicherstellen. Der Markt der ambulanten Versorgung werde nicht ignoriert, da andernfalls die Gefahr des Aufkaufs von Sitzen durch private Klinikketten bestehe und damit Zuweisungen gefährde. Die Krankenhäuser hätten jedoch nicht das Bestreben, den niedergelassenen Bereich zu verdrängen.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte empfänden dies jedoch eher als Konkurrenz denn als Unterstützung. So stoße der Ansatz der Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren bei den niedergelassenen Medizinern auf eine sehr stark ausgeprägte Ablehnung. Diese würden durch ungleiche Wettbewerbsbedingungen den Charakter der Freiberuflichkeit bedroht sehen, da Krankenhäuser im ambulanten Markt somit in gleicher Weise agieren könnten wie niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen, jedoch über ungleich höhere finanzielle Mittel verfügen.

Neben Medizinischen Versorgungszentren wurden ferner therapeutische Regional- und Sozialzentren als weitere Formen fachübergreifender Behandlungseinrichtungen vorgeschlagen.

Vergleichbar mit neuen Kooperationsformen im ärztlichen Bereich bestünde auch im Heilmittelsektor die Möglichkeit, dass sich verschiedene therapeutische Berufsgruppen (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Heilpraktiker etc.) in einem großen regionalen Zentrum zusammenschließen, um die therapeutische Versorgung „zukunftsfest" zu gestalten. Ein noch umfassenderer Ansatz stellt das in Weyhers-Ebersburg bereits angedachte Sozialzentrum dar. Hierbei sollen Beratungs- und Betreuungsangebote im niederschwelligen Bereich durch unterschiedlichste gesundheitliche Anbieter gebündelt und zusammengeführt werden.

Tabelle 11 Fachübergreifende Behandlungseinrichtungen

Medizinische Versorgungszentren	**Voraussetzungen, Forderungen, Hindernisse**
Instrument zur Sicherstellung ambulanter Versorgung im ländlichen Raum; Etablierung in Gemeinden bereits angedacht; Einrichtung von MVZ´s durch kommunale Kliniken zu begrüßen; Markt der ambulanten Versorgung durch Krankenhaus nicht zu ignorieren; Gründung durch Pflegeeinrichtungen denkbar *Vorteile:* fachärztliche Versorgung gemeindenaher; ärztliche Anstellungsverhältnisse möglich	*Forderungen:* veränderte Zulassungsvoraussetzungen, MVZ für den hausärztlichen Bereich (Kostenträger) Etablierung von Ärztenetzwerken/Praxisnetzwerken *Hindernisse:* starke Ablehnung durch niedergelassene Ärzte (MVZ); Skepsis gegenüber großen privaten Klinikketten; MVZ auf dem Land: fachärztlicher Bereich gesperrt, vorhandene Fachärzte nicht für das Land zu gewinnen
Therapeutische Regionalzentren	
verschiedene therapeutische Berufsgruppen; Vielfalt an Angebot; abgestimmte Termine	
Sozialzentrum	
Beratungs- und Betreuungsangebot im niederschwelligen Bereich; Zentrierung und Bündelung von Angeboten und Leistungen unterschiedlichster gesundheitlicher Anbieter	

5.3.3 Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen

Nahezu alle Akteure sprachen in den Interviews den Ansatz der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf weitere Versorgungsteilnehmer bzw. andere Gesundheitsberufe an und befürworteten diesen (siehe Tabelle 12). So sei in Zukunft die aufsuchende, „mobile Medizin" (Hausbesuche) sicherzustellen und das Zusammenspiel der Professionen im Gesundheitswesen zu fördern. Die Übertragung ärztlicher Leistungen sei eine Möglichkeit der Versorgung im ländlichen Raum, da viele Tätigkeiten, auch nach Meinung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, nicht unmittelbar ärztlicher Kompetenz bedürften.

Nach § 63 Abs. 3c SGB V können Krankenkassen und Leistungserbringer seit 2011 im Rahmen von Modellvorhaben die Übertragung – also Substitution – ärztlicher Tätigkeiten auf Kranken- und Altenpflegeberufe erproben. Durch die am 22. März 2012 hierzu in Kraft getretene Richtlinie wird diesen Gesundheitsberufen die selbstständige Ausübung von Heilkunde, beispielsweise im Rahmen spezifischer Infusionstherapien oder bei Wund- und Schmerztherapien, ermöglicht (Ärzte Zeitung online 2012; Gemeinsamer Bundesausschuss 2011a). Anzumerken ist allerdings, dass die hierzu notwendigen akademischen Ausbildungskapazitäten bzw. Modellstudiengänge noch nicht geschaffen sind.

Auch innerhalb des „Hessischen Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für die Jahre 2012 bis 2014“ sollen drei Modellprojekte zur Delegation ärztlicher Leistungen erprobt und evaluiert werden (Hessisches Sozialministerium 2011c).

Dem Landkreis Fulda zufolge sei das Land Hessen bestrebt hierzu Modellregionen ins Leben zu rufen. Der Landkreis Fulda halte dies für einen interessanten Ansatz mit Zukunftspotential und setze sich dafür ein, Modellregion zu werden.

Darüber hinaus sei es (nach § 63 Abs. 3b SGB V) auch Physiotherapeuten bzw. Physiotherapeutinnen möglich, die Auswahl und Dauer der physikalischen Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten im Rahmen von Modellprojekten selbst zu bestimmen. Laut Vertreter der therapeutischen Berufe sei ferner der Direktzugang von Patientinnen und Patienten zu beispielsweise Physiotherapeuten zu befürworten.

Neben einer Reihe von Vorteilen, die sich aus dem Ansatz der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen ergäben (siehe Tabelle 12), seien für eine erfolgreiche Umsetzung laut den interviewten Akteuren jedoch auch verschiedene Voraussetzungen wie angemessene fachliche Ausbildung (bzw. Qualifikationsmaßnahmen) des nicht-ärztlichen Personals oder eine angemessene Vergütung der Leistungen zu erfüllen. Vor allem die Kostenträger merken darüber hinaus die Notwendigkeit der Refinanzierung aus dem Topf der ärztlichen Versorgung an.

Gefordert wird von Seiten der Pflege nicht nur die Delegation, sondern auch die Substitution von Leistungen. Darüber hinaus dürfe es nicht passieren, dass die Pflege Aufgaben zusätzlich übernehme, ohne dafür andere Aufgabengebiete beispielsweise an neue Pflege-Assistenzberufe abzugeben.

Als hinderlich für den Ansatz kann vor allen Dingen eine Abwehrhaltung der Ärztinnen und Ärzte identifiziert werden. So sei die Vorstellung von der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Versorgungsteilnehmer ein emotionaler und intelligenter Prozess, den die Ärzteschaft nur sehr langsam akzeptiere.

Auch Akzeptanzschwierigkeiten von Seiten der älteren Bevölkerung seien zu erwarten, da diese sehr viel Wert auf ärztlich erbrachte Leistungen legten und Leistungen durch „Helferinnen“ nicht die gleiche Statusbedeutung beimessen würde.

Ein weiteres Hindernis könne darüber hinaus der drohende Fachkräftemangel bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen darstellen. So stelle sich die Frage, an wen substituiert und delegiert werden solle, wenn hierzu nicht genügend geeignetes Fachpersonal vorhanden sei.

Tabelle 12 Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Versorgungsteilnehmer

Delegation/Substitution ärztlicher Leistungen	Voraussetzungen, Forderungen, Hindernisse
Ansatz (einschl. Direktzugang zu Therapeuten) zu befürworten; Möglichkeit zu Sicherstellung der Versorgung (einschl. Hausbesuchen) im ländlichen Raum; Modellprojekte nach § 63 SGB V möglich *Vorteile:* Entlastung der Ärzte; kontinuierliche Betreuung; bessere Zusammenarbeit zwischen Professionen; Zeit- und Kostenersparnis; Krankenhaus: Community Nurse sichert Zuweisungen an Krankenhäuser	*Voraussetzungen:* fachliche Ausbildung, angemessene Vergütung, gesicherte (Re-)Finanzierung (Bereinigung) *Forderungen:* keine isolierten Strukturen (Ärzteschaft), Aufgabenabgabe Pflege, Substitution nicht Delegation *Hindernisse:* Abwehrhaltung der Ärzte, finanzielle Hindernisse, Fachkräftemangel, Akzeptanzprobleme, Umsetzungsschwierigkeiten, Definition der Rahmenbedingungen nicht ausreichend, Schwierigkeiten Modellprojekte abzuschließen (Physiotherapie)

5.3.4 Nachwuchsförderung von Studierenden der Allgemeinmedizin

Einen weiteren wichtigen Baustein zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bildet nach Auffassung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der Kommunen und des Landkreises insbesondere die Nachwuchsförderung von Studierenden der Allgemeinmedizin (siehe Tabelle 13). So werde derzeit ein Curriculum für Medizinstudenten konkretisiert, um eine Ausbildung aus einer Hand („Rundum-Sorglos-Paket“) in der Region Fulda (durch das Klinikum) anzubieten und hierdurch die Aus- und Fortbildung zu erleichtern und zu fördern sowie junge Menschen für die Region und den Landarztberuf zu gewinnen. Das Curriculum sehe eine Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen vor. Während und nach der Ausbildung sollen Hospitationen in niedergelassenen Praxen, Jobs als Weiterbildungsassistenten oder sogar Praxiseinstiege vermittelt werden.

Da aus Studien hervorgehe, dass Mediziner eher für den ländlichen Raum zu begeistern seien, wenn sie dort sozialisiert wurden, soll darüber hinaus eine Datenbank mit Medizinstudierenden der Region aufgebaut werden, um so die Vergabe von Praktika, Ferienjobs oder Stipendien im Landkreis zu steuern.

Des Weiteren wurde vorgeschlagen, die Zahlen der Studienplätze zu erhöhen bzw. eine Absenkung des Numerus Clausus vorzunehmen, um hierdurch das Verhältnis von Studienplätzen und Bewerberzahlen zu „entkrampfen“. Dies sei auch im Bereich der Pharmazie zu empfehlen.

All diese Maßnahmen werden jedoch erst in einigen Jahren wirksam. Darüber hinaus bedürfe es zu ihrer erfolgreichen Implementierung einer engen Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten bzw. Ärztinnen und dem Krankenhaussektor sowie dem Zusammenwirken von berufsständischen Verbänden (Ärztekammern) mit der Landes- und Bundespolitik. Die Anhebung des Numerus Clausus sei ferner ein sehr komplexes Unterfangen und viele Experten sähen – entgegen der Auffassung eines Interviewteilnehmers – keine Notwendigkeit weitere Studierende auszubilden, da sie der Meinung seien, dass lediglich ein Verteilungsproblem der Ärzte (Stadt-Land) vorliege.

Tabelle 13 Nachwuchsförderung

Nachwuchsförderung	Voraussetzungen, Forderung, Hindernisse
„regionales“ Curriculum für Allgemeinmedizin; Datenbank über Medizinstudierende der Region (Vergabe von Praktika, Jobs, Stipendien); Erhöhung Studienplatzzahlen bzw. Absenkung des Medizin-NC	*Voraussetzungen:* Kooperation niedergelassene Ärzte und Krankenhaus; Zusammenwirken von Landes-, Bundespolitik und berufsständischen Verbänden *Hindernisse:* Maßnahme mit erst langfristiger Wirkung; Experten sehen Problem lediglich in Ärzteverteilung „Stadt-Land“; NC-Absenkung sehr komplex

5.3.5 Lösung des Fachkräftemangels und Weiterentwicklung der Pflege

Auch zum Thema Fachkräftemangel benannten einige Interviewpartner mögliche Maßnahmen zu dessen Lösung (Tabelle 14). Für nahezu alle Akteure stand die Steigerung der Berufsattraktivität durch beispielsweise intelligente Dienstpläne, neue Vergütungsformen, attraktive Fort- und Weiterbildungsangebote oder Betreuungsangebote für Kinder als wichtige Aspekte im Vordergrund.

Nach Einschätzung der Kostenträger sei die Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe nicht nur eine Finanzierungsfrage. So seien besonders die Wertschätzung von pflegerischen Dienstleistungen und die Kommunikation dieser Wertschätzung von besonderer Notwendigkeit.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Pflege empfahlen außerdem eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Professionen[20], neue Qualifizierungswege und Bildungsangebote in der Pflege[21] sowie eine Steigerung der Ausbildungszahlen.

Tabelle 14 Lösung des Fachkräftemangels

Lösung Fachkräftemangel	Voraussetzungen, Forderung, Hindernisse
Steigerung der Berufsattraktivität (intelligente Dienstpläne, neue Vergütungsstrukturen, Fort- und Weiterbildung, Betreuungsangebote); neue Aufgabenverteilung unter den Professionen; neue Bildungsansätze in der Pflege (versch. Zugänge und Aufgaben); Steigerung Ausbildungszahlen; ausländische Fachkräfte; mehr Ehrenamt; Steigerung der Wertschätzung	*Voraussetzungen:* Therapeuten: Ursachen für Mangel im Vorfeld klären *Hindernisse:* viele Ansätze nicht durchdacht und zielführend: lediglich schnelle „Kleinstlösungen“ z.B. Einführung neuer Berufsgruppen; finanzielle Hindernisse: Deckelung der Personalkosten sind nicht über Preiserhöhung weiterzugeben ausländische Fachkräfte: Konkurrenz mit anderen Ländern, mangelnde Deutschkenntnisse, Illegalität Ehrenamt: Sorge um Professionalitätsverlust

[20] Substitution ärztlicher Tätigkeiten an die Pflege und Abgabe von Aufgaben an Serviceassistenten. Siehe Tabelle 12.

[21] Verschiedenen Zugänge und Aufgaben wie Hauptschule: Pflegeassistenz, Realschule: Examinierte Pflegekräfte, Gymnasium/Abitur: Studium mit Koordinationsaufgaben.

Ebenfalls aus Gründen des demografischen Wandels und des damit einhergehenden drohenden Fachkräftemangels sei nach Ansicht der Pflege darüber hinaus die Etablierung neue Pflegeformen notwendig (siehe Tabelle 15). Insbesondere neue Wohnformen und moderne Pflegeplätze wie beispielsweise Wohn- und Hausgemeinschaften, die der typischen Großfamilie nachempfunden sind, seien zu entwickeln. Gemeinschaften von bis zu zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern pro „Quartier“ würden durch eine Präsenzkraft als „Hausvorstand“ gemanagt, durch ehrenamtliche Menschen betreut und könnten ihre Tagesstruktur nahezu selbstständig festlegen. Auch die Kooperation zwischen Pflegeheim und Therapie- bzw. Wellness-Angeboten sowie die Einbettung von Geschäften (Einkaufsläden, Café etc.) in die Heime sei ein zu befürwortender Ansatz, der zusätzlich eine Integration der Pflegebedürftigen in die Gesellschaft ermögliche. Voraussetzung für viele neue Wohnformen sei jedoch eine Änderung der aktuellen hessischen Heimgesetzgebung.

Tabelle 15 Weiterentwicklung in der Pflege

neue Pflegeformen	Voraussetzungen, Forderung, Hindernisse
neue Wohnformen: Wohn- und Hausgemeinschaften; Integration von therapeutischen Angeboten, öffentlich zugänglichen Geschäften/Cafés usw. in Heime; Segregative Demenzbetreuung; Forcierung präventiver Ansätze	*Voraussetzungen:* Änderung der hessischen Heimgesetzgebung *Forderung:* Erhöhung Pflegeversicherungsbeitrag *Hindernisse:* Akzeptanzschwierigkeiten neuer Wohnformen bei ländlicher Bevölkerung

5.3.6 Unterstützungsangebote durch Kommunen und Landkreis

Auch die Frage danach, welche Unterstützungsangebote zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere durch Gemeinden, aber auch durch den Landkreis vorgenommen werden könnten und sollten, wurde von der Mehrzahl der Interviewpartner erörtert. Im Rahmen der Gespräche konnte eine Vielzahl von Maßnahmen identifiziert werden, die bereits umgesetzt werden oder deren Umsetzung erwünscht seien (siehe Tabelle 16).

Vielen Akteure schlugen in den Interviews finanzielle Anreize oder das Bereitstellen von kostenfreien oder günstigen Gesundheitsimmobilien als mögliche Unterstützungsangebote der Kommunen vor. Sowohl die Kommunen als auch der Landkreis sehen ihre Aufgabe jedoch maßgeblich in der Kommunikation und dem engen Austausch mit der Ärzteschaft und weiteren Akteuren der gesundheitlichen Versorgung sowie in der Schaffung grundlegender infrastruktureller Rahmenbedingungen. So könnten die Kommunen eine Vernetzungsfunktion wahrnehmen oder als Moderatorinnen fungieren, indem sie die Akteure des Gesundheitswesens zusammenführen, dabei über aktuelle und zukünftige Versorgungsengpässe beraten oder beispielsweise bei rechtlichen Fragen oder bei der Nachfolge- oder Grundstücksuche unterstützend tätig werden.

Zusammenschlüsse und Interessenverbände bestünden bereits wie beispielsweise das Gesundheitsnetzwerk Osthessen eG (GNO) oder das Gesundheitsnetz Rhön e.V., die durch die Vernetzung und Koordination verschiedener Ärztegruppen bzw. Leistungsanbieter die Versorgungsqualität im ländli-

chen Raum strukturieren. Allerdings sei der Austausch zwischen Kommunen und Ärzten in manchen Fällen noch verbesserungswürdig.

Tabelle 16 Unterstützungsangebote durch Kommunen und den Landkreis

Unterstützungsangebote durch Kommunen und Landkreis	Voraussetzungen, Forderung, Hindernisse
kostenfreie/günstige Räumlichkeiten (Gesundheitsimmobilien); günstige Bauplätze; gute Infrastruktur; finanzielle Anreize; Fahrdienste einrichten; Aufnahme neuer Pflegeformen in Kreispflegeplan; politische Arbeit (Artikulation von Interessen); Kommunikation mit Ärzten; Bedarfe feststellen (Sensibilität für das Thema), Netzwerkerfunktion wahrnehmen; Unterstützungsfunktion (rechtliche Beratung, Nachfolgersuche, Grundstücksuche, Bauleitplanung)	*Voraussetzungen:* Informationen zur Versorgungssituation *Forderungen:* Austausch zwischen Kommune und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsanbietern *Hindernisse:* finanzielle Ressourcen: Beschränkung auf Pflichtaufgaben, enges finanzielles Korsett; Begrenztheit der finanziellen Anreize, Räumlichkeiten, günstiger Baugrund: nicht Aufgabe der Kommune, ärztliche Leistungen zu bezahlen; Gefahr eines Wettlaufs um kommunale Förderung → Vorteil von Städten; Öffentliches Angebot für Gemeinden nicht zu leisten; Austausch und Kontakt zu Ärzten verbesserungswürdig

Die finanzielle Unterstützung von Gemeinden ist laut Landkreis und Kommunen nur sehr eingeschränkt möglich, da sich die Kommunen in einem engen finanziellen Korsett befänden und über ihre Pflichtaufgaben hinausgehende Investitionen ausführlich zu begründen hätten. Darüber hinaus seien niedrige Preise (beispielsweise Grundstückspreise, Wasser etc.) auf dem Land bereits vorhanden; ein öffentliches Angebot an Kultur- und Freizeitprogrammen sei jedoch nicht zu leisten. Monetäre Anreize könnten nicht groß genug sein, um diesen hinderlichen Aspekt auszugleichen. Hierbei bestehe die Gefahr eines Wettlaufs um kommunale Förderungen, dem Gemeinden im Wettbewerb mit Städten nicht gewachsen seien.

5.3.7 Ehrenamt

In enger Verbindung mit Unterstützungsangeboten durch die Kommunen stehen auch solche Ansätze, die durch Ehrenamt geleistet werden könnten (siehe Tabelle 17).

So wurden im Landkreis Fulda bereits ehrenamtliche Vereine ins Leben gerufen (beispielsweise „Miteinander-Füreinander Oberes Fuldatal e.V.“ auf gemeinsame Initiative der Bürgermeisterinnen Ebersburg und Gersfeld oder „Füreinander da sein e.V.“ in Tann), die sich unter anderem mit dem Thema gesundheitliche Versorgung älterer Menschen auseinandersetzen und ergänzend zur Nachbarschaftshilfe zum Einsatz kommen. Der Begriff „Gesundheit“ werde dabei sehr weit gefasst, bis hin zu den Themen Bildung oder Ernährung. Die Vereine seien gegründet worden, um einem sich ändernden und wachsenden Bedarf an Leistungen wie Einkaufshilfen, Informationsdiensten, Übernahme alltäglicher Dienstleistungen oder Betreuungsangeboten frühzeitig gerecht werden zu können. Insbesondere Bring- und Holservices seien nach Auffassung der Kommunen ein wichtiger An-

satz, damit ältere Menschen die Ärztin oder den Arzt auch im ländlichen Raum besuchen können. Auch diese Leistung könnte über ehrenamtliche Fahrdienste des Vereins angeboten werden.

Tabelle 17 Ehrenamt

Ehrenamt	Voraussetzungen, Forderung, Hindernisse
Ehrenamtliche Vereine (beispielsweise Tann, Ebersburg, Gersfeld): Fahrdienste, Einkaufshilfen, Betreuung, Information, Vermittlung von Dienstleistungen etc.	*Hindernisse:* Grenzen des Ehrenamts; Fahrdienste: Wartezeiten, Gewährleistung von Kontinuität und Sicherstellung

5.3.8 Neuordnung des Apothekennotdienstes

Wie bereits in Anschnitt 5.2.4 erläutert, stellt sich die Situation der Apotheken durch die starke Notdienstbelastung bei gleichzeitiger Verschärfung durch die Zentralisierung des ÄBD als besonders problematisch dar. Auch diesbezüglich wurden von den betreffenden Akteuren mögliche Lösungsansätze vorgeschlagen (Tabelle 18).

Zur Verbesserung der Situation sei vor allem die Vergrößerung der Notdienstbezirke bzw. die Zusammenlegung von Notdiensten sinnvoll, so dass sich mehr Apotheken die Notdienste teilen könnten und sich die Notdienstfrequenz der einzelnen Apotheke damit reduziere. Sowohl landkreis- als auch bundesländerübergreifende Regelungen (beispielsweise mit Bayern oder Thüringen) wären vorstellbar. Die Zusammenlegung von Notdienstbezirken[22] sei nach der Zentralisierung des ÄBD bereits beantragt worden, scheiterte jedoch an der Landesapothekerkammer Hessen, da die Notdienstapotheken eines Bezirks laut Satzung der LAK lediglich 15 Kilometer auseinander liegen dürfen. Hierfür müsse eine Satzungsänderung vorgenommen werden.

Um eine Notdienstzusammenlegung über Ländergrenzen hinaus zu erzielen, müsste eine Kooperation zwischen den einzelnen Länderkammern stattfinden; alle Kammern müssten hierbei ihre Notdienstkreise neu bestimmen. Jedoch scheitere auch dies an der fehlenden Zusammenarbeit der verschiedenen LAKen.

Ein weiterer Punkt sei nach Auffassung der Apotheken die Notdienstvergütung; auch diese müsse angepasst werden, um ein wirtschaftliches Arbeiten zu ermöglichen (vgl. Abschnitt 5.2.4).

Tabelle 18 Veränderung des Apothekennotdienstes

Veränderung Apothekennotdienst	Voraussetzungen, Forderung, Hindernisse
größere Notdienstbezirke/Zusammenlegung der Notdienste (Antrag bereits gestellt); landkreis- und länderübergreifende Regelungen; Änderung der Notdienstvergütung	*Hindernisse:* Erweiterung Notdienstbezirke: Scheitern an Regelungen der Landesapothekerkammer; länderübergreifende Zusammenlegung: mangelnde Kooperation zwischen LAKen

[22] So z.B. die Zusammenlegung von Hilders, Tann, Ehrenberg mit Gersfeld, Poppenhausen, Schmalnau und Uttrichshausen.

6 Neuzuschnitt des Planungsbereichs und Handlungsempfehlungen

Aus der Vielzahl der Vorschläge, die im Rahmen der Interviews von den Stakeholdern und lokalen Akteuren zur Lösung eines sich im Landkreis Fulda perspektivisch abzeichnenden Versorgungsengpasses vorgetragen wurden, werden abschließend einige Handlungsempfehlungen gebündelt zusammengefasst, die aus Sicht der Verfasserin und der Verfasser der Studie im Sinne eines Agenda-Settings mögliche Handlungs- und Bearbeitungsfelder auf der regionalen Ebene abstecken.

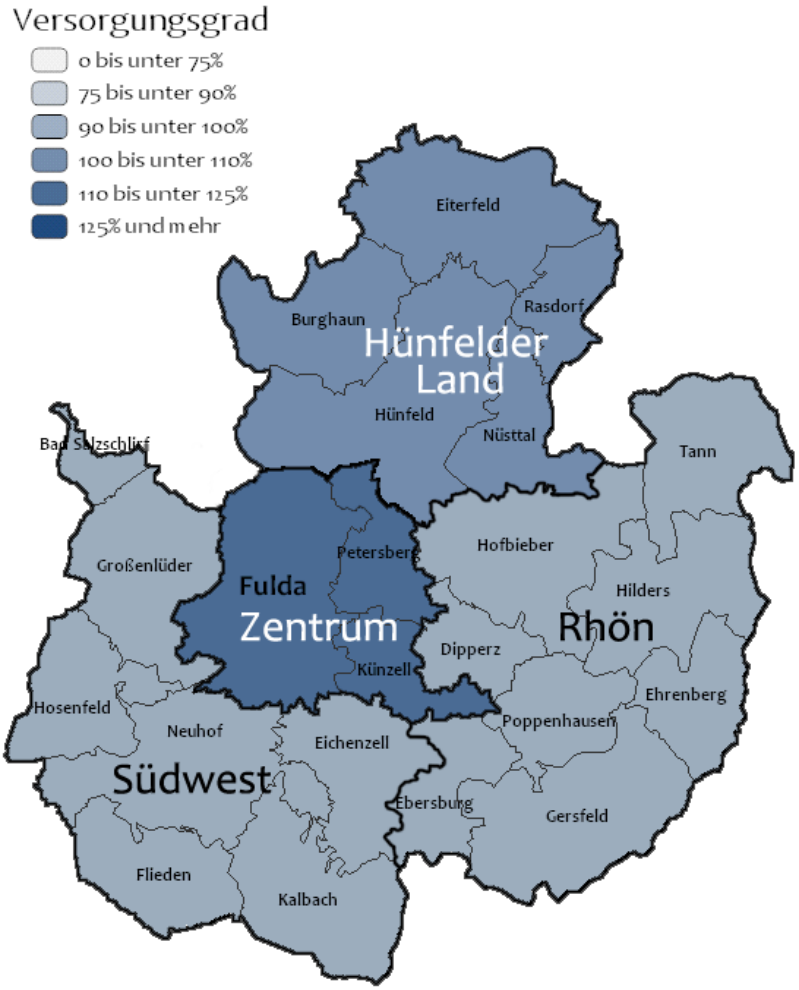
Aufgrund der großen Bedeutung, die dem Thema „kleinräumiger Neuzuschnitt der Planungsbereiche“ für die hausärztliche Versorgung auf dem Land in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte und im Zusammenhang mit dem zu Beginn des Jahres in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz beigemessen wird, soll daher – den Handlungsempfehlungen vorangestellt – eine Modellrechnung des hausärztlichen Versorgungsgrades und der Hausarztdichte vorgestellt werden, die auf einem Neuzuschnitt des bisherigen Planungsbereichs basiert. Die Ergebnisse der Modellrechnung bieten mehr Transparenz über die lokale Versorgungssituation und können Eingang in die regional zu führende Diskussion über die Weiterentwicklung der lokalen Versorgungsarrangements finden.

6.1 Modellrechnung auf Basis eines kleinräumiger Zuschnitts des Planungsbereichs

Der Modellrechnung liegt ein Neuzuschnitt des bisherigen, mit den Kreisgrenzen identischen Planungsbereiches in vier für die hausärztliche Versorgung maßgebliche räumliche Untergliederungen zugrunde. Eine solche Neufassung des Planungsbereichs liegt zwar nicht im Zuständigkeitsbereich der lokalen Akteure – diese bleibt auf Landesebene einer bundesgesetzlichen Regelung vorbehalten. Eine solche Neujustierung kann jedoch zur Illustration der mit einem kleinräumigen Zuschnitt verbundenen Folgewirkungen im Bereich der hausärztlichen Versorgung beitragen. Die Ergebnisse, die sich aus dem Neuzuschnitt für den jeweiligen Versorgungsgrad und die Versorgungsdichte – hier allein für die Hausarztversorgung – ergeben, schaffen *erstens* mehr Transparenz über mögliche Folgewirkungen, zeigen *zweitens* lokalräumliche Besonderheiten auf und können so *drittens* Eingang in die Diskussionen „vor Ort“ in lokal zu initiierende Lösungsfindungsprozesse, beispielsweise im Rahmen „lokaler Gesundheits- und Versorgungsforen“ (s.u.) finden.

Die Ergebnisse dieser Modellrechnung, der angenommen vier räumliche Untergliederungen („Zentrum“, „Hünfelder Land“, “Rhön“ und „Südwest“) sowie die Hausarzt- und Einwohnerzahlen zum Zeitpunkt Mai 2011 bzw. Juni/Dezember 2010 unterlegt sind, zeigen eine unter den gegebenen Bedingungen erwartbare deutliche Heterogenität zwischen diesen kleinräumigen Regionen sowohl bei der Hausarztdichte als auch beim hausärztlichen Versorgungsgrad (Abbildung 19).

Abbildung 19 Hausärztlicher Versorgungsgrad auf der Basis eines Neuzuschnitts des Planungsbereichs in vier Teilgliederungen



Stichtag Hausarztdaten: 12.05.2011; Stand Bevölkerungsdaten: 30.06.2010; 31.12.2010
Quelle: Eigene Berechnung und. Darstellung auf Basis der KV Hessen, Stadt u. Landkreis Fulda o.J.-g; Kartengrundlage: © Lutum+Tappert

Von der durchschnittlichen Hausarztdichte im Landkreis (1.372 Einwohner/Hausarzt = 100 %) liegt allein das „Zentrum“ mit 89 % unter, alle anderen Kleinregionen über dem Durchschnitt („Hünfelder Land“: 105 %; „Rhön“: 109 %; „Südwest“: 119 %). Nach den geltenden Grenzkriterien der Bedarfsplanung gelte zum derzeitigen Stand das „Zentrum“ mit einem Versorgungsgrad von 122 % als deutlich „überversorgt“, das „Hünfelder Land“ mit 103 %, die „Rhön“ mit 99 % und der „Südwesten“ des Landkreises mit 93 % als „voll versorgt“. Gleichwohl deutliche Unterschiede nach beiden Kategorien zwischen den Kleinregionen erkennbar sind, läge zum aktuellen Zeitpunkt – die geltenden Kriterien der Bedarfsplanung unterstellt – in keinem der ländlichen Kleinräume des Landkreises eine „Unterversorgung“ vor.

6.2 Handlungsempfehlungen

Maßgebend für die Auswahl der nachfolgend genannten Handlungsempfehlungen sind aus Sicht der Verfasserin bzw. Verfasser der Studie folgende Überlegungen:

- *Erstens* soll ein – wenn auch nur in Teilen – erkennbarer Übereinstimmungsgrad bei den befragten Akteuren vor Ort vorliegen, gleichwohl diese in vielerlei Hinsicht unterschiedliche, teils gar konträre Sichtweisen und Standpunkte zu möglichen Lösungsansätzen in den Interviews zum Ausdruck gebracht haben.
- *Zweitens* finden hier nur solche Lösungsansätze Beachtung, denen – jenseits der Interessendivergenzen der Akteure – angesichts der im Bereich der gesundheitlichen Versorgung doch begrenzten Entscheidungskompetenzen lokalräumlicher Entscheidungsträger eine kurz- und mittelfristige Realisierungschance zuerkannt werden kann.

Die Studie verzichtet insofern auf die Benennung von solchen Empfehlungen (unter anderem zu Fragen der Versorgungssteuerung, der Modifikation der Bedarfsplanung, der Änderung des Zugangs zum Medizinstudium und andere mehr), die sich einer aussichtsreichen „Bearbeitung" auf der lokalen Ebene entziehen. Die im vorangegangenen Kapitel 5 vorgenommene Zusammenstellung der Befragungsergebnisse hat jedoch deutlich gemacht, dass das Repertoire der Interviewpartner auch zahlreiche „übergeordnete", ausschließlich auf der Ebene der Landes- bzw. Bundespolitik regelbare Änderungsvorschläge beinhaltet.

Zusammenfassend lassen sich nach dieser Maßgabe folgende, aus den Befragungsergebnissen generierte Handlungsempfehlungen ableiten:

- Aus der Analyse der gesundheitlichen Versorgungssituation des Landkreises wurde ein deutlich artikulierter **Koordinations-, Vernetzungs- und Moderationsbedarf** aller an der regionalen Versorgung teilnehmender Akteure erkennbar. Aus Sicht der Verfasserin und Verfasser der Studie stellt eine geeignete Plattform für eine solche Vernetzungs- und Koordinationsfunktion ein eigens hierfür neu zu etablierendes und in regelmäßigen Abständen tagendes **„lokales Gesundheits- und Versorgungsforum"** dar, in dem sämtliche relevanten Akteure und Stakeholder der Leistungserbringung und Kostenträger sowie Entscheidungsträger der gesundheitlichen Versorgung vertreten sind (KV, Anbieternetzwerke, Kranken- bzw. Pflegekassen, Krankenhausträger, Vertreter bzw. Vertreterinnen des Landkreises und der Kommunen, Vertreterinnen bzw. Vertreter der Pflege, der therapeutischen Berufe, der Medikamentenversorgung etc.). Die Initiative zur Einberufung bzw. Einsetzung des Forums und die Moderationsrolle fielen dem Landkreis zu. Ein solches Forum wäre nach geltender Rechtslage zwar ohne weit reichende Durch- und Umsetzungskompetenzen ausgestattet, hätte jedoch die bislang vernachlässigte Funktion eines kleinräumig orientierten, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Informationsaustausches zu übernehmen, in dem sämtliche, das gesundheitliche Versorgungsgeschehen der Bevölkerung des Landkreises betreffende Fragen ausgetauscht und besprochen werden könnten. Die inhaltliche Themenbandbreite sollte daher zunächst keiner Beschränkung unterliegen. Die inzwischen in Hessen etablierten Gesundheitskonferenzen stellen zu diesem Forum zwar keine geeignete Alternative dar, könnten jedoch – räumlich herunter gebrochen auf die Landkreisebene – als eine erste orientierende Vorform für ein solches Forum dienen, wobei sowohl der Themen- als auch Teilnehmerkreis zu erweitern wären. Eine weitergehende Konzeption, in deren Richtung sich die vorgeschlagenen „lokalen Gesundheits- und Versorgungsforen" zukünftig entwickeln könn-

ten, stellen sogenannte „regionale Versorgungskonferenzen“ mit weit reichenden Kompetenzen dar, [23] deren Legitimation und Ausstattung allerdings einer Landes- bzw. Bundesregelung bedürften.

- Die Initiierung von **Modellprojekten der „Delegation“ und „Substitution“** ärztlicher Tätigkeiten an sogenannte „nicht-ärztliche“ Gesundheitsberufe stellt ein auch auf der regionalen Ebene möglicher und zugleich hoch innovativer Ansatz dar. Der Landkreis Fulda sollte die in der Region vorhandenen Potenziale nutzen und sich in Richtung einer Modellregion zukunftsweisender Versorgungskonzepte entwickeln. In zu etablierenden **Modellprojekten zur Delegation ärztlicher Leistungen** wären zumindest temporär Engpässe in der hausärztlichen Versorgung auf dem Land durch „arztentlastende“ Tätigkeiten anderer Gesundheitsberufe aufzufangen. Der Gesetzgeber hat inzwischen eine Reihe von Möglichkeiten geschaffen, die „vor Ort“ erprobt und in eine Neukonzeption der regionalen Versorgung eingebettet werden könnten. Einen konkreten Anknüpfungspunkt bieten die im „Hessischen Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für die Jahre 2012 bis 2014“ geplanten Modellprojekte. Eine weitere Perspektive ließe sich durch solche Modellvorhaben erschließen, die über die Delegation ärztlicher Tätigkeiten hinausgehen. Auf der Basis der im März 2012 in Kraft getretenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) könnte im Landkreis Fulda ein **Modellvorhaben zur selbstständigen Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten** von Pflegefachkräften unternommen werden. Es bliebe einer regionalen Initiative für ein solches Modellvorhaben vorbehalten, sowohl die in der Region vorhandenen hochschulischen Qualifizierungskapazitäten und Kooperationspartner auf Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger zusammen zu bringen, als auch die entsprechende Unterstützung der Landespolitik für dieses Vorhaben zu sichern.
- Dem Ziel, die **Attraktivität der Region für Gesundheitsberufe** zu erhöhen, kommt unter dem Gesichtspunkt der zukünftigen Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung besondere Bedeutung zu. Dies zumindest aus zwei Gründen: Zum einen steht den lokalen Akteuren hierzu ein breit gefächertes, auf unterschiedlichen Ebenen ansetzendes Maßnahmenbündel zur Verfügung, das von den Akteuren in der Region entwickelt und umgesetzt werden kann, zum anderen kann an bisher von einzelnen Akteuren praktizierte, eher unkoordinierte Initiativen angeknüpft werden. Die bereits praktizierten Strategien der „Nachwuchsförderung“ und „Regionalbindung“ für Studierende der Allgemeinmedizin und für andere Gesundheitsberufe (Praktikavermittlung, Hospitationen, „regionales Curriculum“, Stipendien-Fund Raising und -vergabe, Aufbau von Kontaktdatenbanken etc.) wären zu intensivieren und bedürften vor allem einer zentralen Koordination und sektorübergreifenden Kooperation zwischen den lokal vorhandenen „Gesundheitsanbietern“. Weitergehende Vermittlungshilfen beim Berufs- und Praxiseinstieg wären hier ebenso denkbar.

[23] Solche „Regionalen Versorgungskonferenzen“ wären mit weit reichenden, auch lokal verantworteten Entscheidungsbefugnissen auszustatten (Kompetenzen und Budget). Mögliche Aufgabenbereiche und Handlungsfelder könnten sein: Verantwortung für Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung; Entwicklung, Koordination und Implementation von Maßnahmen zur sektorübergreifenden Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung; Initiierung und Gründung von neuen kooperativen Versorgungseinrichtungen; Förderung von Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen; Abbau von Überversorgung; Aussetzung von Nachbesetzungsverfahren; Lockerung des Kontrahierungszwangs mit Leistungsanbieter u.a.m. Involvierte Akteure könnten sein: KV, Krankenkassen, stationäre Einrichtungen, weitere Leistungserbringer, Landkreis, Kommunen unter Aufsichtsfunktion des Landes (hierzu ausführlich: Greß, Stegmüller 2011).

- Umgekehrt sind Initiativen zur **Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe in der Region** eine ebenso Erfolg versprechende Strategie. Hierzu zählen nicht nur die (regional-) öffentliche Aufwertung und kommunizierte Wertschätzung der Gesundheitsberufe insgesamt, sondern berühren ebenso Fragen beispielsweise der regionalen Vergütungsstrukturen, der intelligenten Dienstplangestaltung, der familialen Betreuungsangebote und des regionalen Angebotes von attraktiven Qualifizierungsmöglichkeiten. Mit solchen Maßnahmen kann nicht nur aussichtsreich einem vor allem in der ländlichen Region zukünftig drohenden Fachkräftemangel bei allen Gesundheitsberufen begegnet werden, sondern die Qualifizierungsmaßnahmen gewinnen in Verbindung mit der Etablierung von neuen Versorgungsmodellen und berufsgruppenübergreifenden Kooperationen eine besondere Attraktivität auch deshalb, weil hierdurch in der Regel Aufgabenerweiterungen, Tätigkeitsanreicherungen, kurz: die Aufwertung der beruflichen Tätigkeit insgesamt verbunden sind.
- Eine Vielzahl von zu initiierenden **Maßnahmen der Unterstützung durch die Kommunen und durch den Landkreis** lassen sich unter der Überschrift der „ideellen Standortförderung“ zusammenfassen. Hierbei kann es aufgrund der finanziellen Restriktionen der kommunalen Haushalte nicht um direkte finanzielle Unterstützungsmaßnahmen oder das Setzen von materiellen Anreizen gehen. Im Übrigen setzte eine durch finanzielle Anreize induzierte interregionale oder interkommunale Konkurrenz einen letztlich kontraproduktiven Wettbewerb in Gang. Im Vordergrund stehen vielmehr solche Initiativen und Maßnahmen, die zum einen die bereits oben angeführte Koordinations-, Moderations- und Vernetzungsfunktion im Rahmen von „lokalen Gesundheits- und Versorgungsforen“ und Initiativen der Attraktivitätssteigerung der Region berühren, zum anderen solche Unterstützungsaufgaben, die in der Sicherung und Weiterentwicklung grundlegender infrastruktureller Rahmenbedingungen liegen (ÖPNV-Angebot, Fahrdienste, Bauplanung u.a.m.). Darüber hinaus kann die „Öffentliche Hand“ einen wichtigen unterstützenden Beitrag zur Etablierung von Netzwerken im Bereich formeller (kooperative Versorgungsnetzwerke der Leistungsanbieter) und informeller (ehrenamtliche Netzwerke und Unterstützungs-Vereine) Kooperationen leisten.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Bevölkerungsdichte im Landkreis Fulda 17

Abbildung 2 Anteil der Bevölkerung mit 65 Jahren und älter im Landkreis Fulda 19

Abbildung 3 Hausärztlicher Versorgungsgrad im Landkreis und der Stadt Fulda 22

Abbildung 4 Hausarztdichte im Landkreis Fulda 23

Abbildung 5 Bevölkerung 65 Jahre und älter je Hausarzt im Landkreis Fulda 24

Abbildung 6 Altersstruktur der Hausärzte in den Gemeinden des Landkreises Fulda 25

Abbildung 7 Altersverteilung der Hausärzte im Landkreis Fulda 26

Abbildung 8 Anzahl fachärztlich tätiger niedergelassener Ärzte im Landkreis Fulda 27

Abbildung 9 Zahnarztdichte im Landkreis Fulda 28

Abbildung 10 Krankenhäuser im Landkreis Fulda 29

Abbildung 11 Erreichbarkeit von Krankenhäusern im Landkreis Fulda und Umgebung 30

Abbildung 12 Apothekenanzahl und -dichte im Landkreis Fulda 31

Abbildung 13 Pflegedienstanzahl und -dichte im Landkreis Fulda 33

Abbildung 14 Pflegeplatzdichte im Landkreis Fulda 34

Abbildung 15 Physiotherapeutendichte im Landkreis Fulda 35

Abbildung 16 Ergotherapeutendichte im Landkreis Fulda 36

Abbildung 17 Logopädendichte im Landkreis Fulda 37

Abbildung 18 Rettungswachen und Notarztstandorte im Landkreis Fulda 38

Abbildung 19 Hausärztlicher Versorgungsgrad auf der Basis eines Neuzuschnitts des Planungsbereichs in vier Teilgliederungen 60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Datenzugänge und Quellen 14
Tabelle 2 Interviewte Stakeholder 40
Tabelle 3 Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation im Landkreis Fulda 41
Tabelle 4 Einschätzung der zukünftigen Versorgungssituation im Landkreis Fulda 42
Tabelle 5 Situation der Praxisnachfolge und Niederlassung im hausärztlichen Bereich 43
Tabelle 6 Situation des Fachkräftemangels und dessen Ursachen 45
Tabelle 7 Perspektivische Konsequenzen des Hausärztemangels auf dem Land 46
Tabelle 8 Situation und Auswirkungen der ÄBD-Zentralisierung im Landkreis Fulda 47
Tabelle 9 Situation und Auswirkungen des Apothekennotdiensts im Landkreis Fulda 48
Tabelle 10 Formen ärztlicher Berufsausübung 50
Tabelle 11 Fachübergreifende Behandlungseinrichtungen 52
Tabelle 12 Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Versorgungsteilnehmer 54
Tabelle 13 Nachwuchsförderung 55
Tabelle 14 Lösung des Fachkräftemangels 55
Tabelle 15 Weiterentwicklung in der Pflege 56
Tabelle 16 Unterstützungsangebote durch Kommunen und den Landkreis 57
Tabelle 17 Ehrenamt 58
Tabelle 18 Veränderung des Apothekennotdienstes 58

Abkürzungsverzeichnis

ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ABDZ	Ärztliche Bereitschaftsdienstzentrale
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
Einw.	Einwohner/innen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAV	Hessischer Apothekerverband
KK	Krankenkasse(n)
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LAK(s)	Landesapothekerkammer(n)
LZKH	Landeszahnärztekammer Hessen
MVZ(s)	Medizinisches Versorgungszentrum (Medizinische Versorgungszentren)
NC	Numerus Clausus
PLZ	Postleitzahl(en)
SGB	Sozialgesetzbuch
SVRiG	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
u.a.	unter anderem/n
vgl.	vergleiche

Literatur

AOK-Bundesverband (o.J.): Lexikon. Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). <http://aok-bv.de/lexikon/g/index_02075.html> (Zugriff: 10.03.2012).

AOK Hessen (o.J.): Heilberufe. Zulassung. <http://www.aokgesundheitspartner.de/he/heilberufe/zulassung/index.html> (Zugriff: 14.03.2012).

apolista.de (o.J.): Deutschlands Apotheken. Deutschlands großes Apotheken-Portal. Institution: @dvertise! GmbH. <http://www.apolista.de/> (Zugriff: 12.03.2011).

Ärzte Zeitung online (2012): Startschuss für Delegation ärztlicher Leistungen. <http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/808498/startschuss-delegation-aerztlicher-leistungen.html> (Zugriff: 03.04.2012).

Bächle, M.; Auel, E.; Ebel, M. (2009): Land sucht Landarzt – wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen ... ! Die Zukunft der Hausarztversorgung in ländlichen Räumen. Vol. 70 Nr. 1: 13-17.

Beier, S. (2010): Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Versorgungssituation in den Regionen Oberes Fuldatal und Ulstertal. Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit.

Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (2011): Laufende Raumbeobachtung - Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Regionstypen 2009. <http://www.bbsr.bund.de/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Regionstypen/regionstypen__node.html?__nnn=true> (Zugriff: 12.03.2012).

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Vorblatt. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstrukturgesetz/GKV_VStG_110803.pdf> (Zugriff: 07.03.2012).

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Zukunftssichere Versorgung. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkv-versorgungsstrukturgesetz/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html> (Zugriff: 07.03.2012).

Fuldaer Nachrichten (2011): Gesundheitsnetz Rhön erfolgreich gegründet. <http://www.fuldaer-nachrichten.de/?page_id=5> (Zugriff: 13.02.2012).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011a): Pressemitteilung. G-BA beschließt Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben. <http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/412/> (Zugriff: 03.04.2012).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011b): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversor-

gung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-567/BPL-RL_2011-08-18.pdf> (Zugriff: 15.01.2012).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Einrichtungsmerkmale. Institution: Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/-Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhausverzeichnis.html> (Zugriff: 07.03.2012)

Greß, S.; Stegmüller, K. (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land - Ein Zukunftskonzept. Institution: Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung. <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/Gesundheitliche%20Versorgung%202011.pdf> (Zugriff: 07.03.2012).

Hessisches Sozialministerium (2009): Hessischer Krankenhausrahmenplan. Allgemeiner Teil: Planungsgrundlagen und Bedarfsprognosen. Hessen Agentur GmbH, Wiesbaden. <http://www.hessen-agentur.de/img/downloads/727_Krankenhausrahmenplan_2009.pdf> (Zugriff: 30.06.2011).

Hessisches Sozialministerium (2011a): Gesundheit. Rettungsdienst in Hessen. <http://www.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=26745ec52b9d090272016f73c01953e1> (Zugriff: 15.03.2012).

Hessisches Sozialministerium (2011b): Hessischer Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für die Jahre 2012 bis 2014. <http://www.g-n-n.de/solva_docs/Hess_Pakt_ Sicherstellung_gesundh_Versorgung2014.pdf> (Zugriff: 07.03.2012).

Hessisches Sozialministerium (2011c): Sozialminister Stefan Grüttner: „Bürgerinnen und Bürger in Hessen erhalten auch künftig bedarfsgerechte und gute medizinische Versorgung“. <http://www.sozialministerium.hessen.de/irj/HSM_Internet?rid=HSM_15/HSM_Internet/nav/6c3/6c3709ac-c097-d801-33e2-dca737ab19f3,8d86b222-4fe8-331f-012f-31e2389e4818,,,11111111-2222-3333-4444-100000005004%26_ic_uCon_zentral=8d86b222-4fe8-331f-012f-31e2389e4818%26overview=true.htm&uid=6c3709ac-c097-d801-33e2-dca737ab19f3> (Zugriff: 03.04.2012).

Hessisches Statistisches Landesamt (2012): Bevölkerung Hessens nach Altersgruppen. <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/bevoelkerung-allgemein/bevoelkerung-nach-altersgruppen/index.html> (Zugriff: 11.003.2012).

Hessisches Statistisches Landesamt (2012a): Ambulante Pflegedienste in Hessen am 15.12.2009 nach dem Träger der Einrichtung. <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/gesundheits wesen-soziales/landesdaten/gesundheitswesen/ambulante-pflegedienste/pflegedienste/index.html> (Zugriff: 05.01.2012).

Hessisches Statistisches Landesamt (2012b): Bevölkerung Hessens nach Altersgruppen. <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/landesdaten/bevoelkerung-allgemein/bevoelkerung-nach-altersgruppen/index.html> (Zugriff: 05.01.2012).

Hessisches Statistisches Landesamt (2012c): Stationäre Pflegeheime in Hessen am 15.12.2009 nach dem Träger der Einrichtung. <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/gesundheitswesen-soziales/landesdaten/gesundheitswesen/stationaere-pflegeheime/pflegeheime/> (Zugriff: 05.01.2012).

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (o.J.): Ärztlicher Bereitschaftsdienst Fulda. <https://mitglieder.kvhessen.de/kvhmedia/Downloads/Patienten/AeBD_Flyer_Fulda.pdf?rewrite_engine=id%3Fextern_param%3Dpraxisboerse_anzeige.php%3Fextern_param%3Dregistrierung.php> (Zugriff: 15.12.2011).

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2010): Tabellarische Darstellung aller Gebiete und Fachgruppen im Rahmen der Bedarfsplanung. Juni 2010. Hessisches Ärzteblatt 6/2010. <http://www.laekh.de/upload/Hess._Aerzteblatt/2010/2010_06/2010_06_19.pdf> (Zugriff: 12.03.2012).

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2011): Versorgung heute. Aktuelle ambulante Versorgungssituation in Hessen. Hausärzte Stadt und Landkreis Fulda. <http://www.kv-h.de/kvhmedia/Dowloads/Wir+%C3%BCber+uns/Publikationen/Versorgung+heute+ML/01_Versorgung+heute_FULDA-EGOTEC-0bgcjj3j9ahq6i5ir27brlfs15-style-contrast-font-big.pdf> (Zugriff: 07.03.2012).

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2012): Ausgeschriebene Vertragsarztsitze. März 2012. Hessisches Ärzteblatt 3/2012. <http://www.laekh.de/upload/Hess._Aerzteblatt/2012/2012_03/2012_03_21.pdf> (Zugriff: 12.03.2012).

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (2010): Zahlen zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Zahnarztzahlen / Praxisentwicklung. Zahnärztedichte und Zahl der Vertragszahnärzte. <http://www.kzbv.de/statistische-basisdaten.5.de.html> (Zugriff: 25.11.2011).

Klose, J.; Rehbein, I. (2011): Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Institution: Wissenschaftliches Institut der AOK. <http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2011_0511.pdf> (Zugriff: 12.03.2012).

König, E. (2009): Konzeption eines praxisorientierten Qualitätsmanagements für die Ärztliche Bereitschaftsdienst-Zentrale Fulda.

Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. Institution: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin. <http://baek.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf> (Zugriff: 07.03.2012).

Kurth, B.-M.; Bergmann, K. E.; Wagner, C.; Mensink, G. B. M.; Hermann-Kunz, E.; Thierfelder, W.; Melchert, H.-U.; Stolzenberg, H.; Thefeld, W.; Bergmann, E.; Kamtsiuris, P.; Thamm, M.; Beitz, R.; Ziese, T. (2002): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Der Bundes-Gesundheitssurvey - Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut.

Land Hessen (2011): „Hessischer Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung“: Pressemitteilung. Sozialminister Stefan Grüttner: „Bürgerinnen und Bürger in Hessen erhalten auch künftig bedarfsgerechte und gute medizinische Versorgung“. <http://www.hessen.de/irj/hessen_Internet?rid=HStK_15/hessen_Internet/nav/5ef/5ef5072f-a961-6401-e76c-d1505eb31b65,dae6b222-4fe8-331f-012f-31e2389e4818,,,11111111-2222-3333-4444-100000005004%26_ic_uCon_zentral=dae6b222-4fe8-331f-012f-31e2389e4818.htm&uid=5ef5072f-a961-6401-e76c-d1505eb31b65> (Zugriff: 07.03.2012).

Landkreis Fulda (2008): Bereichsplan gemäß § 22 Abs. 4 und 5 Hessisches Rettungsdienstgesetz für den Rettungsdienstbereich des Landkreises Fulda. 4. Fortschreibung zum 01.01.2009.

Landkreis Fulda (o.J.-a): Bevölkerungsstand I. Halbjahr 2010. Bevölkerung der Städte und Gemeinden des Landkreises Fulda am 30.06.2010. <http://www.landkreis-fulda.de/Bevoelkerung.870.0.html> (Zugriff: 04.03.2011).

Landkreis Fulda (o.J.-b): Bevölkerungsstruktur. Altersstruktur der Bevölkerung der Städte und Gemeinden des Landkreises Fulda am 31.12.2009. <http://www.landkreis-fulda.de/fileadmin/intern/daten_fakten/Bevoelkerung2011/30.06.2010/II.bevoelkerung7.pdf> (Zugriff: 02.03.2011).

Landkreis Fulda (o.J.-c): Fläche. Fläche und Bevölkerungsdichte der Städte und Gemeinden des Landkreises Fulda 2010. <http://www.landkreis-fulda.de/fileadmin/intern/daten_fakten/Bevoelkerung2011/30.06.2010/I.Flaeche1.pdf> (Zugriff: 03.03.2011).

Landkreis Fulda (o.J.-d): Rettungsdienst. <http://www.landkreis-fulda.de/Rettungsdienst.196.0.html> (Zugriff: 15.03.2012).

Landkreis Fulda (o.J.-e): Übersicht über die im Landkreis Fulda zur Verfügung stehenden Pflegeplätze (Stand: Juli 2010). <http://www.landkreis-fulda.de/fileadmin/service/Formulare/03_arbeit_soziales/stationaere_Einrichtungen_Juli_2010.pdf> (Zugriff: 10.02.2011).

Landkreis Fulda (2010): Zugelassene ambulante Pflegedienste im Landkreis Fulda (Stand: Dezember 2010). <http://www.landkreis-fulda.de/fileadmin/service/Formulare/03_arbeit_soziales/ambulante_Dienste_12_2010.pdf> (Zugriff: 10.02.2011).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf> (Zugriff: 01.02.2012).

Siewert, B.; Wendler, T.; (VÖB), Bundesverband Öffentlicher Banken Deutschlands (2005): Die Klassifizierung von Kommunen – ein Ansatz zur Vergleichbarkeit deutscher Städte und Gemeinden. Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik: 885-890.

Stadtfeld, C. (2011): "Bessere notärztliche Versorgung" – Feuerwehr-NEF nicht mehr am "HJK". Institution: Osthessen-News. <http://www.osthessen-news.de/beitrag_A.php?id=1196504&Druck=1> (Zugriff: 14.03.2012).

Stadtfeld, C. (2012): Ausbau Rettungswesen: 10 neue Stellen und Rettungswache in Hofbieber. Institution: Osthessen-News. <http://www.osthessen-news.de/beitrag_A.php?id=1211255> (Zugriff: 14.03.2012).

van den Busch, Uwe (2010): Bevölkerungsvorausschätzung für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte. Eine Projektion für den Zeitraum von 2010 bis 2030 und eine Trendfortschreibung bis 2050. Hessen Agentur GmbH, Wiesbaden. <http://www.hessen-agentur.de/img/downloads/792_Bevoelkerungsvorausschaetzung_Kreise.pdf (Zugriff: 10.03.2012).

ISBN 978-3-940713-09-4

pg-papers 03/2013

Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Marquardstraße 35
D–36039 Fulda