KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Kreisdaten
zur vertragsärztlichen Versorgung

Datenquelle	Arztregister KV RLP
Stichtag	31.12.2023

Kreis Mainz-Bingen

Hintergrund

Die ambulante medizinische Versorgung ist ein wichtiger Stützpfeiler der kommunalen Daseinsvorsorge und rückt zunehmend in den Fokus der politischen Entscheidungsträger. Da sich in vielen Regionen die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Versorgungsstrukturen bereits bemerkbar machen, kann das gewohnte hohe Versorgungsniveau vor Ort nur durch verstärkte Anstrengungen aller Akteure gesichert werden.

Vor diesem Hintergrund hat die KV RLP in den Jahren 2013 bis 2015 sukzessive 24 Kreisatlanten zur vertragsärztlichen Versorgung erstellt, um insbesondere den Entscheidungsträgern in kreisfreien Städten und Landkreisen Daten zu den derzeitigen Versorgungsstrukturen und den zu erwartenden Entwicklungen zur Verfügung zu stellen.

Aufgrund der Nachfrage nach aktuellen Daten zur regionalen Versorgungssituation stellt die KV RLP nun für alle 28 Kreisregionen die wichtigsten „Kreisdaten“ regelmäßig aktualisiert und in komprimierter Form bereit.

Zu finden sind die „Kreisinformationen“ unter www.kv-rlp.de/457902. Dort finden Sie darüber hinaus weitere Analysen, Daten und Materialien zur Versorgungssituation.

Inhalt

1 Räumliche Verteilung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten

2 Altersstruktur der Ärzte und Psychotherapeuten in der Region

3 Altersbedingter Nachbesetzungsbedarf in der Region

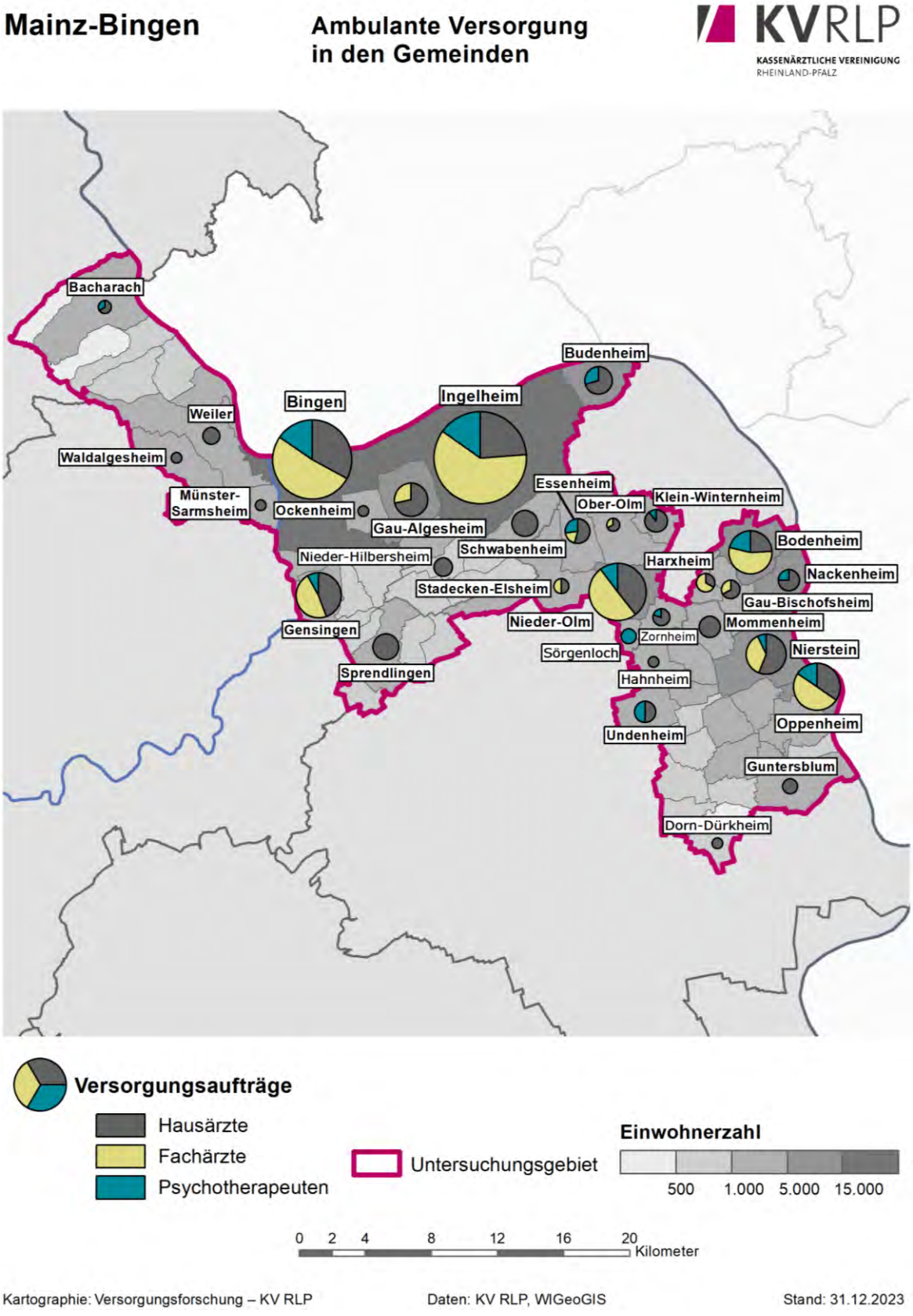
4 Geschlechterverteilung der Ärzteschaft in der Region

5 Praxisstrukturen in der Region

6 Erreichbarkeit der nächstgelegenen Hausarztpraxis

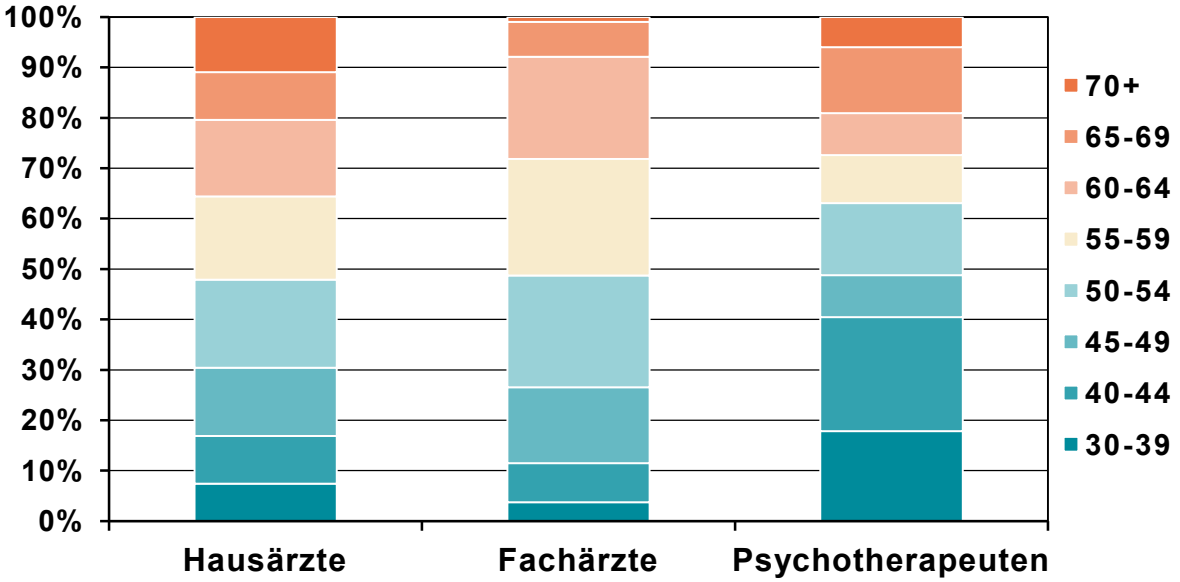
1 Räumliche Verteilung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten

Dargestellt sind die in der Region vorhandenen Arztsitze (gezählt werden die jeweiligen Versorgungsaufträge).



Gemeinde	Versorgungsbereich: Anzahl der Versorgungsaufträge		
	Hausärzte	**Fachärzte (incl. Kinderärzte)**	**Psychotherapeuten (ärztlich und psychologisch)**
Bacharach, Stadt	1	0	0,5
Bingen am Rhein, Stadt	18,25	28,5	8,5
Bodenheim	4	9	3,5
Budenheim	4,75	0	2
Dorn-Dürkheim	1	0	0
Essenheim	3	1	1,5
Gau-Algesheim, Stadt	7	2,75	0
Gau-Bischofsheim	2	1	0
Gensingen	8	8,5	1,5
Guntersblum	2	0	0
Hahnheim	1	0	0
Harxheim	1	2	0
Ingelheim am Rhein, Stadt	18	46	11,5
Klein-Winternheim	4	0	0,5
Mommenheim	4	0	0
Münster-Sarmsheim	1	0	0
Nackenheim	3	0	1
Nieder-Hilbersheim	3	0	0
Nieder-Olm, Stadt	11,5	14,75	3
Nierstein	8	5,25	1
Ober-Olm	1	0,5	0
Ockenheim	1	0	0
Oppenheim, Stadt	6,75	9,75	3
Schwabenheim an der Selz	6	0	0
Sörgenloch	0	0	2
Sprendlingen	6	0	0
Stadecken-Elsheim	1	1	0
Undenheim	2	0	2
Waldalgesheim	1	0	0
Weiler bei Bingen	2,5	0	0
Zornheim	2	0	0,5
Gesamt	**134,75**	**130**	**42**

2 Altersstruktur der Ärzte und Psychotherapeuten in der Region



Altersklasse	Versorgungsbereich: Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten		
	Hausärzte	Fachärzte	Psychotherapeuten
30 bis 39	7%	4%	18%
40 bis 44	9%	8%	23%
45 bis 49	14%	15%	8%
50 bis 54	17%	22%	14%
55 bis 59	17%	23%	10%
60 bis 64	15%	20%	8%
65 bis 69	9%	7%	13%
Über 70	11%	1%	6%

Alterung der Ärzte- und Psychotherapeutenschaft:

In den letzten 18 Jahren ist es zu einer deutlichen Alterung der Ärzteschaft gekommen. Landesweit stieg die Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten im Alter von 60 und mehr Jahren von 795 auf 2.924 an und beträgt mittlerweile 36 Prozent. Im Jahr 2005 waren es 13 Prozent. Hauptursache hierfür ist die Ungleichverteilung der Altersklassen. Durch angekündigte Zulassungssperren kam es Anfang der Neunzigerjahre zu einem kurzfristigen Niederlassungsboom bei den damals über 40-Jährigen. Diese Ärzte gehen nun sukzessive in den Ruhestand und erfordern den Einsatz verschiedener Anreizinstrumente zur Sicherstellung einer ärztlichen Versorgung insbesondere in ländlich geprägten Regionen.

3 Altersbedingter Nachbesetzungsbedarf in der Region

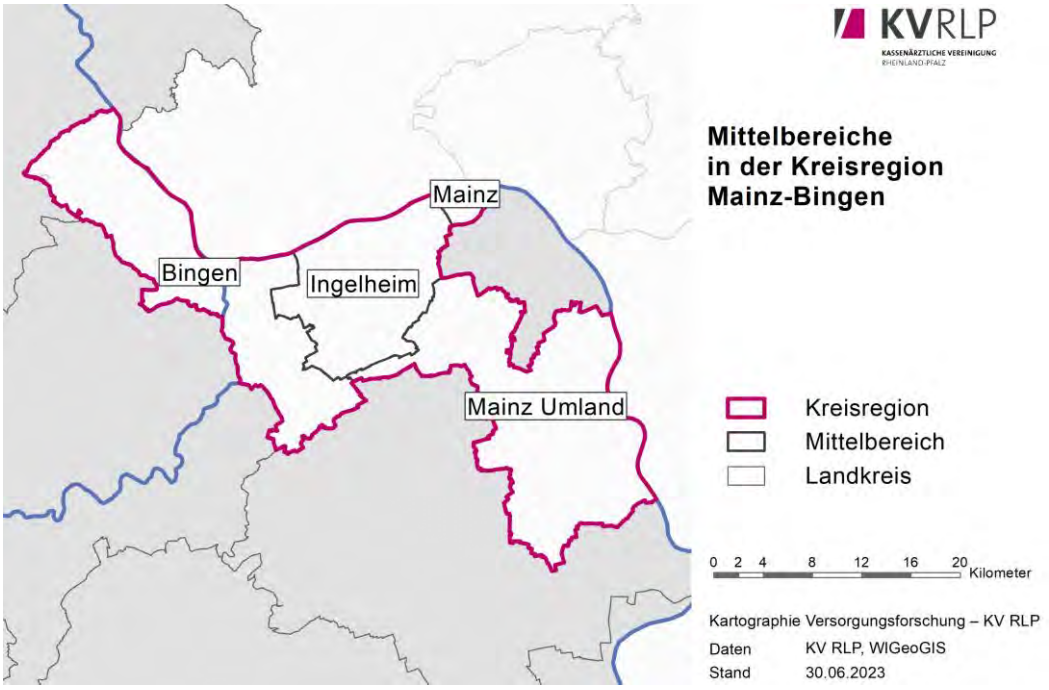
Versorgungsbereich	Anzahl der Ärzte		Versorgungsaufträge	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Fachärzte	43	32%	30	34%
Psychotherapeuten	20	27%	11	26%
Hausärzte in Mittelbereichen				
Bingen	17	38%	13	34%
Ingelheim	12	26%	9	24%
Mainz	32	21%	28	20%
Mainz Umland	18	26%	15	26%

Hinweise zur Methodik:

Der Nachbesetzungsbedarf beschreibt den Anteil von Versorgungsaufträgen, der potenziell auf Basis der berechneten Austrittswahrscheinlichkeit und aufgrund der aktuell laut Bedarfsplanung festgestellten freien Sitze wiederzubesetzen wäre, um den Status-Quo der Versorgung sicherzustellen. Trends wie zunehmende Morbidität durch die Alterung der Bevölkerung und die abnehmende Arbeitszeit der neuen Ärztegeneration bleiben hierbei unberücksichtigt.

Die Berechnung basiert auf dem Austrittsverhalten von Ärzten und Psychotherapeuten aus der vertragsärztlichen Versorgung in den letzten fünf Jahren. Aus dieser Betrachtungsweise ergibt sich, dass alle Ärzte und Psychotherapeuten je nach Lebensalter mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit als potenziell nachzubesetzen angesehen werden. Die resultierenden Zahlen entsprechen einer Fortschreibung des Austrittsverhalten in der Vergangenheit und berücksichtigen nicht kurzfristig auftretende Trendänderungen. Gleichzeitig werden die zum Berechnungszeitpunkt existierenden freien Sitze gemäß Bedarfsplanung berücksichtigt.

Die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung erfolgt auf der Planungsbereichsebene der Mittelbereiche. Daher wird der Nachbesetzungsbedarf bei den Hausärzten für die Mittelbereiche dargestellt, die vollständig oder anteilig zur Kreisregion Mainz-Bingen gehören.



4 Geschlechterverteilung der Ärzteschaft in der Region

Teilnahmestatus	Frauen	Männer
Zugelassen	51%	49%
Angestellt	61%	39%
Insgesamt	54%	46%

Zunehmender Frauenanteil in der vertragsärztlichen Versorgung:

Landesweit beträgt der Anteil der Frauen an der vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz zum Stichtag 31.12.2023 48 Prozent. Damit sind inzwischen 3.914 der 8.098 Vertragsärzte- und Vertragspsychotherapeuten weiblich. Im Jahr 2005 waren es 1.944 von 6.073 (32 Prozent). Da inzwischen zwei Drittel der Studienanfänger in der Humanmedizin weiblich sind und Frauen bereits heute die Mehrheit der unter 50-jährigen in der ambulanten Versorgung stellen, kann davon ausgegangen werden, dass diese auch zukünftig in zunehmendem Maß weiblich geprägt sein wird.

5 Praxisstrukturen in der Region

Organisationsform	Betriebsstätten	Nebenbetriebsstätten
Einzelpraxis	162	6
Medizinisches Versorgungszentrum	4	-
Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft	47	-
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	-	15
Zweigpraxis	-	15

Einzelpraxis:
Die Einzelpraxis ist die „klassische“ Versorgungsform in der ambulanten Versorgung. Damit verbunden war in der Regel, dass ein zugelassener Vertragsarzt an einem Standort eine Praxis betreibt, sein Arbeitsumfang entsprach in der Regel einem vollen Versorgungsauftrag. Inzwischen sind aber auch in einer Einzelpraxis vielfältige Arbeitskonstellationen im Rahmen von Anstellungen möglich. Zugelassene Vertragsärzte müssen mindestens einen halben Versorgungsauftrag ausfüllen. Ein Sitzinhaber kann bis zu drei Ärzte mit Leistungsbeschränkung in seiner Praxis anstellen. Da es für immer mehr Einzelpraxisinhaber zunehmend schwieriger wird, Nachfolger zu finden, gibt es die Option, dass der Sitzinhaber zugunsten einer Anstellung auf seine Zulassung verzichtet. Er praktiziert weiter bei seinem Praxisübernehmer und arbeitet ihn somit in die Praxis ein. Eine andere Möglichkeit ist die Teilung einer Zulassung im Rahmen des Jobsharings zwischen Senior- und Juniorpartner mit einer Punktzahlobergrenze, da das Budget der Praxis nicht ausgeweitet werden darf. Der Anreiz für den Juniorpartner besteht darin, dass seine halbe Zulassung nach zehn Jahren in eine volle Zulassung umgewandelt wird.

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG):
Bei einer BAG handelt es sich um den Zusammenschluss von zwei oder mehr zugelassenen Ärzten in Form einer gemeinsamen Haftungsgesellschaft. Diese kann fach-, orts- und sogar KV-gebietsübergreifend organisiert sein. Analog zur Einzelpraxis können auch weitere Ärzte angestellt werden und die zugelassenen BAG-Partner können Jobsharing ausüben.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Seit dem Jahr 2004 besteht für zugelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser die Möglichkeit, MVZ zu gründen. In diesen können weitere Ärzte und Psychotherapeuten angestellt werden. Aufgrund des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) können seit 2015 auch fachgruppengleiche MVZ gegründet werden, Träger von MVZ dürfen seitdem auch Kommunen sein. Hierdurch sollen neue Möglichkeiten zur Sicherung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung insbesondere in ländlichen Regionen geschaffen werden. Auch MVZ können Nebenbetriebsstätten gründen oder durch die Gründung von BAG mit Vertragsärzten zusätzlich überörtlich tätig werden.

Zweigpraxen:
Zweigpraxen können faktisch von jeder der obigen Organisationsformen gegründet werden. Sie stellen zusätzlich zur Hauptbetriebsstätte betriebene Praxisstandorte dar. Diese sind jedoch nur dann genehmigungsfähig, wenn einerseits dadurch die Versorgungssituation vor Ort verbessert wird und sich andererseits die Versorgung am Hauptpraxissitz nicht verschlechtert. Ein Vertragsarzt kann an maximal zwei Orten außerhalb seines Praxissitzes in Zweigpraxen tätig werden oder dort weitere Vertragsärzte anstellen.

6 Erreichbarkeit der nächstgelegenen Hausarztpraxis

Dargestellt ist die Entfernung zwischen Wohnsitz der Bevölkerung in der Region und der jeweils nächstgelegenen Hausarztpraxis. In der Region beträgt die durchschnittliche Entfernung zur nächstgelegenen Hausarzt-Praxis: 1,1 km. Der Landesschnitt in Rheinland-Pfalz liegt aktuell bei 1,7 km.

Entfernung	Anteil der Einwohner der Region	Anzahl der Einwohner der Region
0 bis unter 1 Kilometer	64,6%	134.954
1 bis unter 2,5 Kilometer	24,4%	50.965
2,5 bis unter 5 Kilometer	8,9%	18.610
5 bis unter 7,5 Kilometer	2,1%	4.429

Herausgeber
Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Konzeption & Text
Benjamin Richter, Markus Steinmetz und Thomas Christ
Ressort Versorgungsforschung,
Abteilung Sicherstellung

Kontakt
Telefon: 06131 326-326
Fax: 06131 326-327
E-Mail: service@kv-rlp.de
Internet: www.kv-rlp.de

Hinweise
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.