



Wiesbaden, 7. Juni 2011

Regierungserklärung des Hessischen Sozialministers Stefan Grüttner:

**„Ärztliche Versorgung sichern –
Neue Wege für eine
patientengerechte Versorgungsstruktur“**

- Es gilt das gesprochene Wort! Sperrfrist Dienstag, 7. Juni 2011, 15.10 Uhr -

Anrede,

als Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz ist es in diesem Jahr mein Ziel, die Länderkompetenz im Gesundheitswesen zu stärken, um den Patientinnen und Patienten in Deutschland auch zukünftig eine optimale medizinische Versorgung zu ermöglichen. Hierfür habe ich mich bereits in den letzten Monaten nachdrücklich eingesetzt und dies mit großem Erfolg.

War es lange Zeit schwer bis unmöglich, eine Kompromisslösung zwischen Bund und Ländern zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz zu finden, so ist es für mich besonders erfreulich, dass nun ein solcher Entwurf vorliegt, der die Anliegen der Länder angemessen berücksichtigt. Als GMK-Vorsitzender und Hessischer Gesundheitsminister

2

habe ich mich sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene dafür stark gemacht, dass wir letztlich dieses Ergebnis erzielen konnten – ein Ergebnis im Sinne der Bürgerinnen und Bürger in Hessen und in Deutschland.

Ich freue mich, dass ich meinen Teil dazu beitragen konnte, dass in diese über lange Zeit festgefahrenen Verhandlungen Bewegung gekommen ist und sich die Länder mit ihren Forderungen durchsetzen konnten.

Anrede,

wir haben hier die große Lösung erreicht!

Parallel dazu war es mir aber auch wichtig, auf Landesebene tätig zu werden. Daher habe ich eine hessische Initiative gestartet, mit der zum einen eine gute Kommunikation zwischen allen Akteuren des Gesundheitswesens auf Landesebene gefestigt werden soll. Zum anderen soll ausgelotet werden, welcher hessischen Lösungen es bedarf, um passgenaue Ansätze für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zu entwickeln.

Anrede,

beide Initiativen – sowohl die auf Bundes-, als auch die auf Landesebene – sollen dazu beitragen, die flächendeckende ärztliche Versorgung in Hessen auch künftig zu sichern. Dabei ist es wichtig, eine patientengerechte Versorgungsstruktur beizubehalten und diese an den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet weiter auszubauen. Es ist dringend notwendig, über die Regelungen, Voraussetzungen und Bedingungen einer langfristigen Sicherung der ärztlichen Versorgung zu sprechen – denn die bisherigen Regelungen werden in der Zukunft nicht mehr ausreichen!

Seit 1993 haben sich die Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung permanent verändert, inzwischen mit spürbaren Auswirkungen für die Länder.

Beginnend mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993, dem ab 1996 geltenden freien Kassenwahlrecht aller Versicherten, bis aktuell zum GKV-Finanzierungsgesetz wurden sehr weitreichende Änderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt.

Infolge dessen stieg die Zahl der Kassenfusionen, die mehrheitlich zur Bundesunmittelbarkeit der neuen Krankenkassen geführt haben, stark an. Die geltenden Aufsichtskompetenzen der Länder wurden und werden so stetig ausgehöhlt, da immer mehr Kassen unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes stehen.

Anrede,

neben diesen rechtlichen Rahmenbedingungen sind auch die Veränderungen in der Arbeitswelt zu berücksichtigen, an denen die Ärztinnen und Ärzte partizipieren wollen. Das Gleichgewicht zwischen Berufs- und Privatleben spielt auch bei Ärztinnen und Ärzten sowohl bei stationärer als auch bei ambulanter Tätigkeit eine zunehmend größere Rolle. Die Forderung nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Attraktivität einer Region sowie die Belastungen aus dem ärztlichen Bereitschaftsdienst beeinflussen die Berufswahl für die vertragsärztliche Tätigkeit inzwischen spürbar.

Die demografische Entwicklung erfordert darüber hinaus eine stärkere regionale Vernetzung, sowohl innerhalb der medizinischen Versorgung als auch zwischen dieser einerseits und den Einrichtungen der pflegerischen und sozialen Betreuung andererseits. Damit werden zudem veränderte Anforderungen an die Zusammenarbeit von Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen deutlich.

Eine weitere Herausforderung wird darin bestehen, das drohende Ungleichgewicht in der medizinischen Versorgung zwischen teilweise erheblichen Versorgungslücken auf dem Land und dem Überangebot insbesondere in den Großstädten und Ballungsräumen zu bewältigen.

Anrede,

der bestehende Handlungsbedarf wird anhand konkreter Zahlen deutlich:

In Hessen ist die Gruppe der über 65-Jährigen stark angestiegen: von 1990 bis 2006 um über 31 Prozent. Diese Entwicklung wird in den kommenden Jahren kontinuierlich weiter zunehmen. Für das Jahr 2020 wird prognostiziert, dass fast 30 Prozent der Einwohner Hessens über 60 Jahre alt sein werden; im Jahr 2030 werden es schon über 35 Prozent sein.

Der hausärztliche sowie pflegerische Betreuungsbedarf von Kranken hängt dabei aber auch von deren persönlichem Umfeld ab. Abnehmende Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der Familie, ablesbar an der steigenden Anzahl von Single-Haushalten, werden die Erwartungen an die ärztliche sowie pflegerische Versorgung weiter erhöhen.

Diese demographische Entwicklung geht auch an den Ärztinnen und Ärzten nicht vorbei. Dies gilt vor allem für die Hausärzte. Noch ist die Situation in Hessen im Vergleich zu anderen Ländern nicht dramatisch.

Die haus- und fachärztliche Versorgung in Hessen liegt derzeit auf einem guten Niveau. Bis zum Jahr 2020 droht jedoch bei der Zahl der Hausärzte ein Rückgang infolge steigender Abgangs- und stagnierender Zugangszahlen. Zeitgleich wird mit einem zunehmendem Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung zu rechnen sein. Dies kann insbesondere im ländlichen Raum zu massiven Engpässen führen – wenn wir dem nicht rechtzeitig entgegenwirken.

Anrede,

am Beispiel des Landkreises Fulda möchte ich die Ausgangslage und den zukünftigen sogenannten „Arzt-Nachfolge-Bedarf“ illustrieren:

Der Landkreis Fulda ist aktuell gut mit Hausärzten besetzt – im positiven Sinne ist keine Überalterung der Hausärzte zu verzeichnen. Auch deren Verteilung auf die Region ist gut. Im letzten Jahr waren 153 Hausärzte zugelassen. Um diese Zahl von Ärzten zu erhalten, sind 2015 bei einer Praxisaufgabe im 60. Lebensjahr schon 68 Nachfolger erforderlich. Scheiden die Hausärzte erst mit 68 Jahren aus, sind es immerhin noch 17 Nachfolger. Aber bereits im Jahr 2025 werden bei einer Praxisabgabe mit dem 60. Lebensjahr 125 Nachfolger benötigt. Gehen die Ärzte mit dem 68. Lebensjahr in den Ruhestand, bedarf es 81 Nachfolger.

Anrede,

aufgrund dieser dargestellten Prognose wird sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene die Frage diskutiert, wie Rahmenbedingungen aussehen müssen, damit

insbesondere die hausärztliche Tätigkeit attraktiver gestaltet werden kann, um einen potentiellen Ärztemangel zu verhindern.

Sicher ist, es bedarf aufeinander abgestimmter Bemühungen aller Beteiligten, um eine dauerhafte Stärkung der hausärztlichen Versorgung vor allem in strukturschwachen Regionen zu erreichen.

Die Blicke ruhen dabei auf den Ländern, von denen die Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung erwartet wird. Problematisch war, dass die Länder bislang aber keine geeigneten Instrumente zur Hand hatten, um dem gerecht werden zu können, gerade auch, weil der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt. Diese haben bis heute leider noch keine Antwort auf die Frage der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gerade auch im ländlichen Bereich gefunden.

Alle Länder streben daher ein stärkeres Mitspracherecht bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung an, da sich die Problemlage trotz unterschiedlicher regionaler Gegebenheiten bundesweit gleichermaßen darstellt.

Insbesondere haben sich die Länder mit Nachdruck dafür eingesetzt, dass sie bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen frühzeitig in die Entwicklung entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen mit eingebunden werden und Berücksichtigung finden.

Die Länder sind hier über diverse Gesundheitsministerkonferenzen hartnäckig geblieben und haben jetzt, unter dem GMK-Vorsitz von Hessen, einen wirklich großen Erfolg erzielt. Denn fast alle Forderungen der Länder konnten während der Verhandlungen der Bund-Länder-Kommission durchgesetzt werden und finden sich im Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetz wieder.

Anrede,

in meiner Position als zuständiger Minister des GMK-Vorsitzlandes bin ich äußerst zufrieden, dass eine solche richtungsweisende Entwicklung hin zu mehr

gesundheitpolitischen Gestaltungsmöglichkeiten für die Länder erreicht werden konnte – und dies durch den Schulterschluss aller Länder.

So haben die Länder gefordert, dass eine Reform der Bedarfsplanung zukünftig eine Berücksichtigung von Demographie und Morbidität vorsehen muss, eine Öffnung für eine sektorenübergreifende Betrachtung möglich sowie eine angemessene Reaktion auf lokale Ungleichheiten durch eine flexible und kleinräumigere Gestaltung gegeben sein muss.

In der Kommission konnte das Ergebnis erzielt werden, dass die bisherige **Bedarfsplanung** flexibilisiert wird. Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen erhalten durch Gesetz den erforderlichen Gestaltungsspielraum, um die bundesweit geregelte Bedarfsplanung an den konkreten regionalen Bedarf anzupassen. Die Länder werden hierbei im Gemeinsamen Bundesausschuss intensiver mit eingebunden und bei den Beratungen zur Bedarfsplanung angemessen vertreten sein.

Die Beteiligung der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss ist notwendig, um bei der Bedarfsplanung eine ausreichende Auseinandersetzung und Berücksichtigung regionaler Aspekte zu gewährleisten. Denn es ist schlicht unmöglich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die unterschiedlichen regionalen Verhältnisse in den einzelnen Ländern kennt und daher angemessen in seinen Richtlinien berücksichtigen kann.

Die Länder haben mithin eine wesentliche Forderung, mehr Einfluss auf die Bedarfsplanung zu erhalten, durchsetzen können. Das ist ein großer Erfolg, vor allem für die Patientinnen und Patienten in Deutschland und in Hessen. Nun kann dem drohenden Ärztemangel regionaler und damit effektiver entgegenwirkt werden.

Die Länder haben darüber hinaus mehr Rechte gegenüber dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gefordert. Auch dies mit Erfolg: Die Beteiligungsrechte der Länder gegenüber dem jeweiligen **Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen** werden analog den Beteiligungsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausgestaltet. Das bedeutet, dass die Länder die Rechtsaufsicht über die jeweiligen Landesausschüsse erhalten. Die vom Ausschuss zu treffenden Beschlüsse sind dem jeweiligen Land zukünftig vorzulegen,

das Land kann diese dann gegebenenfalls innerhalb einer bestimmten Frist beanstanden. Die Nichtbeanstandung kann mit Auflagen verbunden werden und zur Erfüllung einer Auflage kann das Land eine angemessene Frist setzen.

Zudem wird dem Land das Recht der Ersatzvornahme eingeräumt. Das Teilnahmerecht des Landes an den Sitzungen des Landesausschusses wird analog zur Beteiligung der Patientenvertreter ausgestaltet. Das Land erhält damit auch ein Mitberatungsrecht. Dies ist besonders bedeutsam, weil im Landesausschuss die Versorgungslage beobachtet wird und insbesondere bei drohender Unterversorgung oder lokalen Versorgungslücken Gegenmaßnahmen beschlossen werden.

Darüber hinaus ist vereinbart worden, dass die Länder – unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit – mehr Beteiligungsrechte in Bezug auf Selektivverträge erhalten, wenn diese in das landesbezogene Versorgungsgeschehen eingreifen. Auf diese Weise können die Länder mittels besonderer Verträge dem Problem der Unterversorgung in betroffenen Regionen passgenauer begegnen.

Schließlich konnte die Forderung der Länder durchgesetzt werden, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, für jede Kassenart einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen auf Landesebene verantwortlich ist. Hierdurch können die Länder landesspezifische Fragestellungen unmittelbar mit den Kassen erörtern und entscheiden.

Anrede,

als Ergebnis der Bund-Länder-Kommission ist somit ein Maßnahmenpaket entstanden, mit dem die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch langfristig gewährleistet werden kann. Dass die Länder hierbei als gleichwertige Partner in die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik einbezogen werden, war seit langem überfällig.

Anrede,

zusätzlich zum erweiterten Einfluss der Länder brauchen wir aber auch ein bundesweit vernetztes Gesamtkonzept, das an den verschiedensten Stellen ansetzt – von der

Hilfestellung bei Praxisgründungen und Praxisübernahmen über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen bis hin zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

So ist vorgesehen, die Residenzpflicht für ambulant tätige Ärzte zu lockern. Danach soll eine Befreiung von dem Erfordernis, dass Ärzte dort wohnen müssen, wo sie ihre Praxis haben, auf Antrag zukünftig möglich sein, soweit Versorgungsgründe dem nicht entgegen stehen. Vor allem für junge Ärzte ist es attraktiv, an einem Ort zu wohnen, der den Berufswünschen gerade auch des Ehepartners entspricht. Außerdem können sich Ärzte künftig so leichter für eine Praxis auf dem Land entscheiden.

Die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes vertreten zu lassen, wird von sechs auf 12 Monate verlängert. Auch im Falle der Pflege von Angehörigen können sich Ärztinnen und Ärzte nach dem Gesetzentwurf für die Dauer von bis zu sechs Monaten vertreten lassen. Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem gesperrten Bereich werden Kindererziehungs- bzw. Pflegezeiten, durch die eine ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde, berücksichtigt.

Anrede,

neben der Unterversorgung ist aber auch das Thema „Überversorgung“ von Relevanz. Geplant ist beispielsweise eine Umverteilung von Arztsitzen. Hierzu soll die bisherige Beschränkung auf eine Förderung von Ärzten, die mindestens 62 Jahre alt sind, aufgehoben werden. Diese Maßnahmen sollen wie bisher allein aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert werden.

Wichtig ist aus heutiger Sicht auch, dass die Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur dann genehmigt werden soll, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Dies ist ein ganz wichtiger Punkt. Denn die heutige Versorgungslage geht in großen Teilen auch darauf zurück, dass kaum die Möglichkeit bestand, einen Vertragsarzt an der Verlegung seiner Praxis innerhalb eines Planungsbereichs zu hindern. Dies hat vor allem in großen Landkreisen dazu geführt, dass sich die Arztpraxen in den großen und größeren Orten ballen, während in der Fläche längere Wegezeiten, wenn nicht sogar Lücken entstehen.

Da bislang Versorgungsgesichtspunkte bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis nur eine untergeordnete Rolle spielen, erhalten die Zulassungsausschüsse künftig den Auftrag, solche Bewerber besonders zu berücksichtigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedarfe zu erfüllen.

Anrede,

mehr Regionalität und mehr Ländereinfluss sind greifbar. Ich werde das Gesetzgebungsverfahren intensiv begleiten und parallel schon Vorbereitungen anstellen, dass die neuen Instrumente auch unverzüglich zum Wohle der hessischen Bevölkerung zum Einsatz kommen, sobald das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist.

Anrede,

so wichtig es ist, die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen auf Bundesebene zu verbessern, so wichtig ist es auch, die Gestaltungsmöglichkeiten auf Landesebene zu nutzen, einem drohenden Ärztemangel so früh wie möglich entgegenzuwirken. Und diese Gestaltungsmöglichkeiten werden wir auch nutzen, denn es wäre wirklich absurd darauf zu vertrauen, dass von Berlin aus die ärztliche Versorgung im Odenwald, im Vogelsberg oder in der Wetterau geregelt werden könnte.

Wichtig ist mir auf Landesebene dabei insbesondere, dass zur Bewältigung der Herausforderungen alle verantwortlichen Akteure in die Diskussion eingebunden werden. Deshalb habe ich, kurz nachdem ich das Amt des Hessischen Sozialministers übernommen habe, alle maßgeblichen Akteure im hessischen Gesundheitswesen zur Mitarbeit in einer Landesarbeitsgruppe eingeladen. Ziel dieser Landesarbeitsgruppe ist, die Verantwortlichen vor Ort zu stützen, indem nicht nur die regionalen Problemfelder analysiert, sondern durch landesweit abgestimmte Maßnahmenpakete auch mögliche regionale Lösungen aufgezeigt werden.

Anrede,

diese Vereinbarungen sollen in einem Hessischen Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung verbindlich zusammengefasst werden, damit eine verlässliche Grundlage für die weitere regionale Umsetzung entsteht.

In den letzten Monaten tagten insgesamt vier Arbeitsgruppen, um die künftigen Vorgehensweisen der Akteure im Gesundheitswesen untereinander abzustimmen und Maßnahmen gegen einen drohenden Ärztemangel in ländlichen Regionen Hessens zu vereinbaren. Ich möchte dem Beratungsergebnis der vier Arbeitsgruppen nicht vorgreifen. Aber es scheint einen grundsätzlichen Konsens zu geben, den Beteiligten vor Ort mit speziellen Maßnahmen patientengerechte und auf die regionalen Versorgungsstrukturen aufbauende Lösungsoptionen zu bieten.

Des Weiteren wurde bereits Ende 2010 das Bürgschaftsprogramm für Investitionen in Arzt Häuser sowie für Mietgarantien auf den Weg gebracht. Ebenso wurde bereits zum 1. Juni 2010 das Programm Gründungs- und Wachstumsfinanzierung Hessen, in dessen Rahmen zinsverbilligte Darlehen beantragt werden können, erweitert.

Darüber hinaus prüft die Landesregierung derzeit, ob die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Regionen finanziell unterstützt werden kann. Dies hat aber nur dann Sinn, wenn es zu einem abgestimmten Vorgehen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen kommt. Deshalb ist es mir auch so wichtig, dass die Länder ein aktives Beteiligungsrecht im Landesausschuss von Ärzten und Krankenkassen bekommen. Wir tragen gemeinsam Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Daher müssen Land, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen gemeinsam ihre Handlungsstrategien abstimmen.

Dabei sprechen wir auch auf Landesebene keinesfalls nur über den ambulanten Bereich. Im Gegenteil.

Anrede,

wir brauchen auch in Zukunft hervorragende medizinische und organisatorische Strukturen, damit jeder Patient die bestmögliche Behandlung bekommt. Hierfür ist eine

permanente Kommunikation über Struktur, Qualität, Stärken und Schwächen regionaler Versorgung, die die wesentlichen Akteure einbezieht, erforderlich. Daher haben wir mit dem neuen Krankenhausgesetz die regionalen Krankenhauskonferenzen zu regionalen Gesundheitskonferenzen umgestaltet, in denen genau diese Kommunikation stattfinden soll.

Im Rahmen dieser regionalen Gesundheitskonferenzen sollen gemeinsam nach Lösungen für eine Optimierung der Versorgung in den einzelnen Region gesucht, Schwachstellen ausgemacht, die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten verbessert und hierdurch die leidigen Sektorengrenzen überwunden werden.

Diese Konferenzen werden aber auch die Aufgabe haben, mit ähnlichen Konferenzen auf Landkreisebene zu kommunizieren und Bindeglied zwischen Land und Kommunen zu sein.

Ziel muss es sein, die Ergebnisse der verschiedenen Gesundheitskonferenzen so zu den Entscheidungsgremien zu transportieren, dass sie dort angemessen berücksichtigt werden können.

Auch auf der Seite der Krankenhäuser wird es in diesem Zusammenhang immer wichtiger werden, sich untereinander zu vernetzen, Kooperationspartner zu suchen, damit ein Wettbewerb zwischen Regionen entstehen kann, nicht ein Wettbewerb auf kleiner Ebene der Leistungserbringer untereinander.

Anrede,

dabei bin ich auch gewillt, die im Hessischen Krankenhausgesetz neu geschaffenen Möglichkeiten zu nutzen, Fördermittel zu verweigern, falls es zu massiven Verstößen gegen die Verpflichtungen zu Hygiene und Qualität kommen sollte, aber auch, wenn gegen die Verpflichtungen zur Kooperation verstoßen wird.

Anrede,

entscheidende Bedeutung auf Landesebene kommt auch der Frage der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten zu.

Kontrovers diskutiert wird insbesondere die Erhöhung der Studienplätzahlen in der Humanmedizin. Es besteht mehrheitlich die Auffassung, dass dieser Aspekt innerhalb eines Maßnahmenbündels eine nicht zu unterschätzende Wirkung entfalten kann. So könnte hinsichtlich des Auswahlverfahrens für die Zulassung zum Medizinstudium auch das Verhältnis der Abiturnote im Hinblick auf andere Kriterien neu gewichtet werden. Da die hausärztliche Versorgung insbesondere von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin geleistet wird, kommt auch der allgemeinmedizinischen Weiterbildung eine zentrale Bedeutung zu.

Anrede,

die Hoffnung, dass sich die Versorgung im ländlichen Raum von selbst regelt, ist abwegig. Deshalb ist die Hessische Landesregierung aktiv – und dies erfolgreich!

Mit dem Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetz haben die Länder unter Führung Hessens viel erreicht – und sich nicht nur mit „Brosamen von Seiten des Bundes“, also lediglich „Krümeln“ eines Ganzen abspesen lassen: Mit dem Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetz erhalten die Länder ein ganzes Paket umfangreicher Einflussmöglichkeiten in einem Bereich, der die Bürgerinnen und Bürger existenziell betrifft.

Mit diesem Gesetzentwurf auf der einen Seite und den zu erwartenden Ergebnissen der Landesarbeitsgruppe „Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung“ auf der anderen Seite sind die Voraussetzungen für umfassende Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung geschaffen worden.

Ich kann Ihnen versichern, dass das Land Hessen die bereits erzielten und noch zu erwartenden Ergebnisse offensiv umsetzen wird, um die flächendeckende ärztliche Versorgung in Hessen auch künftig zu sichern.

Im konstruktiven Dialog mit allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen wird die Hessische Landesregierung alles unternehmen, damit diese schwierige Aufgabe erfolgreich gemeistert werden kann.

Vielen Dank.