

Cirkel, Michael; Cramer, Elena; Enste, Peter

**Research Report**

## Bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum: Neue Chancen und Herausforderungen

Forschung Aktuell, No. 11/2023

**Provided in Cooperation with:**

Institute for Work and Technology (IAT), Westfälische Hochschule, University of Applied  
Sciences

*Suggested Citation:* Cirkel, Michael; Cramer, Elena; Enste, Peter (2023) : Bedarfsgerechte  
gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum: Neue Chancen und Herausforderungen,  
Forschung Aktuell, No. 11/2023, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen,  
<https://doi.org/10.53190/fa/202311>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/279703>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen  
Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle  
Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich  
machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen  
(insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten,  
gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort  
genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your  
personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial  
purposes, to exhibit the documents publicly, to make them  
publicly available on the internet, or to distribute or otherwise  
use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open  
Content Licence (especially Creative Commons Licences), you  
may exercise further usage rights as specified in the indicated  
licence.*

# IAT Forschung aktuell

November 2023

DOI: <https://doi.org/10.53190/fa/202311>

Ausgabe 11/2023

## **Bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum – Neue Chancen und Herausforderungen**

Michael Cirkel, Elena Cramer & Peter Enste



### **Auf den Punkt**

- Es gibt vielfältige Herausforderungen bei der bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Regionen, in einigen Regionen ist die Unterversorgung bereits Realität.
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können die ländliche Gesundheitsversorgung verbessern, da sie durch Interdisziplinarität, flexiblere Arbeitszeitmodelle und Festanstellungen attraktive Arbeitsstätten darstellen.
- Vor der Gründung eines MVZ oder vergleichbarer Modelle der Gesundheitsversorgung empfiehlt sich eine detaillierte Bedarfs- und Standortanalyse mit umfassender Datenbasis und Prognoserechnungen.
- Das hier vorgestellte dreistufige Analyseverfahren wurde am IAT entwickelt und kann wichtige Hinweise zur Standortwahl liefern und prognostische Einschätzungen zu Fallprognosen geben, um zukünftige Gründer auch aus dem nicht-medizinischen Sektor bei der Standortwahl maßgeblich zu unterstützen.

## Inhalt

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| Auf den Punkt                                       | 1  |
| 1. Einleitung, Problemstellung und Zielsetzung      | 3  |
| 2. Rahmenbedingungen der Gründungsplanung eines MVZ | 6  |
| 3. Methodisches Vorgehen                            | 9  |
| 4. Ausblick & Forschungsagenda                      | 13 |
| 5. Literatur                                        | 15 |

## Abbildungsverzeichnis

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abb. 1: Stufenmodell zur Standortbestimmung des IAT. Quelle: Eigene Darstellung ..... | 10 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|

### ***Schlüsselwörter:***

Ländlicher Raum, Gesundheitsversorgung, Ärztemangel, MVZ, bedarfsorientierte Versorgung, Gründung

## 1. Einleitung, Problemstellung und Zielsetzung

Die Gesundheitswirtschaft in all ihren Ausprägungen befindet sich seit Jahren in einem tiefgreifenden Wandel. Dazu tragen medizinische und technische Innovationen und Entwicklungen bei, ebenso wie die Herausforderung, der sich das Gesundheitssystem durch den demografischen Wandel der Gesellschaft stellen muss. Die Verteilung, Zuteilung und Finanzierung der Ressourcen waren in der klassischen Struktur des Gesundheitswesens relativ eindeutig, wenn auch sehr komplex, geregelt. Kostensteigerungen, Fehlversorgung und der medizinisch-technische Fortschritt selbst warfen Fragen nach einer Neuordnung der Strukturen auf und rückten einen ökonomischen Imperativ, wie er z.B. in der Frage des zweiten Gesundheitsmarktes diskutiert wurde, stärker in das Zentrum der Reformbemühungen, von dem aber auch der gesundheitswirtschaftliche Kernsektor betroffen war und ist.

Augenfällige Entwicklungen in diesem waren die Ausweitung der privaten Nachfrage und eine Zunahme der Leistungen des zweiten Gesundheitsmarktes in Relation zum ersten Gesundheitsmarkt<sup>1</sup>; die zunehmende Konzentration des Kernsektors vor allem der Klinikbetriebe auf ihr Kerngeschäft und die Auslagerung bisher klinisch erbrachter Leistungen an die Vorleistungs- und Zulieferbranche und nicht zuletzt die zunehmende Globalisierung und Verlagerung von Produktionsstandorten relevanter medizinischer oder pharmazeutischer Produkte ins Ausland. Die Strukturreformen in den klinischen Leistungsangeboten des Gesundheitswesens z.B. Integrierte Versorgung, DRG-System oder Disease Management Konzepte führten zu weiteren medizinisch wie betriebswirtschaftlich induzierten Neuerungen wie z.B. Klinik Allianzen, Klinik-Privatisierungen, Praxisgemeinschaften und die zunehmende Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Die aktuellen Reformbestrebungen der Bundes- wie der Landespolitik in NRW zielen auf weitere grundlegende Veränderungen der Kliniklandschaft (MAGS, 2022). Angestrebt wird die Umstrukturierung des Kliniksektors, um eine konzentriertere, aber qualitativ hochwertigere Versorgungslandschaft zu schaffen. Dies führt insbesondere in den ländlichen Gebieten zu ernstzunehmenden Befürchtungen der Unterversorgung der Bevölkerung. Verstärkt werden diese Sorgen durch den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen allgemein und insbesondere durch die Altersstruktur der noch praktizierenden Ärzt:innen in den Landarztpraxen. Der demografische Wandel wirkt sich hier gleich zweifach aus: Einerseits führt die zunehmende Zahl älterer, häufig chronisch kranker und multimorbider Menschen zu einem erhöhten Versorgungsbedarf, gleichzeitig steigt die Zahl älterer Ärzt:innen, die vergeblich Nachfolgeregelungen für ihre Praxis suchen (Herrmann et al. 2019). Auch der Fachkräftemangel, der zögerliche Ausbau der Digitalisierung und die Sicherstellung der Notfallversorgung stellen in ländlichen Räumen größere Herausforderungen dar als

---

<sup>1</sup> Der erste Gesundheitsmarkt inkludiert gesetzlich geregelte Leistungen (SGB V), wohingegen der zweite Gesundheitsmarkt privat finanzierte Leistungen und Produkte umfasst.

in den Städten. Zugleich befinden sich viele Krankenhäuser in einer wirtschaftlich schwierigen Lage (RWI, 2023).

Es wird sich zeigen, wie sich speziell in NRW die neue Krankenhausplanung des Gesundheitsministeriums, in der nicht mehr die Bettenzahl als Planungsgrundlage angenommen wird, sondern die jährliche Fallzahl je medizinischer Leistung die Planungsgröße bildet, auf die Situation der kleineren Kliniken und damit auch auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf dem Land auswirken wird.

Die bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung in ländlichen Regionen ist allerdings eine entscheidende Grundlage für die Gesundheit und das Wohlbefinden der dort lebenden Menschen und ein erklärtes politisches Ziel im Rahmen der Herstellung und Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse. So steht im Koalitionsvertrag 2021-2025 „Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“ besonders die Gewährleistung guter Lebensverhältnisse in Stadt und Land im Fokus: „Die Lebensverhältnisse in unseren Regionen, in Städten und dem ländlichen Raum sind nicht gleich, aber sie sollten gleichwertig sein“ (ebd. 2021: 5). Mit dem Fokus auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung kann aber festgestellt werden, dass die ambulante Versorgung in ländlichen Regionen immer größere Lücken aufweist und diese aufgrund der aktuellen Entwicklungen im Krankenhaussektor auch durch stationäre Versorger nicht aufgefangen werden können.

Es gibt vielfältige Herausforderungen, die diese Regionen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung betreffen. Im Vergleich mit städtischen Metropolen sind ländliche Regionen vielerorts schon jetzt durch eine deutlich schwächer ausgeprägte Gesundheitsversorgung gekennzeichnet. Die infrastrukturelle Ausstattung und das Angebot von öffentlichen Verkehrsmitteln sind sehr häufig in ländlichen Regionen deutlich defizitärer als in Städten. Dies kann einerseits den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne eigene Transportmittel erheblich einschränken. Andererseits verringern längere Wegstrecken bei Notfalleinsätzen die Chancen auf eine erfolgreiche Genesung. Dies gilt besonders für lebensbedrohliche Situationen wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle.

In ländlichen Regionen werden daher regional passgenaue Versorgungslösungen benötigt, um die Versorgung der Bevölkerung langfristig zu gewährleisten und zu verbessern. Mögliche Lösungskonzepte werden beispielsweise in der verstärkten Nutzung telemedizinischer Angebote gesehen, in Anreizen zur Niederlassung für Ärzt:innen auf dem Land, in der Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch in der Schaffung von neuen Gesundheitszentren und Gesundheitseinrichtungen. Ein Beispiel dafür sind medizinische Versorgungszentren (MVZ).

MVZ können eine wichtige Rolle in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum spielen und sollen daher nachfolgend exemplarisch näher beleuchtet werden. Sie tragen dazu bei, einige der Herausforderungen zu bewältigen, denen ländliche Regionen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung gegenüberstehen. Doch bislang konzentrieren sich die Standorte eher auf Städte: Lediglich 15 %

der MVZ in Deutschland sind in ländlichen Regionen verortet (ZI, 2022). Seit der Einführung der MVZ durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 ist die Zahl der Neugründungen kontinuierlich angestiegen, so dass es mittlerweile fast 4.200 MVZ in Deutschland gibt. Die dominierenden Formen der Trägerschaften sind dabei Vertragsärzte (47 %) und Krankenhäuser (45 %). Hausärztliche, chirurgische und orthopädische sowie fachärztliche internistische Praxen sind die am häufigsten vertretenen Fachgruppen. Über 25.000 Ärzt:innen sind mittlerweile in MVZ beschäftigt (KBV, 2022).

Mit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes im Jahr 2011 ist es auch Kommunen möglich, MVZ zu gründen. Die Gründung eines MVZ durch Kommunen trägt dazu bei, die Gesundheitsversorgung in der Region sicherzustellen. MVZ sind in der Lage, eine breite Palette von medizinischen Dienstleistungen anzubieten, darunter ärztliche Versorgung, Facharztkonsultationen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Dies ermöglicht den Menschen in der Region den Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung, ohne weite Strecken zurücklegen zu müssen.

Neben der Verbesserung der Gesundheitsversorgung tragen MVZ auch zur wirtschaftlichen Stärkung der Kommunen bei. Sie schaffen Arbeitsplätze, ziehen medizinisches Fachpersonal an und fördern die lokale Wirtschaft, indem sie Patientenströme in der Region halten. Da sie zudem die Gesundheitsversorgung für ortsansässige Unternehmen sicherstellen, können sie dafür sorgen, den Wirtschaftsstandort einer Region für Fachkräfte attraktiv zu gestalten.

Insgesamt ist die Gründung von MVZ durch Kommunen zweifellos ein wichtiger Schritt zur Gewährleistung der Daseinsvorsorge in einer Region. Sie sichert den Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung, verbessert die Lebensqualität der Bürger und fördert die wirtschaftliche Entwicklung vor Ort. Die Kommunen spielen eine zentrale Rolle bei der Förderung und Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Einwohner, und MVZ sind ein wirksames Instrument zur Verwirklichung dieses Ziels.

Damit MVZ, aber auch andere Gesundheitseinrichtungen, die Versorgung auf dem Land auch nachhaltig verbessern, bedarf es einer genauen Planung und Standortanalyse. Für die kommunale Gesundheitsförderung existieren bereits Ansätze zur Standortanalyse als Beratungsinstrument (vgl. Wihofsky et al. 2021). Auf dem Land spielen aktuelle demografische Entwicklungen, Krankheitsprognosen, die lokale Infrastruktur, die vorhandenen medizinischen Fachrichtungen, das Alter der praktizierenden Ärzt:innen und viele weitere Faktoren eine bedeutende Rolle für die Standortwahl und wirtschaftliche Erfolge. In diesem Beitrag wird daher eine Analysemethode am Beispiel des MVZ vorgestellt, welche Faktoren zu berücksichtigen sind und wie Standortempfehlungen ausgesprochen werden können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass MVZ mittlerweile eine wichtige Rolle in der gesundheitlichen Versorgung eingenommen haben. Zwar bewertet über

die Hälfte die wirtschaftliche Lage als gut bis sehr gut, im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings auch, dass ein hoher Teil der MVZ die wirtschaftliche Situation als weniger gut beurteilt. Eine genaue Bedarfsanalyse ist demnach unerlässlich, um sicherzustellen, dass ein MVZ erfolgreich operiert und den Bedürfnissen der Bevölkerung in der Region gerecht wird. Sie bildet die Grundlage für eine fundierte Geschäftsstrategie und eine nachhaltige Gesundheitsversorgung.

## **2. Rahmenbedingungen der Gründungsplanung eines MVZ**

Wie bei jeder Unternehmensneugründung besteht auch im Fall eines neuzugründenden MVZ das Problem, dass für die Planungen nicht auf Vergangenheitsdaten zurückgegriffen werden kann, wie es im Rahmen einer traditionellen betriebswirtschaftlichen Planung bei etablierten Betrieben üblich ist. Prognose- und Planungsdaten über die zu erwartenden Geschäftsverläufe und Ergebnisse, die über die weitere Geschäftsplanung Aufschluss geben könnten, existieren in diesem Fall nicht. Ebenfalls offen sind Fragen der Unternehmensorganisation und -gestaltung sowie des Standortes.

### **Planung und Rahmenbedingungen**

Eine Vergleichsgröße könnten imitatorische Gründungen bieten, insbesondere da der innovative Charakter eines MVZ sich zunächst auf den Standort bezieht und sich somit eine ausreichende Anzahl von Vergleichsfällen findet, die herangezogen werden können. Die Besonderheiten einer regional orientierten und bedarfsbezogenen Gesundheitsversorgung lassen jedoch auch hier nur eingeschränkt verlässliche Aussagen erwarten. Eine Erfahrung, die bereits viele MVZ machen mussten, die auf Grundlage falscher Annahmen gegründet wurden und denen es nicht gelang, dauerhaft schwarze Zahlen zu schreiben. Konventionelle Planungsmethoden allein lassen sich in diesen Fällen nur bedingt anwenden. Meist liegen keine den Einzelfall der Gründung betreffende verlässliche Zahlen vor oder die bekannten Daten und Kennziffern werden falsch interpretiert. Fehlannahmen an dieser Stelle setzen sich im weiteren Prozess fort und potenzieren sich in der mehrjährigen Betrachtung gegebenenfalls. Dementsprechend müssen bereits die Annahmen, die die Grundlage aller weiteren Parameter bilden, sorgfältig recherchiert und abgesichert werden, da damit die Rahmenbedingungen für alle weiteren Planungen geschaffen werden.

## Unternehmensorganisation

Gemeinhin ist eine beabsichtigte Neugründung in dieser Hinsicht nur wenigen Restriktionen unterworfen. Diese große Gestaltungsfreiheit besteht im Falle der Gründung eines MVZ jedoch nicht. Hier bestehen enge Vorgaben seitens des Gesetzgebers, um eine angemessene und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Diese Eingrenzungen z.B. hinsichtlich der Rechtsform, verfügbarer Arztstühle, des Einrichtungsträgers, der operativen Geschäftsführung usw. (Koschate & Kraus, 2019) lassen sich bei der zuständigen Körperschaft, der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung, relativ schnell erfragen. Gemäß § 95 Abs. 1a SGB V können sowohl Vertragsärzte als auch Krankenhäuser, anerkannte Praxisnetze oder Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, diese allerdings nur fachbezogen nach § 126 Abs. 3 SGB V, als Gründer und Träger eines MVZ auftreten. Ebenfalls ist es Kommunen oder gemeinnützigen Einrichtungen, die auf Grund von Zulassung und Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, möglich diese Rolle auszufüllen. Die zulässigen Rechtsformen der Träger-Gesellschaft hinter einem MVZ sind die der Personengesellschaft (GbR oder PartG), der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), der eingetragenen Genossenschaft und einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform (AÖR). Am häufigsten werden MVZ in der Form der GmbH oder als Gesellschaft bürgerlichen Rechts geführt (Halbe, 2022). Ärzte, die an der ambulanten Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten teilnehmen möchten, benötigen einen freien Kassensitz und die entsprechende eigene Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung. Ein MVZ dagegen erhält die Zulassung als Institution, die Höchstzahl an angestellten Ärzt:innen wird nur durch die Bedarfsplanung begrenzt. Die Bedarfsplanung wurde vom Gesetzgeber 1992 eingeführt, um bundesweit eine ausgewogene haus- und fachärztliche Versorgung zu sichern. Mit der aktuellen Bedarfsplanung gelingt es nicht, den vielerorts drohenden Ärztemangel zu beseitigen. Ein Problem ist, dass sich der Bedarf an Ärzt:innen bislang nur an der Einwohnerzahl orientiert. Erst seit Anfang 2011 fließt in die Berechnung der Verhältniszahlen deshalb auch ein sogenannter Demografiefaktor ein. Er soll den höheren Versorgungsbedarf von älteren Patienten berücksichtigen (KBV, 2023).

Grundsätzlich ist die Gründung eines MVZ also auch durch nicht-ärztliche Träger z.B. Kommunen oder die freie Wohlfahrtspflege möglich, sofern sie auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, also z.B. bereits Träger eines Krankenhauses oder einer vergleichbaren Einrichtung der medizinischen Versorgung sind. Nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V muss es sich bei einem MVZ um eine „ärztlich geleitete“ Einrichtung handeln, deren Leiter Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung ist und mit mindestens 10 Std/Woche im MVZ angestellt ist. Nicht-medizinische Tätigkeiten können auch durch einen nichtärztlichen Geschäftsführer bearbeitet werden. Die Gründung durch einen nicht-medizinischen Träger ist überwiegend dann der Fall, wenn eine Kommune oder ein Träger

der Wohlfahrtspflege in einer bestimmten vor allem ländlichen Region die Gefahr der Unterversorgung sieht und daraufhin aktiv wird. Im Vergleich zur Einzelpraxis bietet ein MVZ eine Reihe von organisatorischen Vorteilen. So können Synergien bei Einkauf, Marketing und Ausstattung genutzt werden, Spezialisierungen und Arbeitsteilungen sind möglich, Verwaltungsaufgaben können zentralisiert werden, die Zusammenarbeit in einem Team und der kollegiale Austausch werden erleichtert und letztlich sind unterschiedliche Arbeitszeitmodelle realisierbar. Für die Patient:innen stehen vor allem eine verlässliche und durchgehende Versorgung z.B. ohne Praxis-schließung in Urlaubszeiten und bei fachübergreifenden MVZ kurze Wege zum Spezialisten im Vordergrund.

Gerade in ländlichen Gebieten unterliegt eine Gründung durch eine nichtärztliche Einrichtung meist der Intention, die Versorgungssituation der Bevölkerung zu verbessern und folgt keinen Rentabilitätsüberlegungen. Dennoch muss ein Mindestmaß an Erträgen erzielt werden, um die Versorgung auch dauerhaft sicher zu stellen und eine Unterfinanzierung zu verhindern.

### **Standortanalyse**

Die Wahl eines geeigneten Standortes ist eine grundlegende Entscheidung bei jeder Neugründung. Je nach Unternehmenszweck spielen dabei unterschiedliche Faktoren eine Rolle und müssen entsprechend gewichtet werden. Der Investitionsaufwand für die Einrichtung eines hier betrachteten MVZ mit allen dazugehörigen Funktionen ist erheblich höher. In letzterem Fall ist ein nachträglicher Standortwechsel mit einem ungleich höheren Aufwand und entsprechenden Kosten verbunden. Dabei zählen nicht nur die harten Faktoren wie Raummiete, Geräte, Praxisausstattung etc., sondern auch weiche Faktoren zur Kunden- bzw. Patientenbindung. Parameter wie die Erreichbarkeit, Verkehrsanbindung, Parkplätze und Barrierefreiheit sind ebenso von Bedeutung wie das mit dem Angebot erreichbare Einzugsgebiet. Wie für ländliche Räume typisch existiert außerhalb der Kernstädte nur ein dünnes Netz aus Busverbindungen mit niedriger Frequenz. Verbindungen und Frequenz orientieren sich zudem an den Bedürfnissen von Schüler:innen und haben zu Schulbeginn und Schulschluss vermutlich ihr höchstes Fahrgastaufkommen. Solche Verhältnisse könnten durch die Wahl eines zentralen Standortes und durch angepasste Sprechzeiten aufgefangen werden. Fahrtüchtige Patient:innen werden wahrscheinlich eher ein individuell verfügbares Verkehrsmittel, meist den Pkw, wählen. In diesem Fall ist die Verfügbarkeit von Parkplätzen ein wesentliches Kriterium der Standortwahl.

Insgesamt gibt eine geographische und verkehrliche Analyse, die den Einzugsradius im Verhältnis zum Mobilitätsaufwand und -vermögen der Patient:innen betrachtet, wichtige Hinweise für die räumliche Verortung.

Eine bedarfsorientierte Versorgung basiert allerdings nicht nur auf den rein quantitativen Merkmalen wie Größe des Einzugsgebietes und potenzieller Patient:innenzahl. Bedeutender ist die Kenntnis der häufigsten Indikationen im Zielgebiet und ihrer zu erwartenden Verschiebungen in den kommenden Jahren. Hier bilden Verfahren zur Bestimmung und Vorausberechnung der Prävalenzen die Planungsgrundlage. Aufgrund der bekannten Indikationen kann somit unter Berücksichtigung verschiedener Variablen, an erster Stelle der demografischen Bevölkerungsentwicklung, eine Einschätzung erfolgen, aus der zum einen Größe, Mitarbeitendenzahl und Fachrichtungen bei der Besetzung eines MVZ abgeleitet werden können, zum anderen aber auch eine Wirtschaftlichkeitsberechnung erfolgen kann.

Im Gesundheitswesen kann dazu auf eine ganze Reihe von Daten zu Wettbewerbssituation, Leistungsangebot, Gesundheitssituation der Bevölkerung u.a.m. zurückgegriffen werden, die eine solide Basis bilden können, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung und ökonomische Tragfähigkeit des Leistungserbringers in Einklang zu bringen. Bei der Überlegung einer Neugründung im Gesundheitssektor, insbesondere einer MVZ Gründung, ist gründlich abzuwägen, ob sich höhere Planungskosten durch eine erfolgreiche Gründung kompensieren lassen, oder ob die Situation vor Ort so eindeutig ist, dass ein erhöhter Planungsaufwand als nicht notwendig erachtet wird.

Ein vielversprechendes Vorgehen von der ersten Standortbestimmung bis zur Erstellung eines vorläufigen Businessplans soll im Folgenden geschildert werden.

### **3. Methodisches Vorgehen**

Um dem Anspruch gerecht zu werden, die gesundheitliche Versorgung in einer Region nachhaltig sicherzustellen, müssen für die Wahl des angebotenen Leistungsspektrums und eines geeigneten Standortes verschiedene Aspekte und Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Eine potenzielle Gründung steht also genau vor dem oben geschilderten Problem, dass keine Vergangenheitsdaten vorliegen, die als Grundlage für das Leistungsangebot und den Standort dienen können. Um die Planungen dennoch mit einer realistischen Datengrundlage zu versehen, wird ein dreistufiges Analysemodell vorgestellt, das wir im Rahmen von Versorgungsanalysen in unterschiedlichen Regionen entwickelt und getestet haben:

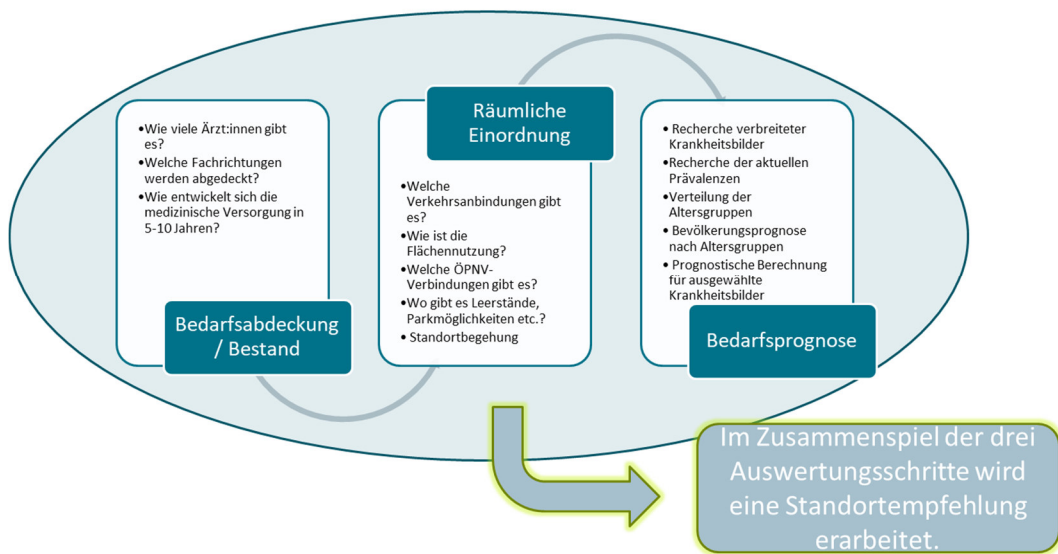


Abbildung 1: Stufenmodell zur Standortbestimmung des IAT. Quelle: Eigene Darstellung

In einem ersten Schritt geht es um die Frage der Bedarfsabdeckung und des aktuellen Bestandes der gesundheitlichen Versorgung. Es handelt sich dabei quasi um die Ermittlung des IST-Zustandes der jeweiligen Region. Darunter fallen Fragestellungen zur Bevölkerung, aber insbesondere auch zu der bisherigen medizinischen Versorgung, der Anzahl der Ärzt:innen, den Fachrichtungen und der Altersstruktur. Darauf folgend muss in der räumlichen Einordnung geprüft werden, wie die Verkehrsinfrastruktur ausgebaut ist. In diesem Themenbereich werden aber auch Aspekte der Flächennutzung oder öffentlichen Transportmittel betrachtet. In einem letzten Analyseschritt wird die Bedarfsprognose berechnet. Für diese Prognose müssen relevante und verbreitete Krankheitsbilder und deren aktuelle Prävalenzen nach Altersgruppen recherchiert werden. Basierend auf den Kennzahlen zu den Prävalenzen, der Bevölkerungsstatistik und den Bevölkerungsprognosen wird ein Prognosemodell erstellt, um zukünftige Bedarfe abschätzen zu können. Unter Berücksichtigung der Inhalte aus allen drei Analyseschritten kann anschließend eine Standortempfehlung erarbeitet werden. Im Folgenden sollen die drei Analyseschritte jeweils detaillierter vorgestellt werden:

### Analyse der Bedarfsabdeckung und des Bestandes

Für die Analyse der Bevölkerung vor Ort können unterschiedliche Zielgrößen und Quellen genutzt werden. Von besonderer Relevanz für einen ersten Überblick sind dabei in der Regel Informationen über die Anzahl der Einwohner:innen, die Bevölkerungsentwicklung in einem bestimmten Zeitraum, die Altersstruktur und die Zahl der Geburten und Sterbefälle.

Je nach Fragestellung und Auftragssituation sowie in Abhängigkeit von personellen Ressourcen für geplante Gründungsvorhaben müssen auch die soziale Lage und der Arbeitsmarkt in der betreffenden Region berücksichtigt werden. Dabei können unter anderem folgende Parameter Aufschluss geben: Wohnfläche pro Person, Anteil von arbeitslosen Personen an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, Anteil von Personen mit Migrationshintergrund, Altersarmut, Beschäftigungsanteil nach Sektoren.

Zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage müssen die medizinischen Leistungen und Angebote in der Region näher betrachtet werden. Dabei stellt sich die Frage: Welche Fachrichtungen werden abgedeckt und wie stark sind diese vertreten? Eine erste Übersicht über die ärztliche Versorgung bietet dabei die Kassenärztliche Bundes- oder jeweilige Landesvereinigung (KVWL, 2019). Auf Ebene der Mittelbereiche (MB), Kreise oder Raumordnungsregionen werden Versorgungsgrade für die hausärztliche Versorgung (MB), allgemeine Fachärztliche Versorgung inkl. Psychotherapie (Kreis) und für die spezialisierte fachärztliche Versorgung (Raumordnungsebene) genannt. In diesem Kontext werden Versorgungsgrade sowie die Gesamtanzahl der Ärzt:innen und auch die Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung des Bereiches recherchiert. Ebenfalls muss in diesem Kontext auch das Alter der praktizierenden Ärzt:innen berücksichtigt werden. Neben der niedergelassenen Versorgung müssen ebenfalls weitere Versorgungsangebote und Dienstleitungen erfasst werden. Hierzu zählen die Krankenhäuser in der Region und darüber hinaus auch weitere Gesundheitsdienstleistungen, wie beispielsweise Physiotherapie-/Ergotherapie und Logopädie-Praxen, aber auch Apotheken, Fitnessstudios und Sportvereine.

### **Analyse zur räumlichen Einordnung**

Darüber hinaus sollten für die Standortwahl nicht nur die gesellschaftliche und versorgungsmedizinische Analyse ausschlaggebend sein, sondern auch kleinräumige örtliche Verkehrsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden. Für diesen Analyseschritt werden zum einen der individuelle Pkw-Nahverkehr und die entsprechenden Kfz-Verbindungen und Bundes- und Landesstraßen analysiert. Hierbei werden insbesondere Fahrtzeiten analysiert, aber beispielsweise auch Parkplatzmöglichkeiten. Zum anderen wird der öffentliche Nahverkehr in der Region beleuchtet. Dabei wird der Ausbau des Schienennetzes sowie Fahrpläne und Taktungen von Bussen und Bahnen berücksichtigt, um Anbindungen zu prüfen. Besonders die Alltagsmobilität von älteren Menschen in ländlichen Räumen ist reduziert (Gisel et al. 2013). Die Erreichbarkeit sowohl für den öffentlichen als auch für den Individualverkehr, die Parkraumsituation, die barrierefreie Zugänglichkeit, ein angemessenes Raumangebot etc. spielen für die richtige Standortwahl eine große Rolle.

## Bedarfsprognose

Eine Grundlage für die Ermittlung von ambulanten Versorgungsbedarfen bildet die Einwohnerzahl und damit verbunden auch die in Zukunft zu erwartende Bevölkerungszahl, die mit Hilfe von Prognoserechnungen ermittelt werden kann. Die vorgestellten Zahlen basieren auf der Basisprognose-Variante des Statistischen Landesamtes Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (Säfken et al., 2012).

Für die Fallzahlprognose wurden in einem ersten Schritt besonders “relevante” Krankheitsbilder identifiziert. Dies bedeutet, dass die Häufigkeit von Krankheitsbildern in der deutschen Bevölkerung untersucht wurde, um die Fallzahlprognose auf Krankheitsbilder zu beschränken, welche in der deutschen Bevölkerung a) besonders häufig vorkommen oder b) in bestimmten Altersgruppen besonders häufig vorkommen und c) zum Entwicklungsprofil und den Möglichkeiten des Auftraggebers passen. Auf der Basis der bisherigen Ergebnisse ergibt sich eine Fokussierung bei der Bedarfsprognose auf Krankheitsbilder, die zum einen der geriatrischen Patientenklientel entsprechen und die zum anderen häufig in der ambulanten Versorgung diagnostiziert werden. Vor diesem Hintergrund ergeben sich zehn Krankheitsbilder, für die der Bedarf bis zum Jahr 2040 prognostiziert wird. Hierzu zählen beispielsweise Hypertonie, Apoplex, KHK oder Osteoporose.

Die Prognose basiert auf den Prävalenzen des RKI Health Monitoring. Durch diese Prävalenzen und die Bevölkerungsstatistik können sowohl aktuelle Fallzahlen als auch zukünftige Fallzahlen abgeschätzt werden. Zudem wird die Hochrechnung der Fallzahlen unter den heute gegebenen Bedingungen („ceteris paribus“) durchgeführt. Das bedeutet, dass bei den Prognosen berücksichtigt werden muss, dass es weitere externe Größen und Entwicklungen geben kann, die den Verlauf positiv oder negativ beeinflussen können. Beispielhafte externe und nur schwer kalkulierbare Variablen sind dabei eine veränderte Bevölkerungsentwicklung durch Covid-Todesfälle oder andere (pandemische, populationsbedingte) Entwicklungen, eine Änderung des Krankheitsspektrums oder Lebensstilveränderungen, die sich auf das Krankheits- und Todesgeschehen auswirken. Gleichzeitig werden regionale Unterschiede bei der Übertragung der RKI-Prävalenzen nicht berücksichtigt. Um diese Ungenauigkeiten zu minimieren, werden im Rahmen des Prognosetools unterschiedliche Prognosevarianten berechnet, so dass ein Intervall mit potenziellem Minimum und Maximum entsteht.

## Zusammenfassung der drei Analyseschritte

Die Ergebnisse der drei beschriebenen Analyseschritte werden anschließend im Sinne der dreidimensionalen Auswertungsmatrix ausgewertet mit dem Ziel eine Standortempfehlung aussprechen zu können. Sobald ein Standort für (in diesem Beispiel) ein MVZ gewählt wurde, wird über eine SWOT-Analyse ein Stärken- und Schwächen-Profil erstellt (Wollny, 2015), welches eine kurze und prägnante Ein-

schätzung über die Ausrichtungsmöglichkeiten sowie neben den Stärken und Schwächen auch über Chancen und Risiken eines MVZ erlaubt. Die Einordnung basiert auf den in den vorangegangenen Arbeitsschritten erhobenen Informationen und Daten. Hier wird zunächst die Frage der genauen Ausgestaltung des MVZ aufgeworfen, dabei werden die Vorgaben des Auftraggebers wie beispielsweise „vorsichtige Investitionen und langsames Wachstum“ berücksichtigt. Dies umschreibt die Ausgangslage, der gemäß ein medizinisches Versorgungszentrum aufgebaut werden soll. Im Rahmen von SWOT-Analysen wird ein Überblick über interne und externe Erfolgsfaktoren gegeben.

## **4. Ausblick & Forschungsagenda**

Die Herstellung und Sicherung gleichwertiger Lebensbedingungen betrifft auch die Frage der angemessenen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Räumen. In Nordrhein-Westfalen herrscht in der hausärztlichen Versorgung nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe der größte Bedarf in Ostwestfalen-Lippe und Teilen Südwestfalens. Hier erreichen mehr als die Hälfte aller Kommunen nicht die ausreichende Versorgungsquote von 1.607 Einwohnern pro Hausarzt. In Petershagen, Bad Salzuflen und Brilon liegt die Versorgungsquote sogar unter 85%. Verschärfend kommt hinzu, dass in den nächsten fünf bis zehn Jahren eine Vielzahl von Ärzten in den Ruhestand geht und die in den nächsten Jahren ausscheidenden Ärzte vergleichsweise altershomogen sind (Schreiber et al. 2023). Dies führt zu dem Effekt, dass auch zurzeit noch ausreichend versorgte Regionen plötzlich in die Unterversorgung abrutschen.

Um die Situation zu entspannen hat das Land Nordrhein-Westfalen 2019 die Landarztquote für Medizinstudierende eingeführt. Dabei werden 7,8 Prozent der Studienplätze an Bewerber vergeben, die sonst keinen Platz bekommen hätten. Im Gegenzug verpflichten sie sich, für zehn Jahre in einem unterversorgten Gebiet hausärztlich tätig zu sein. Bis sich dadurch aber spürbare Effekte in der ländlichen Versorgungsrealität abzeichnen, werden noch Jahre vergehen.

Angeichts einer älter, kränker und immobiler werdenden Bevölkerung suchen Kommunen und Gebietskörperschaften im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge einen Ausweg, der möglichst schnell weiterhilft. Die Flexibilität, die in den Konstruktionseigenschaften eines MVZ gegeben ist, könnte hier einen Ausweg darstellen.

Eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Schreiber et al. 2023) weist, ebenso wie vergleichbare Untersuchungen des Marburger Bundes, der Bundesärztekammer u.a.m. auf den Standortnachteil der unattraktiven Regionen hin und definiert

diese vor allem als ländliche Räume und Regionen in Randlagen (ebd.). Die zugrundeliegenden Umfragen unter Studierenden und jungen Ärzt:innen ergaben, dass, im Gegensatz zur Selbständigkeit als niedergelassener Hausarzt, eine angestellte Tätigkeit in der ambulanten oder stationären Versorgung für fast alle Befragten ungebrochen eine attraktive Option sei. Zentral ist dabei der Wunsch nach einer Teilzeittätigkeit und einer geregelten Arbeitszeit, die der eigenen Freizeit und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf entgegenkommen. Weiterhin wächst der Wunsch nach Teamarbeit, auch über Professionsgrenzen hinweg, und die Entlastung von administrativ-organisatorischen Tätigkeiten zugunsten des unmittelbaren Patientenkontaktes. Diese Wünsche sind in der Versorgungsrealität, sei es in der Klinik oder der Einzelpraxis, kaum zu erfüllen. Sie liefern aber starke Argumente für die Tätigkeitsaufnahme in einem ländlichen MVZ.

Durch den demografischen Wandel, politische Entwicklungen, aber auch neue Arbeitszeitmodelle und Präferenzen werden neue Versorgungsformen in ländlichen Regionen dringend benötigt. Damit MVZ (und andere Gesundheitseinrichtungen) insbesondere in ländlichen Regionen stärker etabliert und finanziell tragbar betrieben werden können, sind analytische Standortbestimmungen und weiterführende Prognoserechnungen unabdingbar. Das hier vorgestellte dreistufige Verfahren kann dazu wichtige Hinweise liefern und die Standortwahl maßgeblich unterstützen. Durch eine breitgefächerte Datenbasis werden viele maßgebliche Einflussfaktoren berücksichtigt und aufgenommen.

## 5. Literatur

- Giesel, F., Köhler, K., & Nowossadeck, E. (2013). *Alt und immobil auf dem Land ?* Robert-Koch-Institut (RKI).
- Halbe, B. (2022). Niederlassung: Das Medizinische Versorgungszentrum. *Deutsches Ärzteblatt*, 119 (33-34)
- Herrmann, M., Ohlbrecht, H., & Seltrecht, A. (Eds.). (2019). *Hausärztemangel auf dem Land: Einblicke in die ländliche Primärversorgung*. Mabuse-Verlag.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023). *Medizinische Versorgungszentren Aktuell*. Berlin. KBV – Bedarfsplanung: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) (2019). *Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Westfalen-Lippe*. [https://www.kvwl.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Mitglieder/Niederlassung/Bedarfsplanung/Bedarfsplan\\_zur\\_Sicherstellung\\_der\\_vertragsaerztlichen\\_Versorgung\\_in\\_Westfalen-Lippe\\_Stand\\_2019.pdf](https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Niederlassung/Bedarfsplanung/Bedarfsplan_zur_Sicherstellung_der_vertragsaerztlichen_Versorgung_in_Westfalen-Lippe_Stand_2019.pdf)
- Koalitionsvertrag 2021 - 2025 „Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“, zwischen der SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und der FDP, vom 07.12.2021, Berlin. S.5. <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>
- Koschate, T. & Kraus, G. (2019). Recht: *Was MVZ-Gründer beachten sollten*. *Deutsches Ärzteblatt*, 116 (29-30)
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022). *Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022*. [https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/krankenhausplan\\_nrw\\_2022.pdf](https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/krankenhausplan_nrw_2022.pdf)
- Potratz, W. (2009): Die niedergelassenen Ärzte. Das Abschiednehmen der Einzelkämpfer. In: Goldschmidt, A.J.W.; Hilbert, J.; (Hrsg.) (2009): *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche*. Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft und Management. Wegscheid
- RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung (2023). *Krankenhaus Rating-Report 2023: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2021 wegen anhaltend niedriger Auslastung verschlechtert*. <https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2023>
- Säfken, B., Rohde, M., Mertens, M., Annuß, R., Appelrath, H. J., & Kneib, T. (2012). *Fallzahlprognosen in der Versorgungsplanung*. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137(S 03), A287.
- Schreiber, S., Jacob, R. & Kopp, J. (2023): *Berufsmonitoring Europäische Medizinstudierende 2022*. Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.). Berlin
- Startbahn MedEcon Ruhr (Hrsg.) (2008): *Der Businessplan in der Medizintechnik*. Essen.
- Wihofszky, P., Hofrichter, P., Layh, S., & Jahnke, M. (2021). *Transfer partizipativer Forschungsergebnisse in die Praxis: Das Beratungsinstrument Standortanalyse in der kommunalen*. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2, 199.
- Wollny, V., & Paul, H. (2015). *Die SWOT-Analyse: Herausforderungen der Nutzung in den Sozialwissenschaften. Methoden der Experten-und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung*, 189-213.

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) (2022): *ZI-MVZ Panel*. Berlin.

### **/// Zitationshinweis**

Cirkel, Michael; Cramer, Elena & Enste, Peter (2023). Bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum – Neue Chancen und Herausforderungen. *Forschung aktuell*, 11/2023 <https://doi.org/10.53190/fa/202311>

---

### **/// Autorinnen und Autoren**

Michael Cirkel ist Senior Researcher im Forschungsschwerpunkt „Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität“ des Instituts Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen.

Elena Cramer ist Junior Researcher im Forschungsschwerpunkt „Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität“ des Instituts Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen.

Dr. Peter Enste ist Direktor des Forschungsschwerpunkts „Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität“ des Instituts Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen.

### **/// Impressum**

#### **Herausgeberin**

Westfälische Hochschule Gelsenkirchen  
Institut Arbeit und Technik  
Munscheidstr. 14  
45886 Gelsenkirchen

#### **Redaktion**

Claudia Braczko  
Telefon: +49 (0)209.17 07-176  
E-Mail: [braczko@iat.eu](mailto:braczko@iat.eu)

#### **Bildnachweis**

Titelbild: [https://de.freepik.com/fotos-kostenlos/hochwinkelstethoskop-auf-weltkarte\\_8096677.htm](https://de.freepik.com/fotos-kostenlos/hochwinkelstethoskop-auf-weltkarte_8096677.htm)

Mit dem Publikationsformat „*Forschung aktuell*“ sollen Ergebnisse der IAT-Forschung einer interessierten Öffentlichkeit zeitnah zugänglich gemacht werden, um Diskussionen und die praktische Anwendung anzuregen. Für den Inhalt sind allein die Autorinnen und Autoren verantwortlich, die nicht unbedingt die Meinung des Instituts wiedergeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.