

# **Bedarfsplan für Rheinland-Pfalz**

in der Erstfassung vom 12.06.2013  
in Kraft getreten am 21.06.2013

zuletzt geändert am 28.08.2019  
in Kraft getreten am 30.09.2019

Der Bedarfsplan für das Land Rheinland-Pfalz wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) gemäß § 99 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 12 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz nach der Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 vom 20.12.2012 (letzte Änderung: 16.05.2019, in Kraft getreten am: 30.06.2019)

## **Präambel**

Mit dem vorliegenden Bedarfsplan wird angestrebt, einen gleichmäßigen Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung für alle GKV-Versicherten unabhängig von Wohnort, Einkommen oder anderen Gründen zu erreichen.

Dies entspricht auch den Wertungen des Art. 72 Abs. 2 Grundgesetz (GG), wonach die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet anzustreben ist.

Beim Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist auch das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 Abs. 1 SGB V zu berücksichtigen. Demnach müssen ärztliche Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Der bisherige Bedarfsplan wurde nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 ohne Regionalisierung aufgestellt. Die mit der Aufstellung des Bedarfsplans einhergehenden Auswirkungen wurden beobachtet, um auf die Veränderungen und aktuellen Gegebenheiten reagieren zu können. So erfolgte bereits in den Jahren 2015, 2016 und 2018 eine entsprechende Weiterentwicklung des Bedarfsplans. Die Einzelheiten dazu sind unter Punkt 2 (Bedarfsplanung) aufgeführt

### **1. Regionale Versorgungssituation**

In der Vergangenheit ist es in Rheinland-Pfalz insbesondere bei den Arztgruppen der Haus-, Augen- und HNO-Ärzte in einzelnen Planungsbereichen zu partiellen Entsperrungen gekommen.

Das Bundesland Rheinland-Pfalz wurde nach Regelungen der bisherigen Bedarfsplanung bislang in 28 Planungsbereiche eingeteilt, bestehend aus den Kreisregionen.

Durch die Vorgaben in der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde Rheinland-Pfalz nach den Abgrenzungskriterien des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung in sogenannte Mittelbereiche eingeteilt. Für die Arztgruppen, die der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehören, ist es bei der Zuordnung der Planungsbereiche in Kreisregionen geblieben.

Der Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung bestimmt sich nach den Raumordnungsregionen, die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung werden landesweit beplant. Planungsbereich der gesonderten fachärztlichen Versorgung ist somit der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz.

#### **1.1. Ärztliche Versorgung**

Bezüglich der Arztzahlen und der Zahlen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird auf die Planungsblätter verwiesen, die Bestandteil dieses Bedarfsplans sind.

Gemäß Anlage 2.1 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist bei der Darstellung der regionalen Versorgungssituation auch auf die Frage der möglichen Barrierefreiheit der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen einzugehen. Dabei sollte berücksichtigt werden, ob eine Praxis über Behinderten-Parkplätze, behindertengerechte WC etc. verfügt oder rollstuhlgeeignet ist. Die Barrierefreiheit von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in Rheinland-Pfalz stellt sich derzeit wie folgt dar: Im Jahr 2017 sind von insgesamt 5.409 Praxen in Rheinland-Pfalz 29,4 Prozent nach eigener Einschätzung laut freiwilliger Selbstauskunft an die KV RLP barrierefrei. Am höchsten ist der barrierefreie Praxenanteil bei den Transfusionsmedizinern (50 Prozent), bei den Physikalische- und Rehabilitations-Medizinern (48,5 Prozent), Orthopäden (45,8 Prozent), Kinder- und Jugendpsychiatern (42,9 Prozent), Nuklearmedizinern (40,9 Prozent) sowie in Praxen von Chirurgen (40,8 Prozent). Der Anteil barrierefreier Praxen der Psychologischen Psychotherapeuten liegt bei einem Anteil von circa 15 Prozent sowie in Praxen im Bereich Kinder und Jugend bei einem Anteil von 10 Prozent.

Die KV RLP bietet zudem ein Online-Serviceangebot auf ihrer Website an, um bei der Suche nach einem passenden Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten zu unterstützen. Zudem hat die KV RLP in 2018 eine Abfrage unter ihren Mitgliedern gestartet. Die Ergebnisse bleiben abzuwarten, zumal mit In-Kraft-Treten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zum 11. Mai 2019 nun auch eine gesetzliche Vorgabe besteht, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) zu informieren haben.

Dieses muss bundesweit in einheitlicher Form erfolgen.

## **1.2. Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung**

Das Land Rheinland-Pfalz verfügt über ein Netz an Krankenhäusern, die die stationäre Versorgung der Patienten sicherstellen. Hierzu wird auf den Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz verwiesen.

Hinzu kommen ermächtigte Einrichtungen und Institutsambulanzen, die zusätzlich zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung beitragen. Hier sind insbesondere Einrichtungen wie Psychiatrische Institutsambulanzen, Geriatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, Hochschulambulanzen, psychotherapeutische Ausbildungsinstitute sowie weitere ärztliche Einrichtungen zu nennen.

Darüber hinaus werden ärztliche Leistungen im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V, an Krankenhäusern nach § 115b SGB V sowie in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbracht.

### 1.3 Demografie und soziodemografische Faktoren

Die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz zeichnet sich, wie generell in Deutschland, durch eine rückläufige Gesamtzahl aus. Es findet ein demografischer Wandel durch zunehmende Anteile älterer und rückläufige Anteile jüngerer Altersgruppen statt. Ursächlich für die Entwicklung der Altersstruktur sind zum einen niedrigere Geburtsraten und hohe Lebenserwartungen und zum anderen Wanderungssalden, die die absoluten Rückgänge nicht ausgleichen können.

So ist gemäß der fünften regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante) mit dem Basisjahr 2017 bis 2040 mit einer Verringerung der Bevölkerungszahl um 2,6 Prozent zu rechnen; sie würde von 4,07 Millionen auf 3,97 Millionen Menschen sinken. Damit wäre in etwa wieder die Bevölkerungszahl des Jahres 1995 erreicht. Der Rückgang um 105 600 Personen bedeutet eine durchschnittliche Abnahme von jährlich etwa 4.600 Personen bzw. 0,11 Prozent. (Prognose 2017 bis 2040)

Wenn die Annahmen der mittleren Variante in der langen Frist zu treffen, wird nach 2040 auch in den Regionen, die bis dahin noch Zuwächse verzeichnen konnten, die Bevölkerungszahl sinken. Der langfristige Bevölkerungsrückgang wird in den Landkreisen stärker ausfallen als in den kreisfreien Städten.

(Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz „STATISTISCHE ANALYSEN Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz Fünfte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2017)“; erschienen im Februar 2019, Seite 48 und 67)

Die Lebenserwartung steigt bis 2070 für Frauen von 83 auf 88,8 Jahre und für Männer von 78,6 auf 85,5 Jahre.

Die bereits in der Vergangenheit beobachteten altersstrukturellen Verschiebungen in den rheinland-pfälzischen Regionen werden sich in Zukunft fortsetzen. Dies verdeutlicht vor allem die Entwicklung des Altenquotienten.

Der Jugendquotient, also das Verhältnis der jüngeren Bevölkerung unter 20 Jahren zur erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter von 20 bis 65 Jahren, ist in den kreisfreien Städten niedriger als in den Landkreisen. So entfielen im Jahr 2017 in den kreisfreien Städten auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 29 jüngere Menschen. In den Landkreisen belief sich der Jugendquotient dagegen auf 31 (Landesdurchschnitt: 30). Der Bevölkerungsanteil der Jüngeren ist in den kreisfreien Städten etwas geringer als in den Landkreisen; zugleich ist der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter etwas größer. Im Gegensatz zum Jugendquotient bezieht der Altenquotient die Zahl der älteren Menschen ab 65 Jahren auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 65 Jahren.

Er wird in den nächsten Jahrzehnten in allen Regionen kontinuierlich steigen und sich dabei sehr viel stärker verändern als der Jugendquotient. Derzeit kommen in den kreisfreien Städten auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 32 Menschen die 65 Jahre oder älter sind; in den Landkreisen sind es 37.

Bereits mittelfristig wird der Altenquotient deutlich zunehmen, weil die geburtenstarken Jahrgänge die Altersgruppe der 20- bis 65-Jährigen bis etwa 2035 verlassen und in die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren wechseln werden. In den kreisfreien Städten wird der Quotient mittelfristig von derzeit 32 auf 45 steigen; in den Landkreisen von 37 auf 61. Damit

werden in den kreisfreien Städten und Landkreisen 2040 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter ungefähr 60 Prozent mehr 65-Jährige und Ältere kommen als heute. Sowohl in den kreisfreien Städten als auch in den Landkreisen wird die absolute Zahl der Älteren steigen. In den Landkreisen wird dieser Anstieg deutlich stärker ausfallen: Während heute in den kreisfreien Städten und Landkreisen jeweils etwa ein Fünftel der Bevölkerung 65 Jahre und älter ist, werden es im Jahr 2040 in den kreisfreien Städten 26 Prozent und in den Landkreisen 32 Prozent sein.

Auch nach 2040 wird der Altenquotient weiter zunehmen. Im Jahr 2070 wird er in den kreisfreien Städten bei 52 und in den Landkreisen sogar bei 66 liegen (Landesdurchschnitt: 61). Ursächlich hierfür ist, dass die Altersgruppe der 20- bis 65-Jährigen auch langfristig weiter schrumpfen wird, weil immer weniger junge Menschen in diese Bevölkerungsgruppe hineinwachsen.

(Quelle: ebenda Seite 68 und 72ff)

#### **1.4. Geografische Besonderheiten**

Das Land Rheinland-Pfalz gliedert sich in folgende Regionen: Im Norden der Westerwald, im Westen die Eifel, in der Mitte Hunsrück, Mosel-Saar - welche Eifel und Hunsrück voneinander trennt, im Osten der Taunus und Rheinhessen sowie im Süden die Pfalz.

Dabei bilden die Gebiete Neuwieder Becken, Rhein-Main-Gebiet und Rhein-Neckar-Dreieck besondere Ballungsgebiete. Die vier größten rheinland-pfälzischen Flüsse sind Rhein, Mosel, Nahe und Lahn, wobei auf der knapp 100 Kilometer langen Strecke zwischen Mainz und Koblenz derzeit nur eine Rheinquerung per Fähre möglich ist.

Rheinland-Pfalz zeichnet sich durch unterschiedlich stark besiedelte Gebiete aus.

#### **1.5. Ziele der Bedarfsplanung**

Ziel der Bedarfsplanung ist die flächendeckende und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz. Sie soll Versorgungsmöglichkeiten dort ausweisen, wo sie benötigt werden – dies gilt auch für die ärztliche Versorgung auf dem Land. Den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz soll ein gleichmäßiger Zugang zur ärztlichen Versorgung gewährleistet werden.

### **2. Bedarfsplanung**

Der Bedarfsplan folgt den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012. Bei der erstmaligen Aufstellung des Bedarfsplanes wurden keine regionalen Besonderheiten berücksichtigt.

Gemäß § 11 Abs. 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie darf zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung jedoch eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder

weitere Untergliederung in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. Von dieser Möglichkeit wurde bereits Gebrauch gemacht. Durch die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Dezember 2012 wurde die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung grundsätzlich kleinräumiger gestaltet. Aus den bisherigen 28 rheinland-pfälzischen Planungsbereichen entstanden aufgrund der Vorgaben des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 50 Planungsbereiche, die sogenannten Mittelbereiche. Diese weisen allerdings in ihrer Ausdehnung zum Teil sehr große Unterschiede auf. So waren zum Beispiel in den einzelnen Regionen die allgemeine fachärztliche Versorgung etwa durch Augenärzte, HNO-Ärzte oder Kinderärzte kleinräumiger geplant als die Arztgruppe der Hausärzte. Ebenso wurde durch eine mögliche Stadt-Landflucht die stabile und homogene Versorgung gefährdet.

In einzelnen Regionen ist daher eine Aufteilung in kleinere Planungsbereiche bzw. Umverteilung auf die angrenzenden Bereiche auch im Hinblick auf die bestehenden Patientenströme notwendig und sinnvoll.

Bisher wurden im Rahmen der Weiterentwicklung des Bedarfsplans die bisherigen Mittelbereiche St. Goar/St. Goarshausen im Jahr 2015 und Trier und Ludwigshafen im Jahr 2016 neugegliedert.

Ebenso wurde der Mittelbereich Koblenz/Lahnstein im Jahr 2018 entsprechend aufgeteilt, da dieser, wie die bisherigen Mittelbereiche Trier und Ludwigshafen, nicht nur das jeweilige Stadtgebiet umfasst, sondern vielmehr auch Teile der angrenzenden Landkreise.

Ein weiterer hausärztlicher Planungsbereich, der bisher in Stadt und Land zusammengefasst war, ist der Mittelbereich „Mainz“.

Bei der Überprüfung der Abrechnungsdaten und insbesondere der Patientenströme hat sich gezeigt, dass die Wohnbevölkerung absolut bevorzugt Hausärzte innerhalb der Region konsultiert. Die Mitversorgungsfunktion der Stadt Mainz beträgt in allen Teilregionen weniger als zehn Prozent.

Zudem konnte festgestellt werden, dass in der Verbandsgemeinde Rhein-Selz die Entfernung zur jeweiligen Praxis fünf bis zehn Kilometer beträgt. Dies ist weitaus höher als die durchschnittliche Distanz in dem ehemaligen Mittelbereich, die ca. einen Kilometer, maximal bis zu zweieinhalb Kilometern beträgt.

Eine Steuerung dahingehend, dass sich Hausärzte vermehrt auch im Mainzer Umland und nicht nur im Stadtgebiet niederlassen, ist daher dringend geboten.

Es wird daher folgende Aufteilung vorgenommen:

Der Mittelbereich Mainz (neu) besteht nun aus der Stadt Mainz und der verbandsfreien Stadt Budenheim.

Aufgrund der Kommunal- und Verwaltungsreform wird die Verbandsgemeinde Heidesheim am Rhein mit ihren Ortsgemeinden Heidesheim am Rhein und Wackernheim zum 1. Juli 2019 in die große kreisangehörige Stadt Ingelheim am Rhein eingegliedert; Landesgesetz vom 22. Juli 2016. Dieser Zusammenschluss wird in der Bedarfsplanung übernommen.

Die restlichen ehemaligen Verbandsgemeinden des Mittelbereichs Mainz werden zum neugegründeten Mittelbereich „Mainz Umland“ zusammengeführt.

Die genaue Zuordnung der Gemeinden zu den Mittelbereichen „Mainz“ und „Mainz Umland“ ist in der Anlage 1 abgebildet.

## **2.1. Regionale Grundlagen bei der Bedarfsplanung**

Die regionalen Grundlagen der Bedarfsplanung ergeben sich **grundsätzlich** aus den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 und den räumlichen Zuordnungen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

### **2.1.1. Hausärztliche Versorgung, § 11 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Gemäß § 11 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie gehören zur Arztgruppe der Hausärzte die in § 101 Abs. 5 SGB V genannten Arztgruppen. Wegen der Einzelheiten der Zuordnung in Abgrenzung zu anderen Arztgruppen wird auf § 11 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie Bezug genommen.

Gemäß § 11 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist als Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung der Mittelbereich in Abgrenzung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung vorzusehen.

Nach den Abgrenzungskriterien des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung und der davon abweichenden Entscheidungen gemäß Kapitel 2 des Bedarfsplans bestehen für Rheinland-Pfalz die nachfolgenden Mittelbereiche:

1. Altenkirchen
2. Alzey
3. Andernach
4. Bad Bergzabern
5. Bad Dürkheim
6. Bad Ems
7. Bad Kreuznach
8. Bad Neuenahr-Ahrweiler
9. Bernkastel-Kues/Traben-Trarbach
10. Betzdorf/Kirchen/Wissen
11. Bingen
12. Bitburg
13. Boppard
14. Cochem
15. Dahn
16. Daun
17. Diez
18. Frankenthal
19. Germersheim
20. Gerolstein
21. Grünstadt
22. Hermeskeil
23. Idar-Oberstein/Birkenfeld
24. Ingelheim
25. Kaiserslautern
26. Kandel/Wörth
27. Kirchheimbolanden
28. Kirn
29. Koblenz/Lahnstein

30. Kusel
31. Landau
32. Landstuhl
33. Linz
34. Ludwigshafen
35. Mainz
36. Mainz Umland
37. Mayen
38. Montabaur
39. Mosel/Ruwer/Hochwald
40. Neustadt an der Weinstraße
41. Neuwied
42. Pirmasens
43. Prüm
44. Saarburg/Obermosel
45. Simmern
46. Speyer
47. St. Goarshausen
48. Trier, Stadt
49. Weißenthurm
50. Westerburg/Hachenburg
51. Wittlich
52. Worms
53. Zweibrücken

Gemäß § 11 Abs. 4 ist in der Bedarfsplanungs-Richtlinie als allgemeine Verhältniszahl die Zahl von einem Hausarzt zu 1.609 Einwohnern festgelegt.

Diese Verhältniszahl ist durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors nach § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie in zwei Schritten zu modifizieren; nämlich die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (§ 8 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und die Ermittlung der regionalen Verhältniszahl (§ 8 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Zunächst wird gemäß § 9 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie die Basis-Verhältniszahl aufgrund der bundesweiten Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur im Zeitverlauf angepasst. Diese Alters- und Geschlechtsstruktur wurde bei der Arztgruppe der Frauenärzte auf der Basis der Frauen berechnet, siehe dazu Punkt 2.1.2. Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte (siehe Punkt 2.1.2) erfolgt die Berechnung bezogen auf Minderjährige, d. h. Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, differenziert nach Geschlecht, desgleichen bei den Kindern- und Jugendpsychiatern (siehe Punkt 2.1.3). Gemäß § 9 Abs. 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgt danach die Anpassung der Basis-Verhältniszahl mit Leistungsbedarfsfaktoren, die den Behandlungsaufwand der acht Alters- und Geschlechtsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegeln (AG-Leistungsbedarfsfaktoren) und die Abweichung der aktuellen Alters- und Geschlechtsstruktur vom Stichtag entsprechend gewichten. Zur weiteren Anpassung der Basis-Verhältniszahl



wird der jeweilige AG-Leistungsbedarfsfaktor berücksichtigt, so dass sich daraus die Allgemeine Verhältniszahl nach § 8 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie ergibt.

In einem zweiten Schritt löst ein Abweichen der aktuellen regionalen Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt arztgruppen – und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl zu der regionalen Verhältniszahl aus. Die Anpassung erfolgt anhand der sogenannten Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren, § 9 Abs. 8 – 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie, siehe dazu auch Punkt 2.2.

Die modifizierten Verhältniszahlen sind den Planungsblättern zu entnehmen.

### **2.1.2 Allgemeine fachärztliche Versorgung**

Gemäß § 12 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie gehören zu den Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung folgende Arztgruppen:

1. Augenärzte
2. Chirurgen und Orthopäden
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Psychotherapeuten
8. Urologen
9. Kinder- und Jugendärzte

Für die weitere Abgrenzung der Zuordnung zu diesen Arztgruppen für die allgemeine fachärztliche Versorgung wird auf § 12 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 Bezug genommen.

Gemäß § 12 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist der Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung die Kreisregion.

Nach der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung bestehen für das Land Rheinland-Pfalz folgende Planungsbereiche:

1. Ahrweiler
2. Altenkirchen
3. Bad Kreuznach
4. Birkenfeld
5. Cochem-Zell
6. Koblenz, Stadt
7. Mayen-Koblenz
8. Neuwied
9. Rhein-Hunsrück-Kreis
10. Westerwaldkreis

11. Rhein-Lahn-Kreis
12. Worms, Stadt/Alzey-Worms
13. Mainz
14. Mainz-Bingen
15. Donnersbergkreis
16. Neustadt an der Weinstraße, Stadt/Bad Dürkheim
17. Germersheim
18. Kaiserslautern, Stadt/Kaiserslautern
19. Kusel
20. Landau, Stadt/Südliche Weinstraße
21. Ludwigshafen, Stadt
22. Frankenthal, Stadt/Speyer, Stadt/Rhein-Pfalz-Kreis
23. Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz
24. Vulkaneifel
25. Eifelkreis Bitburg-Prüm
26. Berncastel-Wittlich
27. Trier-Saarburg
28. Trier, Stadt

Die Verhältniszahlen sind nach § 12 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie in einer Typisierung nach dem Grad der Mitversorgung in den Kreistypen 1 bis 4 sowie den Großstädten ausdifferenziert.

Demnach entsprechen die Kreisregionen den nachfolgenden Kreistypen:

1. Ahrweiler	4
2. Altenkirchen	5
3. Bad Kreuznach	5
4. Birkenfeld	5
5. Cochem-Zell	4
6. Koblenz, Stadt	1
7. Mayen-Koblenz	4
8. Neuwied	4
9. Rhein-Hunsrück-Kreis	4
10. Westerwaldkreis	5
11. Rhein-Lahn-Kreis	4
12. Worms, Stadt/Alzey-Worms	3
13. Mainz, Stadt	1
14. Mainz-Bingen	3
15. Donnersbergkreis	5
16. Neustadt an der Weinstraße, Stadt/Bad Dürkheim	3
17. Germersheim	3
18. Kaiserslautern, Stadt/Kaiserslautern	5
19. Kusel	5
20. Landau, Stadt/Südliche Weinstraße	4
21. Ludwigshafen, Stadt	1
22. Frankenthal Stadt/Speyer, Stadt/Rhein-Pfalz-Kreis	2
23. Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz	5

24. Vulkaneifel	5
25. Eifelkreis Bitburg-Prüm	5
26. Bernkastel-Wittlich	5
27. Trier-Saarburg	3
28. Trier, Stadt	1

Unter Berücksichtigung dessen ergibt sich die allgemeine Verhältniszahl für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wie folgt:

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6 (poly- zentrischer Verflechtungs- raum)
Augenärzte	12.463	18.817	23.003	20.605	19.221	19.013
Chirurgen und Orthopäden	9.071	14.007	16.864	15.903	14.632	13.466
Frauenärzte	3.853	5.800	6.819	6.576	6.237	5.734
Hautärzte	21.205	34.886	41.839	40.963	39.124	34.917
HNO-Ärzte	17.371	26.480	33.878	32.503	31.222	24.898
Nervenärzte	13.454	20.613	24.773	23.561	22.307	20.201
Psychotherapeuten	..3.171	5.313	6.385	6.073	5.750	5.207
Urologen	26.206	41.597	48.633	45.621	43.427	34.248
Kinder- und Jugendärzte	2.043	2.862	2.862	2.862	2.862	2.862

Die zuvor genannte Verhältniszahl ist durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors nach § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie in zwei Schritten zu modifizieren; nämlich die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (§ 8 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und die Ermittlung der regionalen Verhältniszahl (§ 8 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Siehe dazu Punkt 1.2.1 mit der Besonderheit, dass die Alters- und Geschlechtsstruktur bei der Arztgruppe der Frauenärzte auf der Basis der Frauen berechnet wurde. Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte erfolgt die Berechnung bezogen auf Minderjährige.

Die modifizierten Verhältniszahlen sind den Planungsblättern zu entnehmen.

### 2.1.3 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Gemäß § 13 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie gehören folgende Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung an:

1. Anästhesisten
2. Fachinternisten (fachärztlich tätig)

3. Kinder- und Jugendpsychiater
4. Radiologen

Wegen der Definition dieser Arztgruppe zur Abgrenzung von anderen Arztgruppen wird auf § 13 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie verwiesen.

Gemäß § 13 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist der Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

Aus diesem Grund ergeben sich für Rheinland-Pfalz die nachfolgenden Planungsbereiche:

1. Mittelrhein-Westerwald
2. Rheinhessen-Nahe
3. Rheinpfalz
4. Trier
5. Westpfalz

Die allgemeinen Verhältniszahlen für die Ärzte der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gibt § 13 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt vor:

1. Anästhesisten	45.974
2. Fachinternisten	14.437
3. Kinder- und Jugendpsychiater	16.895
4. Radiologen	48.688

Die zuvor genannte Verhältniszahl ist durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors nach § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie in zwei Schritten zu modifizieren; nämlich die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (§ 8 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und die Ermittlung der regionalen Verhältniszahl (§ 8 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Siehe dazu Punkt 1.2.1 mit der Besonderheit, dass sich die Alters- und Geschlechtsstruktur bei den Kinder- und Jugendpsychiatern auf die minderjährige Bevölkerung bezieht.

Die modifizierten Verhältniszahlen sind den Planungsblättern zu entnehmen.

#### **2.1.4. Gesonderte fachärztliche Versorgung**

Der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören gemäß § 14 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie folgende Arztgruppen an:

1. Humangenetiker
2. Laborärzte
3. Neurochirurgen
4. Nuklearmediziner
5. Pathologen
6. Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner
7. Strahlentherapeuten

## 8. Transfusionsmediziner

Bezüglich der Definition dieser Arztgruppen in Abgrenzung zu anderen Arztgruppen wird auf § 14 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie Bezug genommen.

Gemäß § 14 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist der Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Aus diesem Grund ist der Planungsbereich für Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung das Land Rheinland-Pfalz.

Die allgemeinen Verhältniszahlen für die Ärzte, die der gesonderten fachärztlichen Versorgung zuzuordnen sind, werden in § 14 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt bestimmt:

1. Humangenetiker	564.074
2. Laborärzte	92.104
3. Neurochirurgen	143.612
4. Nuklearmediziner	105.788
5. Pathologen	108.676
6. Physikalische- und Rehabilitations- Mediziner	152.775
7. Strahlentherapeuten	151.557
8. Transfusionsmediziner	1.198.806

Die zuvor genannte Verhältniszahl ist durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors nach § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie in zwei Schritten zu modifizieren; nämlich die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (§ 8 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und die Ermittlung der regionalen Verhältniszahl (§ 8 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie), siehe dazu Punkt 1.2.1.

### **2.2. Systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurden bei der Aufstellung des ersten Bedarfsplans nicht vorgenommen.

Aufgrund der Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die zum 30. Juni 2019 in Kraft getreten ist, kann jedoch gemäß § 9 Abs. 2 durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen vom Morbiditätsfaktor nach § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V begründet abgewichen werden.

Aufgrund regionaler Besonderheiten, wie zum Beispiel geographischer Verhältnisse etc., aber auch aufgrund von Kommunalreformen und erforderlichen Neuaufteilungen von städtischen Mittelbereichen, siehe dazu Punkt 2, wurden für den hausärztlichen

Versorgungsbereich die Mittelbereiche entsprechend angepasst und somit von den Vorgaben des BBSR und damit der Bedarfsplanungs-Richtlinie in 18 Fällen abgewichen. Infolgedessen entsprechen die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Berechnung der regionalen Differenzierungsfaktoren gemäß § 9 Abs. 8 Bedarfsplanungs-Richtlinie, in ihrer Zuteilung teilweise nicht den tatsächlichen Mittelbereichen. Um dieses zu beheben wurde das auch seitens der KBV verwandte Zentroidverfahren zur Zuordnung der Gebiete nach Postleitzahlen auf die geänderten Planungsbereiche angewandt. Darauf basierend erfolgt die Berechnung der 16 Patientengruppen auf Ebene der geänderten Planungsbereiche.

Die mittels dieser Methodik ermittelten regionalen Differenzierungsfaktoren fließen in die Feststellung der regionalen Verteilungsfaktoren ein, deren Anwendung wiederum die regionalen Verhältniszahlen ergeben.

Durch diese Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist sichergestellt, dass aufgrund der Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist.

Unabhängig hiervon wird bei der Weiterentwicklung des Bedarfsplanes ein höherer regionaler Versorgungsbedarf, insbesondere wegen sozioökonomischer und/oder demografischer Faktoren, fortlaufend zu untersuchen sein.

### **3. Planungsblätter**

Die Planungsblätter zur Berechnung der Versorgungsgrade unter Anwendung des Morbiditätsfaktors sind Bestandteil dieses Bedarfsplanes und entsprechen der Anlage 2.2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.