

# Presseinformation

## Ambulante Versorgung: Wohnortnähe und Morbiditätsrisiko der Bevölkerung sollen Maßstab der Bedarfsplanung sein

**Berlin, 5. Juni 2012 (IGES Institut)** – Die Zahl der Arztstühle in einer Region sollte künftig nur nach dem Versorgungsbedarf der jeweiligen Bevölkerung bemessen werden – und nicht mehr danach, ob es sich um ein Ballungsgebiet oder eine ländliche Region handelt. Dies fordert ein Gutachten des IGES Instituts, das neue Wege in der ärztlichen Bedarfsplanung aufzeigt. Beauftragt hatte das Reformkonzept die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Neben einer veränderten Bemessung der Zahl von Arztstühlen in einer Region werden auch innovative Vorschläge zur Sicherstellung von Wohnortnähe und Erreichbarkeit der Praxen gemacht. Drittes Element des IGES-Vorschlags ist die Einbeziehung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung in die Bedarfsplanung.

### Mängel der bisherigen Bedarfsplanung

Aus der Bedarfsplanungs-Richtlinie geht hervor, wie viele Ärzte einer bestimmten Fachgruppe (z.B. Hausärzte, Orthopäden usw.) sich in einer Stadt oder einem Landkreis niederlassen dürfen. Eine Verhältniszahl gibt an, wie viele Einwohner auf einen Arzt einer Fachgruppe kommen sollen. Doch damit nicht genug: In der bestehenden Bedarfsplanungssystematik wird ferner nach dem Regionstyp unterschieden. Im Ergebnis wird außerhalb der großen Städte bei den meisten Arztgruppen eine viel geringere Arztdichte für angemessen erklärt, als in den Ballungsgebieten. Aber auch innerhalb von dicht versorgten Regionen kommt es zu Ungleichverteilungen, weil beispielsweise Praxen aus den ärmeren Stadtteilen in die wohlhabenderen abwandern.

### Konsequente Bedarfsorientierung

Das IGES-Gutachten schlägt vor, die Zahl der Arztstühle künftig einheitlich nur an der Bevölkerungszahl und am Krankheitsrisiko der Bevölkerung des Kreises oder der Stadt festzumachen. Für die Messung des Krankheitsrisikos werden amtliche Daten zur Alters- und Einkommensstruktur, die Zahl der Pflegebedürftigen sowie die Arbeitslosenquote herangezogen. Auf dieser Basis wird ein Bedarfsindex – getrennt für die Kinder und Erwachsene – abgeleitet. So ergibt sich für jeden Kreis eine Einstufung, ob sein Bedarf an ärztlicher Versorgung über, unter oder am Bundesdurchschnitt liegt. Die Zahl der Arztstühle, die sich allein aus der Bevölkerungszahl ergäbe wird mit dem Bedarfsindex-Wert des Kreises multipliziert. Im Ergebnis erhalten Kreise mit hohem Bedarf (ältere Bevölkerung, ungünstigere Sozialstruktur) mehr ärztliche Kapazitäten zugestanden und umgekehrt.

### Aktualisierung der Verhältniszahlen

Das Reformkonzept erfordert auch eine Neufestlegung der für jede Arztgruppe anzuwendenden Verhältniszahl (Einwohner je Arzt). Das IGES-Modell leitet die neuen Ver-

#### Pressekontakt:

Gisela Angerer  
Leiterin Kommunikation

T +49 30 230 809 341  
[presse@iges.de](mailto:presse@iges.de)

IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

hältniszahlen aus der Bedarfsanalyse her: Alle 412 Kreise und Städte wurden nach ihrem Bedarfsindex sortiert. Für die 25% Kreise in der Mitte – das "bedarfsmittlere Viertel" – wurde berechnet, welches Einwohner-Arzt-Verhältnis dort gegenwärtig tatsächlich besteht. Diese Zahl soll die neue Verhältniszahl einer Arztgruppe bilden.

### **Berücksichtigung der künftigen Bevölkerungsentwicklung**

Die im ersten Schritt mit Bezug auf die gegenwärtigen Einwohner ermittelten Planzahlen werden in einem weiteren Schritt nochmals auf ihre Zukunftsfestigkeit geprüft: Ist die ermittelte Sollzahl von Arztstühlen auch in zehn Jahren noch richtig, wenn man die amtlichen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung in dem betreffenden Kreis/Stadt berücksichtigt? Das Gutachten macht Vorschläge, wie die Zukunft durch neue Betriebs- und Zulassungsformen in die heutigen planerischen Entscheidungen einbezogen werden kann.

### **Regionale Verteilungsplanung sichert Wohnortnähe und Erreichbarkeit**

Nachdem die Sollzahl der Arztstühle ermittelt wurde, soll nach dem Reformmodell innerhalb der betreffenden Planungsregion (Kreis/Stadt) auch die konkrete Verteilung der Arztstühle in der Fläche zum Gegenstand eines abschließenden Planungsschrittes werden. Dies ist bisher nicht der Fall, weshalb es heute vorkommen kann, dass viele Einwohner weite Wege zum Arzt haben, obwohl ihr Kreis ausreichend oder sogar übertarnt ist. Das IGES-Konzept enthält Verfahrensvorschläge, mit denen erreicht werden kann, dass für alle Einwohner bestimmte Maximalentfernungen zum Haus- oder Facharzt eingehalten werden.

Die regionale Verteilungsplanung startet zwar mit festen Vorgaben zu den Maximalentfernungen, sie soll jedoch so flexibel sein, dass lokale Gegebenheiten wie bspw. Verkehrsflüsse, Busverbindungen usw. berücksichtigt werden können. Die Verteilungsplanung soll daher auf regionaler Ebene – vorgeschlagen werden die Kreistage – überprüft und ggf. modifiziert werden.

### **Umsetzung der Reformziele der Patientenvertretung im G-BA**

Ziel des IGES-Gutachtens ist die Erarbeitung eines Konzepts, mit dem wichtige Positionen der Patientenvertretung im G-BA umgesetzt werden können: Stärkere Orientierung der Planung am Bedarf der Bevölkerung, systematische Berücksichtigung des Kriteriums der Erreichbarkeit/Wohnortnähe und Verbesserung der regionalen Gestaltungsmöglichkeiten.

---

#### **Über das IGES Institut: Forschen – Entwickeln – Beraten für Infrastruktur und Gesundheit**

Das IGES Institut wurde 1980 als unabhängiges Institut gegründet. Seither wurde in über 1.000 Projekten zu Fragen des Zugangs zur Versorgung, ihrer Qualität, der Finanzierung sowie der Gestaltung des Wettbewerbs im Bereich der Gesundheit gearbeitet. In jüngerer Zeit wurde das Spektrum auf weitere Gebiete der öffentlichen Daseinsvorsorge ausgeweitet: Mobilität und Bildung. Das IGES Institut gründet seine Arbeit auf hohe Sach- und Methodenkompetenz und bietet in allen Arbeitsgebieten einen breiten Zugang zu eigenen und zu Datenquellen anderer Institutionen.