VERSORGUNGSATLAS RHEINLAND-PFALZ 2016

VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IM WANDEL | VERSORGUNGSINDEX

KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

IMPRESSUM

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

Redaktion
verantwortlich (i. S. d. P.)
Dr. Sigrid Ultes-Kaiser, Vorsitzende des Vorstands
Dr. Peter Heinz, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands
Dr. Klaus Sackenheim, Mitglied des Vorstands

Kommunikation
Stefan Holler, Dr. Rainer Saurwein

Versorgungsforschung
Thomas Christ, Markus Steinmetz

Quellennachweis
Arztregister der KV RLP
Abrechnungsdaten der KV RLP

Bildnachweis
©fotolia.com/drubig-photo
©fotolia.com/Jörg Hackemann
©fotolia.com/photocrew

Auflage
1.000 Exemplare

Stand
August 2016

Umsetzung
Kommunikation der KV RLP

Imprimerie Centrale
15, Rue du Commerce
L-1351 Luxembourg,
Internet: www.ic.lu

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.

KV RLP

INHALT

ZEHN JAHRE KV RLP – VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IM WANDEL: VON DER FEMINISIERUNG BIS ZUR ZENTRALISIERUNG 5

1.1 Spezialisierung: Fachgruppendifferenzierung bei Stagnation der hausärztlichen Versorgung? 5
1.2. Feminisierung: von der männerdominierten zur frauendominierten Versorgung? 8
1.3. Flexibilisierung: Ende der selbstständigen Vollzeittätigkeit zugunsten von Teilzeit-Angestellten? 8
1.4. Teamisierung: Kooperation statt Einzelpraxis? 13
1.5. Zentralisierung: Ende der flächendeckenden Versorgung? 14
1.6. Überalterung der Ärzte und Psychotherapeuten? 15

ÄRZTEMANGEL IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG 21

2.1 Fluktuation und Nachbesetzungsbedarf: Wer kommt? Wer geht (wieder)? 21
2.2 Internationalisierung der Ärzteschaft: Lösung des Ärztemangels? 25

RAHMENBEDINGUNGEN DER HONORARVERTEILUNG IN RHEINLAND-PFALZ IN DEN VERGANGENEN ZEHN JAHREN 29

3.1 Vereinheitlichung der Honorarverteilung in Rheinland-Pfalz (2006 bis 2008) 29
3.2 Paradigmenwechsel in der Honorarverteilung (2009 bis 2011) 29
3.2.1 Einführung der Regelleistungsvolumina 30
3.2.2 Fehlende Kalkulationssicherheit 30
3.3 Gewonnener Gestaltungseinfluss bei der Honorarverteilung 31

WANDEL DER RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN IN DEN VERGANGENEN ZEHN JAHREN – AUSWIRKUNGEN AUF DIE VERSORGUNGSFORMEN 33

4.1 Einzelpraxis 33
4.2 Berufsausübungsgemeinschaften 33
4.3 Medizinische Versorgungszentren 33
4.4 Zweigpraxen 34

DAS AMBULANTE VERSORGUNGSANGEBOT IN RHEINLAND-PFALZ: WOHNORTNAH UND FLÄCHENDECKEND GUT VERSORGT 37

5.1 Erreichbarkeit des ambulanten Versorgungsangebotes 37
5.2 Regionale Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung: eine Frage des Angebots? 47

RÄUMLICHE ASPEKTE DES VERSORGUNGSGESCHEHENS: DIE FACHINTERNISTISCHE VERSORGUNG IN RHEINLAND-PFALZ 51

6.1 Strukturwandel in der Fachgruppe 51
6.2 Patientenströme und Praxeneinzugsbereiche 52
6.3 Rheinland-Pfalz: fachinternistisches Export- oder Importland? 63

BEURTEILUNG DER VERSORGUNGSSITUATION DURCH BERÜCKSICHTIGUNG UNTERSCHIEDLICHER PARAMETER: DER VERSORGUNGSINDEX 67

7.1 Bewertete Gebietseinheiten 67
7.2 In die Bewertung einfließende Parameter 68
7.2.1 Allgemeine Parameter zur Beschreibung der aktuellen Versorgungslage 68
7.2.1.1 Versorgungsgrad 68
7.2.1.2 Aktuelle räumliche Verteilung der Praxen 69
7.2.1.3 Auslastung der Vertragsärzte (Fallzahlen) 70
7.2.2 Strukturparameter der Ärzteschaft 70
7.2.2.1 Rechnerischer Nachbesetzungsbedarf 71
7.2.2.2 Nachbesetzungsrelevante Praxisstrukturen: Anteil der vertragsärztlichen Vollzeitäquivalente in Einzelpraxen 71
7.2.2.3 Nachbesetzungsrelevante Arbeitsstrukturen: Anteil der Vertragsärzte in Vollzeit- bzw. Teilzeit-Tätigkeit 73
7.2.2.4 Empirische Nachbesetzungsquote für in den letzten Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschiedene Ärzte 73
7.2.3 Parameter zur Beschreibung der Inanspruchnahme der regionalen Versorgungsstrukturen 74
7.2.3.1 Mitversorgungseffekte durch umliegende Regionen: Anteile der für die Behandlung durch die jeweilige Fachgruppe aus der Region auspendelnden beziehungsweise der in die Region einpendelnden Patienten 74
7.2.3.2 Aktuell seitens der Patienten aufgewendete „Zusatzdistanz“ zum Aufsuchen einer Praxis 75
7.3 Parameter zur Darstellung des Bedarfs an vertragsärztlicher Versorgung und dessen weitere Entwicklung 78
7.3.1 Aktuelle Altersstruktur der Bevölkerung (Anteil der älteren Bevölkerung) 78
7.3.2 Prognose zur Entwicklung der Gesamtbevölkerung 78
7.3.3 Prognose zur Entwicklung der für die Fachgruppe relevanten Altersgruppen innerhalb der Bevölkerung 81
7.4 Berechnung des Versorgungsindex 81
7.5 Beurteilung der Versorgungslage anhand des Versorgungsindex 82

ZEHN JAHRE KV RLP – VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IM WANDEL: VON DER FEMINISIERUNG BIS ZUR ZENTRALISIERUNG

Im Jahr 2015 wurde die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz zehn Jahre alt – ein geeigneter Zeitraum, um auf die Entwicklungen in der KV RLP im Verlauf dieses Jahrzehnts zurückzublicken. Den Anstoß zur Entstehung der KV RLP gab eine der vielen Gesundheitsreformen, der seitdem noch zahlreiche folgten und deren Inhalte die Entwicklungen in der vertragsärztlichen Versorgung maßgeblich mitbestimmt haben. Des Weiteren haben sich in der vergangenen Dekade in vielen gesellschaftlichen Bereichen Prozesse verstärkt, die ebenfalls zum Wandel der vertragsärztlichen Versorgung beigetragen haben und diese vor zunehmende Herausforderungen stellen.

Inwieweit haben sich die ambulanten Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz in den vergangenen Jahren geändert? Wie stark ist die zunehmende Feminisierung, Spezialisierung und Zentralisierung der vertragsärztlichen Versorgung im Land ausgeprägt? Welche weiteren Trends, die das Gesicht der ambulanten Versorgung verändern werden, sind aus den Daten der KV RLP ablesbar?

1.1 SPEZIALISIERUNG: FACHGRUPPENDIFFERENZIERUNG BEI STAGNATION DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG?

Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung ist die Anzahl der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte und Psychotherapeuten von 2005 bis 2015 deutlich angestiegen.

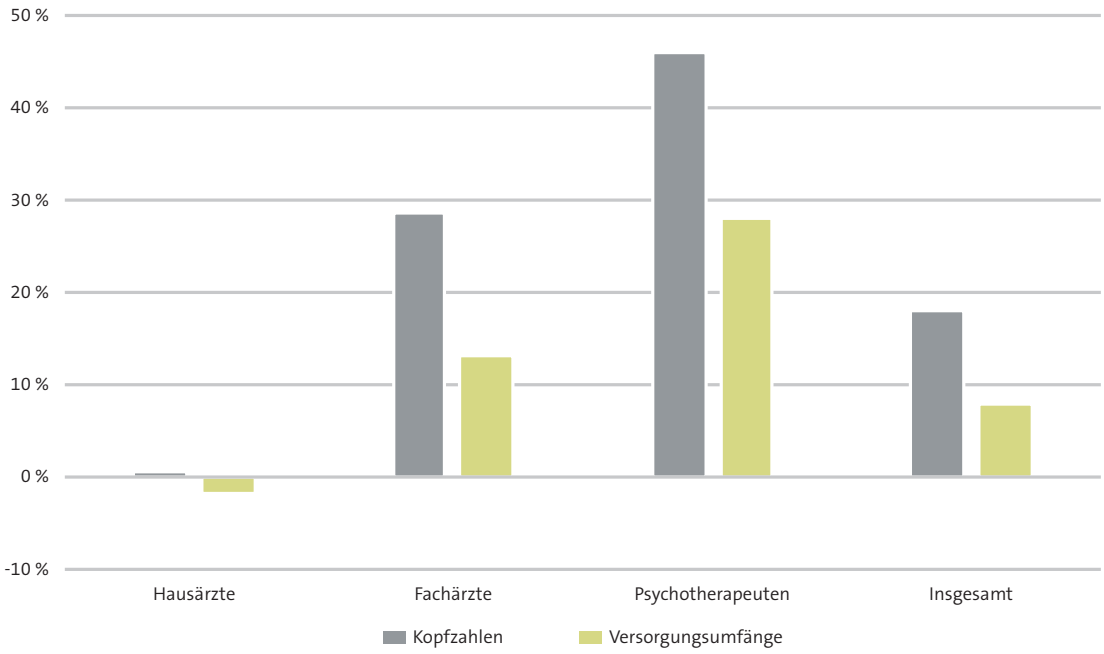
Die Intensität dieses Zuwachses ist in den Versorgungsbereichen allerdings unterschiedlich stark ausgefallen |📊 1.1|. Um die Versorgungsrelevanz dieser Entwicklungen beurteilen zu können, ist es ratsam, sowohl die Anzahl der Ärzte (Kopfzahlen) als auch der ärztlichen Vollzeitäquivalente (Versorgungsumfänge) zu betrachten, da immer häufiger ein Vertragsarzt- oder Psychotherapeutensitz auf mehrere Personen aufgeteilt wird. Der Vertragsarztsitz bezeichnet den Ort, dem der Versorgungsumfang zugeordnet ist. Ein steigender Anteil der Ärzteschaft praktiziert nicht mehr mit einem vollen Versorgungsumfang, sondern in Teilzeit.

Dementsprechend ist die Anzahl der Versorgungsumfänge geringer angestiegen als die Kopfzahl. Bei den Hausärzten ist die Anzahl der Versorgungsumfänge sogar um 1,7 Prozent gesunken, obwohl sich die Anzahl der tätigen Hausärzte geringfügig erhöht hat. Im fachärztlichen Versorgungsbereich ist die Anzahl der Versorgungsumfänge um 12,8 Prozent gestiegen, die Kopfzahl um 28,3 Prozent. Den höchsten prozentualen Ärztezuwachs hatten die Fachgruppen der ärztlichen Psychotherapeuten, Radiologen und Fachinternisten zu verzeichnen |📊 1.2|.

Die Fachinternisten sind ein gutes Beispiel für die zunehmende Spezialisierung in der vertragsärztlichen Versorgung (KAPITEL 6). Durch den medizinisch-technischen und therapeutischen Fortschritt können immer mehr Behandlungen ambulant erbracht werden, für die früher ein stationärer Aufenthalt notwendig war. Vor diesem Hintergrund ist auch in Rheinland-Pfalz mit einer weiter anhaltenden Zunahme von Fachärzten in der ambulanten Versorgung zu rechnen. Trotz der beschriebenen Entwicklungen wird die hausärztliche Versorgung nicht an Bedeutung verlieren. Ohne den Hausarzt als Lotse, Koordinator und persönlicher Ansprechpartner für eine immer älter werdende, immer häufiger multimorbide Patientenschaft werden die Auswirkungen des demographischen Wandels nicht zu schultern sein. Durch das überdurchschnittliche Wachstum der Anzahl der Fachärzte und Psychotherapeuten ist der Anteil der Hausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung zwischen 2005 und 2015 von 45 auf 41 Prozent der Versorgungsumfänge und von 44 auf 38 Prozent der Kopfzahlen gesunken |📊 1.3|.

Die hohen Zuwächse bei den Psychotherapeuten sind maßgeblich auf geänderte rechtliche Rahmenbedingungen zurückzuführen. Durch die Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2013 wurden in Rheinland-Pfalz zusätzlich 99 neue psychotherapeutische Sitze geschaffen. Zusätzlich können sich Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten aufgrund der 20-prozentigen Mindestversorgungsquote auch in Planungsbereichen niederlassen, die eigentlich für Psychotherapeuten gesperrt sind. Zusätzlich lässt sich feststellen, dass immer mehr Vertragsärzte

1.1: ENTWICKLUNG DER VERSORGUNGSBEREICHE VON 2005 BIS 2015[1]



1.1: ENTWICKLUNG DER VERSORGUNGSBEREICHE VON 2005 BIS 2015: KOPFZAHLEN

Fachgruppe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2005-2015
Hausärzte	2.704	2.679	2.706	2.717	2.742	2.750	2.740	2.731	2.718	2.720	2.715	+ 11
Fachärzte	2.870	2.896	2.967	3.095	3.216	3.293	3.372	3.434	3.507	3.609	3.683	+ 813
Psychotherapeuten	550	559	566	584	604	629	653	657	691	754	801	+ 251

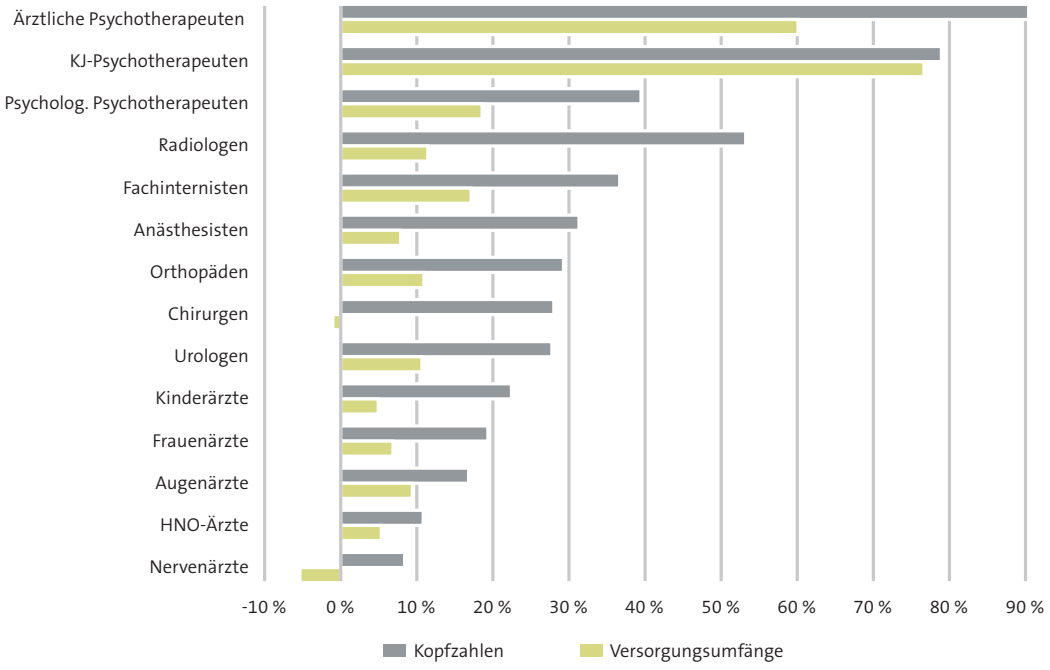
1.2: ENTWICKLUNG DER VERSORGUNGSBEREICHE VON 2005 BIS 2015: VERSORGUNGSUMFÄNGE

Fachgruppe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2005-2015
Hausärzte	2.608	2.615	2.633	2.626	2.644	2.623	2.635	2.620	2.606	2.592	2.564	- 44
Fachärzte	2.730	2.761	2.808	2.871	2.926	2.968	2.993	3.015	3.046	3.075	3.080	+ 350
Psychotherapeuten	504	511	521	536	549	564	575	577	591	628	643	+ 139

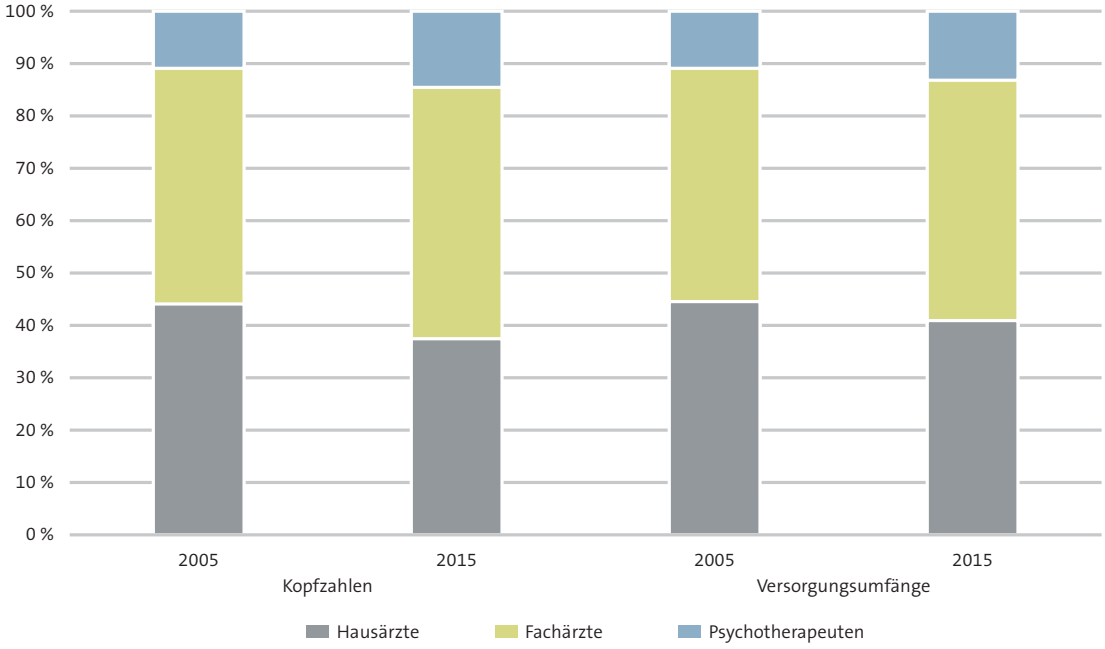
psychotherapeutisch aktiv werden und deren Sitze somit zumindest anteilig den Psychotherapeuten zugerechnet werden. Dies zeigt sich zum Beispiel anhand der Fachgruppe der Nervenärzte, deren Versorgungsumfänge um fünf Prozent gesunken sind, obwohl ihre Kopfzahl um fast acht Prozent gestiegen ist. Insgesamt ist aus diesen Gründen die Anzahl der psychotherapeutischen Versorgungsumfänge von 2005 bis 2015 um 139 auf 643 angestiegen.

[1] Fachärzte inkl. Kinderärzte und ärztliche Psychotherapeuten.

1.2: ENTWICKLUNG DER FACHARZTGRUPPEN MIT MEHR ALS 100 ÄRZTEN VON 2005 BIS 2015



1.3: ENTWICKLUNG DER ANTEILE DER VERSORGUNGSBEREICHE VON 2005 BIS 2015



1.2 FEMINISIERUNG: VON DER MÄNNERDOMINIERTEN ZUR FRAUENDOMINIERTEN VERSORGUNG?

Der klischeehafte Idealtypus des Vertragsarztes als männlicher Einzelpraxisinhaber entsprach schon vor der Fusion zur KV RLP 2005 nicht mehr der Versorgungsrealität. Bereits damals waren 1.944 von 6.073 und somit 32 Prozent der in Rheinland-Pfalz aktiven Vertragsärzte und -psychotherapeuten weiblich. Insgesamt ist der Frauenanteil seitdem auf 40 Prozent angestiegen |1.4|. Zum Stichtag 31. Dezember 2015 arbeiteten in Rheinland-Pfalz 2.885 Vertragsärztinnen und -psychotherapeutinnen und 4.341 männliche Kollegen.

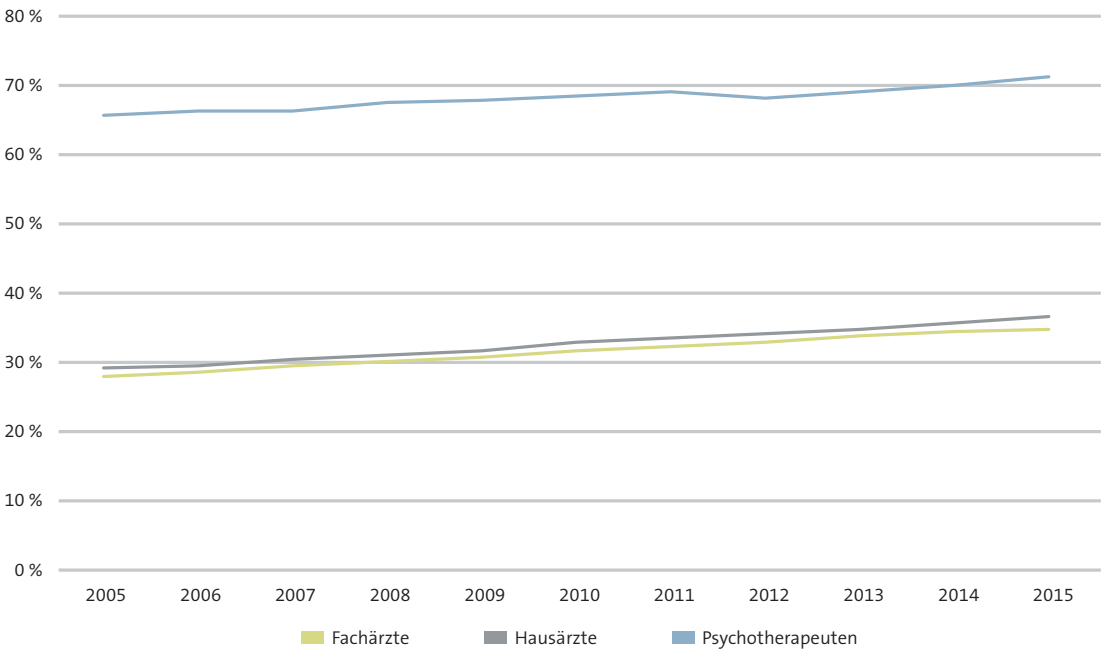
Insgesamt ist die Anzahl der weiblichen Vertragsärzte und -psychotherapeuten seit 2005 um 941, bei den Männern dagegen nur um 212 angestiegen. 82 Prozent des personellen Zuwachses in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung waren somit weiblich |1.5|.

Da inzwischen zwei Drittel der Studienanfänger in der Humanmedizin weiblich sind und Frauen bereits heute die Mehrheit der unter 50-jährigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten stellen |1.6|, kann davon ausgegangen werden, dass neben der psychotherapeutischen auch die haus- und fachärztliche Versorgung künftig in zunehmendem Maß weiblich geprägt sein wird.

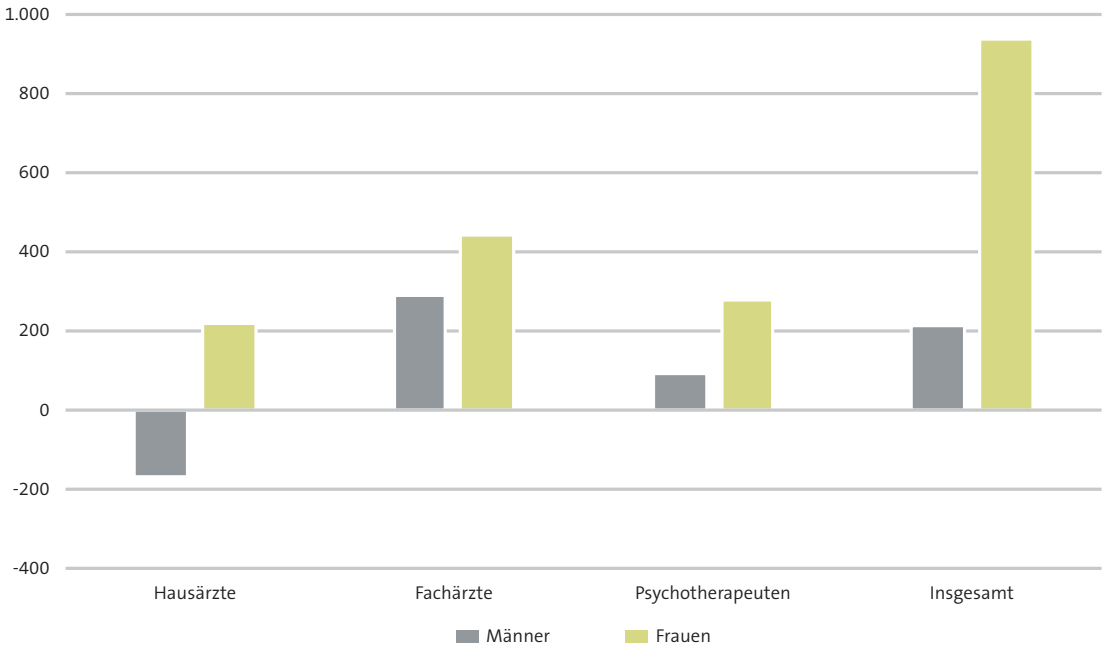
1.3 FLEXIBILISIERUNG: ENDE DER SELBSTSTÄNDIGEN VOLLZEITTÄTIGKEIT ZUGUNSTEN VON TEILZEITANGESTELLTEN?

Einhergehend mit der Verschiebung der Geschlechteranteile hat sich in den vergangenen zehn Jahren auch die Art der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verändert. Möglich wurde dies vor allem durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), welches die Anstellungsmöglichkeiten auf alle Praxisformen ausgeweitet und vereinfacht hat.

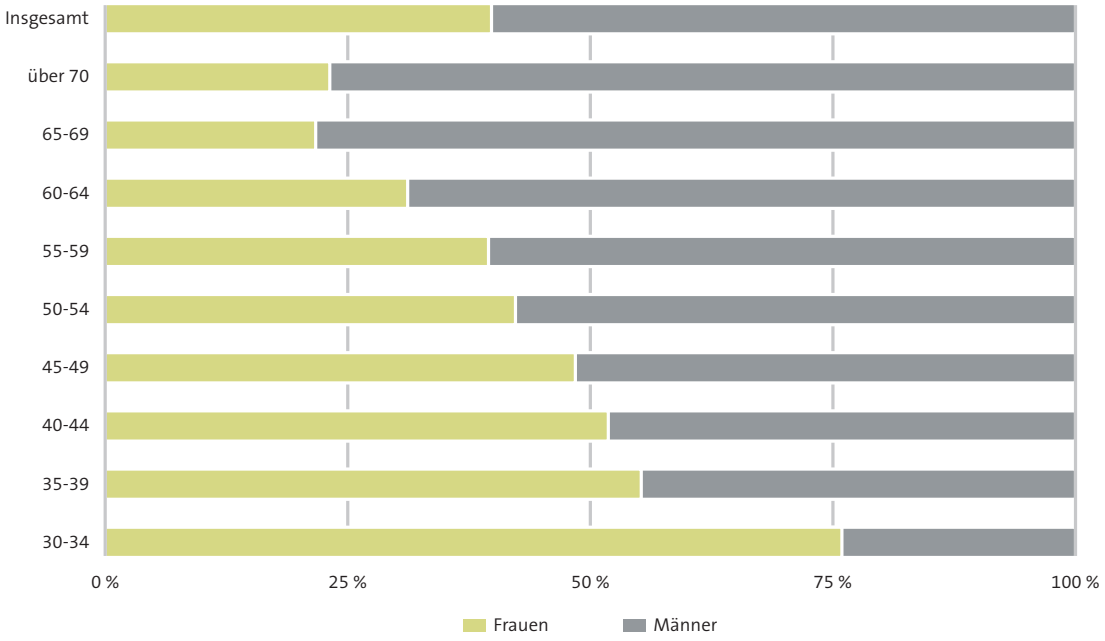
1.4: ENTWICKLUNG DES FRAUENANTEILS VON 2005 BIS 2015 NACH VERSORGUNGSBEREICH



1.5: ENTWICKLUNG DER KOPFZAHLEN 2005 BIS 2015: NACH VERSORGUNGSBEREICH UND GESCHLECHT



1.6: GESCHLECHTERANTEILE IN DEN ALTERSKLASSEN 2015



Die Attraktivität des Angestelltenstatus nimmt bei beiden Geschlechtern gleichermaßen zu |📊 1.7|. Infolgedessen ist von 2005 bis 2015 der Anteil der Angestellten inzwischen auf über 19 Prozent angestiegen |📊 1.8|. Während bei den Psychotherapeuten aus wirtschaftlichen und praktischen Gründen das Angestelltenverhältnis kaum attraktiv ist, sind bereits 29 Prozent der Fachärzte und 15 Prozent der Hausärzte angestellt |📊 1.9|.

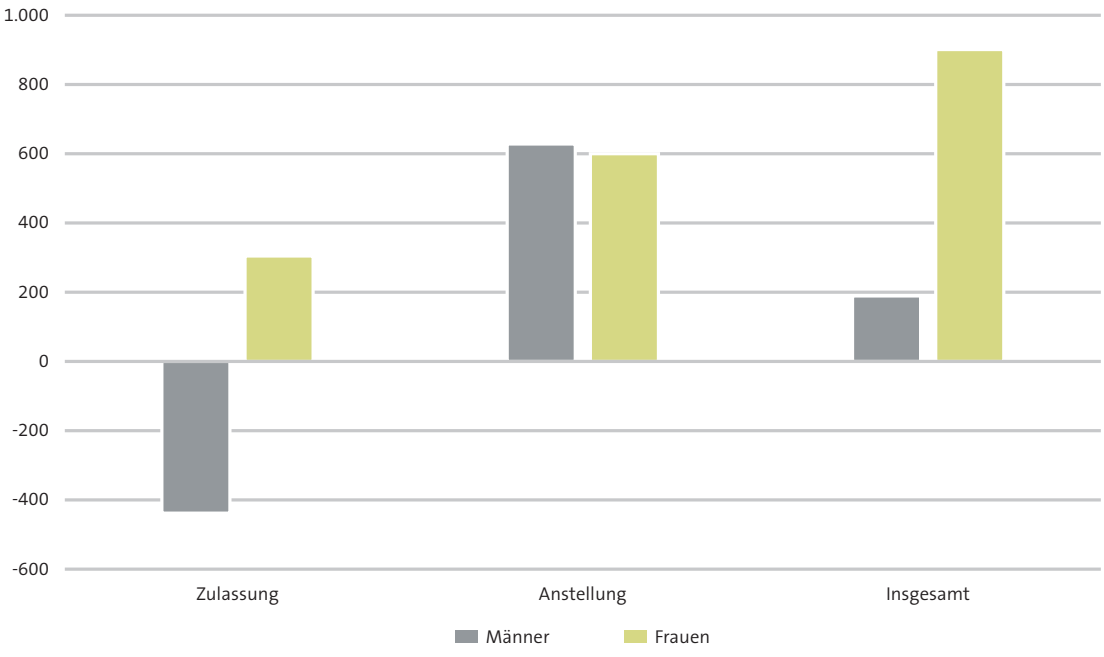
In absoluten Zahlen ist die Zahl der angestellten Haus- und Fachärzte um 1.190 angestiegen, während die der Zugelassenen um 390 gesunken ist |📊 1.10|. Insgesamt ist die Zahl aller Zulassungen aber aufgrund des Zuwachses bei den Psychotherapeuten nur geringfügig gesunken.

Inzwischen praktizieren 18 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Teilzeit. In der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet Teilzeit, dass ein zugelassener Arzt beziehungsweise Psychotherapeut nur mit einem halben Versorgungsumfang und ein angestellter Arzt beziehungsweise Psychotherapeut mit 0,75, 0,5 oder 0,25 Versorgungsumfängen an der Versorgung teilnimmt. Der durchschnittliche Versorgungsumfang aller in Rheinland-Pfalz arbeitenden Vertragsärzte und -psychotherapeuten betrug 2015 0,86 Vollzeitäquivalente.

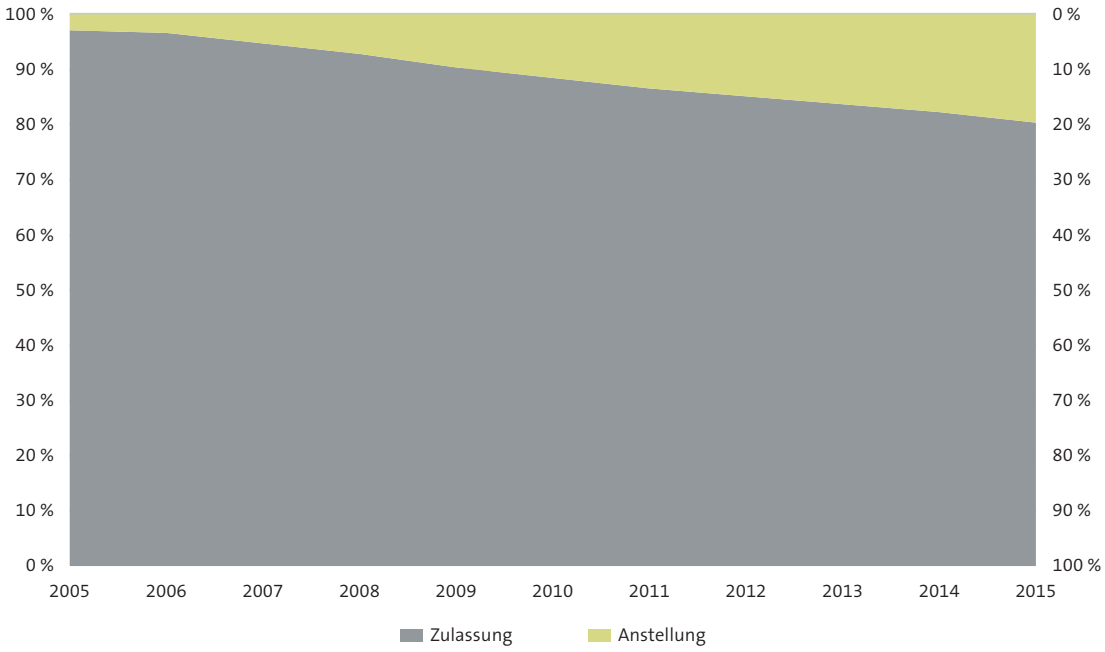
Von der Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten, machen Frauen mit 25,7 Prozent fast doppelt so häufig Gebrauch wie Männer. Eine viel entscheidendere Rolle als das Geschlecht spielt jedoch der Tätigkeitsstatus. Während bei den Angestellten 59 Prozent in Teilzeit arbeiten, sind es bei den Zugelassenen nur acht Prozent. Sowohl weibliche als auch männliche Angestellte arbeiten mehrheitlich in Teilzeit.

Den höchsten Anteil an Teilzeitarbeit weisen mit 30 Prozent die Psychotherapeuten auf |📊 1.11|. Bei Haus- und Fachärzten ist der Anteil insgesamt deutlich niedriger, bei den zugelassenen Hausärzten spielt die Teilzeitarbeit nur eine untergeordnete Rolle. Dies hängt vor allem mit den Praxisstrukturen

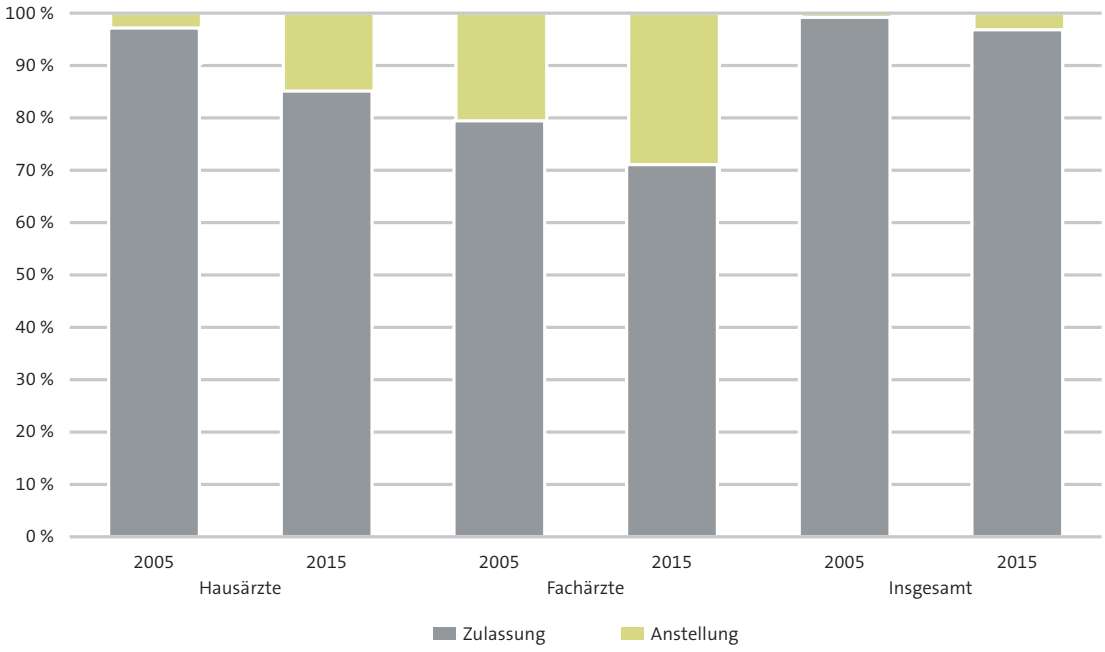
📊 1.7: ENTWICKLUNG DER KOPFZAHLEN VON 2005 BIS 2015 NACH STATUS UND GESCHLECHT



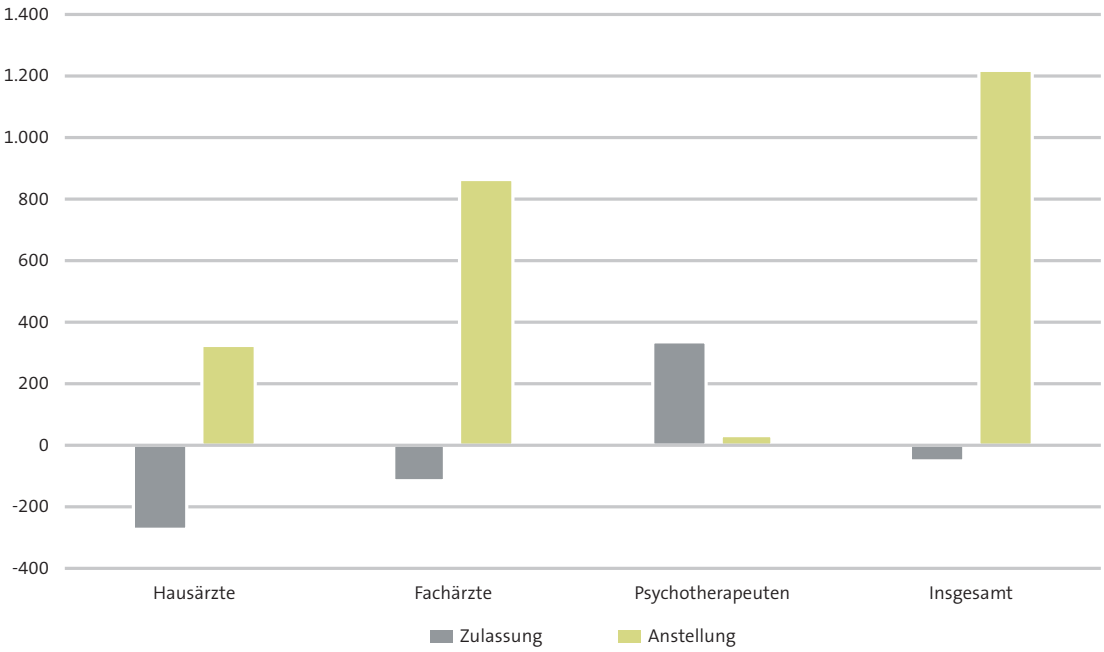
1.8: ENTWICKLUNG DER STATUSANTEILE VON 2005 UND 2015



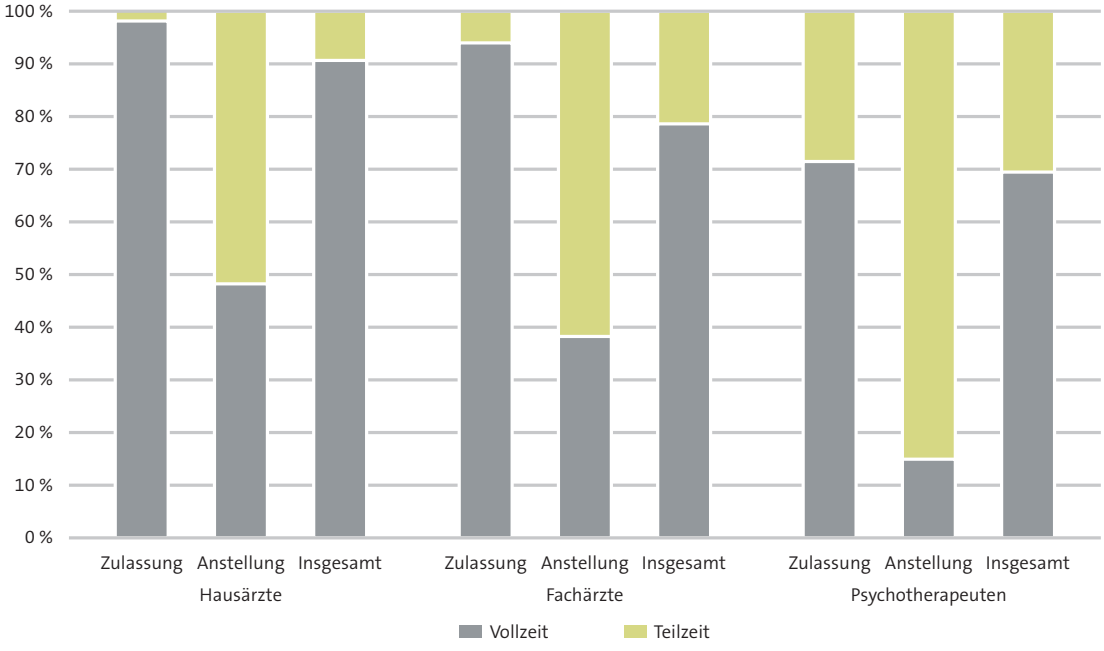
1.9: STATUSANTEILE 2005 UND 2015 NACH VERSORGUNGSBEREICH



1.10: ENTWICKLUNG DER KOPFZAHLEN VON 2005 BIS 2015 NACH VERSORGUNGSBEREICH UND STATUS



1.11: TEILNAHMEUMFANG AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG NACH STATUS UND VERSORGUNGSBEREICH 2015



in den jeweiligen Versorgungsbereichen zusammen. So ist es schwieriger, in einer hausärztlichen Einzelpraxis auf dem Land Teilzeitmodelle umsetzen als etwa in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis in der Stadt oder in einem MVZ.

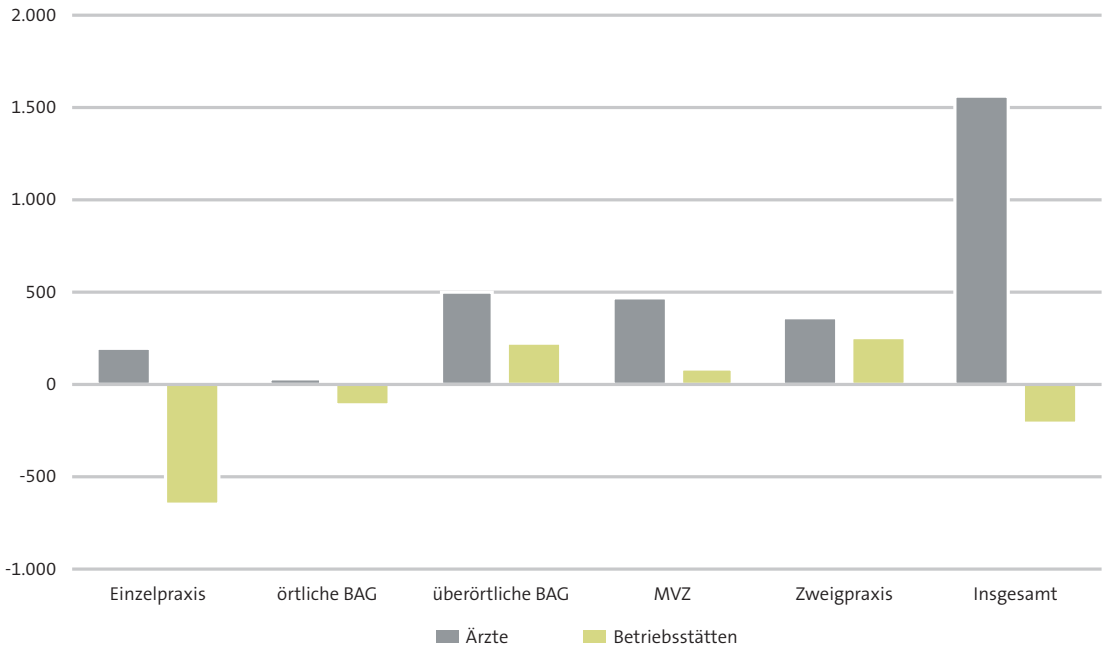
1.4 TEAMISIERUNG: KOOPERATION STATT EINZELPRAXIS?

Es ist davon auszugehen, dass sich der beschriebene Trend zur Teilzeittätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung weiter fortsetzen wird und insbesondere die junge nachrückende Medizinergeneration die dafür am besten geeignete Praxisform bevorzugen wird. Daraus resultiert ein Trend zur Kooperation und Überörtlichkeit.

Die Einzelpraxis wird infolgedessen in der haus- und fachärztlichen Versorgung zunehmend durch andere kooperative Praxisformen ersetzt werden. Trotz eines deutlichen Rückgangs zwischen 2005 und 2015 um 650 Einzelpraxen ist sie jedoch bislang mit 3.534 Betriebsstätten (71 Prozent aller Praxen) aktuell noch immer die dominierende Praxisform. Aber nur noch 51 Prozent der Hausärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, sie liegen damit genau im Durchschnitt aller Fachgruppen. Den höchsten Anteil der in Einzelpraxis Niedergelassenen weisen die Psychotherapeuten auf (92 Prozent), den geringsten Anteil der fachärztliche Versorgungsbereich mit nur noch 40 Prozent. Der Kooperationsgrad ist dementsprechend bei den Fachärzten mit 60 Prozent am höchsten.

Neben Einzelpraxen sind auch die Anzahl und der Anteil der örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) meist zugunsten einer Umwandlung in überörtliche BAGs zurückgegangen. Daneben ist die Anzahl der Betriebsstätten von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Zweigpraxen stark angestiegen |1.12|. 2015 waren 19 Prozent aller Ärzte und Psychotherapeuten in diesen drei Praxisformen aktiv. Sie bieten

1.12: ENTWICKLUNG DER ANZAHL VON ÄRZTEN UND BETRIEBSSTÄTTEN NACH PRAXISFORM VON 2005 BIS 2015



zahlreiche Möglichkeiten zur Kooperation zwischen mehreren Vertragsärzten, auch über unterschiedliche Fachrichtungen und mehrere Standorte hinweg.

1.5 ZENTRALISIERUNG: ENDE DER FLÄCHENDECKENDEN VERSORGUNG?

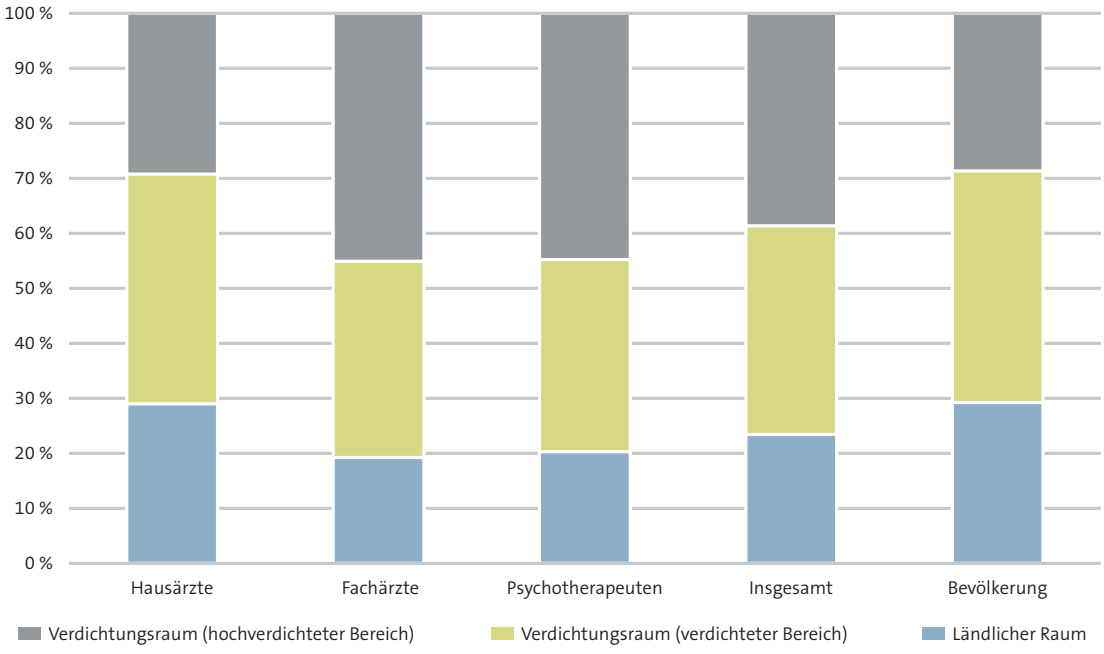
Die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz ist sehr ungleich verteilt. Wie aus Abbildung 1.15 hervorgeht, stehen hochverdichteten Räumen, insbesondere an der Rheinschiene, große ländliche Räume mit einer dispersen Siedlungsstruktur gegenüber. Noch deutlicher wird die ungleiche Bevölkerungsverteilung in Abbildung 1.16 | 1.15 und 1.16 |.

Trotzdem ist in Rheinland-Pfalz flächendeckend ein hohes Versorgungsniveau vorhanden. Hauptgrund für den guten Zugang zur Versorgung ist die Existenz von mehr als 5.000 vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxisstandorten, die nicht nur in größeren Gemeinden, sondern auch in vielen kleineren Ortsgemeinden ländlicher Räume vorhanden sind. Das ist insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung der Fall, deren Versorgungsumfänge zu 29 Prozent in ländlichen Räumen beheimatet sind. Dies entspricht nahezu dem Bevölkerungsanteil in diesen Räumen. Bei Fachärzten und Psychotherapeuten sind etwa 20 Prozent der Vollzeitäquivalente in ländlichen Räumen zu finden.

In den hochverdichteten Bereichen der fünf Oberzentren Koblenz, Mainz, Ludwigshafen, Kaiserslautern und Trier sowie deren Umland wohnen etwa 29 Prozent der rheinland-pfälzischen Bevölkerung. Der hier ansässige Versorgungsumfang der Vertragsärzte und -psychotherapeuten ist mit insgesamt 39 Prozent deutlich höher als der Bevölkerungsanteil. Zwar finden sich hier nur etwa 28 Prozent der rheinland-pfälzischen Hausärzte, hingegen aber etwa 45 Prozent der Fachärzte und Psychotherapeuten | 1.13 |.

Die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung konzentriert sich also überdurchschnittlich in den Ballungsräumen. Eine deutliche Verschiebung der Versorgung aus der Fläche in die Bevölkerungszentren im Sinne einer

1.13: ANTEILE DER RAUMSTRUKTURTYPEN NACH VERSORGUNGSBEREICHEN 2015



umfassenderen Zentralisierung lässt sich von 2005 bis 2015 allerdings nicht feststellen.

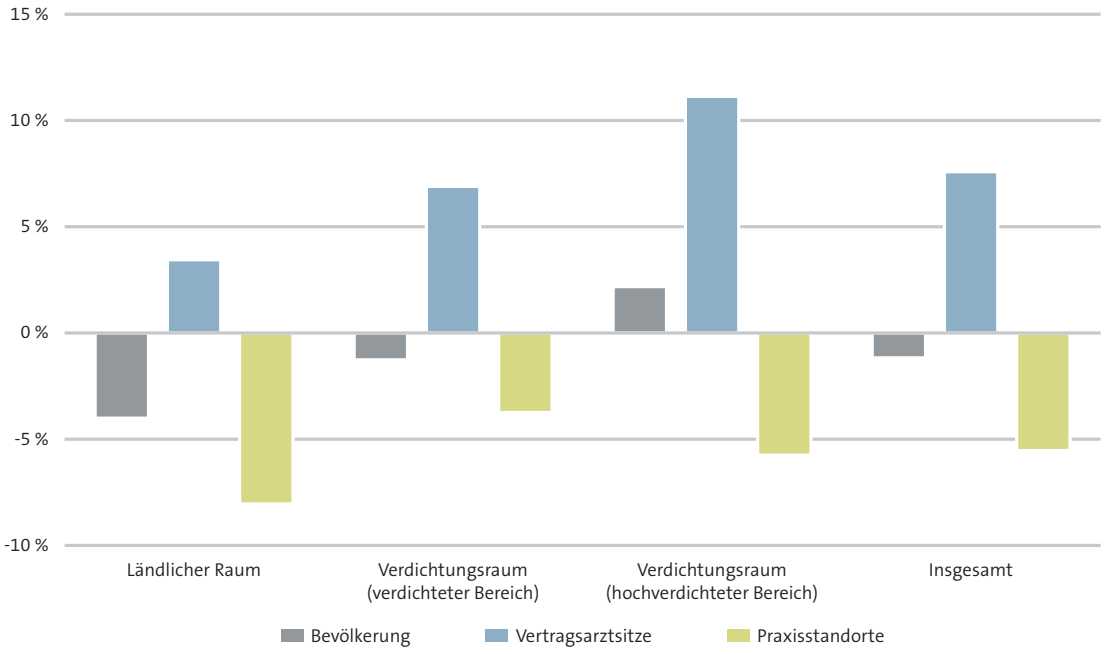
Die Anzahl der Praxisstandorte ist nicht nur im ländlichen Raum, sondern auch in den Verdichtungsräumen deutlich zurückgegangen. Dieser Rückgang um insgesamt 288 Praxisstandorte (fünf Prozent) zwischen 2005 und 2015 ist nicht durch die Siedlungsstruktur, sondern durch den bereits beschriebenen Wandel in der Präferenz der Praxisform zu erklären. Dieser Wandel vollzieht sich mit unterschiedlicher Intensität in allen Räumen von Rheinland-Pfalz, wobei der Rückgang in den ländlichen Räumen am stärksten ausgeprägt war |📊 1.14|.

Aus den Zahlen ist keine Verlagerung von Praxisstandorten aus ländlichen Räumen in die Ballungsgebiete ablesbar. Das lässt sich auch für die Entwicklung der Versorgungsumfänge feststellen. Insgesamt ist die Zahl der Versorgungsumfänge zwischen 2005 und 2015 um 7,5 Prozent angestiegen. Nur der Versorgungsbereich der Hausärzte verzeichnete einen leichten Rückgang der Versorgungsumfänge von einem Prozent, in den ländlichen Räumen waren es 6,5 Prozent |📊 1.18|. Dort ging allerdings auch die Bevölkerung deutlich zurück. Trotzdem hat in den ländlichen Räumen die Zahl der fachärztlichen Vertragsarztsitze zugenommen. Die Zunahme der psychotherapeutischen Vertragsarztsitze war mit 66 Prozent hier am stärksten ausgeprägt, während sie im gesamten Bundesland nur halb so hoch war.

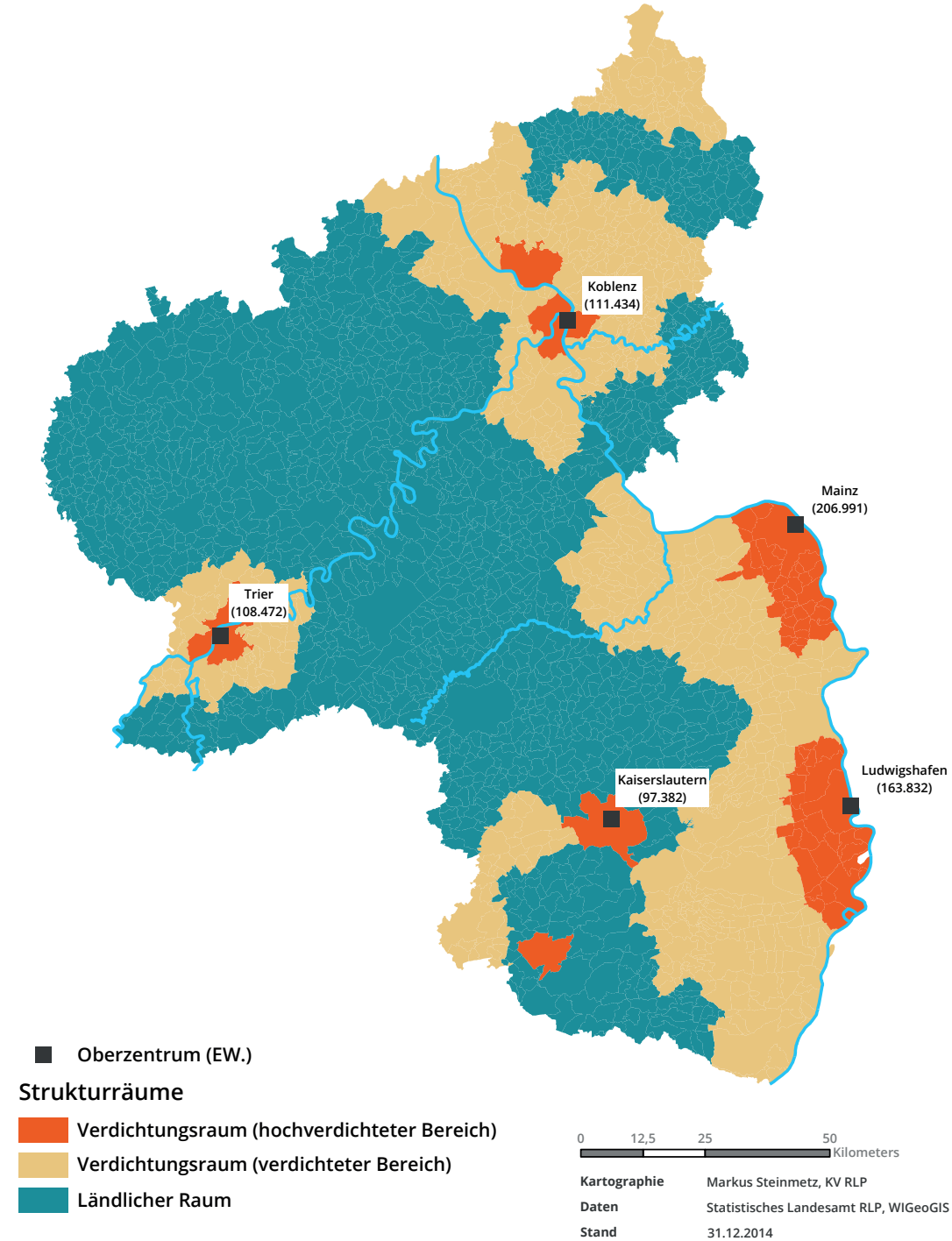
1.6 ÜBERALTERUNG DER ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN?

Der demographische Wandel in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine weiterhin steigende Lebenserwartung und eine seit über 40 Jahren unter dem Bestandserhaltungsniveau liegende Geburtenrate. Infolgedessen kommt es zu einem deutlichen Wandel der Altersstruktur. Der Anteil der über 60-Jährigen an der rheinland-pfälzischen Bevölkerung wird bis zum Jahr 2035 voraussichtlich von momentan 28 auf 37 Prozent ansteigen.

📊 1.14: ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER BEVÖLKERUNG, PRAXISSTANDORTE UND VERTRAGSARZTSITZE NACH STRUKTURRÄUMEN VON 2005 BIS 2015



1.15: RAUMSTRUKTUR NACH LEP IV



1.16: BEVÖLKERUNGSVERTEILUNG

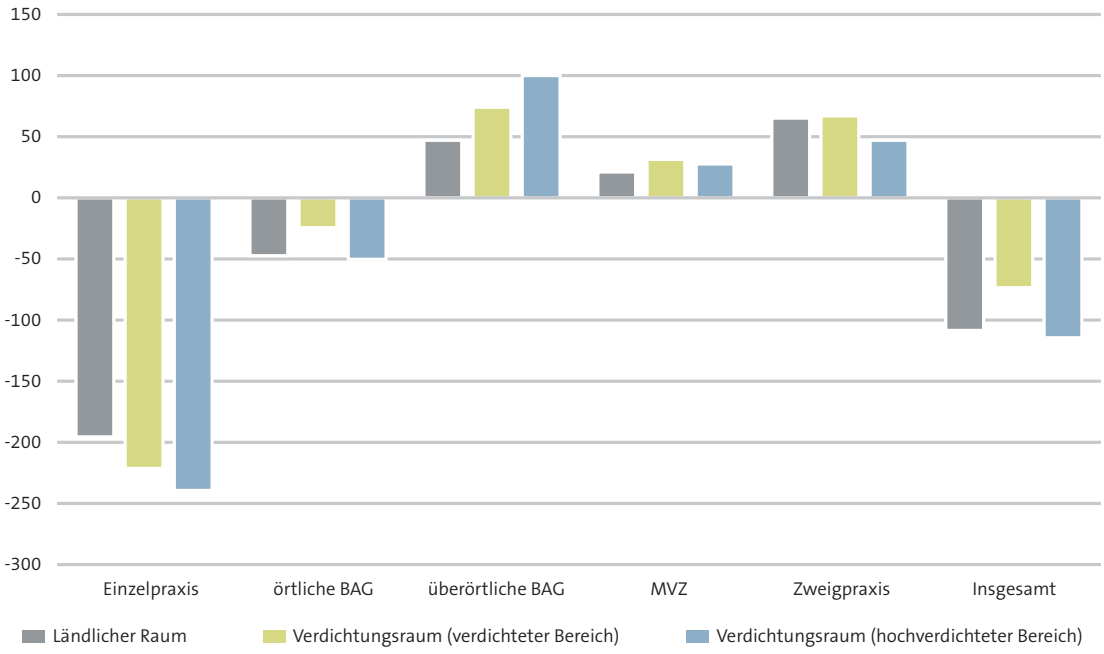
Einwohner in den 125 Meter Rastern

- keine
- bis 50
- 51 bis 100
- 101 bis 250
- 250 und mehr

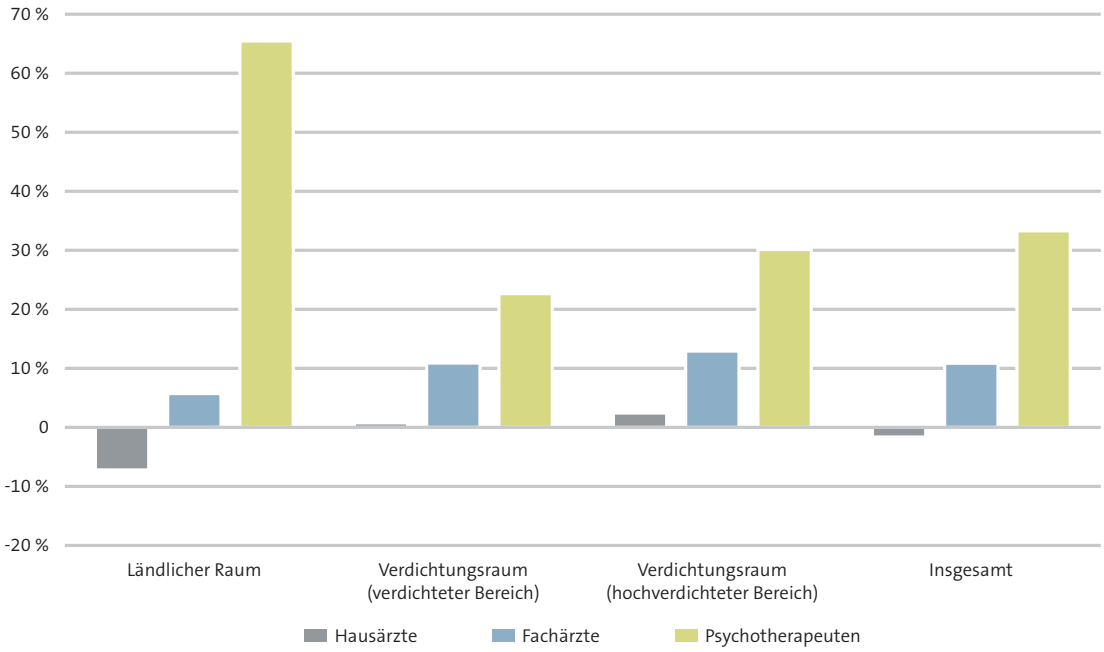
0 5 10 20 30 40 50 Kilometer

Kartographie	Markus Steinmetz, KV RLP
Daten	KV RLP, WIGeoGIS
Stand	31.12.2015

1.17: ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PRAXISSTANDORTE NACH STRUKTURRÄUMEN UND PRAXISFORM VON 2005 BIS 2015



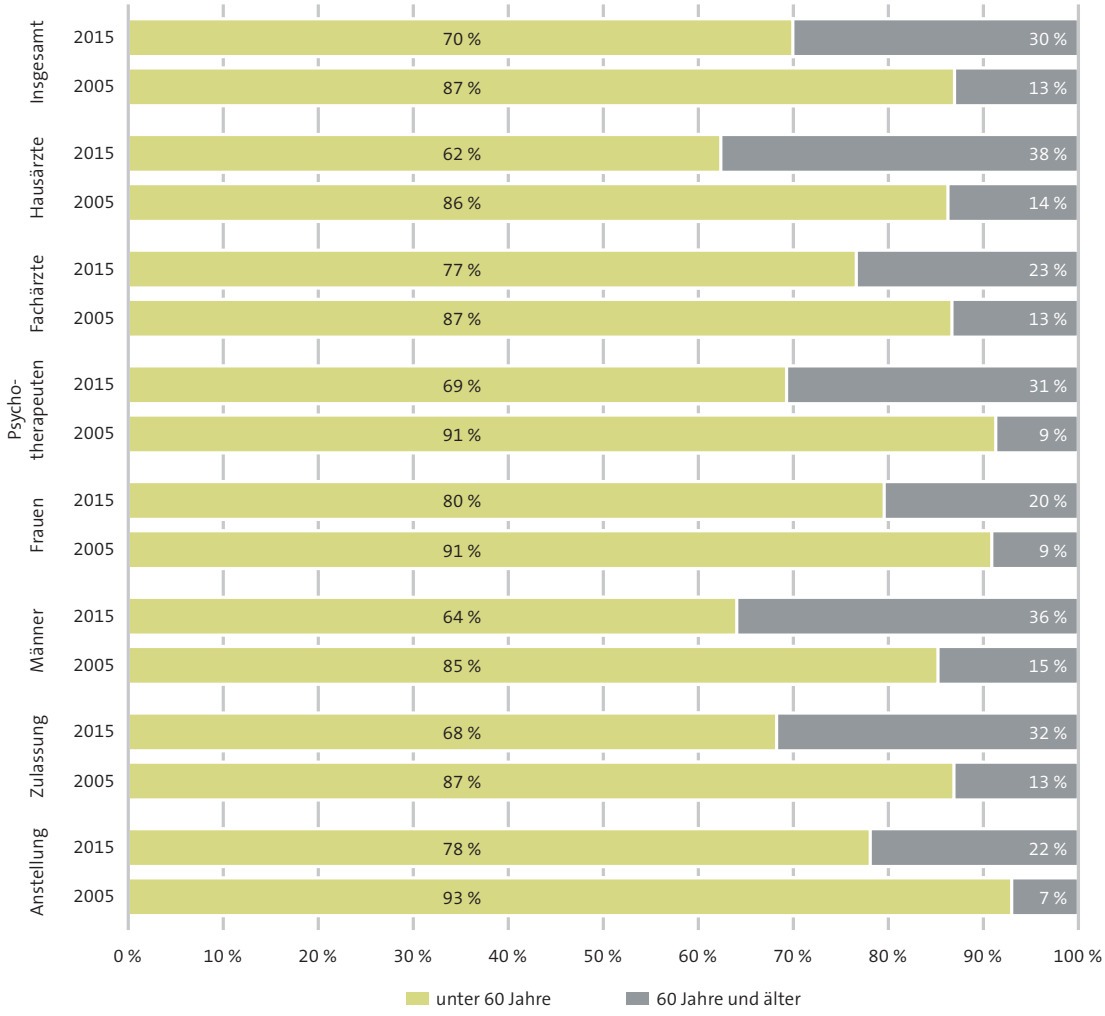
1.18: ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER VERTRAGSARZTSITZE NACH STRUKTURRÄUMEN UND VERSORGUNGSBEREICHEN VON 2005 BIS 2015



Diese Bevölkerungsgruppe wird dann über eine Million Einwohner stellen, während jede nachfolgende Generation zahlenmäßig um etwa ein Drittel kleiner sein wird als ihre Elterngeneration[2].

Diese Entwicklungen sind natürlich auch in der ambulanten Versorgung ablesbar und werden zukünftig große Herausforderungen nach sich ziehen. Momentan sind bereits 30 Prozent der in Rheinland-Pfalz tätigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten 60 Jahre und älter. 2005 betrug dieser Anteil erst 13 Prozent |1.19|. Den höchsten Anteil weist der hausärztliche Versorgungsbereich mit 38 Prozent auf. Bei Männern liegt der Anteil der Älteren deutlich höher als bei Frauen (36 zu 20 Prozent). Dieser Alterungsprozess spiegelt sich auch in der Entwicklung des Medianalters wider. Bei den Hausärzten und bei den Männern ist das Medianalter zwischen 2005 und 2015 von 51 auf 56 Jahre angestiegen. Dies bedeutet, dass in diesen beiden Gruppen die Hälfte der ambulant Tätigen bereits ein Alter von 56 und mehr Jahren erreicht hat. Ein Medianalter von unter 50 Jahren findet sich nur bei den Angestellten |1.3|.

1.19: ANTEILE DER 60-JÄHRIGEN UND ÄLTER IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG 2005 UND 2015



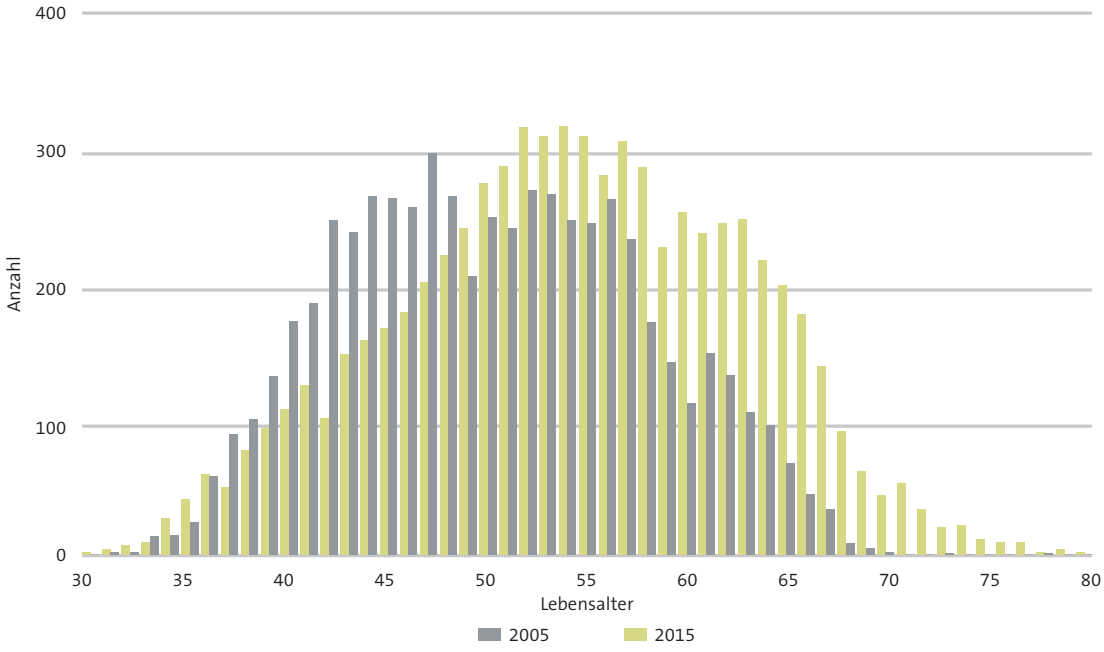
[2] Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Bevölkerungsfortschreibung (31.12.2014) und vierte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2013). Bad Ems 2015.

In nur zehn Jahren ist es also zu einer deutlichen Alterung der Ärzteschaft gekommen. Die Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten im Alter von 60 und mehr Jahren stieg von 795 auf 2.185 an. Hauptursache dafür ist die Ungleichverteilung der Altersklassen innerhalb der Ärzteschaft |1.20|. Durch angekündigte Zulassungssperren kam es Anfang der Neunzigerjahre zu einem kurzfristigen Niederlassungsboom bei den damals über 40-Jährigen. Diese Ärzte werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen und damit eine „Abgangswelle" auslösen.

1.3: MEDIANALTER IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG 2005 UND 2015

Fachgruppe	2005	2015
Hausärzte	51	56
Fachärzte	49	53
Psychotherapeuten	49	55
Frauen	48	53
Männer	51	56
Zulassung	50	55
Anstellung	44	49
Insgesamt	**50**	**54**

1.20: ALTERSVERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE UND VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN 2005 UND 2015



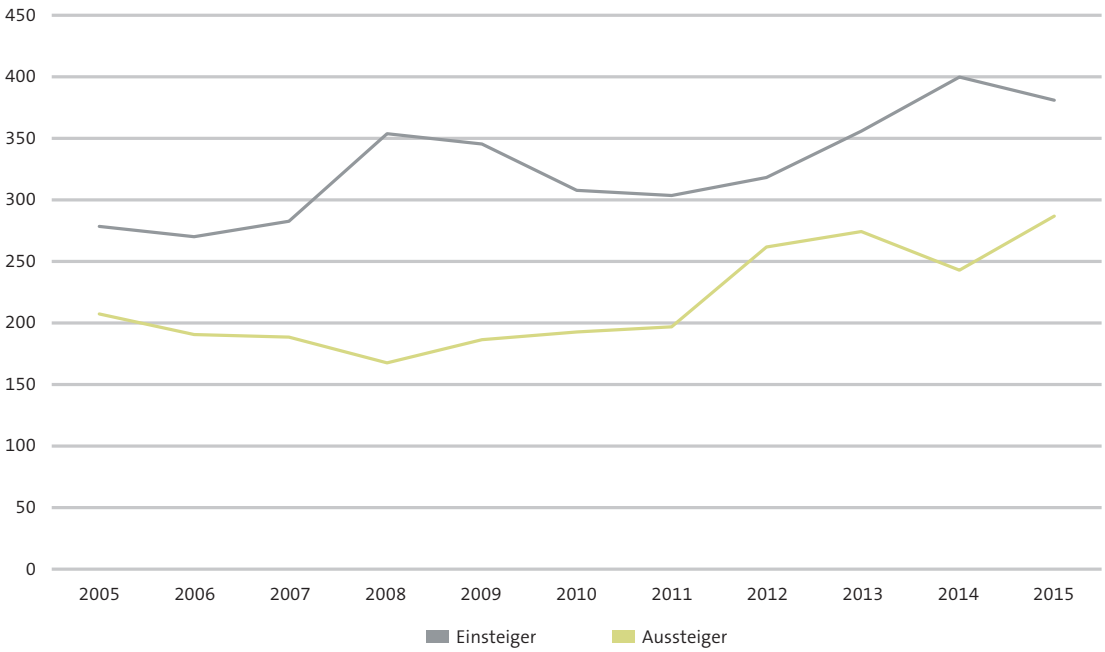
ÄRZTEMANGEL IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

2.1 FLUKTUATION UND NACHBESETZUNGSBEDARF: WER KOMMT? WER GEHT (WIEDER)?

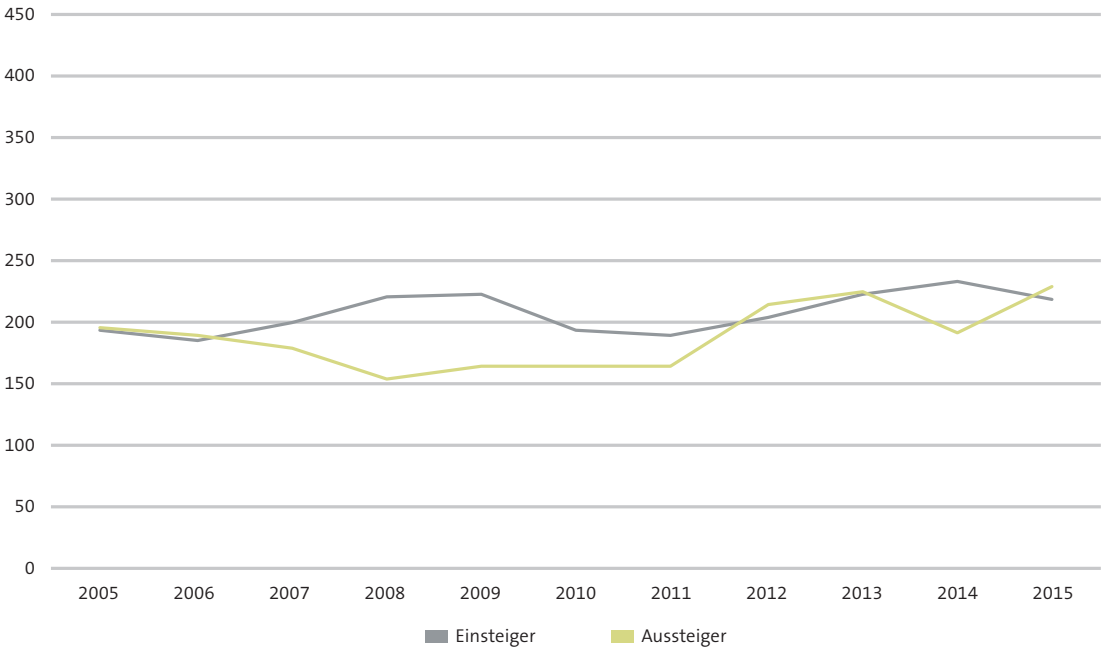
Wie groß der sich aus der derzeitigen Altersstruktur ergebende Nachbesetzungsbedarf sein wird, hängt von vielen Faktoren ab und ist deshalb insbesondere in einer kurzfristigeren Betrachtung nur schwierig vorherzusagen. Die Regelaltersgrenze von 68 Jahren für ein Engagement in der vertragsärztlichen Versorgung wurde 2009 vollständig aufgehoben. Inzwischen sind über 200 aktive Vertragsärzte und -psychotherapeuten 70 Jahre und älter. Der Ausstieg aus der Versorgung hängt von vielen anderen individuellen Faktoren ab. Wer beispielsweise vergeblich einen Nachfolger für seine Praxis sucht, wird dadurch unter Umständen gezwungen, diese länger selbst zu betreiben. Angesichts der flexibilisierten Arbeitsmöglichkeiten stellt für den ärztlichen Nachwuchs der Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung mitunter keine Lebensentscheidung bis zum Erreichen des Rentenalters mehr dar. Der Anteil derjenigen, die schon nach wenigen Jahren der Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen, steigt demzufolge an und erhöht damit den Nachbesetzungsbedarf noch zusätzlich. 618 der 3.607 Einsteiger zwischen 2005 und 2015 haben zwischenzeitlich bereits wieder die Versorgung verlassen. Durchschnittlich arbeiteten diese 17 Prozent der Einsteiger nur 2,9 Jahre in der Versorgung und waren bei der Beendigung ihres Engagements erst 47 Jahre alt.

Neben der Altersstruktur ist also das Ein- und Ausstiegsverhalten ein entscheidender Faktor, der die Anzahl und den Umfang der in den nächsten Jahren zu ersetzenden Ärzte und Psychotherapeuten beeinflusst. Zwischen 2005 und 2015 ist die Fluktuation in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung deutlich angestiegen. Während bei den Kopfzahlen die Anzahl der Einsteiger immer deutlich höher als die der Aussteiger war, ist bei Betrachtung der Versorgungsumfänge in den Jahren 2012, 2013 und 2015 ein geringfügig höherer Aus- als Einstieg zu verzeichnen |2.1 und 2.2|. Dies liegt darin begründet, dass der durchschnittliche Versorgungsumfang der Einsteiger immer

2.1: FLUKTUATION DER VERTRAGSÄRZTE UND VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN ZWISCHEN 2005 UND 2015: KOPFZAHL

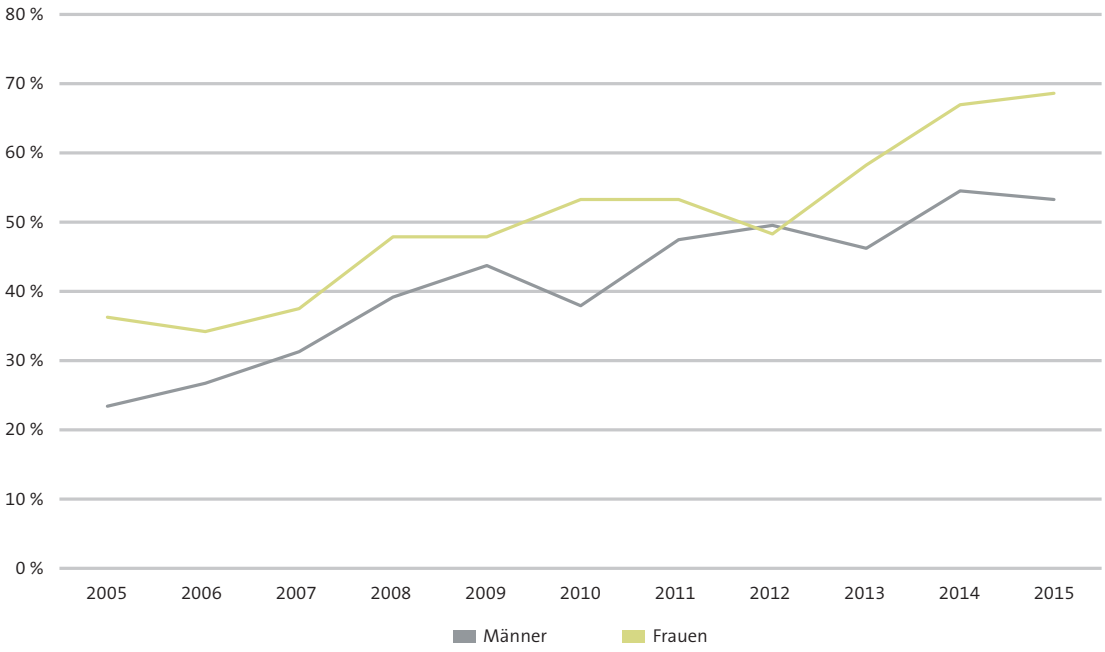


2.2: FLUKTUATION DER VERTRAGSÄRZTE UND VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN ZWISCHEN 2005 UND 2015: VERSORGUNGSUMFANG



2.3: STATUSANTEILE DER EINSTEIGER ZWISCHEN 2005 UND 2015

2.4: TEILZEITQUOTE DER EINSTEIGER NACH GESCHLECHT ZWISCHEN 2005 UND 2015



weiter gesunken ist und 2015 nur noch 0,57 Vollzeitäquivalente betrug. Der durchschnittliche Versorgungsumfang der Aussteiger beträgt dagegen immer noch 0,79 Vollzeitäquivalente. Die Mehrheit der Einsteiger arbeitet inzwischen als Angestellter |2.3| und in Teilzeit. Diese Entwicklung ist nicht allein auf den Anstieg der weiblichen Einsteiger zurückzuführen, der Anstieg der Teilzeitquote verlief zwischen den Geschlechtern parallel |2.4|. Damit einhergehend wurden 2015 nur noch 28 Prozent der haus- und fachärztlichen Einsteiger in einer Einzelpraxis tätig, 2005 waren es noch 45 Prozent. Die Mehrheit dieser Versorgungsbereiche bevorzugt damit kooperative Praxisformen. Bei den Psychotherapeuten hingegen ist die Einzelpraxis mit 86 Prozent auch weiterhin die vorherrschende Praxisform.

Grundlage zur Ermittlung des potenziellen altersbedingten Nachbesetzungsbedarfes stellt das statistische Abgangsalter dar. Der Median des Abgangsalters[3] unterscheidet sich zum Teil sehr stark nach Fachgruppe, Region und Tätigkeitsform. Das Median-Einstiegsalter ist dagegen relativ konstant |2.1|. Über die vergangenen zehn Jahre waren die 2.436 Aussteiger im Median 60 Jahre alt. Über 40 Prozent der Aussteiger waren zwischen 64 und 67 Jahre alt |2.5|.

Zur Projektion des altersbedingten Nachbesetzungsbedarfes bis 2022 wurde das durchschnittliche Median-Abgangsalter der vergangenen sechs Jahre verwendet, welches für die Hausärzte bei 61 Jahren, für Fachärzte bei 59 und für Psychotherapeuten bei 60 Jahren lag.

Der Nachteil dieser Betrachtungsweise der statistischen Mittelwerte ist, dass alle Ärzte und Psychotherapeuten oberhalb dieses Wertes als potenziell nachzubesetzen angesehen werden. Daraus ergibt sich sozusagen ein Worst-Case-Szenario, welches unter anderem ausblendet, dass es immer mehr praktizierende Ärzte auch im höheren Alter sowie auch immer mehr junge Aussteiger mit einer sinkenden mittleren Systemverweildauer gibt.

Auf Grundlage der geschilderten Betrachtungsweise ergibt sich rechnerisch bis 2022 folgender

[3] Das Medianalter teilt die Bevölkerung in zwei gleiche Hälften, wobei 50 Prozent der Bevölkerung jünger als dieses Alter sind und 50 Prozent älter.

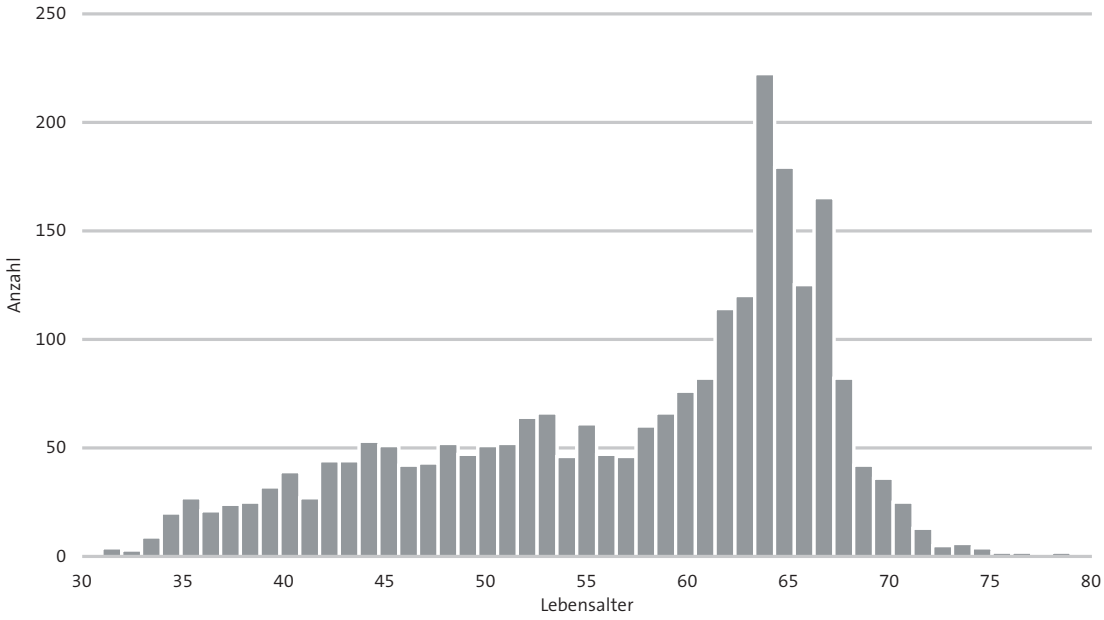
2.1: MEDIANALTER DER EIN- UND AUSSTEIGER 2015

Fachgruppe	Einsteiger	Aussteiger
Hausärzte	42	63
Fachärzte	43	59
Psychotherapeuten	43	61
Frauen	41	51
Männer	44	62
Zulassung	43	62
Anstellung	43	50
Insgesamt	**43**	**59**

altersbedingter Nachbesetzungsbedarf für die drei Versorgungsbereiche |2.2|.

Um den derzeitigen Versorgungsstand zu erhalten, müssten schon in den nächsten sechs Jahren mit 4.310 Ärzten und Psychotherapeuten 60 Prozent der Mediziner in der ambulanten Versorgung in Rheinland-Pfalz und 62 Prozent des Versorgungsumfanges altersbedingt ersetzt werden. Würde in dieser Simulation zusätzlich berücksichtigt, dass zwei aussteigende Ärzte oder Psychotherapeuten durch mindestens drei junge Mediziner ersetzt werden müssten, so ergäbe dies einen Nachbesetzungsbedarf von über 90 Prozent. Wie bereits erwähnt, beträgt der Versorgungsumfang der Einsteiger in Rheinland-Pfalz nur noch 0,57 Vollzeitäquivalente und ein immer größerer Anteil steigt nach wenigen Jahren wieder aus. Blieben sowohl das Median-Ausstiegsalter als auch das Median-Einstiegsalter die nächsten Jahre konstant, würden die Einsteiger der Versorgung 16 Jahre zur Verfügung stehen. Der immer größer werdende Anteil der weiblichen Einsteiger dagegen verbliebe im Mittel nur zehn Jahre und die angestellten Einsteiger sogar nur sieben Jahre in der vertragsärztlichen Versorgung aktiv.

2.5: ALTERSVERTEILUNG DER AUSSTEIGER ZWISCHEN 2005 UND 2015



2.2: ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF BIS 2022

Versorgungsbereich	Kopfzahl		Versorgungsumfang	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Hausärzte	1.645	61 %	1.579	62 %
Fachärzte	2.007	58 %	1798	62 %
Psychotherapeuten	658	63 %	543	64 %
Gesamt	**4.310**	**60 %**	**3.919**	**62 %**

Diese Aspekte sowie der steigende medizinische Behandlungsbedarf aufgrund der Alterung der Patientenschaft sind in den genannten Nachbesetzungsprojektionen nicht berücksichtigt. Wie kann also dieser hohe Bedarf an jungen Medizinern in den nächsten Jahren gedeckt werden?

2.2 INTERNATIONALISIERUNG DER ÄRZTESCHAFT: LÖSUNG DES ÄRZTEMANGELS?

Der aktuell schon regional und fachgruppenspezifisch spürbare Ärztemangel wird sich in den nächsten Jahren deutlich verschärfen. In beinahe allen Industrieländern mit hochentwickeltem Gesundheitssystem kann der steigende Bedarf an Ärzten nicht mehr durch den im eigenen Land ausgebildeten Medizinernachwuchs gedeckt werden. Weltweit ist ein regelrechter Kampf um die Ressource Arzt ausgebrochen. Infolgedessen haben sich bestimmte Wanderungsbewegungen herausgebildet.

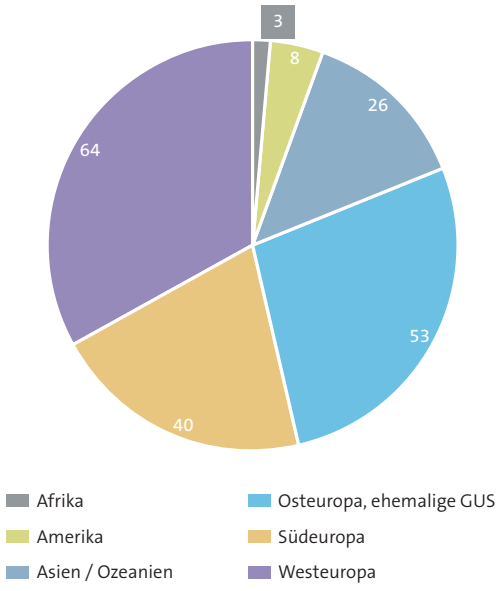
Deutschland ist sowohl von Ärzteabwanderung vor allem in die Schweiz betroffen, profitiert auf der anderen Seite aber auch von steigender Ärztezuwanderung vor allem aus Osteuropa. Der Zugang ausländischer Ärzte hat jährlich zweistellige Wachstumsraten zu verzeichnen, sodass sich die Anzahl der in Deutschland ansässigen ausländischen Ärzte von 17.991 im Jahr 2004 bis 2014 auf 39.661 mehr als verdoppelt hat.[4] Davon arbeiten 28.025 Ärzte (71 Prozent) in Krankenhäusern, nur zehn Prozent (3.832) praktizieren im ambulanten Sektor.

Die vertragsärztliche Versorgung scheint nicht von diesem Zuzug profitieren zu können. Dies hat mehrere Gründe. Für die Niederlassung als Arzt in Deutschland ist neben einer anerkannten Approbation eine erfolgreich abgeschlossene Facharztweiterbildung von mindestens fünf Jahren nachzuweisen. Viele der momentan zuziehenden ausländischen Mediziner absolvieren erst ihre Facharztausbildung in einem deutschen Krankenhaus als Assistenzarzt und stehen somit theoretisch noch gar nicht für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung. Praktisch wird die ambulante Versorgung, insbesondere in den ländlichen Gebieten mit drohenden Versorgungsengpässen, zu einem großen Teil durch regional und lokal verwurzelte Vertragsärzte getragen, die zum Teil seit Jahrzehnten in ihren Praxen arbeiten. Diese haben schon immense Schwierigkeiten, unter deutschen Kollegen überhaupt potenzielle Praxisnachfolger zu finden. Die Hoffnung, dass vor kurzem eingewanderte ausländische Kollegen eher bereit sind, das unternehmerische Risiko und die Verantwortung für große Patientenstämme unter den derzeitigen Rahmenbedingungen zu übernehmen, ist vermutlich illusorisch.

Vor diesen Hintergründen lässt sich auch die Entwicklung der Anzahl der ambulant tätigen ausländischen Ärzte in Rheinland-Pfalz erklären. Der Anteil an den rheinland-pfälzischen Vertragsärzten und -psychotherapeuten mit Migrationshintergrund ist von 2005 bis 2015 nur geringfügig von 1,8 auf 2,7 Prozent angestiegen. Damit liegt dieser nach wie vor sehr deutlich unter demjenigen der

[4] Datenquelle: Statistik der Bundesärztekammer. Ärztestatistik der Jahre 2004 und 2014. Stichtag 31.12.

2.6: VERTRAGSÄRZTE UND -PSYCHOTHERAPEUTEN IN RHEINLAND-PFALZ: ZAHLEN MIGRATIONSHERKUNFT GEMÄSS AKTUELLER STAATSANGEHÖRIGKEIT



Gesamtbevölkerung von Rheinland-Pfalz. Laut Statistischem Bundesamt beträgt der Ausländeranteil in unserem Bundesland derzeit 8,8 Prozent.[5]

Von den 194 Ärzten mit ausländischer Staatsangehörigkeit besitzen 64 Ärzte und Psychotherapeuten Staatsangehörigkeiten aus westeuropäischen Staaten, 53 Personen sind Bürger osteuropäischer sowie GUS-Staaten und 40 Personen sind Südeuropäer |2.6|. Die größten Nationalitäten stellen Griechen und Russen mit 43 und 39 Ärzten/Psychotherapeuten. Im Lauf der vergangenen zehn Jahre nahm insbesondere die Anzahl der Ärzte aus Osteuropa/GUS zu, und zwar um insgesamt 42 Personen. Auf Ebene der einzelnen Nationalitäten waren die höchsten Zuwächse bei russischen (+15) und griechischen (+13) Staatsbürgern zu verzeichnen. Die Zahl der Bulgaren nahm um acht, die der Österreicher um sechs und die der Rumänen und Ungarn um jeweils fünf Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten zu.

[5] Quelle: www.destatis.de

Die Entwicklung des Anteils der Ärzte mit Migrationshintergrund anhand der aktuellen Staatsangehörigkeit gibt das Zuwanderungsgeschehen von 2005 bis 2015 nur unzureichend wieder. Werden alle Ärzte und Psychotherapeuten berücksichtigt, die im Laufe ihres Lebens eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen, so trifft dies auf 439 (sechs Prozent) zu. Im Jahr 2005 lag diese Zahl noch bei 189 (drei Prozent). Weit mehr als die Hälfte dieser Personen haben also bis zum Jahr 2015 die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen, weshalb der Ausländeranteil nur so geringfügig angestiegen ist.

Insbesondere im Zusammenhang mit der Fragestellung der Zuwanderung von Fachpersonal sollte ein zweites Kriterium herangezogen werden, welches unter Umständen in diesem Kontext aussagekräftiger ist als die Staatsangehörigkeit: der Ort der Ausbildung, in diesem Fall des erfolgreichen Abschlusses eines Medizin- oder Psychologiestudiums. Hatten 2005 insgesamt 5,7 Prozent aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihr Studium im Ausland absolviert, so waren es 2015 mit 6,5 Prozent nur unwesentlich mehr. Dies bedeutet, dass unter den an der Patientenversorgung beteiligten rheinland-pfälzischen Vertragsärzten etwa jeder Fünfzehnte sein Studium im Ausland abgeschlossen hat. Damit liegt die Zahl der im Ausland ausgebildeten Mediziner und Psychotherapeuten mit 6,5 Prozent deutlich über derjenigen der 2,7 Prozent Ausländer gemäß Staatsangehörigkeit.

Unter den Ländern, in welchen das Studium abgeschlossen wurde, rangieren osteuropäische mit weitem Abstand an der Spitze |2.3|: Russland (66 Personen), Rumänien (55), Kasachstan (51) und Polen (46). In diesen sowie den übrigen osteuropäischen und GUS-Staaten absolvierten 4,4 Prozent aller in Rheinland-Pfalz praktizierenden Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihre Ausbildung. Alle Staaten des westeuropäischen Auslands dagegen kommen zusammen nur auf 0,8 Prozent.

Mit 76 Prozent besitzen mehr als drei Viertel der Personen, die außerhalb Deutschlands ausgebildet wurden, die deutsche Staatsbürgerschaft. Von

2.3: DIE HÄUFIGSTEN AUSLANDSSTUDIEN NACH LÄNDERN

Land, in welchem das Studium absolviert wurde	2005	2015
Russland	26	66
Rumänien	54	55
Kasachstan	35	51
Polen	52	46
Österreich	16	21
Syrien	15	19
Ungarn	16	19
Bulgarien	2	18
Ukraine	6	15
Belgien	13	14
Türkei	8	12
Frankreich	14	11
Kirgisistan	5	11
Ägypten	8	10
Italien	8	10

ihnen sind 241 und damit etwas mehr als die Hälfte aller „Auslandsstudierenden“ schon seit Geburt Deutsche, sodass davon auszugehen ist, dass ein Großteil dieser Personen eigens zum Studium das Land verlassen hat, um anschließend wieder zurückzukehren und an der Patientenversorgung teilzunehmen. Diese Zahl ist seit 2005 fast konstant geblieben. Deutlich zugenommen hat dagegen die Zahl der Personen, die nach dem erfolgreichen Studienabschluss im Ausland die deutsche Staatsbürgerschaft annahmen (von 45 auf 120) oder mit ausländischer Staatsbürgerschaft in Rheinland-Pfalz aktiv wurden (von 55 auf 114).

Die Zahl der Absolventen von Auslandsstudien variiert sehr deutlich zwischen den unterschiedlichen Fachgruppen. Am höchsten sind die Anteile bei den Augenärzten. Von den aktiven Vertragsärzten haben 15,1 Prozent im Ausland studiert. Auch bei den Gynäkologen und Chirurgen liegen die Werte

2.4: AUSLÄNDERANTEIL UND ANTEIL AUSLANDSSTUDIENABSCHLÜSSE NACH FACHGRUPPEN

Fachgruppe	Ausländeranteil		Anteil Auslandsstudienabschlüsse	
	2005	2015	2005	2015
alle Fachgruppen	1,8	2,7	5,7	6,5
Anästhesisten	2,4	2,5	10,3	6,2
Augenärzte	1,6	7,4	11,0	15,1
Chirurgen	3,4	2,7	8,4	9,9
Fachinternisten	0,8	1,9	2,8	3,6
Frauenärzte	3,0	3,4	11,4	10,8
Hausärzte	1,6	1,8	5,8	7,0
Hautärzte	1,2	3,4	7,4	7,3
HNO-Ärzte	1,3	5,1	6,3	8,0
Kinderärzte	3,3	4,7	7,8	7,8
Kinder- und Jugendpsychiater	0,0	0,0	4,5	3,0
Nervenärzte	1,3	2,5	2,2	4,1
Orthopäden	0,4	2,4	4,8	6,3
Psychotherapeuten	2,2	2,1	1,7	2,3
Radiologen	0,9	0,6	5,1	3,5
Urologen	3,2	3,9	2,4	3,9
sonstige Fachgruppen	1,8	4,5	2,4	6,6

bei etwa einem Zehntel. Den höchsten Wert erzielen die zu den „sonstigen Fachgruppen“ gezählten Neurochirurgen mit 17,1 Prozent. Die geringsten Anteile sind dagegen bei Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Radiologen festzustellen |▦ 2.4|.

Zusammengefasst fällt je nach Fachgruppe der Zustrom von Ärzten, die im Ausland – insbesondere in Osteuropa – ausgebildet wurden, unterschiedlich stark aus. Mehr als die Hälfte aller Absolventen von Auslandstudiengängen besaßen bereits vor dem Studium die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein Grund von vielen mögen die nicht ausreichende Anzahl an Humanmedizin-Studienplätzen in Deutschland beziehungsweise die Regularien des Zugangs zum Studium sein. Dieser Umstand führt dazu, dass motivierte Nachwuchskräfte eine Ausbildung im Ausland vorziehen oder in Anspruch nehmen müssen, um später als Ärztin oder Arzt arbeiten zu können.

Insgesamt kann trotz eines moderaten Anstiegs der Zuwanderung von ausländischen Ärzten der in den nächsten Jahren zu erwartende Mangel an Nachrückern für ausscheidende Vertragsärzte nicht auf diesem Wege gedeckt werden, sodass eine weitere Ausweitung der Aus- und Weiterbildung in Deutschland dringend angezeigt ist.

Um den Ärztemangel langfristig mindestens etwas abzumildern, müssten die Bundesländer umgehend die Zahl der Humanmedizin-Studienplätze erhöhen. Dazu kommt es momentan aber nicht. Deshalb stellt die KV RLP zusammen mit den Krankenkassen in Rheinland-Pfalz jährlich 5,25 Millionen Euro für 125 Weiterbildungsstellen[6] in der Allgemeinmedizin zur Verfügung. Weitere etwa 2,4 Millionen Euro[7] werden jährlich über einen Strukturfonds für Niederlassungen in Regionen bereitgestellt, in denen die aktuelle und zukünftige Versorgungslage als schwierig zu erachten ist (KAPITEL 7).

[6] Förderrichtlinie Weiterbildung (Allgemeinmedizin): www.kv-rlp.de/561659-971

[7] 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV), Förderrichtlinie Strukturfonds: www.kv-rlp.de/561659-7712

RAHMENBEDINGUNGEN DER HONORARVERTEILUNG IN RHEINLAND-PFALZ IN DEN VERGANGENEN ZEHN JAHREN

Neben dem Wandel der rechtlichen Rahmenbedingungen, die zu einer Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgung geführt haben, wurden in den vergangenen zehn Jahren auch die Rahmenbedingungen der Honorarverteilung immer wieder an den Wandel in der vertragsärztlichen Versorgung angepasst.

3.1 VEREINHEITLICHUNG DER HONORARVERTEILUNG IN RHEINLAND-PFALZ (2006 BIS 2008)

Vor der Fusion im Jahr 2005 existierten in Rheinland-Pfalz die vier eigenständigen Kassenärztlichen Vereinigungen Koblenz, Pfalz, Trier und Rheinhessen. Jede KV erhielt eine eigene Gesamtvergütung zur Vergütung der ärztlichen Leistungen in der jeweiligen Region. Diese Zahlungen der Krankenkassen waren aus historischen Gründen unterschiedlich hoch.

Daraus ergaben sich auch unterschiedliche Vergütungsniveaus innerhalb von Rheinland-Pfalz. So war beispielsweise das Vergütungsniveau in den KV-Bereichen Trier und Rheinhessen rund vier bis fünf Prozent höher als in den Bereichen Pfalz und Koblenz.

In den einzelnen KV-Bereichen galten zudem unterschiedliche Honorarverteilungssystematiken und Begrenzungsregelungen, die gleichfalls zu unterschiedlichen Preisen für ärztliche Leistungen führten. Damit sollte durch die Fusion zu einer Kassenärztlichen Vereinigung für ganz Rheinland-Pfalz Schluss sein. Im Jahr 2006 wurde die Honorarverteilung der einzelnen KV-Bereiche vereinheitlicht.

Es folgten einheitliche Preise beziehungsweise Punktwerte für ganz Rheinland-Pfalz und einheitliche Regelungen zur Mengenbegrenzung. Die Vereinheitlichung der Punktwerte hatte allerdings wesentliche Umverteilungseffekte zwischen den Regionen zur Folge, von denen Fachgruppen in unterschiedlichem Maße betroffen waren.

Die Mengenbegrenzung erfolgte auf der Praxisebene auf Basis von Individualbudgets (Vergleich mit der Punktzahl im Vorjahresquartal) und einer degressiven Vergütung der gegenüber dem Vorjahr erbrachten „Mehrleistungen“. Durch die degressive Vergütung sank das zusätzliche Honorar für jeden weiteren Patienten bei Überschreitung des Vorjahresniveaus. Die Honorarverteilung bot somit wenig Anreize zur Behandlung von mehr Patienten, um einen stabilen Punktwert und eine hohe Kalkulationssicherheit bei begrenzter Gesamtvergütung zu gewährleisten.

Zwischen 2005 bis 2008 wurden zahlreiche im Jahr 2005 neu eingeführte Leistungen wie Akupunktur, Schmerztherapie und Polysomnographie (Schlaflabor) extrabudgetär und mit je nach Kassenart unterschiedlichen Punktwerten vergütet. Darüber hinaus wurden in diesem Zeitraum die Leistungen des ambulanten Operierens je nach Kassenart unterschiedlich gefördert. So förderte die AOK Rheinland-Pfalz keine ambulanten Operationen, während insbesondere Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen für einzelne, stationsersetzende Operationen zusätzliche Förderbeträge zahlten. Außerdem fand ein Teil der Versorgung in Form von Sonderverträgen zur Integrierten Versorgung (IV-Verträge) statt, für die die Kassen bis zu einem Prozent der Gesamtvergütung aus dem Honorar der Ärzte finanzieren konnten.

3.2 PARADIGMENWECHSEL IN DER HONORARVERTEILUNG (2009 BIS 2011)

Im Jahr 2009 trieb der Gesetzgeber weitere Vereinheitlichungen der Honorarverteilung und der Mengenbegrenzung voran. Große Teile der Honorarverteilungsautonomie übertrug der Gesetzgeber an den Bewertungsausschuss (BA) auf Bundesebene, in dem nicht nur die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sondern auch der Spitzenverband der Krankenkassen vertreten ist. In diesem Gremium wurden sodann bundeseinheitliche Vorgaben zur Honorarverteilung gemacht, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene umzusetzen waren.

Darüber hinaus wurden Änderungen bezüglich der Berechnung der jährlichen Steigerungen der Gesamtvergütungen beschlossen. War die jährliche Veränderung der Gesamtvergütung noch im Jahr 2008 an die Entwicklung der Grundlohnsumme

und damit an die Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen geknüpft, richtete sie sich jetzt stärker an der Morbiditätsentwicklung der Versicherten aus. Auch dieser Paradigmenwechsel brachte in Rheinland-Pfalz nach Jahren der geringen Honorarsteigerungen nicht die erhofften Vergütungszuwächse. Gravierender noch waren die Änderungen bei der Honorarverteilung und hier insbesondere bei der Mengenbegrenzung.

3.2.1 Einführung der Regelleistungsvolumina

Die bisher individuelle Mengenbegrenzung auf Basis der Punktzahl der Praxis im Vorjahresquartal wurde durch Regelleistungsvolumina (RLV) auf Basis der Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal und einem arztgruppenbezogenen Fallwert abgelöst. Hierbei wurden im Gegensatz zur bisherigen Regelung besondere Qualifikationen und Praxisschwerpunkte nicht oder völlig unzureichend berücksichtigt.

Durch die RLV profitierten Praxen, die möglichst viele Patienten mit geringem Leistungsumfang behandeln. Umgekehrt hatten Praxen mit geringer Patientenzahl und zuwendungsintensiver Behandlung durch die damit verbundene Überschreitung des RLV und daraus resultierende Abstaffelung in der Regel meist deutliche Honorarverluste.

Die Honorarumverteilung zwischen den Praxen wurde dadurch verschärft, dass bestimmte Leistungen innerhalb der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund der Vorgaben auf Bundesebene unbegrenzt vergütet wurden, die sogenannten „freien Leistungen“. Die privilegierte Vergütung dieser freien Leistungen ging zulasten der übrigen „begrenzten“ Leistungen.

Die weiterhin begrenzten Finanzmittel und die auf Bundesebene durch den BA vorgegebenen Berechnungsvorschriften führten dazu, dass viele Praxen insbesondere im fachärztlichen Segment das Regelleistungsvolumen bereits nach zwei von drei Quartalsmonaten ausgeschöpft hatten und die dann erbrachten zusätzlichen Leistungen nur zu einem sehr geringen Prozentsatz vergütet bekamen.

3.2.2 Fehlende Kalkulationssicherheit

Da den Praxen vor Beginn eines Quartals ihr Regelleistungsvolumen in Euro verbindlich mitgeteilt werden musste, aber zum Zeitpunkt der RLV-Mitteilung noch nicht alle Informationen verfügbar waren, beruhte die Honorarverteilung letztlich auf Schätzungen. Fehlschätzungen führten dazu, dass entweder mehr oder weniger Honorar ausgezahlt wurde, als von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurde. Der tatsächliche Umfang der Fehlschätzungen konnte aber erst mit fast neun Monaten Verzögerung festgestellt und die Schätzungen entsprechend angepasst werden.

Dies führte in Rheinland-Pfalz insbesondere im fachärztlichen Bereich zu einer je nach Quartal sehr ungleichmäßigen Honorarverteilung. So wurde in den ersten drei Quartalen des Jahres 2009 mehr Honorar an die Fachärzte ausgezahlt, als dies den Zahlungen der Krankenkassen entsprach; im Gegenzug wurde die Honorarverteilung an die Fachärzte im vierten Quartal 2009 sowie im gesamten Jahr 2010 deutlich abgesenkt, um die Überzahlungen aus den ersten drei Quartalen des Jahres 2009 auszugleichen.

Statt einer besseren Kalkulationssicherheit für die Ärzte hatte die RLV-Systematik letztlich zu einer starken Verunsicherung und zu erheblichen Umverteilungseffekten innerhalb der Fachgruppen zulasten der Praxen mit spezialisiertem Leistungsspektrum geführt.

Diese Nivellierung betraf auch die Vergütung der „extrabudgetären Leistungen“ wie ambulanten und belegärztlichen Leistungen sowie Vorsorgeleistungen. Diese wurden in Rheinland-Pfalz bis Ende 2008 mit einem im Vergleich zum Bundesgebiet überdurchschnittlichen Punktwert vergütet. Durch die bundesweite Vereinheitlichung der Punktwerte für extrabudgetäre Leistungen wie ambulantes Operieren oder Vorsorgeleistungen ging die Vergütung für diese Leistungen um über zehn Prozent zurück.

Darüber hinaus wurden bislang geförderte Leistungen wie Akupunktur oder Schmerztherapie und Polysomnographie durch Vorgaben auf Bundesebene in

die begrenzte Gesamtvergütung überführt. Durch die zentralen Vorgaben der Beschlüsse des BA auf Bundesebene mit der darin enthaltenen Nivellierung der Vergütung hatte die KV RLP kaum noch einen Gestaltungsspielraum bei der Honorarverteilung. Zudem wären Abweichungen von den Bundesvorgaben selbst bei der Honorarverteilung nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen möglich gewesen. Die Unzufriedenheit der Ärzte mit der RLV-Systematik zeigte sich in der großen Anzahl der Widersprüche in diesem Zeitraum.

3.3 GEWONNENER GESTALTUNGSEINFLUSS BEI DER HONORARVERTEILUNG

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz erhielten die KVen wieder die Möglichkeit, die Honorarverteilung selbst zu gestalten. Dies schloss auch mit ein, dass die Honorarverteilung nicht mehr zwingend auf Basis von Regelleistungsvolumina erfolgen musste. Daher beschloss die Vertreterversammlung der KV RLP mit Wirkung zum zweiten Quartal 2012 folgende Änderung der Mengenbegrenzungssystematik:

- Mengenbegrenzung auf Basis der individuellen Punktzahl der Praxis im Vorjahresquartal anstatt auf Basis eines für alle Ärzte der Arztgruppe einheitlichen Fallwertes
- Herausnahme der Grundpauschale bei vielen Fachgruppen aus der Mengenbegrenzung und damit bessere Honorierung einer Praxis bei steigender Patientenzahl
- Kein fest garantierter Punktwert mehr bis zum Erreichen der Abstaffelungsgrenze, dafür aber geringerer Abstand zwischen garantiertem und abgestaffeltem Punktwert als bisher und dadurch bessere Honorierung von Praxen bei Leistungszunahme zum Beispiel aufgrund höherer Patientenzahlen

Durch die Änderungen der Mengenbegrenzungsmaßnahmen werden nun die Besonderheiten und Schwerpunkte einer Praxis besser berücksichtigt, als dies bei den RLV der Fall war. Es wurde der Anreiz beseitigt, möglichst viele Patienten mit geringem Behandlungsaufwand zu behandeln. Die Gesundheitsversorgung von vielen Patienten mit hohem Behandlungsaufwand führt somit nicht mehr automatisch zu finanziellen Nachteilen des behandelnden Arztes. Durch die Vorwegvergütung bestimmter Grundleistungen mit festem Punktwert wird das Ziel verfolgt, die ärztliche Grundversorgung zu sichern und zu fördern und Zuwächse der Patientenzahlen gegenüber dem Vorjahresquartal besser zu honorieren als unter der RLV-Systematik. Insgesamt führte die Umstellung zu einer geringeren Streuung der Punktwerte, also des Preises für ärztliche Leistungen und damit zu einer leistungsproportionaleren Vergütung der Ärzte in Rheinland-Pfalz.

Der von vielen befürchtete Punktwertverfall durch die stärker leistungsproportionale Vergütung blieb aus, da die Leistungszunahme bei den meisten Fachgruppen nur sehr moderat ausfiel. Zudem wurde bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung die Morbidität in Rheinland-Pfalz stärker als bisher berücksichtigt, sodass sich die bestehende Diskrepanz zwischen den erbrachten Leistungen und den von den Krankenkassen bereit gestellten Finanzmitteln nicht weiter erhöhte.

Darüber hinaus konnte ab dem Jahr 2013 durch Beschlüsse auf Bundesebene die Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen bei der antragspflichtigen Psychotherapie sowie den probatorischen Sitzungen sowie eine stärkere Förderung der fachärztlichen Grundversorgung erreicht werden. Durch Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen werden auch die Betreiber von ambulanten OP-Zentren seit dem Jahr 2014 besser zusätzlich gefördert.

WANDEL DER RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN IN DEN VERGANGENEN ZEHN JAHREN – AUSWIRKUNGEN AUF DIE VERSORGUNGSFORMEN

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung unterliegen einem ständigen Wandel durch Gesetzesänderungen sowie großen und kleinen Gesundheitsreformen. Die Auflistung dieser Gesetzesänderungen allein für die vergangenen zehn Jahre ist in übersichtlicher Form kaum machbar. Ein Meilenstein war sicherlich das Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) 2007, welches durch die Flexibilisierung der Arbeits- und Kooperationsformen eine Vielzahl neuer Versorgungsmodelle erst ermöglicht hat.

Die unterschiedlichen Versorgungsformen bieten vielfältige Möglichkeiten zur Zulassung oder Anstellung in der vertragsärztlichen Versorgung jenseits der inhabergeführten Einzelpraxis. Insbesondere das Angestelltenverhältnis wird für Vertragsärzte immer attraktiver, weil es das wirtschaftliche Risiko minimiert und flexible Beschäftigungsmöglichkeiten bietet. Dafür eigenen sich Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Zweigpraxen. Diese können auch verstärkt dazu beitragen, die ambulante Versorgung in der Fläche weiterhin sicherzustellen und den Wegfall klassischer Einzelpraxissitze in den ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz zu kompensieren.

Im Folgenden werden nun die Möglichkeiten zur Zulassung und Anstellung in den gängigsten Versorgungsformen beschrieben. Die Abbildungen | 4.1 und 4.2 | zeigen, inwieweit die Einzelpraxis in den vergangenen zehn Jahren durch andere Versorgungsformen ersetzt wurde.[8]

4.1 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. Der Arbeitsumfang einer Anstellung kann von 0,25 bis 1,0 Versorgungsaufträgen geviertelt werden. Zugelassene Vertragsärzte dagegen müssen mindestens einen halben Versorgungsauftrag ausfüllen. Ein Sitzinhaber kann ferner 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. Der Anreiz für den Juniorpartner besteht darin, dass seine halbe Zulassung nach zehn Jahren in eine volle Zulassung umgewandelt wird.

4.2 BERUFSAUSÜBUNGSGEMEINSCHAFTEN

Bei BAGs 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.

4.3 MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN

Seit dem Jahr 2004 besteht für zugelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser die Möglichkeit, MVZs zu gründen. In diesen können weitere Ärzte und Psychotherapeuten angestellt werden. Aufgrund des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) können seit 2015 auch fachgruppengleiche MVZs gegründet werden, Träger von MVZs dürfen seitdem auch Kommunen sein. Hierdurch sollen neue Möglichkeiten zur Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung insbesondere in ländlichen Regionen geschaffen werden.

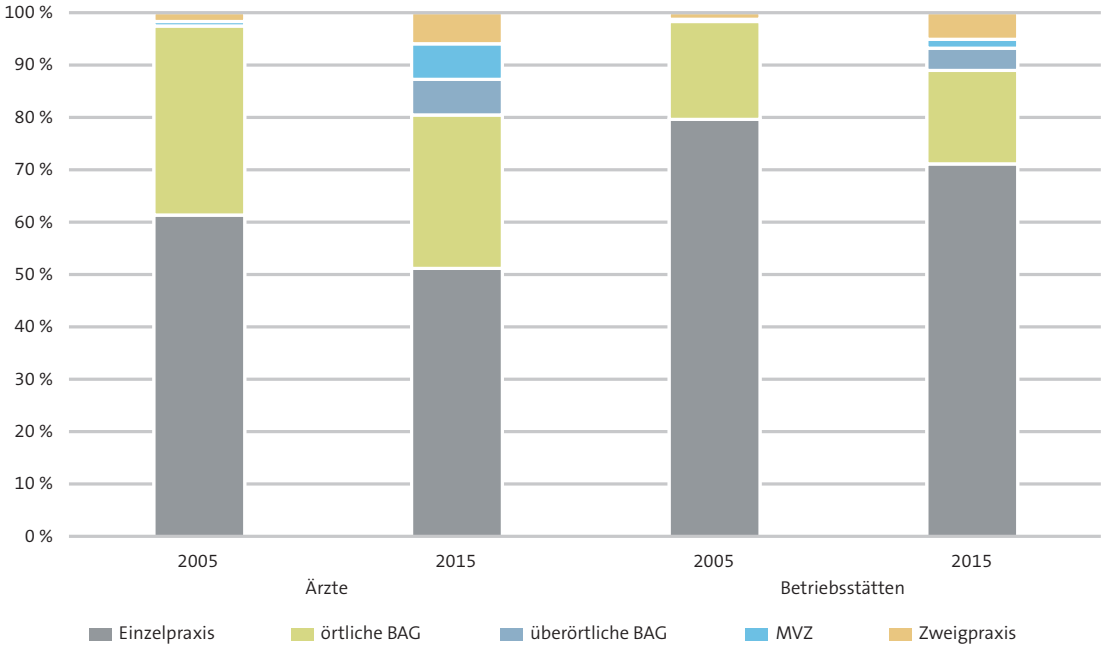
Auch MVZs können Nebenbetriebsstätten gründen oder durch die Gründung von BAGs mit Vertragsärzten zusätzlich überörtlich tätig werden.

[8] Versorgungsformen und Niederlassungsmöglichkeiten in Rheinland-Pfalz: www.arzt-nah-dran.de

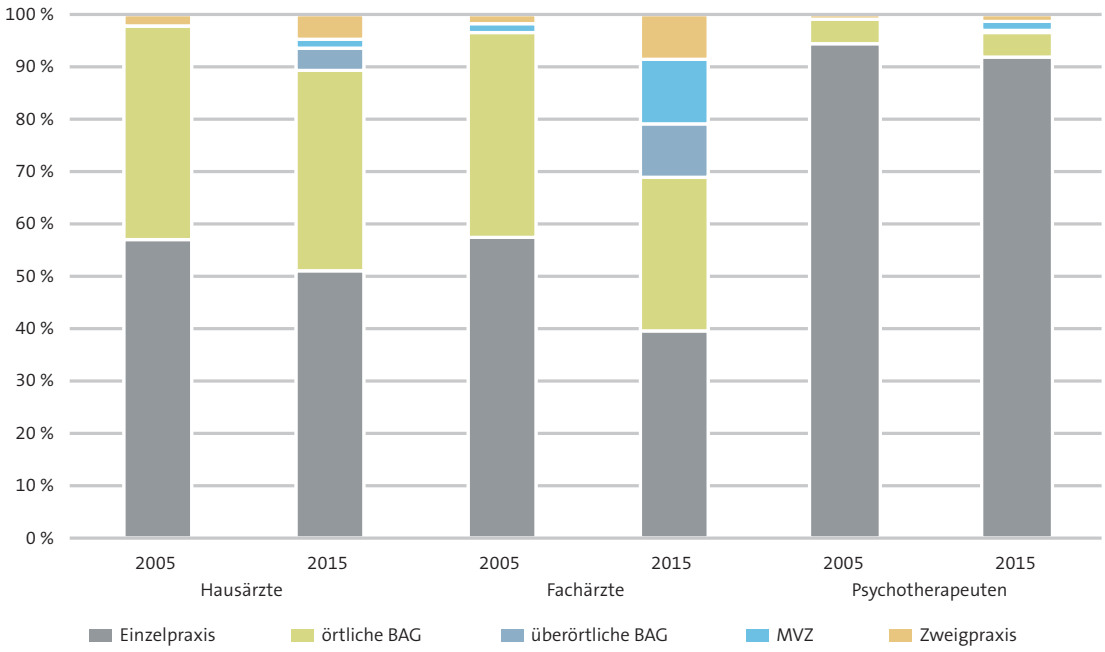
4.4 ZWEIGPRAXEN

Zweigpraxen können faktisch von jeder der obigen Organisationsformen gegründet werden. Sie stellen zusätzlich zur Hauptbetriebsstätte betriebene Praxisstandorte dar. Der Zulassungsausschuss der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt diese nur, 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.

4.1: ANTEILE DER VERSORGUNGSFORMEN 2005 UND 2015



4.2: ANTEILE DER VERSORGUNGSFORMEN NACH VERSORGUNGSBEREICH 2005 UND 2015



DAS AMBULANTE VERSORGUNGSANGEBOT IN RHEINLAND-PFALZ: WOHNORTNAH UND FLÄCHENDECKEND GUT VERSORGT

5.1 ERREICHBARKEIT DES AMBULANTEN VERSORGUNGSANGEBOTES

Die Qualität der Gesundheitsversorgung lässt sich durch zahlreiche Indikatoren bewerten. Neben den verfügbaren Leistungen, der personellen und apparativen Ausstattung ist vor allem auch die Erreichbarkeit ein zentraler Qualitätsindikator.

Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Deutschland sollen für die Bevölkerung einen flächendeckenden und wohnortnahen Zugang an haus- und fachärztlicher sowie psychotherapeutischer Versorgung gewährleisten. Das in Rheinland-Pfalz vorhandene ambulante Versorgungsangebot kann diesem Anspruch gerecht werden und bietet der Bevölkerung im internationalen Vergleich ein sehr hohes Versorgungsniveau |5.1|.

Durch den vom Gesetzgeber erteilten Sicherstellungsauftrag (§ 72 SGB V) ist die KV RLP im Rahmen des gesetzlich festgelegten Umfangs (§ 73 Abs. 2 SGB V) verpflichtet, die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung jederzeit für alle gesetzlich Versicherten in Rheinland-Pfalz zu garantieren.

Zur Steuerung des Versorgungsangebotes dient das Instrument der Bedarfsplanung. Durch den Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen wird hierzu in regelmäßigen Abständen der jeweilige Versorgungsstand für alle beplanten Fachgruppen in den Planungsregionen des Landes festgestellt. Basierend auf diesen rechnerischen Feststellungen werden gegebenenfalls Zulassungssperren verhängt oder aufgehoben. Darüber hinaus muss der Landesausschuss aufgrund entsprechender Regelungen des Gesetzgebers vor einer Nachbesetzung eines durch einen ausscheidenden Arzt abgegebenen Sitzes feststellen, ob dieser zur Versorgung der Patienten tatsächlich benötigt wird.

Außerhalb der Sprechstundenzeiten der Praxen ist der ärztliche Bereitschaftsdienst für die ambulante Versorgung der Bevölkerung zuständig. Dieser zählt somit ebenfalls zum Sicherstellungsauftrag der KV. Als erste KV im Bundesgebiet kann die KV RLP seit 2014 eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung durch derzeit 48 Bereitschaftsdienstzentralen (BDZs) anbieten. 39 BDZs decken die Zeiten außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen komplett ab, neun BDZs haben als weitere BDZs in einem Bereitschaftsdienstbereich eingeschränkte Öffnungszeiten |5.2|. An vier Krankenhäusern wird zusätzlich ein ambulanter Bereitschaftsdienst durch dortiges medizinisches Personal angeboten. Die durchschnittliche Distanz zur jeweils nächstgelegenen Bereitschaftsdienstzentrale beträgt für die rheinland-pfälzische Bevölkerung 8,7 Kilometer.

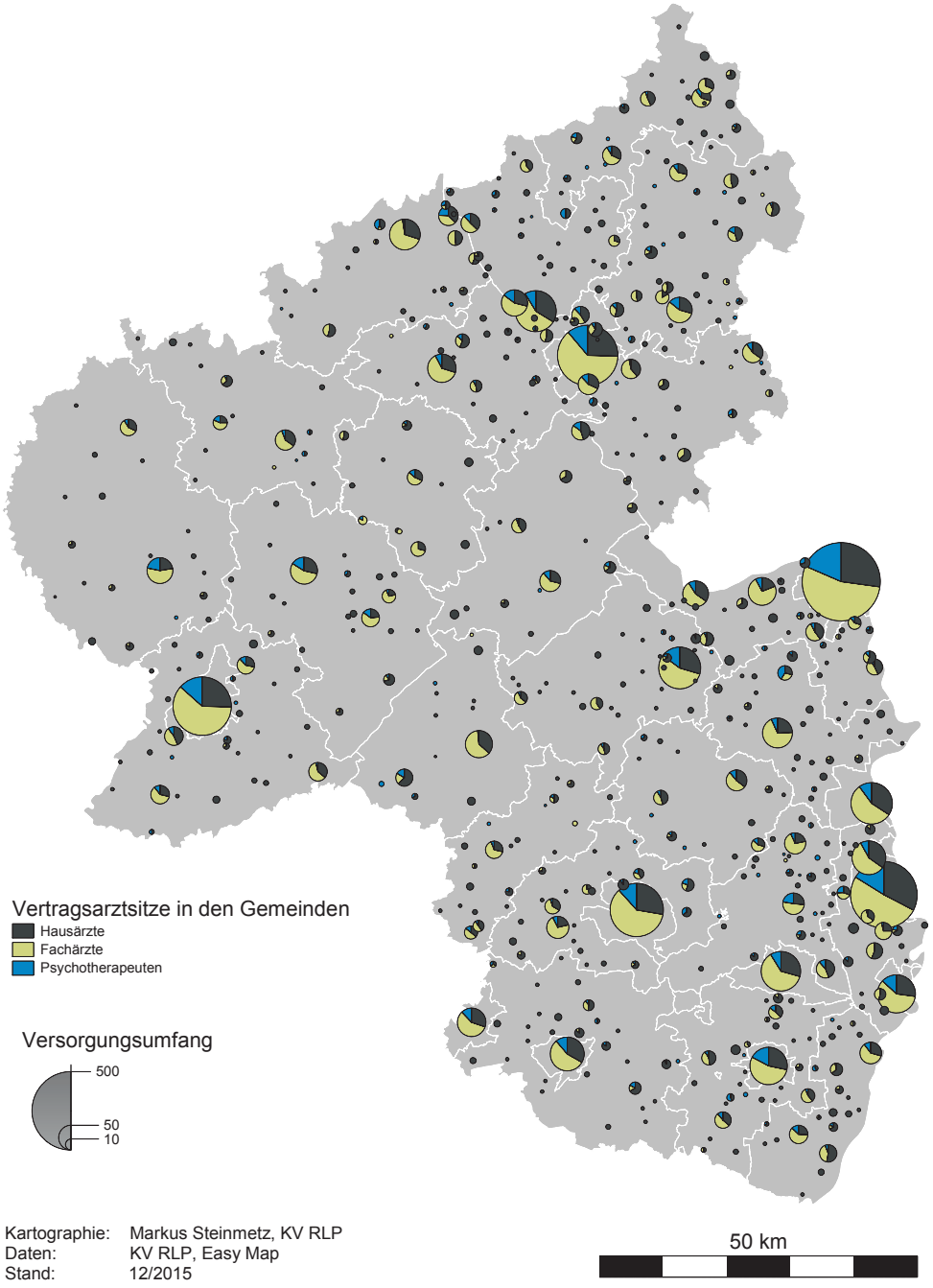
Deutlich geringer sind die durchschnittlichen Distanzen zu den nächstgelegenen Praxen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung.[9] Im Vergleich mit anderen medizinischen Versorgern ist die Erreichbarkeit der vertragsärztlichen Versorgung weit überdurchschnittlich |5.1|. Für Einkäufe, die über den alltäglichen Bedarf hinausgehen, Verwaltungsdienstleistungen des Staates und

5.1: ERREICHBARKEIT DER NÄCHSTGELEGENEN VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN

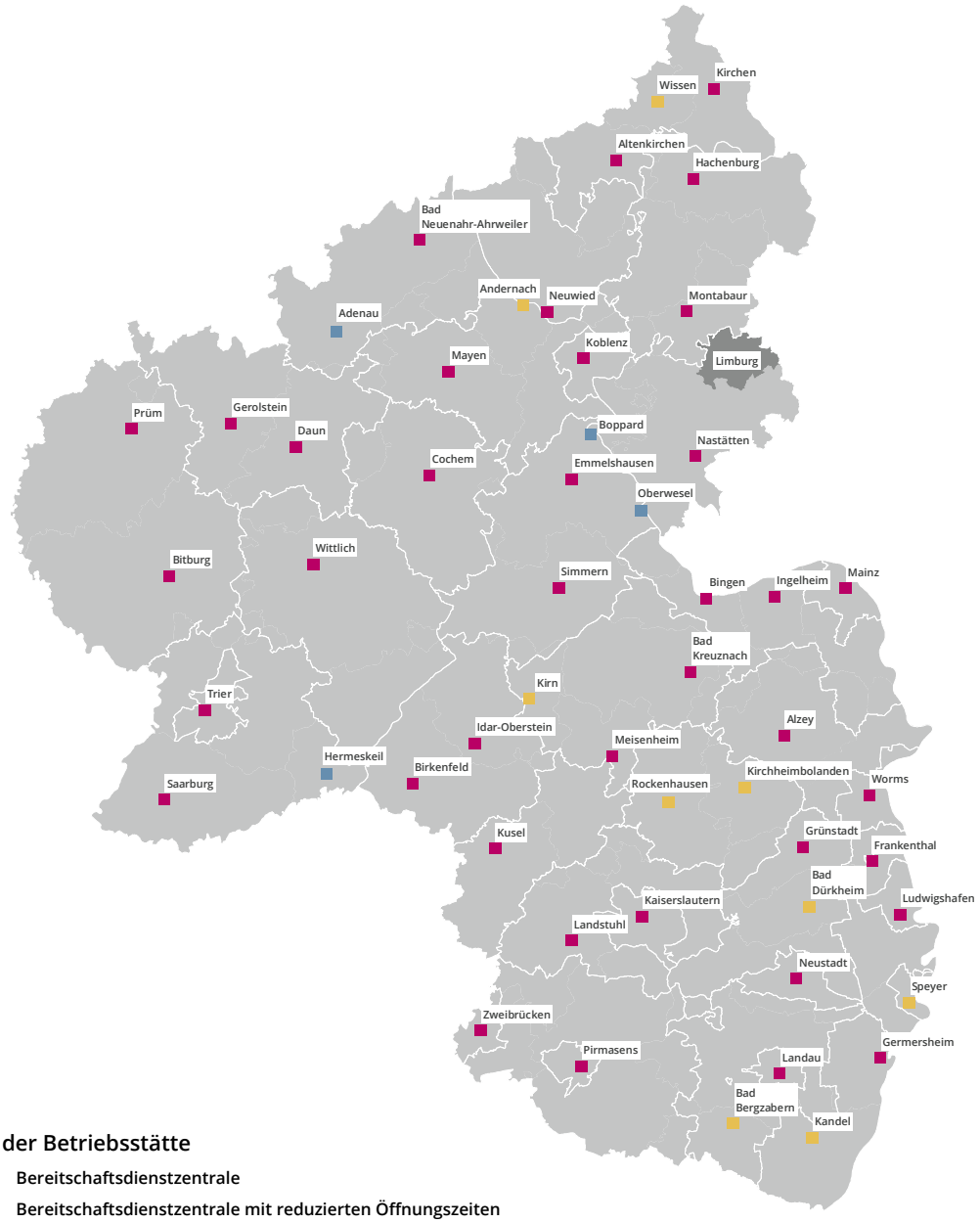
Versorgungseinrichtung	Durchschnittliche Entfernung (bevölkerungsgewichtet)
Hausarzt	1,4
Apotheke	**2,0**
Psychotherapeut	3,6
Frauenarzt	4,3
Kinderarzt	4,9
Augenarzt	5,2
Fachinternist	5,2
Orthopäde	5,5
Chirurgen	5,6
HNO-Arzt	6,0
Nervenarzt	6,3
Hautarzt	6,6
Krankenhaus	**6,8**
Urologe	7,0
Mittelzentrum	**7,6**
Radiologe	8,7
Oberzentrum	**28,4**

[9] Darstellungen im Versorgungsatlas 2014 Kapitel 3.1, www.kv-rlp.de/457902-501 und im Text „Distanz zum Behandlungsort“: www.kv-rlp.de/457902-504.

5.1: AMBULANTES VERSORGUNGSANGEBOT



5.2: AMBULANTER BEREITSCHAFTSDIENST



Art der Betriebsstätte

- Bereitschaftsdienstzentrale
- Bereitschaftsdienstzentrale mit reduzierten Öffnungszeiten
- zusätzlicher Bereitschaftsdienst an Krankenhäusern

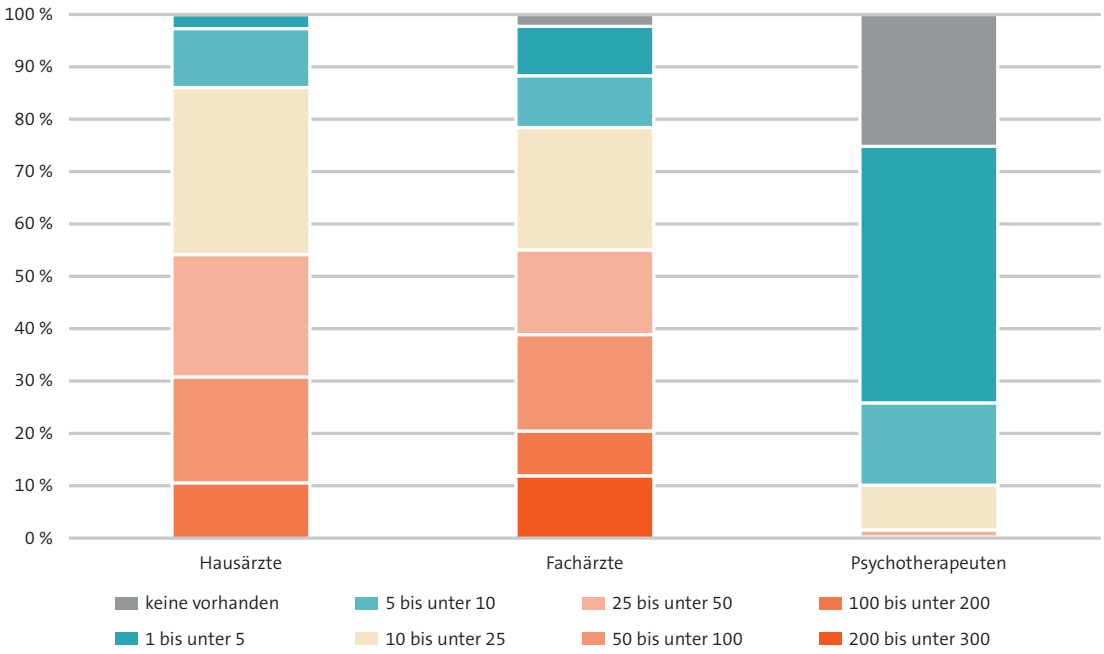
Bereitschaftsdienstorganisation

- Bereitschaftsdienstzentralen mit der Rufnummer 116 117
- KV Hessen (Versorgung durch die BDZ Limburg)

0 12,5 25 50 Kilometer

Kartographie	Markus Steinmetz, KV RLP
Daten	KV RLP, WIGeoGIS
Stand	01.07.2016

5.3: ANZAHL DER ZU ERREICHENDEN ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM UMKREIS VON 10 KILOMETERN: BEVÖLKERUNGSANTEILE



Freizeitaktivitäten wie Kino, Oper, Theater und Schwimmbad muss die Bevölkerung in der Regel in das nächstgelegene Mittel- oder Oberzentrum fahren. Auch in diesem Vergleich schneidet die ambulante Versorgung deutlich besser ab.

Da in Deutschland die freie Arztwahl einer der Eckpfeiler der Gesundheitsversorgung ist, reicht die Betrachtung der Erreichbarkeit der nächstgelegenen Praxis alleine jedoch nicht aus, um darzustellen, wie umfangreich das ambulante Versorgungsangebot in zumutbarer Entfernung zu erreichen ist. Hierzu bedarf es vielmehr einer umfassenderen Betrachtung der im Umkreis des Wohnortes verfügbaren Praxen.

Im Umkreis von zehn Kilometern sind für 97 Prozent der Rheinland-Pfälzer mehr als fünf Hausärzte zu erreichen. Für 6.327 Einwohner (0,16 Prozent der Bevölkerung) aus 23 der 2.305 rheinland-pfälzischen Gemeinden ist im Umkreis von zehn Kilometern kein Hausarzt zu erreichen |5.3 und 5.4|. Bei den Fachärzten sind es zwar 222 Gemeinden, für die dieses Kriterium gilt, in diesen leben allerdings mit 95.186 Einwohnern nur 2,4 Prozent der Bevölkerung. Für 78 Prozent der Rheinland-Pfälzer sind im Umkreis von zehn Kilometern dagegen mehr als 10 Fachärzte zu erreichen. Für die Einwohner von Koblenz, Ludwigshafen und Mainz sind es sogar mehr als 200 |5.5|. Mehr als 100 Fachärzte im Umkreis von zehn Kilometern können immerhin noch 21 Prozent der Bevölkerung (825.000 Einwohner) erreichen. Bei den Psychotherapeuten gibt es eine derart große Auswahl nur für die Einwohner der Landeshauptstadt Mainz |5.6|. Insgesamt erreichen 75 Prozent der Bevölkerung aber mindestens einen Psychotherapeuten im Umkreis von 10 Kilometern.

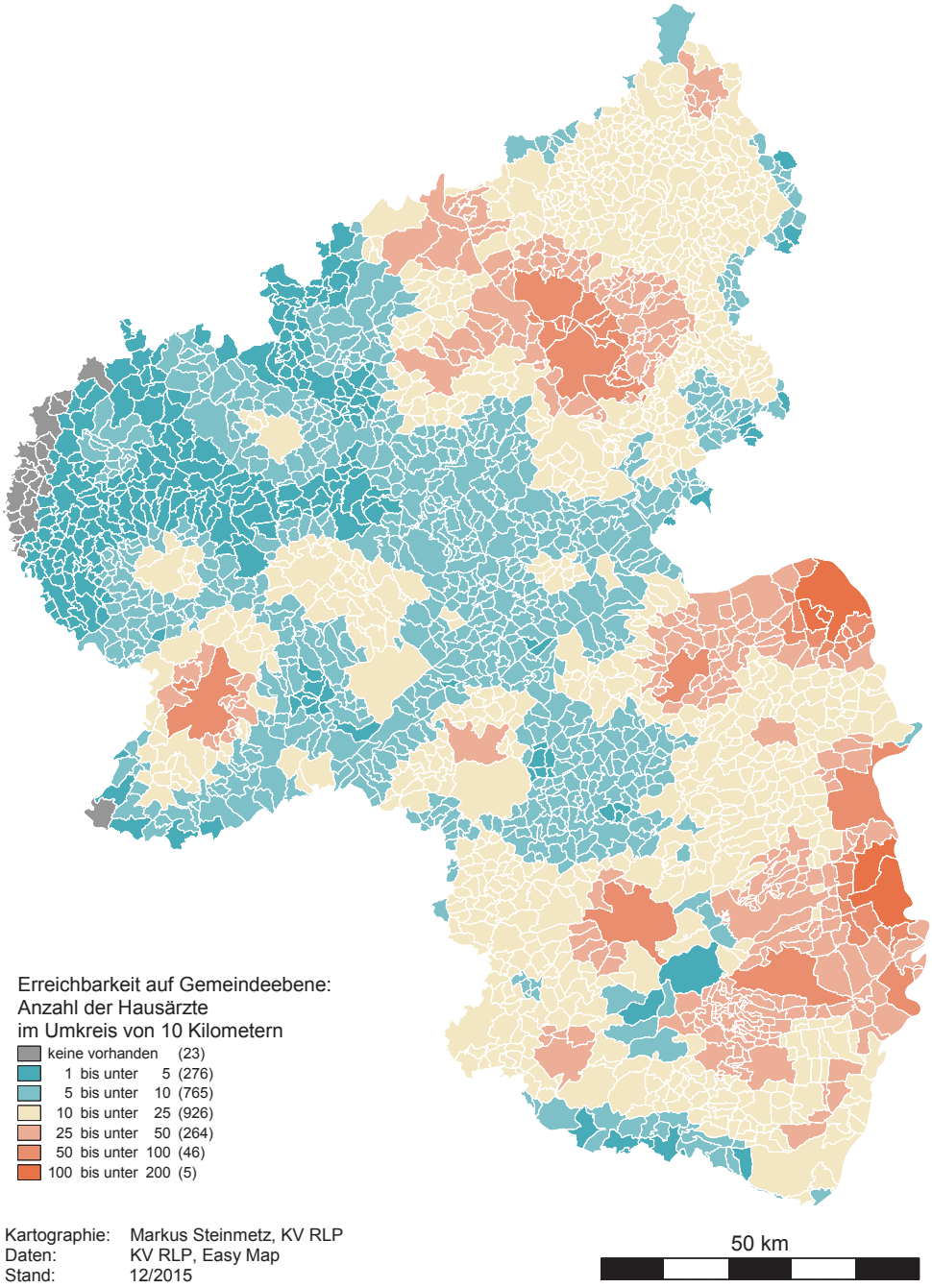
Die dargestellten Verteilungsmuster der Praxen müssen stets im Zusammenhang mit der bereits geschilderten Heterogenität der räumlichen Gegebenheiten und der Verteilung der Bevölkerung gesehen werden. Selbstverständlich gilt für jeden Bürger des Landes, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung so wohnortnah wie möglich sein sollte. Angesichts der enormen

demographischen und infrastrukturellen Unterschiede in den Regionen können absolut identische Verhältnisse jedoch nicht hergestellt werden. Dies zeigt ein Erreichbarkeitsvergleich der hausärztlichen Versorgung in der Landeshauptstadt Mainz und der verbandsfreien Gemeinde Morbach im Kreis Bernkastel-Wittlich | 5.7 und 5.8 |.

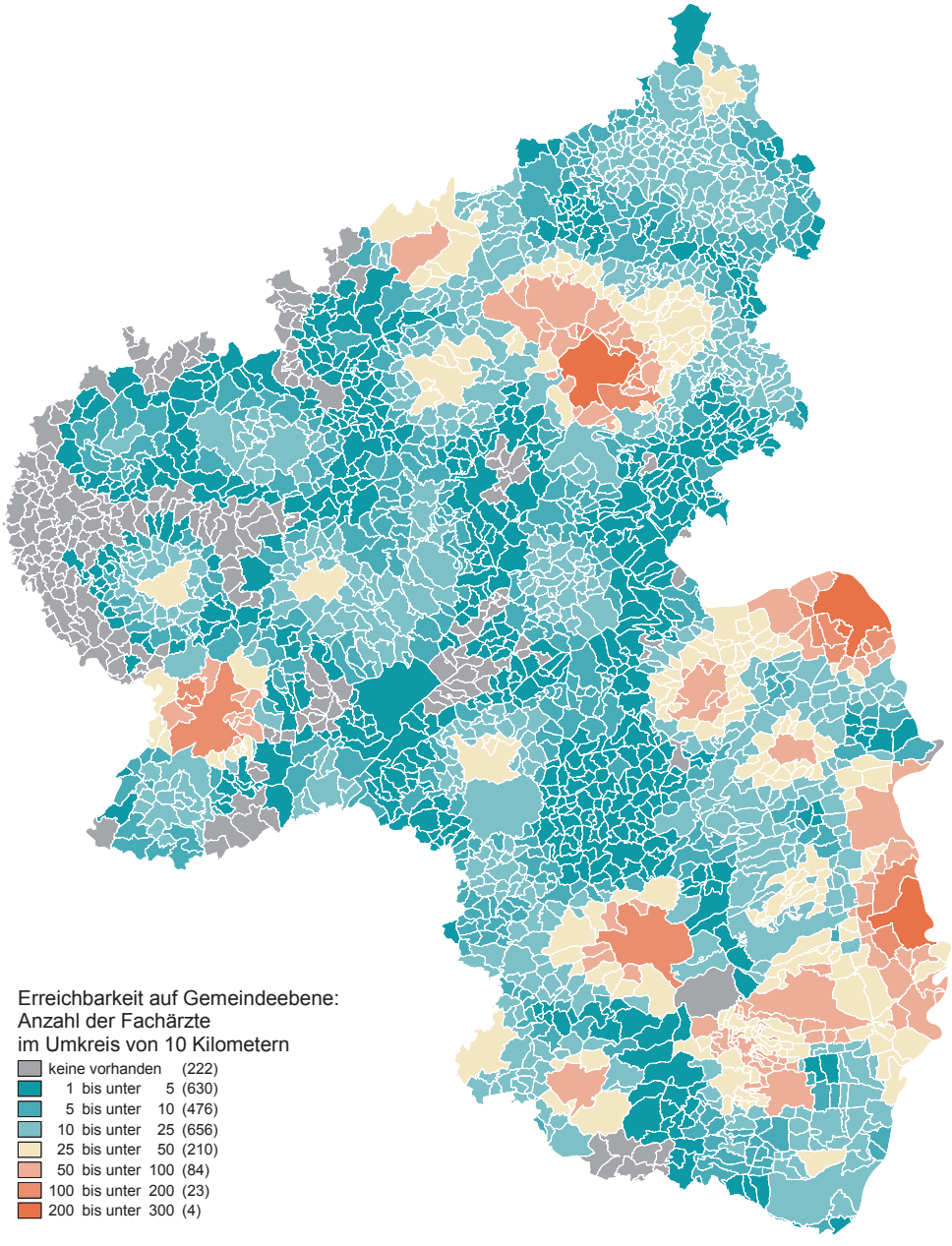
Während die Mainzer Bevölkerung theoretisch in durchschnittlich 600 Metern PKW-Fahrdistanz ihren nächstgelegenen Hausarzt erreichen kann, müssen die Einwohner der Hunsrück-Gemeinde Morbach durchschnittlich 3,4 Kilometer zurücklegen. Die hausärztliche Versorgung ist hier, zusammen mit der öffentlichen Daseinsvorsorge, im Ortsbezirk Morbach zentralisiert. 33 Prozent der Bevölkerung muss infolgedessen mehr als fünf Kilometer PKW-Fahrdistanz bis zur nächstgelegenen Hausarztpraxis zurücklegen, für 41 Prozent hingegen beträgt die Fahrdistanz weniger als 2,5 km. In Mainz dagegen kann in weniger als 2,5 Kilometern Fahrdistanz beinahe die gesamte Bevölkerung ihren nächstgelegenen Hausarzt erreichen. Nur 1.494 von 206.991 Einwohnern (0,7 Prozent) müssen in der Landeshauptstadt – in der Regel bedingt durch die Straßenführung – mehr als 2,5 Kilometer zurücklegen.

In der Realität nehmen die Hausarztpatienten allerdings zum Teil deutlich längere Distanzen in Kauf, als es die Inanspruchnahme der nächstgelegenen Praxis erforderlich machen würde. Die sogenannte Realdistanz, also der tatsächlich zurückgelegte Patientenweg, betrug im dritten Quartal 2015 bei den Mainzer Hausarztpatienten durchschnittlich 3,6 Kilometer und war somit sechs Mal höher als die theoretische Minimaldistanz. In Morbach war die Realdistanz mit sechs Kilometern „nur“ um 76 Prozent höher als die Minimaldistanz. Gründe für die in Kauf genommene Zusatzdistanz können persönliche Präferenzen sowie Arbeits- und Pendlerwege sein. Eine entscheidende Rolle spielt natürlich auch das Versorgungsangebot. Patienten in ländlichen Gebieten wie Morbach tendieren zum nächstgelegenen Versorger, in Großstädten wie Mainz nutzen sie die Auswahlmöglichkeiten des umfangreichen Versorgungsangebotes.

5.4: ANZAHL DER ZU ERREICHENDEN HAUSÄRZTE IM UMKREIS VON 10 KILOMETERN AUF GEMEINDEEBENE

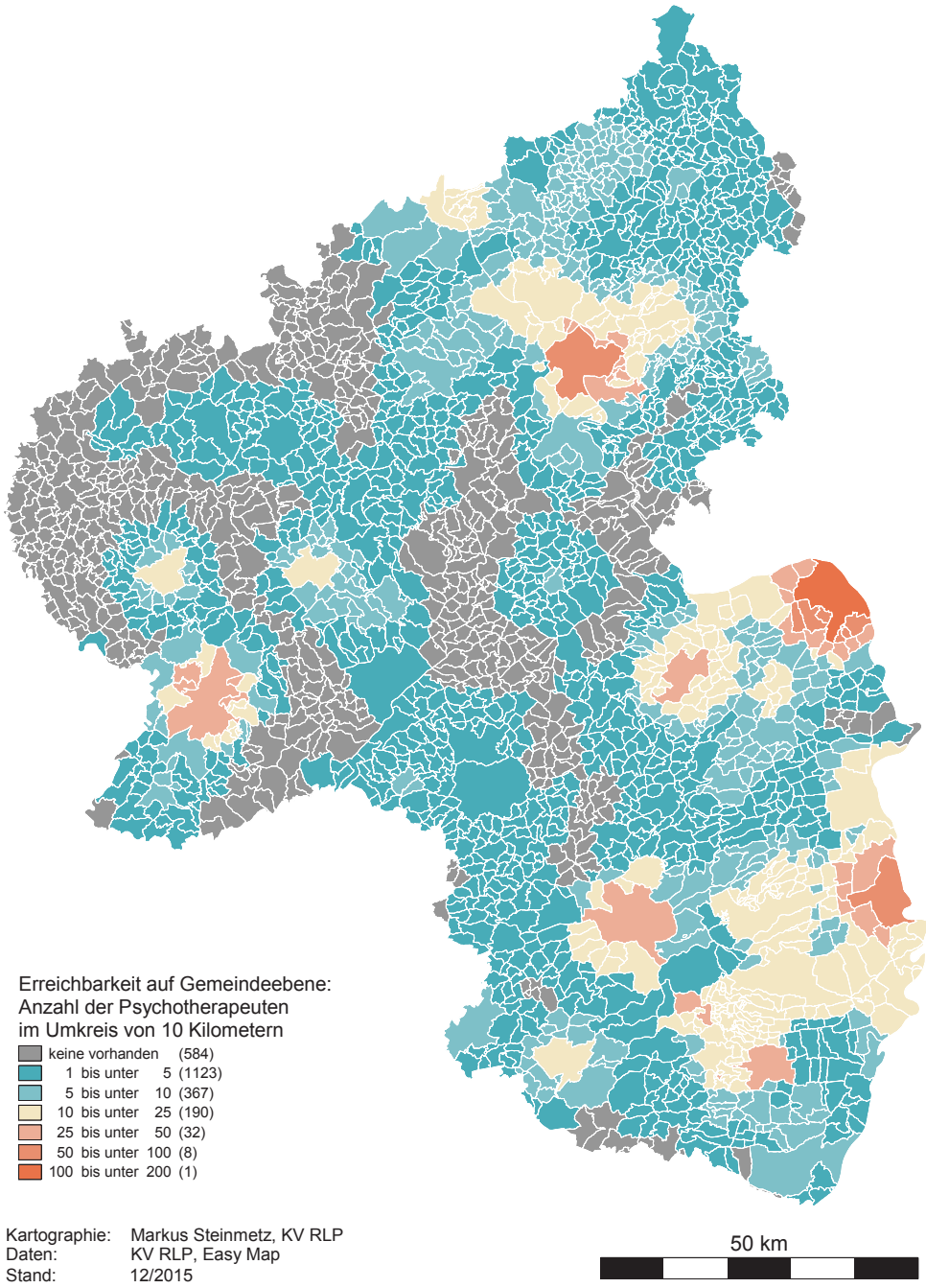


5.5: ANZAHL DER ZU ERREICHENDEN FACHÄRZTE IM UMKREIS VON 10 KILOMETERN AUF GEMEINDEEBENE

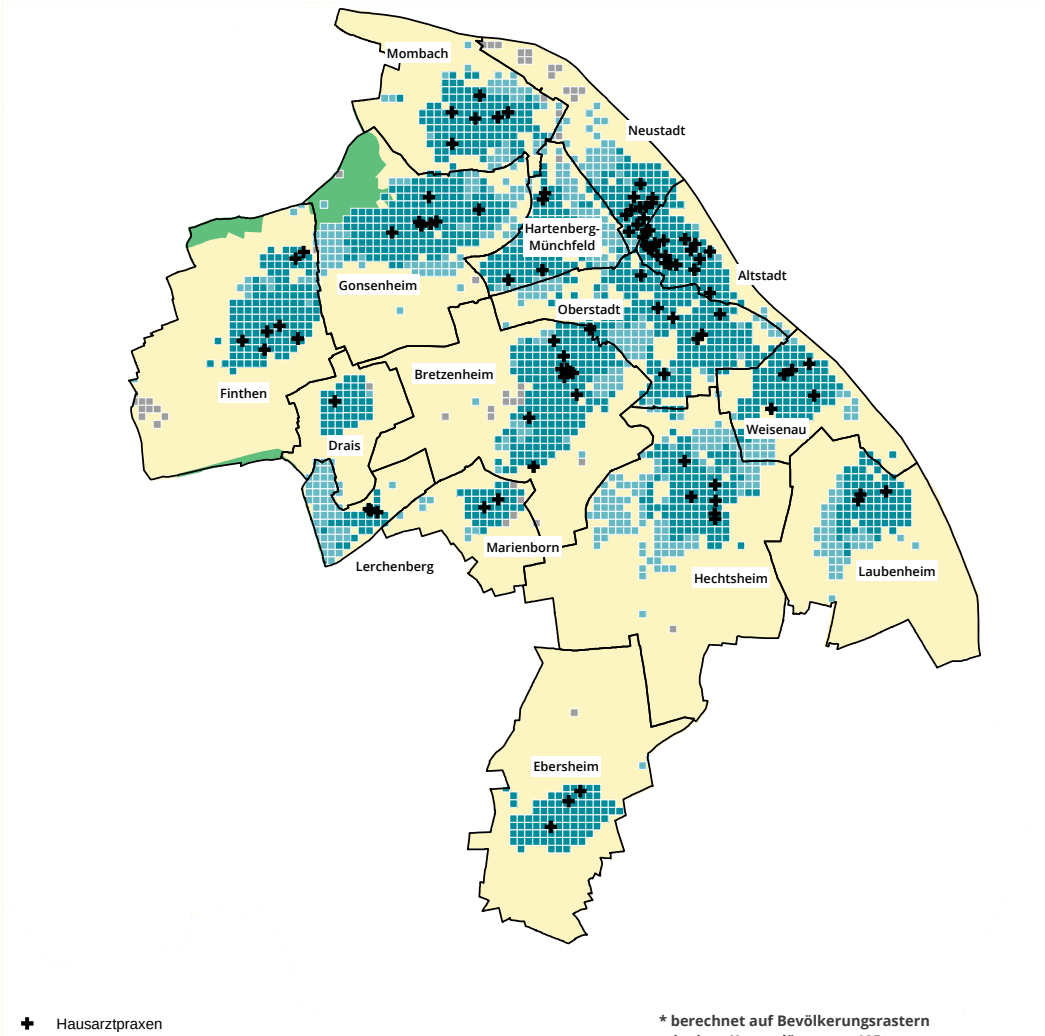


Kartographie: Markus Steinmetz, KV RLP
Daten: KV RLP, Easy Map
Stand: 12/2015

5.6: ANZAHL DER ZU ERREICHENDEN PSYCHOTHERAPEUTEN IM UMKREIS VON 10 KILOMETERN AUF GEMEINDEEBENE



5.7: ERREICHBARKEIT DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN MAINZ



✚ Hausarztpraxen

PKW-Fahrdistanz zur nächstgelegenen Hausarztpraxis

In Kilometern (Bevölkerungsanteil in %)*

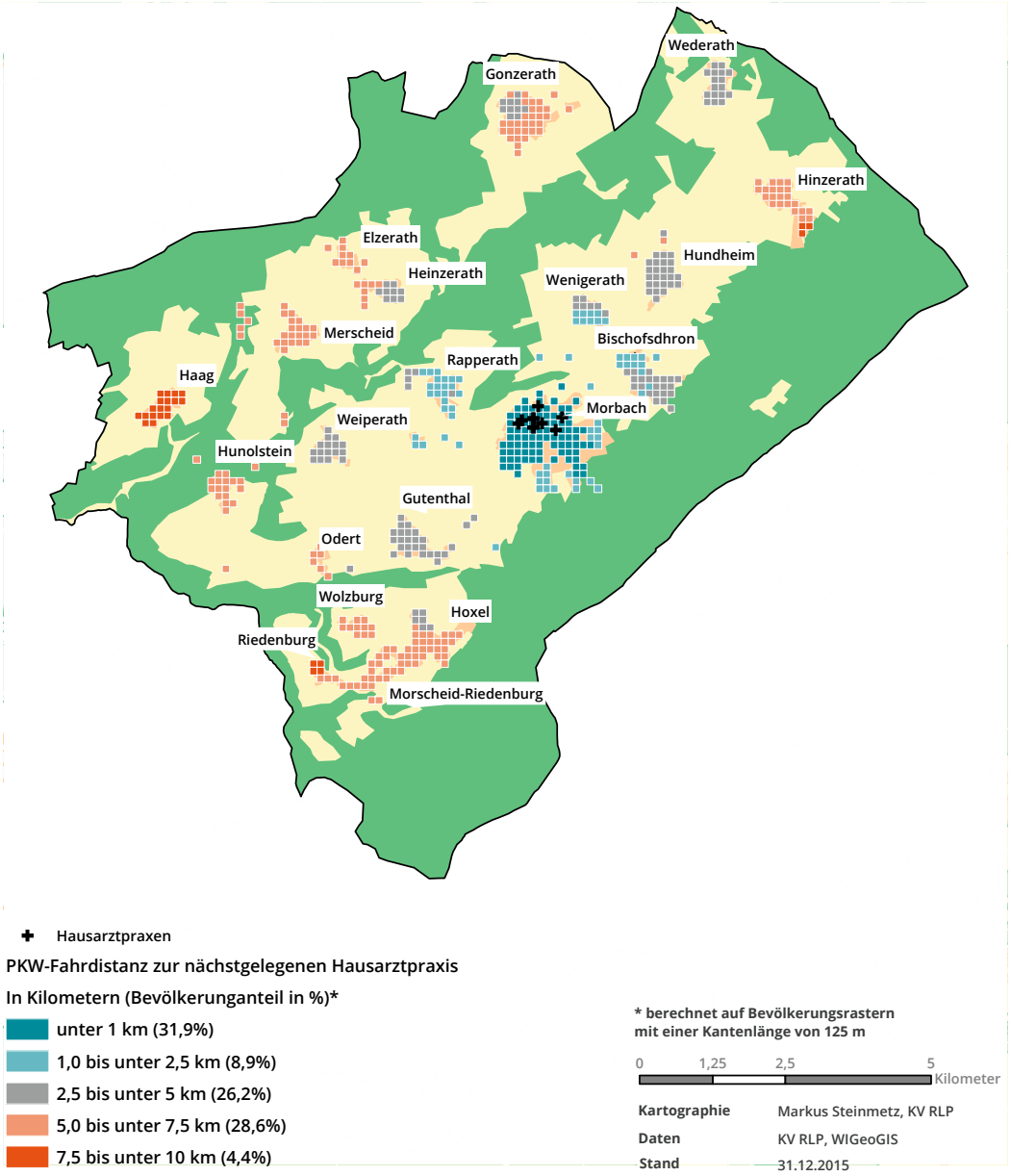
- unter 1 km (82,7%)
- 1,0 bis unter 2,5 km (16,6%)
- 2,5 bis unter 5,0 km (0,7%)

*** berechnet auf Bevölkerungsrastern mit einer Kantenlänge von 125 m**

0 1,25 2,5 5 Kilometer

Kartographie	Markus Steinmetz, KV RLP
Daten	KV RLP, WIGeoGIS
Stand	31.12.2015

5.8: ERREICHBARKEIT DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN DER GEMEINDE MORBACH



5.2 REGIONALE INANSPRUCHNAHME DER AMBULANTEN VERSORGUNG: EINE FRAGE DES ANGEBOTS?

Seit einigen Jahren sucht die Versorgungsforschung der KV RLP nach Erklärungen, warum die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung zum Teil große regionale Disparitäten aufweist. In den seltensten Fällen ergibt sich ein monokausaler Zusammenhang zwischen dem medizinischen Versorgungsangebot und dessen Inanspruchnahme. Die Gründe für eine regional unterschiedliche Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung sind vielfältig.

In den Kostendämpfungsdiskussionen der vergangenen Jahrzehnte wurde die unterschiedliche Nachfrage in aller Regel durch das Angebot erklärt. Die steigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen liege in dem ständig steigenden Angebot desselben begründet. Das Angebot würde sich die Nachfrage selber schaffen, die sogenannte angebotsinduzierte Nachfrage. Die Theorie des nachfrageorientierten Angebots geht dagegen davon aus, dass ein Angebot aufgrund einer bestimmen Nachfrage entsteht. Regionale Disparitäten in der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungen werden in der Regel sowohl durch Angebotsparameter, zum Beispiel Angebotsdichte, Erreichbarkeit, als auch durch Nachfrageparameter, zum Beispiel Bevölkerungs-, Morbiditäts- und Sozialstrukturen, verursacht.

Welche Parameter im Endeffekt für die regionalen Disparitäten in der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen oder Fachgruppen verantwortlich sind, ist schwierig zu bestimmen. Da die Auswahl der Parameter „willkürlich“ und begrenzt ist, werden eventuell wichtige Aspekte des Versorgungsgeschehens ausgeblendet. Zumeist können die regionalen Disparitäten nur beschrieben, aber nicht zufriedenstellend erklärt werden.

Die Schwierigkeiten in der Bestimmung eines Zusammenhangs zwischen dem Versorgungsangebot und Disparitäten in der regionalen Inanspruchnahme lassen sich am Beispiel der Behandlung von Kinder- und Jugendlichen in den Kreisen und kreisfreien Städten von Rheinland-Pfalz ablesen.

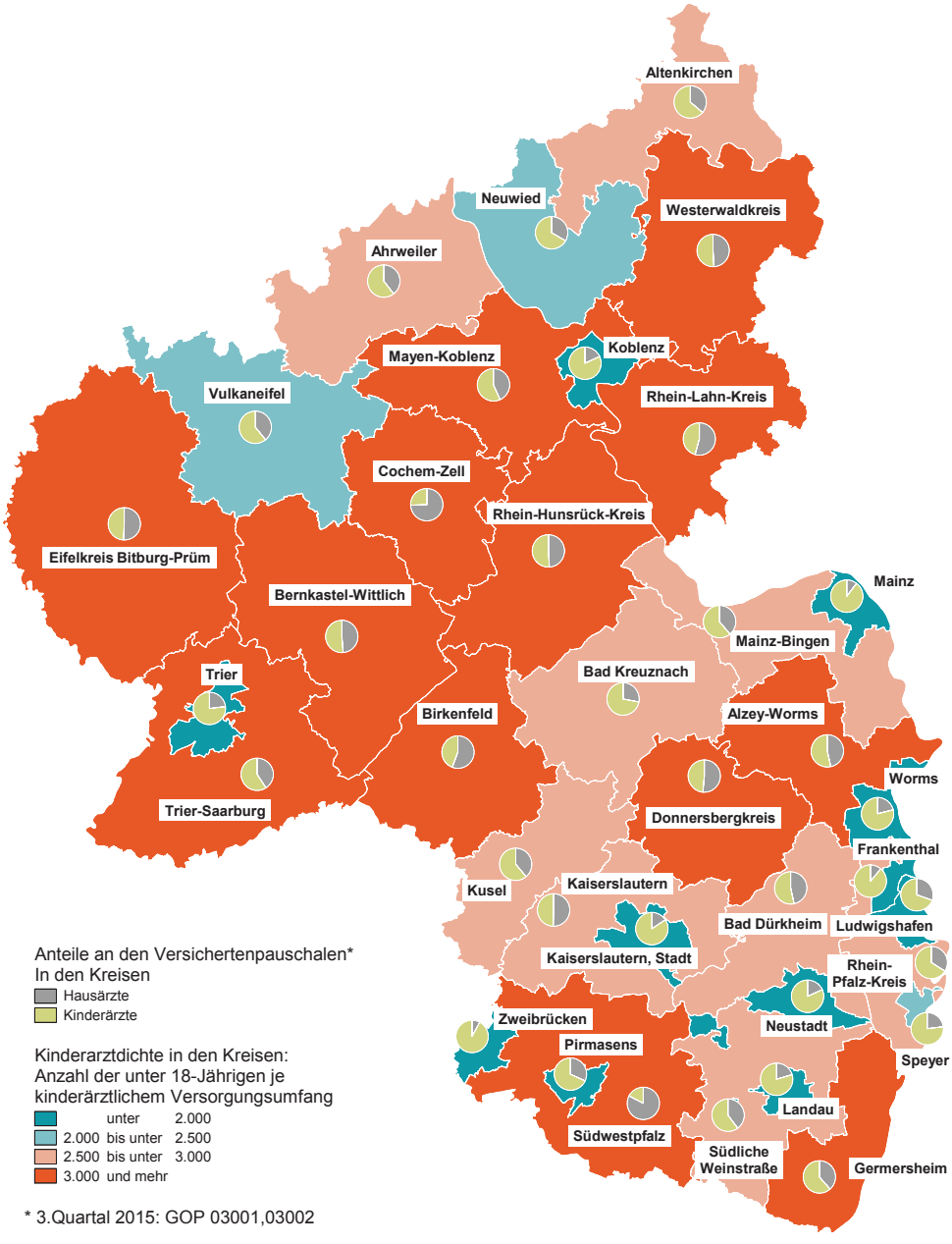
In Kreisen, in denen die Kinderarztdichte unter dem Landesdurchschnitt von 2.362 Kindern und Jugendlichen je kinderärztlichem Versorgungsumfang liegt, werden mehrheitlich Hausärzte von dieser Bevölkerungsgruppe in Anspruch genommen |◂ 5.9|. In Mainz steht statistisch ein kinderärztlicher Versorgungsumfang je 1.154 Kindern und Jugendlichen zur Verfügung, im Kreis Cochem-Zell sind 4.861 zu versorgen. Dies ist einerseits auf die Planungsgrundlagen zurückzuführen, die dem Oberzentrum Mainz eine Mitversorgungsfunktion für das Umland zusprechen und so eine höhere Arztdichte vorsehen. Andererseits sind auch die Versorgungsgrade in diesen beiden Regionen sehr unterschiedlich. Demzufolge wurden in der Landeshauptstadt Mainz 90 Prozent der Versichertenpauschalen der unter 18-Jährigen von Kinderärzten abgerechnet, im Landkreis Cochem-Zell war dies nur zu 26 Prozent der Fall. Im Landesdurchschnitt wurden im dritten Quartal 2015 insgesamt 36 Prozent der Versichertenpauschalen für Patienten im Kindes- und Jugendalter von Hausärzten, die restlichen 64 Prozent von Kinderärzten abgerechnet.

Diese Zahlen geben allerdings nur die regionalen Disparitäten in der Verteilung des Behandlungsvolumens der unter 18-Jährigen zwischen den beiden Fachgruppen an. Es stellt sich die Frage, ob es einen generellen Zusammenhang zwischen dem Versorgungsangebot und der Inanspruchnahme von Haus- und Kinderärzten durch diese Bevölkerungsgruppe gibt. Zu klären ist auch, ob Kinder und Jugendliche in Regionen mit geringerer Kinderarztdichte die vertragsärztliche Versorgung generell weniger in Anspruch nehmen.

Im dritten Quartal 2015 suchten 53,4 Prozent[10] der unter 18-jährigen gesetzlich versicherten Rheinland-Pfälzer in ihrem Bundesland einen Haus- oder Kinderarzt auf. Die Inanspruchnahmerate ist in der kreisfreien Stadt Pirmasens mit 62,2 Prozent am höchsten und im Kreis Ahrweiler mit 45,6 Prozent am geringsten. Auffallend ist, dass auch in kreisfreien Städten mit überdurchschnittlicher Kinderarztdichte wie

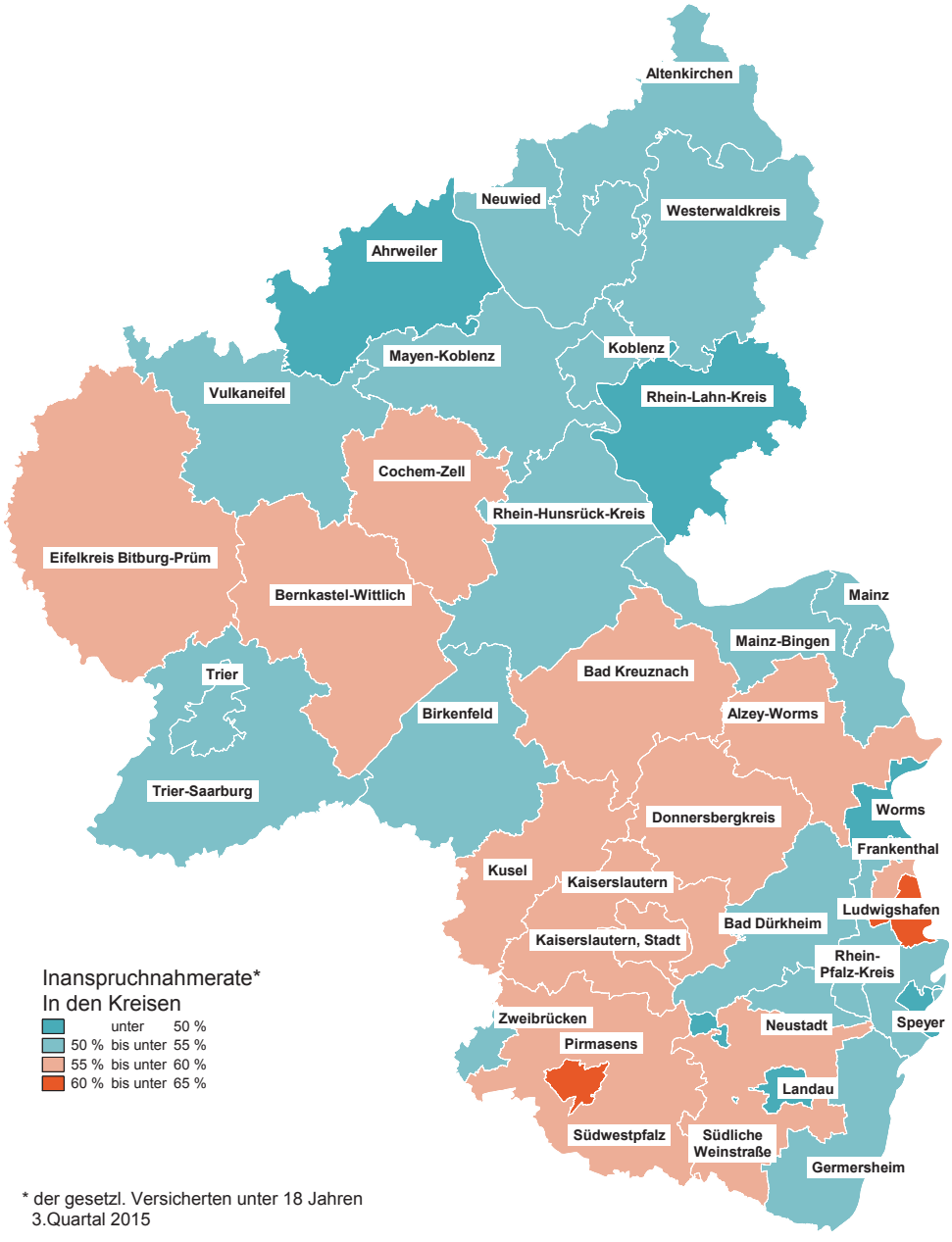
[10] Ohne Fälle außerhalb von Rheinland-Pfalz. Doppelzählungen möglich.

5.9: BEHANDLUNGSANTEILE DER HAUS- UND KINDERÄRZTE AN DEN UNTER 18-JÄHRIGEN 2015



Kartographie: Markus Steinmetz, KV RLP
Daten: KV RLP, Easy Map

5.10: INANSPRUCHNAHME DER HAUS- UND KINDERÄRZTLICHEN VERSORGUNG 2015



* der gesetzl. Versicherten unter 18 Jahren
3.Quartal 2015

Kartographie: Markus Steinmetz, KV RLP
Daten: KV RLP, Easy Map

Worms und Speyer deutlich unterdurchschnittliche Inanspruchnahmeraten messbar sind. Auf der anderen Seite weisen ländliche Kreise mit den niedrigsten Kinderarztdichten in Rheinland-Pfalz, wie etwa der Eifelkreis Bitburg-Prüm und der Kreis Südwestpfalz, mit die höchsten Inanspruchnahmeraten auf | 5.10 |.

Die regionalen Disparitäten in der Inanspruchnahme lassen sich also nicht (alleine) durch das Versorgungsangebot erklären. Nachfrageparameter wie Sozial- und Morbiditätsstrukturen scheinen hierauf auch einen nicht unerheblichen Einfluss zu haben. Die Operationalisierung dieser Zusammenhänge erfordern zum Teil komplexe theoretische Konstrukte, die aufgrund einer limitierten Datenlage im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen häufig nicht zu realisieren sind.

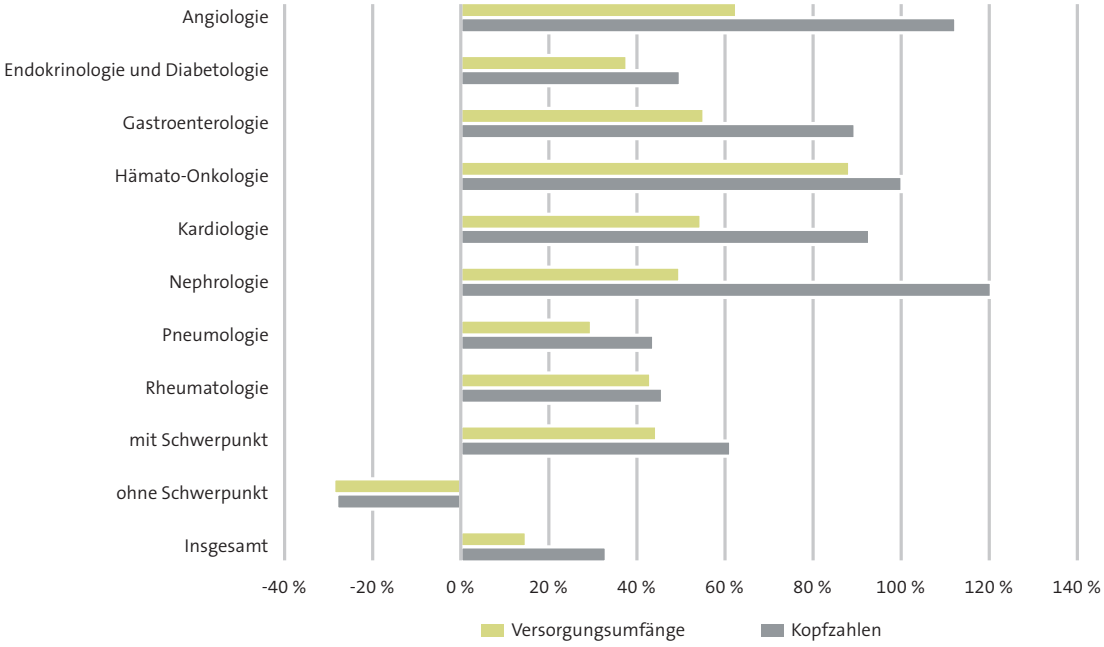
Im konkreten Untersuchungsgegenstand ist ferner zu berücksichtigen, dass die Kinderärzte in den kreisfreien Städten auch die Bevölkerung in den Umlandkreisen mitversorgen. Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen macht verständlicherweise nicht an Kreisgrenzen halt, sondern die Versorgungsbeziehungen sind deutlich komplexer. Auch über Bundesländergrenzen hinweg bestehen ausgeprägte Versorgungsbeziehungen, die manche regionale Disparitäten in der Inanspruchnahme des ambulanten Versorgungsangebotes erklären könnten. Da Rheinland-Pfalz in einigen Regionen an Ballungsräume benachbarter Bundesländer grenzt, ist davon auszugehen, dass die rheinland-pfälzische Bevölkerung die dort vorhandenen umfangreichen Versorgungsangebote ebenfalls in Anspruch nimmt.

RÄUMLICHE ASPEKTE DES VERSORGUNGSGESCHEHENS: DIE FACHINTERNISTISCHE VERSORGUNG IN RHEINLAND-PFALZ

6.1 STRUKTURWANDEL IN DER FACHGRUPPE

Die Spezialisierung der ambulanten Versorgung hat, wie in Kapitel 1.1 beschrieben, in den vergangenen zehn Jahren deutlich zugenommen. Besonders anschaulich kann dies anhand der Arztgruppe der Fachinternisten aufgezeigt werden. Die Spezialisierung der fachinternistischen Versorgung von 2005 bis 2015 lässt sich deutlich an der Entwicklung der Schwerpunkte ablesen |6.1|. Insgesamt ist die Anzahl der fachinternistischen Versorgungsumfänge um 52,5 Vollzeitäquivalente angestiegen, das

6.1: ENTWICKLUNG DER FACHINTERNISTEN-SCHWERPUNKTE VON 2005 BIS 2015



6.1: ENTWICKLUNG DER FACHINTERNISTEN-SCHWERPUNKTE VON 2005 BIS 2015

	Kopfzahlen		Versorgungsumfänge		Entwicklung	
	2005	2015	2005	2015	Kopfzahlen	Versorgungs-umfänge
Angiologie	8	17	8	13	+ 9	+ 5
Endokrinologie	4	6	4	5,5	+ 2	+ 1,5
Gastroenterologie	29	55	25	38,75	+ 26	+ 13,75
Hämato-Onkologie	23	46	19	35,75	+ 23	+ 16,75
Kardiologie	57	110	55	85	+ 53	+ 30
Nephrologie	40	88	39	58,25	+ 48	+ 19,25
Pneumologie	30	43	28,5	37	+ 13	+ 8,5
Rheumatologie	11	16	11	15,75	+ 5	+ 4,75
mit Schwerpunkt	**202**	**381**	**189,5**	**289**	**+ 179**	**+ 99,5**
ohne Schwerpunkt	**183**	**131**	**161**	**114**	**- 52**	**- 47**
Insgesamt	**385**	**512**	**350,5**	**403**	**+ 127**	**+ 52,5**

entspricht einem Plus von 15 Prozent. Diese Zunahme ist auf das Wachstum innerhalb der acht Schwerpunkte zurückzuführen. Während zwischen 2005 und 2015 die Anzahl der fachinternistischen Versorgungsumfänge mit Schwerpunkt um 99,5 angestiegen ist (+44 Prozent), hatten die ambulant praktizierenden Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung einen deutlichen Rückgang zu verzeichnen. Deren Zahl der Versorgungsumfänge ist um 47 gesunken, das entspricht einem Minus von 29 Prozent. Als Folge dieser Entwicklung ist der Anteil der Fachinternisten ohne Schwerpunktbezeichnung an der rheinland-pfälzischen Fachinternistenschaft von 48 auf 26 Prozent gesunken. Die höchsten Anteilszuwächse mit rund sieben Prozentpunkten sind bei der Kardiologie und Nephrologie zu verzeichnen.

Auch in den Altersstrukturen lässt sich diese Entwicklung deutlich ablesen |6.2|. Unter den Fachinternisten ohne Schwerpunkt sind die Anteile der älteren Altersgruppen deutlich höher als in der Gruppe der Schwerpunktinternisten. Aktuell sind bereits 41 Prozent der Internisten ohne Schwerpunkt 60 Jahre und älter und das Medianalter stieg zwischen 2005 und 2015 von 51 auf 57 Jahre. Bei ihren Kollegen mit Schwerpunkt liegt der Anteil der über 59-Jährigen derzeit bei nur 19 Prozent, das Medianalter stieg von 49 auf 52 Jahre. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Fachinternisten ohne Schwerpunktbezeichnung in den nächsten Jahren weiter deutlich sinken wird, da die Ärzte der nachrückenden Generation mehrheitlich einen Schwerpunkt wählen.

6.2 PATIENTENSTRÖME UND PRAXENEINZUGSBEREICHE

Die beschriebenen fachgebietsspezifischen Entwicklungen drücken sich auch im räumlichen Versorgungsgeschehen aus. Am 31. Dezember 2015 existierten in 88 rheinland-pfälzischen Gemeinden 437 fachinternistische Praxen. Die größte Anzahl stellen mit 91 beziehungsweise 59 Praxisstandorten die Kardiologie und Nephrologie, die geringste Anzahl weisen die Angiologie und Endokrinologie

6.2: ALTERSSTRUKTUREN BEI DEN FACHINTERNISTEN 2005 UND 2015

mit jeweils zehn auf. Aufgrund der unterschiedlichen Praxisanzahlen, des jeweiligen Spezialisierungsgrades und der Größe der jeweiligen Praxen sowie der siedlungs- und infrastrukturellen Gegebenheiten im Land sind die Praxen je nach Schwerpunkt regional sehr unterschiedlich über das Land verteilt | 6.3 |. Während sich die 91 Kardiologie-Praxen auf 50 unterschiedliche Gemeinden verteilen, sind Endokrinologie- und Angiologie-Praxen nur in fünf beziehungsweise acht Gemeinden vorhanden. Im Gegensatz zu den Schwerpunktpraxen, die fast ausschließlich in den Ober- und Mittelzentren ansässig sind, gibt es Praxen von Fachinternisten ohne Schwerpunkt häufiger auch in ländlichen und peripheren Regionen.

Diese unterschiedliche räumliche Verteilung der fachinternistischen Praxen hat spezifische Patientenströme und Praxeneinzugsbereiche zur Folge, die das fachinternistische Versorgungsgeschehen im Land abbilden. Während der durchschnittliche Einzugsbereich von Gastroenterologen und Internisten ohne Schwerpunkt im zweiten Quartal 2015 unter zehn Kilometern betragen hat, wendeten die 13.292 Patienten von Rheumatologen im Durchschnitt 24,8 Kilometer auf, um die von ihnen aufgesuchte Fachpraxis zu erreichen | 6.2 |. 74,2 Prozent der Patienten, die in einer Rheumatologie-Praxis behandelt wurden, haben mehr als zehn Kilometer zurückgelegt. Bei den Kardiologen dagegen waren es nur 38,7 Prozent der insgesamt 88.809 Patienten.

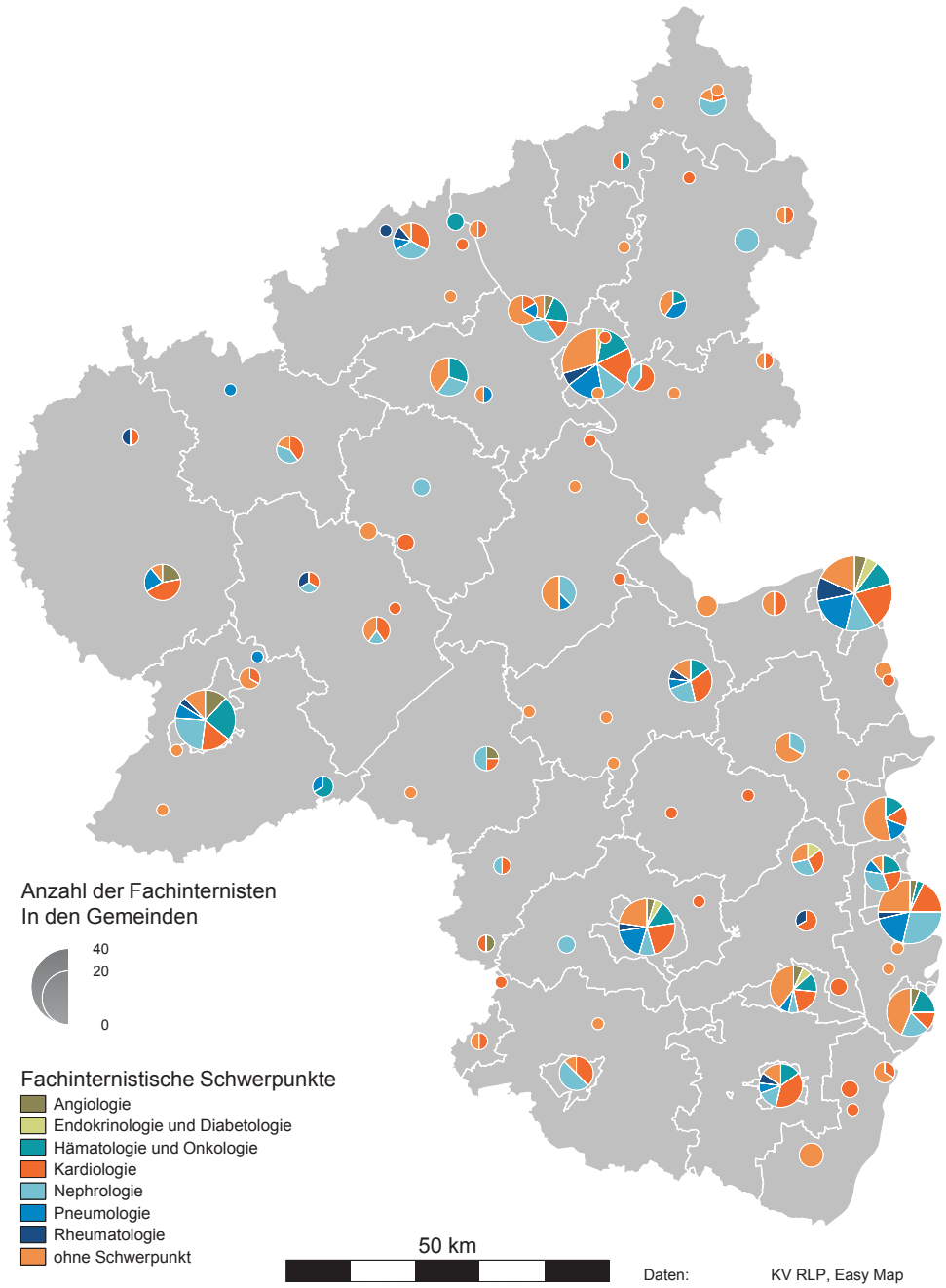
Die Abbildungen | 6.4 bis 6.11 | zeigen exemplarisch für die Schwerpunkte Angiologie, Endokrinologie, Kardiologie und Rheumatologie die Patientenströme zwischen Praxissitz und Patientenwohnort sowie die sich daraus ergebenden Praxeneinzugsgebiete. Diese Einzugsbereiche werden für die dargestellte Auswertung gebildet, indem die Gemeinden demjenigen Praxissitz zugeordnet werden, an dem am meisten Patienten aus dieser Gemeinde behandelt werden.

Die dargestellten Patientenströme und Praxeneinzugsbereiche bilden nur das Versorgungsgeschehen innerhalb von Rheinland-Pfalz ab. Die ambulante Versorgung endet allerdings in der Regel nicht an der Bundesland- beziehungsweise KV-Grenze, sondern es existieren zum Teil ausgeprägte Versorgungsbeziehungen über Bundesländergrenzen hinweg.

6.2: PRAXISEINZUGSBEREICHE DER FACHINTERNISTEN-SCHWERPUNKTE

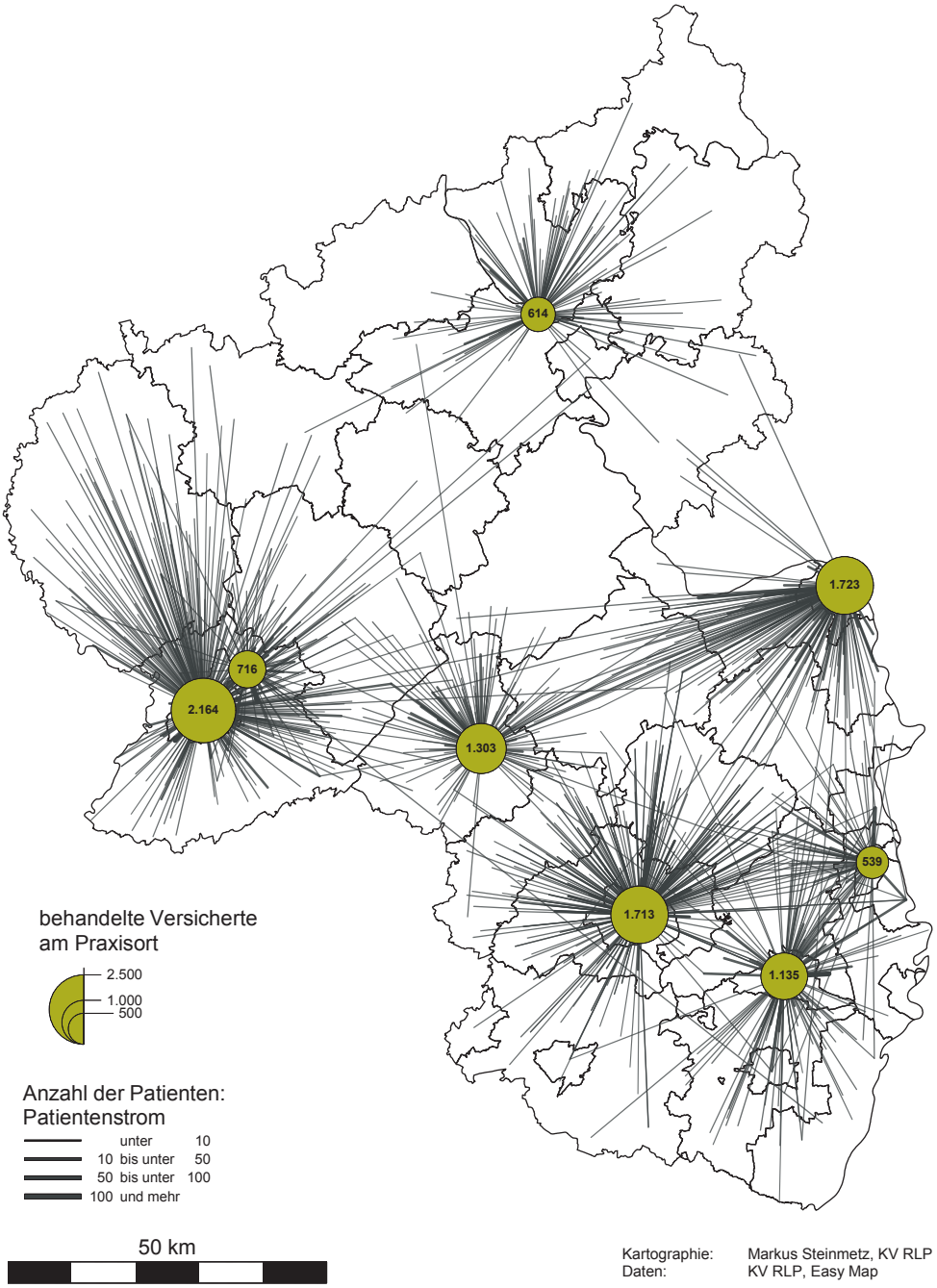
Schwerpunkt	Anzahl Patienten	Anzahl Praxen	durchschn. Realdistanz (km)	Anteil Patienten nach Entfernung						
				unter 1 km	1 bis unter 2,5	2,5 bis unter 5	5 bis unter 10	10 bis unter 20	20 bis unter 50	50 und mehr
Kardiologie	88.809	91	10,2	7,8	14,5	16,3	23,7	25,5	12,5	0,7
Gastroenterologie	43.715	51	9,9	7,4	15,5	17,0	23,7	24,7	11,5	0,8
Pneumologie	40.879	35	13,3	5,1	12,5	13,9	18,8	25,9	22,8	1,3
Nephrologie	25.203	59	10,7	6,1	13,1	16,1	25,7	28,0	12,0	1,2
Hämato-Onkologie	19.990	29	12,6	5,0	12,9	15,1	21,9	27,5	18,8	1,7
Rheumatologie	13.292	13	24,8	4,0	10,0	10,3	14,6	23,1	37,1	13,9
Angiologie	9.756	10	11,5	4,0	13,7	16,7	24,7	23,6	16,4	1,0
Endokrinologie	9.415	10	12,6	9,2	19,9	12,9	16,9	19,5	19,2	2,6
Internisten ohne Schwerpunkt	39.620	49	9,8	15,0	18,5	17,0	20,8	17,6	8,4	3,1

6.3: RÄUMLICHE VERTEILUNG DER FACHINTERNISTEN-SCHWERPUNKTE



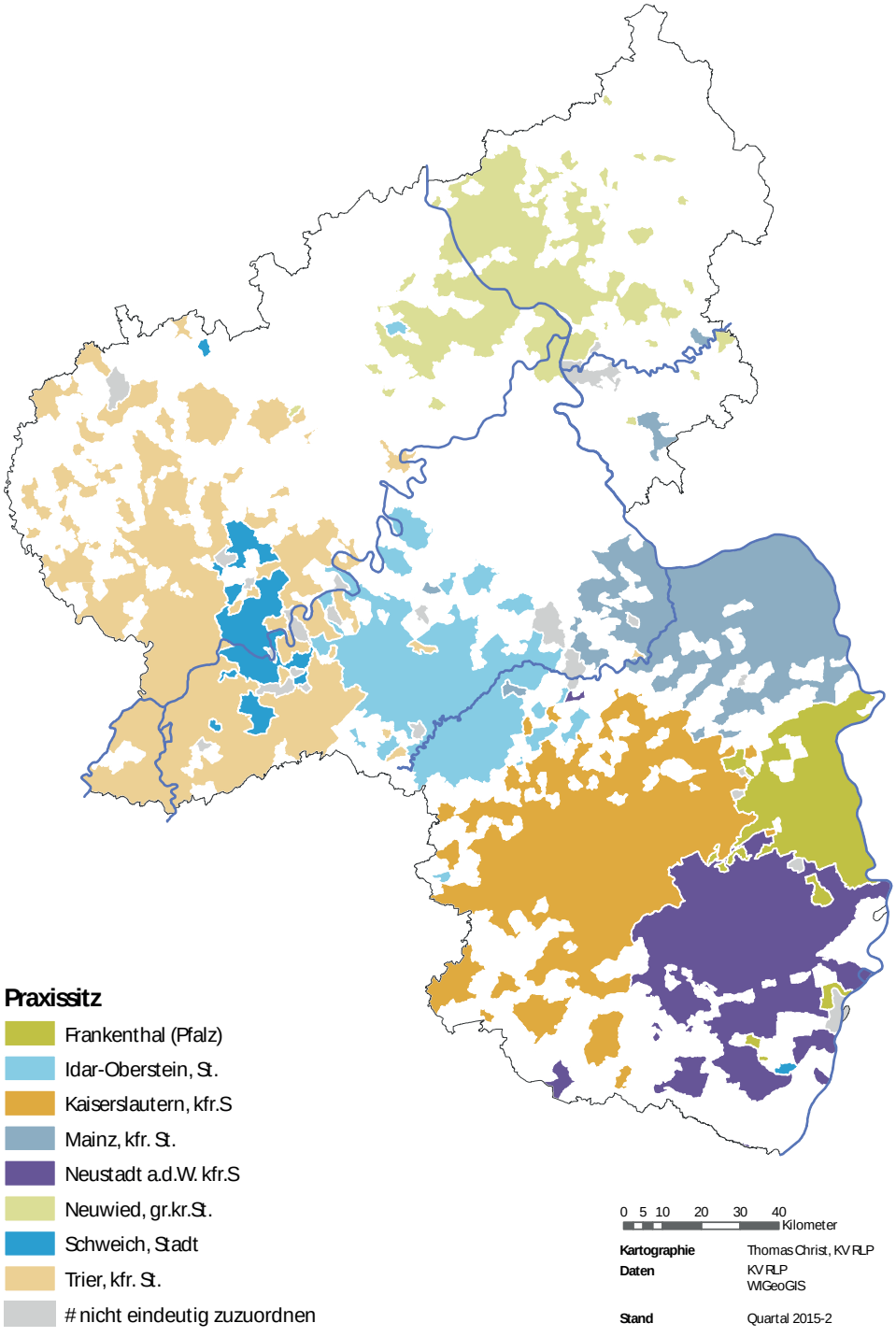
Der Schwerpunkt der Endokrinologie weist eine höhere Anzahl von Praxisstandorten als Ärzte auf. Dies kommt dadurch zustande, dass durch drei BAG und zwei Zweigpraxen insgesamt fünf potentielle Zweitstandorte existieren, an denen die sechs Ärzte tätig werden können.

6.4: PATIENTENSTRÖME ANGIOLOGIE

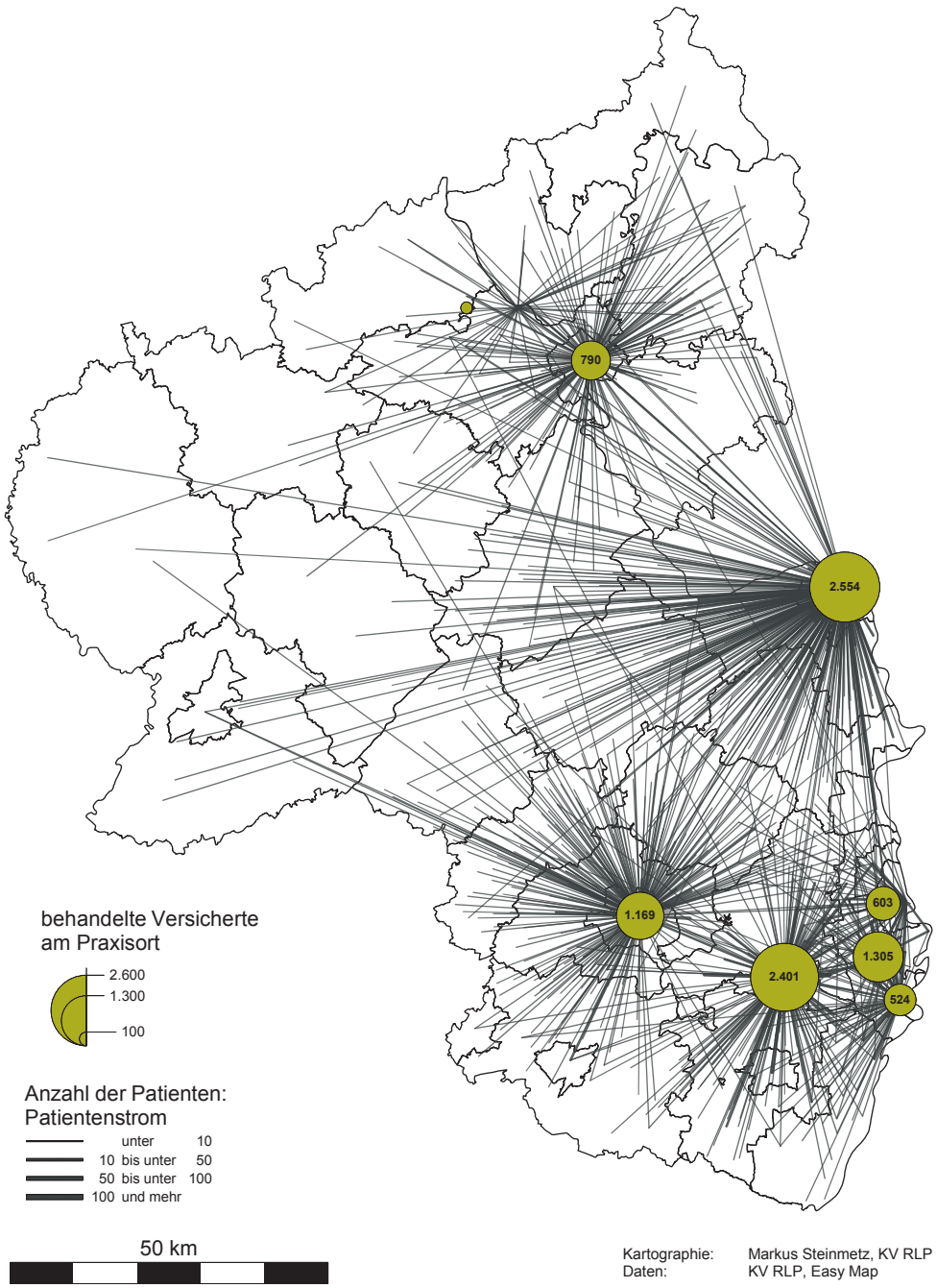


Weiße Flächen bedeuten, dass in diesem Quartal aus diesen Gemeinden keine Patienten des betreffenden Schwerpunktes in den vertragsärztlichen Versorgungen in Rheinland-Pfalz behandelt wurden. Die Streuung der Patienten pro 1.000 Einwohner ist im Land sehr stark ausgeprägt.

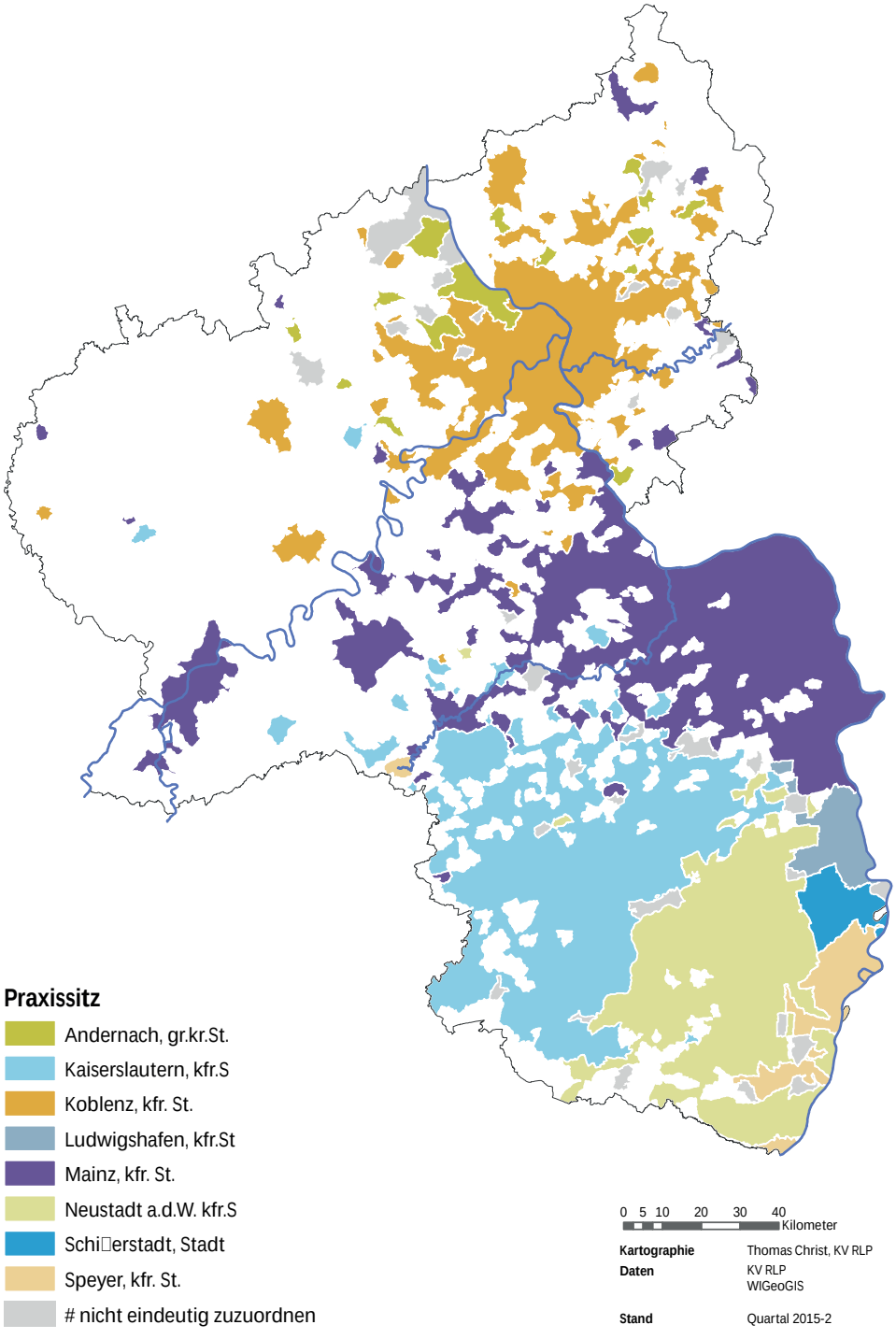
6.5: EINZUGSBEREICHE DER ANGIOLOGIE-PRAXEN



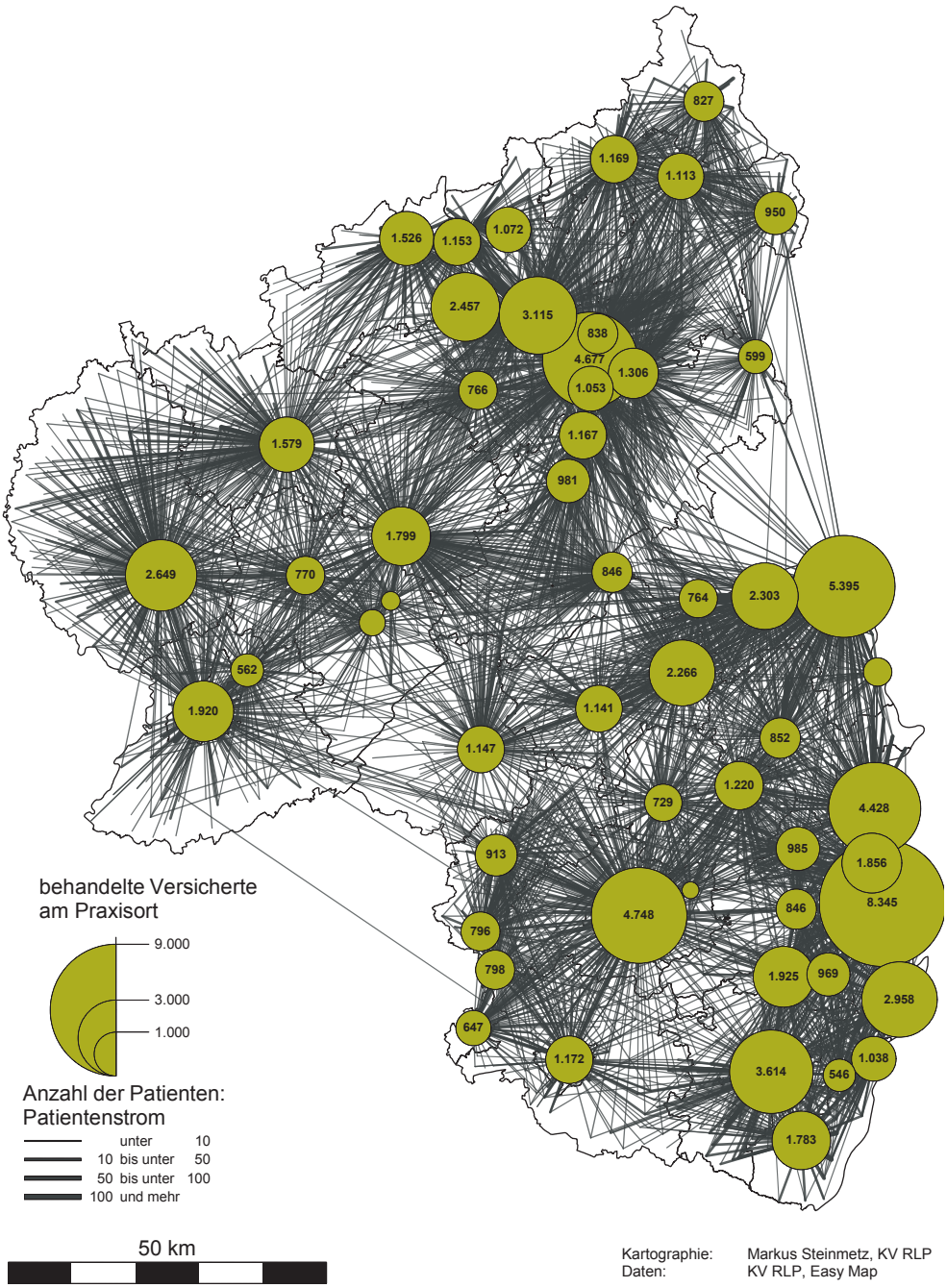
6.6: PATIENTENSTRÖME ENDOKRINOLOGIE



6.7: EINZUGSBEREICHE DER ENDOKRINOLOGIE-PRAXEN

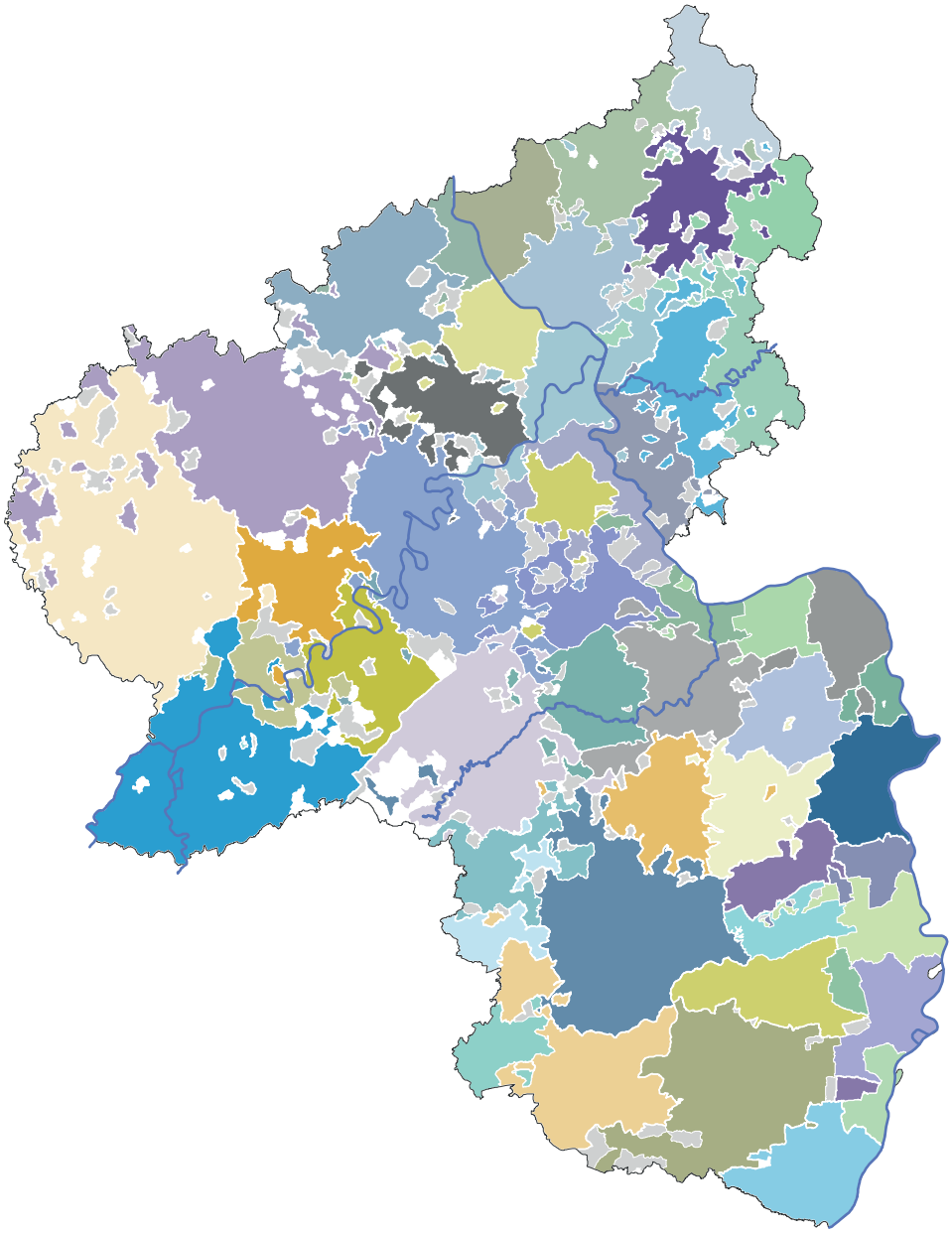


6.8: PATIENTENSTRÖME KARDIOLOGIE



Kartographie: Markus Steinmetz, KV RLP
Daten: KV RLP, Easy Map

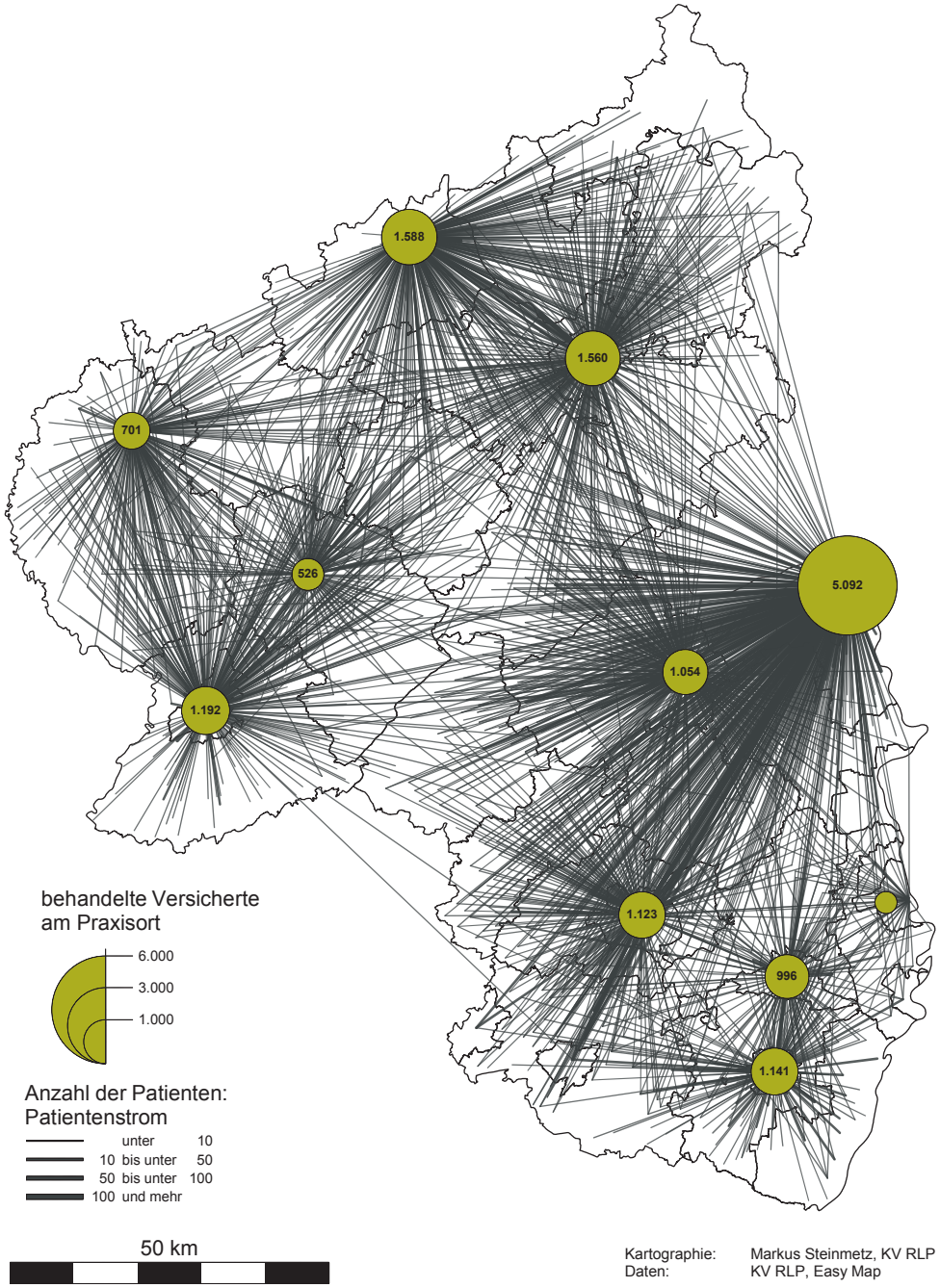
6.9: EINZUGSBEREICHE DER KARDIOLOGIE-PRAXEN



0 5 10 20 30 40 Kilometer

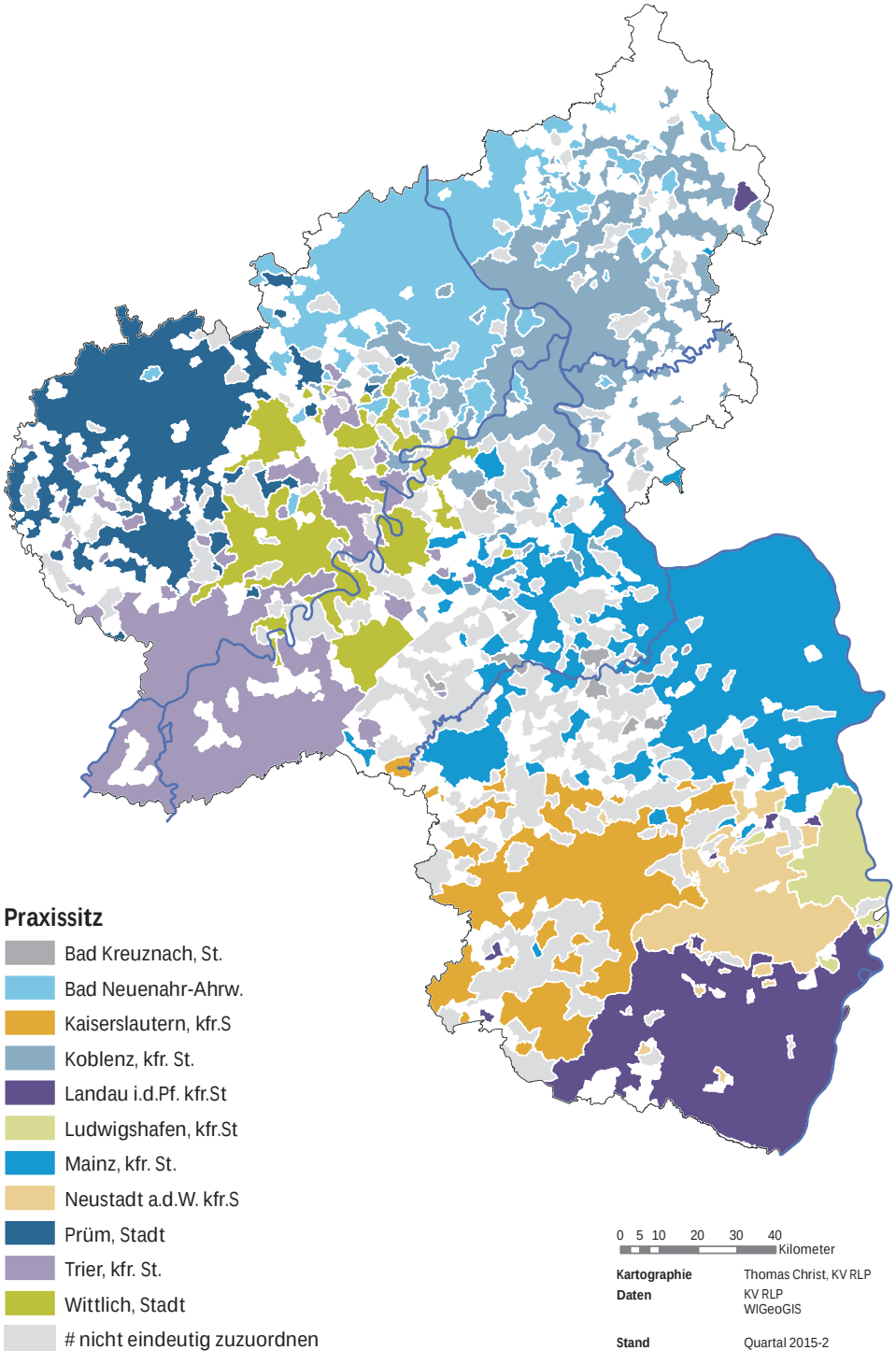
Kartographie	Thomas Christ, KV RLP
Daten	KV RLP WIGeoGIS
Stand	Quartal 2015-2

6.10: PATIENTENSTRÖME RHEUMATOLOGIE



Kartographie: Markus Steinmetz, KV RLP
Daten: KV RLP, Easy Map

6.11: EINZUGSBEREICHE DER RHEUMATOLOGIE-PRAXEN



6.3 RHEINLAND-PFALZ: FACHINTERNISTISCHES EXPORT- ODER IMPORTLAND?

Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung jedem Patienten, unabhängig von seinem Wohnort in Deutschland, im gesamten Bundesgebiet die Inanspruchnahme aller im EBM aufgenommenen Leistungen garantiert, ist es durch die Organisation der ambulanten Versorgung schwierig festzustellen, inwieweit Versorgungsbeziehungen über Bundesländergrenzen hinweg existieren. Dabei wäre es für die Beurteilung der rheinland-pfälzischen Versorgungslage hilfreich zu wissen, in welchem Umfang einerseits die gesetzlich Versicherten aus Rheinland-Pfalz ambulante Versorgungsangebote benachbarter Bundesländer in Anspruch nehmen und in welchem Umfang andererseits die ambulante Versorgung in unserem Bundesland von Patienten aus Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland in Anspruch genommen wird.

Ursächlich für diese Datenlimitation ist das Wohnortprinzip in der ambulanten Versorgung. Die Krankenkassen zahlen den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen nur für die auf ihrem Gebiet wohnhaften Versicherten die Gesamtvergütung, mit der die jeweilige KV dann ihren Ärzten und Psychotherapeuten die erbrachten Leistungen vergütet. Diese bekommen Leistungen auch dann von ihrer Heimat-KV vergütet, wenn ihre Patienten einen Wohnsitz in einem anderen Bundesland und damit auf dem Gebiet einer anderen KV haben. Da die KV, in der Leistungen für diese Patienten erbracht wurden, aber keine Gesamtvergütung für diese Versicherten erhalten hat, bekommt sie diese über den sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) von der Wohnort-KV erstattet. Im FKZ werden die gegenseitigen Forderungen aller KVen verrechnet.

Per Saldo übersteigen die Verbindlichkeiten der KV RLP regelmäßig ihre Forderungen. Das bedeutet, dass mehr Rheinland-Pfälzer von Ärzten in anderen KV-Bezirken, insbesondere in den angrenzenden Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Saarland, behandelt werden, als umgekehrt Versicherte aus anderen Bundesländern Ärzte und Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz aufsuchen. Die KV-grenzüberschreitende Behandlung ist nicht selten. So entfallen rund zehn Prozent der Leistungen an rheinland-pfälzischen Versicherten auf Ärzte, die in einem anderen KV-Bezirk tätig sind. Im Gegensatz dazu, entfielen acht Prozent der von rheinland-pfälzischen Ärzten und Psychotherapeuten erbrachten Leistungen auf Versicherte aus anderen Bundesländern. Im Jahr 2014 zahlte die KV RLP somit per Saldo rund 39 Millionen Euro[11] an andere KVen.

Rheinland-Pfalz ist also ein Exportland für ambulante Patienten. Dies ist auch in der fachinternistischen Versorgung der Fall. In allen fachinternistischen Schwerpunkten ist im zweiten Quartal 2015 insgesamt ein negativer Patientensaldo gegenüber den angrenzenden Bundesländern vorzufinden. Das heißt, es lassen sich mehr Rheinland-Pfälzer dort fachinternistisch behandeln als umgekehrt Patienten aus den umliegenden KV-Bereichen in Rheinland-Pfalz |▦ 6.3|. Nur in vier von 36 betrachteten Patientenbilanzen ist ein positiver Patientensaldo zugunsten von Rheinland-Pfalz ausweisbar. Mit 52 Prozent finden mehr als die Hälfte der bundeslandübergreifenden fachinternistischen Patientenbewegungen nach Baden-Württemberg statt. Insgesamt ist die Zahl der außerhalb des eigenen Bundeslandes behandelten Patienten bei der Pneumologie am höchsten. Die Patientenströme in die einzelnen Bundesländer sind jedoch zwischen den einzelnen Schwerpunktgebieten recht unterschiedlich. Nur im Saarland steht die Pneumologie an erster Stelle, in Hessen und Nordrhein-Westfalen ist es die Kardiologie und in Baden-Württemberg die Nephrologie.

Leider lässt die derzeitige Datenlage aufgrund des Wohnortprinzips und des FKZ nur eingeschränkt detailliertere Aussagen über die exakten Patientenströme zu. Die KV RLP kann ihren Abrechnungsdaten für alle auf ihrem Gebiet abgerechneten Leistungen neben dem Leistungsort in Rheinland-Pfalz auch den amtlichen Gemeindeschlüssel (AGS) des Wohnorts der Patienten entnehmen. Dies gilt auch für Patienten, die in anderen KV-Bezirken ansässig sind. Dadurch lassen sich Patientenströme nach

[11] Honorarbericht der KV RLP 2015: www.kv-rlp.de/41517.

6.3: PATIENTENSALDEN ZU ANGRENZENDEN BUNDESLÄNDERN

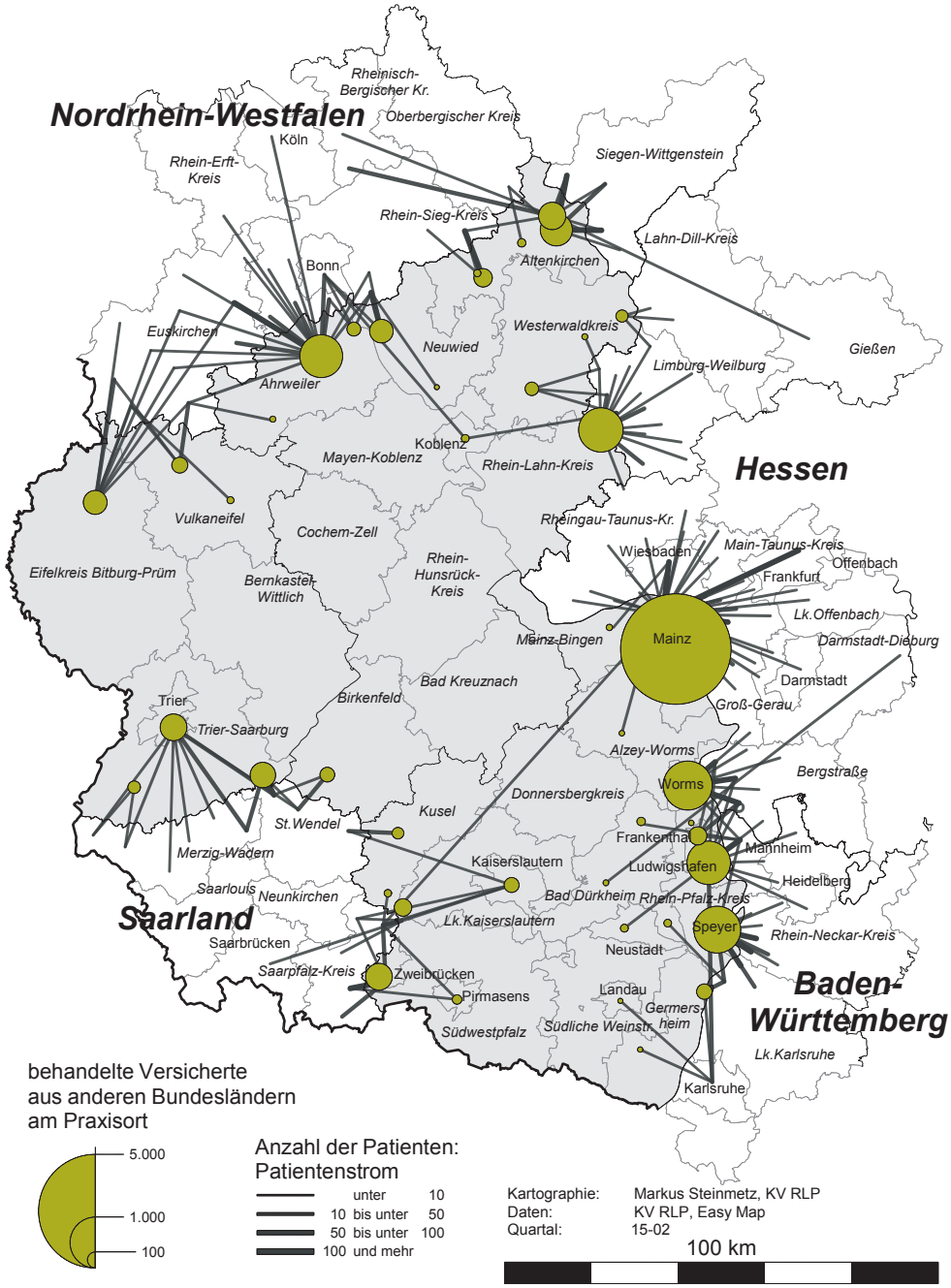
	Baden-Württemberg	Hessen	Nordrhein-Westfalen	Saarland	Gesamt
Angiologie	-86	-256	-147	-1.664	-2.153
Endokrinologie	-752	**+ 180**	-235	**+ 313**	-494
Gastroenterologie	-2.294	-507	-828	-1.039	-4.668
Hämato-Onkologie	-867	-19	-328	-293	-1.507
Kardiologie	-873	-2.355	-1.519	-1.247	-5.994
Nephrologie	-4.593	-165	**+ 295**	-217	-4.680
Pneumologie	-2.610	-1.407	-841	-1.717	-6.575
Rheumatologie	-2.188	-249	-385	-446	-3.268
ohne Schwerpunkt	-2.674	-97	**+ 33**	-349	-3.087
Insgesamt	-16.937	-4.875	-3.955	-6.659	-32.426

Rheinland-Pfalz bis auf die Gemeindeebene nachvollziehen |6.12|. Für den umgekehrten Fall, dass Patienten aus Rheinland-Pfalz in anderen KV-Bezirken behandelt werden, ist dies leider nicht möglich, da in den FKZ-Daten der Leistungsort nicht angegeben ist. Dies bedeutet, dass die exakten Zielorte der Patienten in diesen Fällen unbekannt bleiben. Damit können auch keine Aussagen darüber getroffen werden, ob und in welchem Umfang bevorzugt grenznahe Leistungsorte in Anspruch genommen werden.

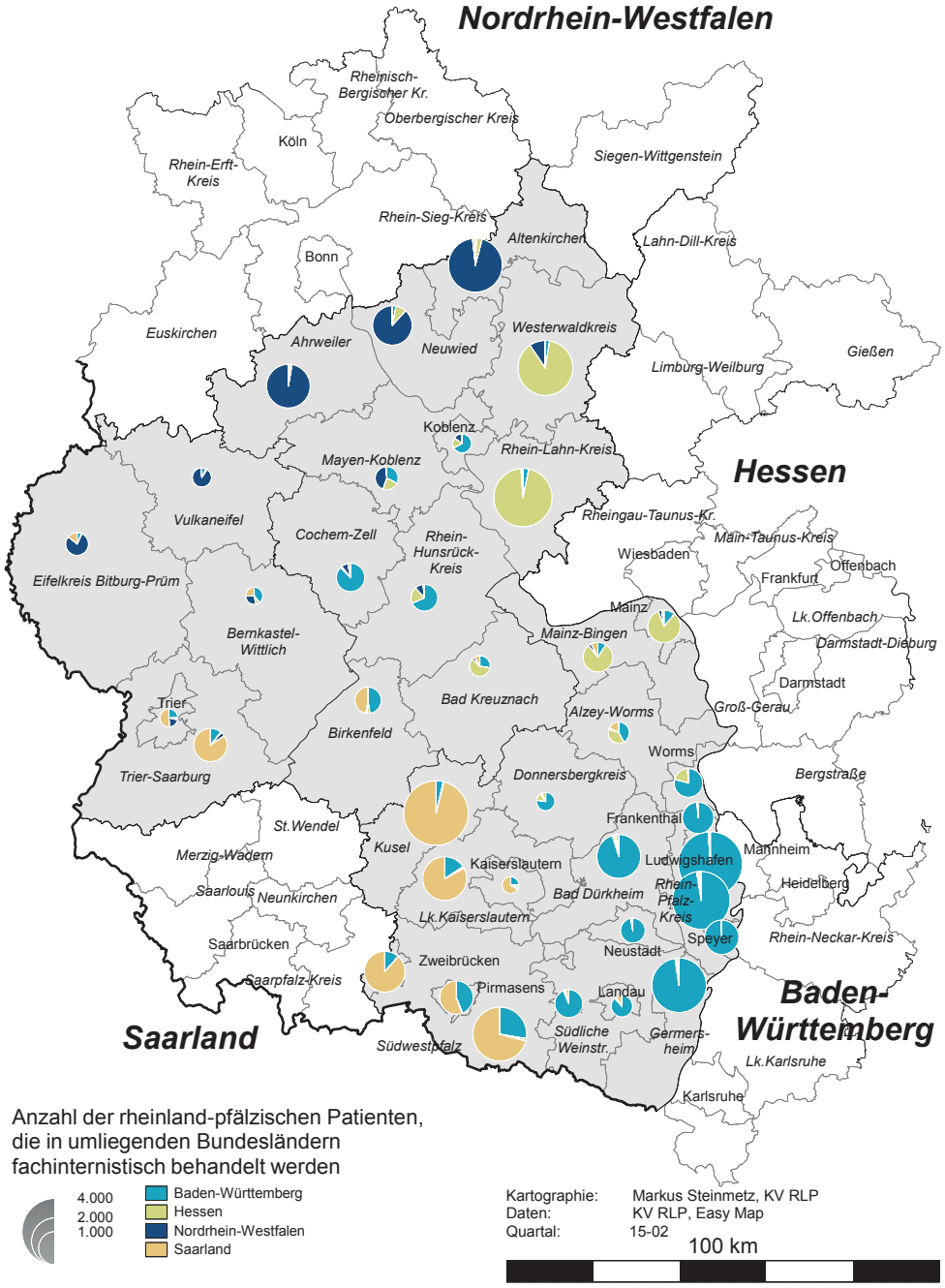
Insgesamt wurden im betrachteten Quartal 14.944 Patienten aus angrenzenden Bundesländern von Fachinternisten in Rheinland-Pfalz behandelt, umgekehrt waren es allerdings 47.370 Patienten. Baden-Württemberg mit rund 20.000 und das Saarland mit rund 11.000 Patienten waren dabei die Hauptzielländer. Die höchsten Zahlen an jenseits der Landesgrenze behandelten Personen weisen mit jeweils über 3.700 Patienten der Kreis Kusel und die Stadt Ludwigshafen |6.13| auf. Aus fast allen Grenzregionen findet eine nennenswerte Inanspruchnahme von Praxen in den benachbarten Bundesländern statt. Auffallend ist, dass diese aus der Region Rheinhessen mit der Landeshauptstadt Mainz deutlich geringer ausgeprägt ist als aus der Rheinpfalz nach Baden-Württemberg und aus der Westpfalz in das Saarland. Offensichtlich gibt es in Baden-Württemberg und im Saarland für die Patienten aus den rheinland-pfälzischen Grenzkreisen und -städten dort umfangreiche fachinternistische Versorgungsangebote.

Die Landeshauptstadt ist dagegen mit Abstand der bedeutendste rheinland-pfälzische Praxisstandort für fachinternistische Patienten aus anderen Bundesländern |6.12|. In Mainz werden alleine über 5.000 der insgesamt etwa 15.000 fachinternistischen Patienten aus den benachbarten Bundesländern behandelt. Diese stammen mehrheitlich aus Hessen. Umgekehrt nehmen vor allem Patienten aus dem Rhein-Lahn-Kreis und dem Westerwaldkreis das hessische Versorgungsangebot umfangreich in Anspruch. Auch aus den Landkreisen Ahrweiler, Altenkirchen und Neuwied finden ausgeprägte Patientenbewegungen nach Nordrhein-Westfalen statt.

6.12: BUNDESLANDÜBERGREIFENDE PATIENTENSTRÖME ZU FACHINTERNISTEN IN RHEINLAND-PFALZ



6.13: BUNDESLANDÜBERGREIFENDE PATIENTENSTRÖME AUS RHEINLAND-PFALZ ZU FACHINTERNISTISCHEN PRAXEN IN ANDEREN BUNDESLÄNDERN



BEURTEILUNG DER VERSORGUNGSSITUATION DURCH BERÜCKSICHTIGUNG UNTERSCHIEDLICHER PARAMETER: DER VERSORGUNGSINDEX

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung ist ein zentraler Aspekt der Daseinsvorsorge, der aufgrund unterschiedlicher persönlicher Wahrnehmungen von verschiedenen Akteuren mitunter kontrovers beurteilt wird. So werden Patienten in strukturschwachen Regionen ihre Situation anders bewerten als Patienten in städtischen Regionen mit zentralörtlicher Funktion und einer hohen Anzahl an Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen. Menschen, die seit langem in einem Ort wohnen und deren Anforderungen an die ärztliche Versorgung sich im Laufe der Zeit geändert haben, haben unter Umständen andere Erwartungen als junge Menschen, die sich mit oder ohne Familie neu in einer Region niederlassen. Und Lokalpolitiker, die sich vor Ort mit der Schließung alteingesessener Arztpraxen konfrontiert sehen, werden andere Prioritäten setzen als Kommunen, in welchen moderne Praxen zusammen mit Apotheken und Therapeuten zu einer Konzentration von Versorgungsangeboten für das weitere Umland beitragen.

Der Diskurs über die Situation der Gesundheitsversorgung ist geprägt durch individuelle Wahrnehmungen und unterschiedliche Bedarfe. Dies spiegelt sich auch in den vielerorts mit wachsender Resonanz stattfindenden kommunal- und gesundheitspolitischen Gesprächen wider. Einer Vielzahl dieser Diskussionen ist jedoch gemeinsam, dass geeignete Kriterien zu einer möglichst objektiven Beurteilung der Lage fehlen. Zumeist werden hierzu Daten und Maßzahlen herangezogen, die bestenfalls wenige Teilaspekte berücksichtigen, methodisch ungeeignet oder nicht aktuell sind.

Die Zählung von Ärzten alleine sagt wenig über das tatsächliche Versorgungsangebot aus, die Zählung von Praxen noch weniger. Die Projektion von zukünftigen Arztzahlen unterliegt zu hohen Unsicherheiten, um bei niedrigen absoluten Zahlen vor Ort Anwendung finden zu können. Und die reine Verwendung der für die Bedarfsplanung administrativ ermittelten Versorgungsgrade zur Beschreibung der tatsächlichen Lage vor Ort greift zu kurz, da sie beispielsweise den tatsächlichen Bedarf sowie die Verflechtungen mit den umliegenden Regionen nicht berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund hat die KV RLP eine umfassende Methode zur Beurteilung der Versorgungssituation entwickelt. Diese soll zur Identifizierung drohender Versorgungslücken beitragen sowie als Grundlage für die Festlegung von Förderregionen dienen. Ein möglichst hoher Grad an Objektivität war dabei Voraussetzung für eine konsensuale Anwendung etwa im Rahmen der Definition von Aufgreifkriterien zu drohender Unterversorgung durch den Landesausschuss Rheinland-Pfalz. Dies sollte über die Verwendung von ausschließlich „messbaren“ Einzelparametern und deren Zusammenführung in einem einfachen und aussagekräftigen Ergebnis erreicht werden. Ziel war es, eine „Maßzahl“ zur Beurteilung der aktuellen und der zukünftig zu erwartenden Versorgungslage für alle Regionen des Landes und zumindest für die größten Haus- und Facharztgruppen zu ermitteln. Aus diesem Ansatz heraus entstand der vertragsärztliche Versorgungsindex (VI).

Der VI wurde erstmals anlässlich der zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Förderrichtlinie zum Strukturfonds angewendet. Ziel dieses Fonds ist es, die Niederlassung freiberuflicher Ärzte, sei es in der Einzelpraxis oder in der Kooperation, sowie die Tätigkeit angestellter Ärzte in diesen Praxen, Kooperationen und Nebenbetriebsstätten zu unterstützen und zu fördern.[12]

7.1 BEWERTETE GEBIETSEINHEITEN

Als zugrunde liegende Gebietseinheiten wurden hierzu die Planungsbereiche gemäß Bedarfsplanung übernommen. Dies bedeutet, dass als Förderregionen je nach Fachgruppe unterschiedlich große Gebietseinheiten fungieren. Prinzipiell gilt dabei, dass mit zunehmendem Spezialisierungsgrad der Fachgruppe die Größe der Gebietseinheit wächst. Beispielsweise sind für die Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung die Kreisregionen maßgebend, während für Hausärzte entsprechende Feststellungen auf der Ebene der Mittelbereiche erfolgen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass für einzelne Regionen nach entsprechender Initiative der KV RLP durch den Landesausschuss Rheinland-Pfalz Beschlüsse getroffen

[12] Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz gemäß § 105 Absatz 1a SGB V zur Förderung der Sicherstellung durch niedergelassene Vertragsärzte und angestellte Ärzte in ausgewiesenen Fördergebieten (Förderrichtlinie Strukturfonds): www.kv-rlp.de/561659.

wurden, nach denen die hausärztlichen Planungsbereiche mitunter von den Mittelbereichszuordnungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) abweichen. So wurden mit Trier und Ludwigshafen zwei Mittelbereiche, die eine Großstadt und ihr Umland zusammenfassen, für die Bedarfsplanung geteilt oder gravierende räumliche Strukturen mit infrastruktureller Relevanz berücksichtigt, etwa die Teilung des Mittelbereiches St. Goar/St. Goarshausen entlang des Mittelrheins. Auch in diesen Fällen entsprechen die Regionen, für die der VI ermittelt wird, denjenigen der Bedarfsplanung.

Zur Aktualisierung der Festsetzung der Fördergebiete wird eine regelmäßige, mindestens jährliche Neuberechnung des VI erfolgen. Somit soll gewährleistet werden, dass die Beurteilung jeweils anhand des aktuellsten zur Verfügung stehenden Datenbestandes erfolgen kann. Bereits bewilligte Förderungen, deren Laufzeit sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, bleiben dabei auch in dem Falle gültig, wenn sich beispielsweise durch erfolgte Neuzulassungen die Versorgungslage dergestalt verbessert hat, dass eine Neuförderung gemäß aktualisiertem VI nicht mehr möglich sein sollte.

7.2 IN DIE BEWERTUNG EINFLIESSENDE PARAMETER

Die in die Berechnung des VI einfließenden 13 Parameter lassen sich thematisch unterschiedlichen Gruppen zuordnen:

- allgemeine Parameter zur Beschreibung der aktuellen Versorgungslage
- Strukturparameter der Ärzteschaft
- Parameter zur Beschreibung der Inanspruchnahme der regionalen Versorgungsstrukturen
- Parameter zur Darstellung des Bedarfs an vertragsärztlicher Versorgung und dessen weitere Entwicklung

Ihre Ermittlung erfolgt anhand der Bevölkerungszahlen des Statistischen Landesamtes, der Daten des Arztregisters und der Abrechnungsdaten der Vertragsärzte.

7.2.1 Allgemeine Parameter zur Beschreibung der aktuellen Versorgungslage

Die Charakterisierung der aktuellen vertragsärztlichen Versorgungslage erfolgt anhand des Versorgungsgrades, der räumlichen Verteilung der Praxen sowie der Fallzahlen der Ärzte. Weitere Strukturparameter, die ebenfalls in die Berechnung des VI einfließen, werden aufgrund ihrer Relevanz für die zukünftige Entwicklung oder die Darstellung der Inanspruchnahme in einer der weiteren Variablengruppen erläutert.

7.2.1.1 Versorgungsgrad

Der Versorgungsgrad ist der zentrale Maßstab der Bedarfsplanung zur Beurteilung der Versorgungssituation. Seine Ermittlung und Anwendung folgt den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses[13].

Systematisch ist der Versorgungsgrad eine Prozentuale Angabe darüber, wie hoch die Zahl der ärztlichen Versorgungsaufträge im Vergleich zu einem definierten Soll-Wert ist. Grundlage ist eine Festlegung, wie viele Einwohner ein „Vollzeit-Arzt" einer Fachgruppe idealerweise versorgen sollte (Allgemeine Verhältniszahl). Dabei werden in gewissem Umfang arztgruppenspezifische Charakteristika, zum Beispiel das Alter oder das Geschlecht der vorrangig behandelten Patienten, sowie regionale Verhältnisse, etwa die Demographie innerhalb der Bevölkerung, berücksichtigt. Die Zahl der Ärzte wird nach einem festen Schlüssel ermittelt, der wiederum Sachverhalte wie Teilzeittätigkeit oder die Tätigkeit eines Arztes innerhalb unterschiedlicher Fachgebiete verrechnet.

Der Versorgungsgrad stellt somit eine in sich bereits recht komplexe Maßzahl dar, kann jedoch als alleiniges Kriterium zur Beurteilung der Versorgungslage nicht ausreichen. So basiert die Festlegung der Sollgröße nicht auf wissenschaftlich fundierten Bedarfsanalysen, sondern lediglich auf der Festschreibung einer historischen Versorgungslage, die als Vollversorgung definiert wurde. Veränderungen in den Bedarfsstrukturen bleiben, mit Ausnahme der Entwicklung der Anteile der älteren Bevölkerung, letztlich unberücksichtigt – gleich,

[13] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.

welche Auswirkungen sie auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen haben. Darüber hinaus werden auch die tatsächliche Inanspruchnahme, die räumliche Verteilung der Praxisstandorte oder zu erwartende weitere Entwicklungen wie etwa die Veränderung der Bevölkerungszahl und -struktur nicht berücksichtigt.

Dem Anspruch einer umfassenderen Charakterisierung der Versorgung kann der Versorgungsgrad somit nicht gerecht werden. In den Versorgungsindex fließt er aus diesem Grund nur als eine der insgesamt 13 Variablen ein. Dabei wird jeweils für den gemäß aktuellem Stand der Bedarfsplanung vorliegenden Versorgungsgrad die Abweichung vom Zielwert (100 Prozent) ermittelt und eine Umkehr des Vorzeichens durchgeführt. Je weiter der festgestellte Versorgungsgrad unter 100 Prozent liegt, desto höher ist der resultierende Variablenwert, der als Summand in den VI eingeht.

Zum Zeitpunkt der Indexberechnung traten die niedrigsten festgestellten Versorgungsgrade im fachärztlichen Versorgungsbereich auf. Betroffen waren in erster Linie Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (vor allem Hautärzte und HNO-Ärzte) in einigen ländlichen Regionen der Eifel, des Hunsrücks, Westerwaldes und an der Mittelmosel. Alle entsprechenden Planungsbereiche wurden in der zusammenfassenden Bewertung als förderfähige Regionen eingestuft, was unter anderem auf die niedrigen festgestellten Versorgungsgrade zurückzuführen ist.

Allerdings zählen andererseits auch Planungsbereiche mit sehr hohen Versorgungsgraden zu den Fördergebieten. Beispiele hierfür finden sich etwa in der Fachgruppe der Chirurgen, wo zum Beispiel der Rhein-Hunsrück-Kreis und der Donnersbergkreis aufgrund sehr hoher Versorgungsgrade in der Bedarfsplanung als „überversorgt“ eingestuft werden. Dort führen jedoch beispielsweise sehr hohe altersbedingte Nachbesetzungsbedarfe dazu, dass diese Regionen einen hohen VI aufweisen, sodass auch sie zu den Förderregionen zählen.

7.2.1.2 Aktuelle räumliche Verteilung der Praxen

Neben der Anzahl an Vertragsärzten kommt auch der räumlichen Verteilung der Praxen eine bedeutende Rolle für das reale Versorgungsgeschehen zu. Generell besteht der Anspruch, dass die vertragsärztliche Versorgung so wohnortnah wie möglich sichergestellt werden soll. In einem heterogen strukturierten Flächenland wie Rheinland-Pfalz kann dies jedoch nicht bedeuten, dass in allen Teilregionen identische Verteilungsdichten existieren. Dies gilt für alle Bereiche der Versorgungs- und Infrastruktur, so auch für die Praxislandschaft. In städtischen Räumen mit hoher Bevölkerungsdichte muss auch die räumliche Verteilung von Versorgungseinrichtungen engmaschiger sein, als dies in dünn besiedelten ländlichen Regionen der Fall ist.

Als Maßzahl zur Beurteilung der räumlichen Verteilung der Praxen dient im Rahmen des VI die Fahrdistanz, die ein Einwohner zurücklegen muss, um die nächstgelegene Praxis der jeweiligen Fachgruppe zu erreichen, die sogenannte „Minimaldistanz“. Die Grundlagen zur Ermittlung stellen die tatsächlich vorhandenen Praxisstandorte sowie die Bevölkerungsverteilung auf Basis eines 125-Meter-Rasters dar. Es erfolgt ein Vergleich zwischen der durchschnittlichen Minimaldistanz in der jeweiligen Planungsregion mit dem entsprechenden Durchschnittswert für Rheinland-Pfalz.

In der hausärztlichen Versorgung beträgt die Entfernung zur nächstgelegenen Praxis in Rheinland-Pfalz durchschnittlich 1,49 Kilometer. Die Mittelbereiche mit den niedrigsten räumlichen Dichten an Hausarztpraxen liegen in der Eifel, an der Mosel sowie im Hunsrück. So liegt die Minimaldistanz zum Beispiel im Planungsbereich Prüm bei 4,1 Kilometern. Die niedrigsten Distanzen sind naturgemäß in Städten zu verzeichnen. Die höchste Praxisdichte bei Hausärzten verzeichnet Ludwigshafen (0,5 Kilometer).

Die Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zeigen im Vergleich zu den Hausärzten zwar bereits deutlichere räumliche Konzentrationstendenzen. Dies ist jedoch aufgrund der deutlich geringeren Zahl an Praxen, die benötigt werden, um die Bevölkerung zu versorgen, erklärbar.

Angesichts von landesweiten Durchschnittswerten je Fachgruppe von 3,9 Kilometern (Psychotherapeuten) bis 7,1 Kilometer (Urologen) kann jedoch auch hier von einer insgesamt flächendeckenden Versorgung gesprochen werden. Allerdings gibt es einige Regionen, in denen die Distanz zur nächstgelegenen Praxis vielfach deutlich höher liegt als der Landesdurchschnitt. Zu nennen ist hier wiederum als Beispiel der Kreis Cochem-Zell, wo die Minimaldistanzen für die Fachgruppen der Dermatologen und HNO-Ärzte mit jeweils 16,2 Kilometern zu den höchsten im Lande auftretenden zählen. Auch der Eifelkreis Bitburg-Prüm sowie die Landkreise Vulkaneifel, Kusel und Rhein-Hunsrück zeichnen sich durch zumindest in einigen Fachgruppen deutlich überdurchschnittliche Entfernungen aus.

Die Konzentration der Praxisdichte auf städtische Regionen ist in der fachärztlichen Versorgung noch deutlich stärker ausgeprägt als für die Hausärzte. So lassen sich in den wenigen Großstädten des Landes, allen voran Mainz und Ludwigshafen, für eine ganze Reihe an Fachgruppen durchschnittliche Minimaldistanzen von weniger als zwei Kilometern nachweisen.

7.2.1.3 Auslastung der Vertragsärzte (Fallzahlen)

Als Maß für die Auslastung der in der Region tätigen Vertragsärzte wird deren Patientenzahl berücksichtigt. Inhaltlich folgt dies der Annahme, dass in einer Region, die bei vergleichbarem Versorgungsgrad eine deutlich höhere Praxisauslastung verzeichnet, die Versorgungslage als angespannter zu beurteilen ist als in einer vergleichbaren Region mit geringeren Fallzahlen. Darüber hinaus besitzen Standorte mit hohen Fallzahlen häufig auch eine überörtliche Versorgungsfunktion, deren Schwächung Auswirkungen auf räumlich größere Bereiche nach sich ziehen kann.

Für die Ermittlung der Patientenzahlen werden die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der vier aktuellsten Quartale ausgewertet. Es erfolgt eine Zählung der Versicherten je Arzt und Quartal, die wiederum mit dessen Versorgungsumfang im entsprechenden Zeitraum verrechnet wird. Die daraus abgeleitete durchschnittliche Quartals-Patientenzahl in der Untersuchungsregion wird wiederum mit dem landesweiten Durchschnitt der Fachgruppe verglichen. Die prozentuale Abweichung fließt in den VI ein.

Die mittleren Quartals-Patientenzahlen sind stark fachgruppenabhängig. Je spezialisierter die Disziplin und je zeitintensiver die Behandlung, desto niedriger liegen die Fallzahlen. So behandeln etwa in Vollzeit praktizierende Psychotherapeuten im Mittel 70 Patienten je Quartal, während bei Hautärzten im selben Zeitraum mehr als 1.600 Patienten versorgt werden.

In der räumlichen Verteilung der Praxisauslastung ist das Bild deutlich heterogener als hinsichtlich der Praxisdichte oder der Versorgungsgrade. So gibt es einerseits ländliche Regionen mit einer deutlich überdurchschnittlichen Patientenzahl der wenigen vor Ort ansässigen Praxen, zum Beispiel in der Fachgruppe Dermatologie im Kreis Birkenfeld oder der Nervenärzte im Rhein-Hunsrück-Kreis. Andererseits führt jedoch auch die überörtliche Mitversorgung für umliegende Regionen dazu, dass mitunter auch städtische Praxen deutlich erhöhte Patientenzahlen zu verzeichnen haben. Dies gilt beispielsweise für die Hautarztpraxen in Ludwigshafen und die Chirurgen in Koblenz.

Generell ist festzustellen, dass die Streuweite der Zahl an behandelten Patienten je Vollzeitarzt im hausärztlichen Bereich deutlich geringer ist als in den unterschiedlichen fachärztlichen Disziplinen. Zwar sind es mit den Mittelbereichen Simmern, Cochem sowie Betzdorf/Kirchen/Wissen erneut ländliche Regionen, die die höchsten Praxisauslastungen verzeichnen, es gibt jedoch auch Städte mit überdurchschnittlichen Patientenzahlen. Ein Beispiel hierfür ist Speyer mit einer um 9,6 Prozent erhöhten Auslastung.

7.2.2 Strukturparameter der Ärzteschaft

Es ist nicht möglich, auf kleinräumiger Ebene eine verlässliche Prognose über die zukünftigen Arztzahlen zu treffen, da es hierbei eine Vielzahl nicht vorhersagbarer Einflussfaktoren gibt. Jedoch gibt es strukturelle Eigenschaften innerhalb der aktuell tätigen Ärzteschaft, welche auf die zu erwartende Entwicklung in

der näheren Zukunft schließen lassen. Hierzu zählen insbesondere die Altersstruktur der Ärzteschaft und der daraus ableitbare altersbedingte Nachbesetzungsbedarf. Darüber hinaus, so haben Studien gezeigt, gibt es beim ärztlichen Nachwuchs klare Präferenzen hinsichtlich der Praxisstrukturen und Beschäftigungsumfänge, sodass davon ausgegangen werden kann, dass das Vorhandensein von entsprechenden „modernen" Arbeitsbedingungen die Fortführung von Versorgungsstrukturen erleichtern kann.

7.2.2.1 Rechnerischer Nachbesetzungsbedarf

Aus der Altersstruktur der heutigen Ärzteschaft kann auf den altersbedingten Nachbesetzungsbedarf von aus der Versorgung ausscheidenden Ärzten geschlossen werden. Hierzu bedarf es einer statistisch gesicherten Annahme darüber, in welchem Alter ein Arzt seine vertragsärztliche Tätigkeit beendet. Die regionalen oder fachgruppenspezifischen Ausstiegsstatistiken weisen jedoch vielfach geringe absolute Zahlen auf und sind somit statistisch nicht aussagekräftig. Deshalb wird für den VI das in den vergangenen Jahren beobachtete mittlere Ausstiegsalter der Ärzte in Rheinland-Pfalz herangezogen. Dieses lag zuletzt bei 62 Jahren. Der für den VI angesetzte Projektionszeitraum beträgt fünf Jahre. Dies bedeutet, dass alle derzeit aktiven Ärzte, die in fünf Jahren das 62. Lebensjahr beenden werden, als Nachbesetzungspotenzial gezählt werden.

Auch für diesen Parameter wird der regionale Wert mit dem landesweiten Fachgruppendurchschnitt verglichen. Sofern die Altersstruktur der Ärzteschaft in einer Region exakt dem Landesdurchschnitt entspricht, ergibt sich ein Relativwert von 0. Bei einem höheren Anteil an älteren Ärzten ergibt sich ein positiver Wert. Wird ein definierter Schwellenwert von 75 Prozent Nachbesetzungsbedarf überschritten, so kommt es darüber hinaus zu einer höheren Gewichtung dieses Kriteriums. Grund hierfür ist, dass auch bei einer aktuell sehr guten Versorgungslage ein derart hoher Nachbesetzungsbedarf dazu führen kann, dass es innerhalb weniger Jahre zu einer spürbaren Verschlechterung der Versorgung kommt, wenn der Nachwuchs ausbleiben sollte.

Die Altersstruktur der aktuellen Vertragsärzteschaft variiert sowohl zwischen den Fachgruppen als auch, und dies in noch sehr viel stärkerem Maße, regional. Der durchschnittliche altersbedingte Nachbesetzungsbedarf in den Fachgruppen, für die der VI ermittelt wird, reicht von 29 Prozent (Urologen) bis hin zu 48 Prozent (Hausärzte). Auf regionaler Ebene liegen dagegen Werte von 0 bis 100 Prozent vor. So ist in insgesamt 27 Fällen für unterschiedliche Facharztgruppen in einem Planungsbereich keiner der derzeit praktizierenden Ärzte bereits in einem Alter, das auf eine nahende Praxisabgabe hindeutet. In 82 Fällen dagegen steht mehr als die Hälfte der derzeitigen Ärzteschaft einer Fachgruppe in einer Region vor dem nahen Ausscheiden in den Ruhestand.

Für die Hausärzte liegen die höchsten Nachbesetzungsbedarfe bei 62 bis 68 Prozent (Mittelbereiche Diez, Kusel, Andernach, Cochem und Hermeskeil).

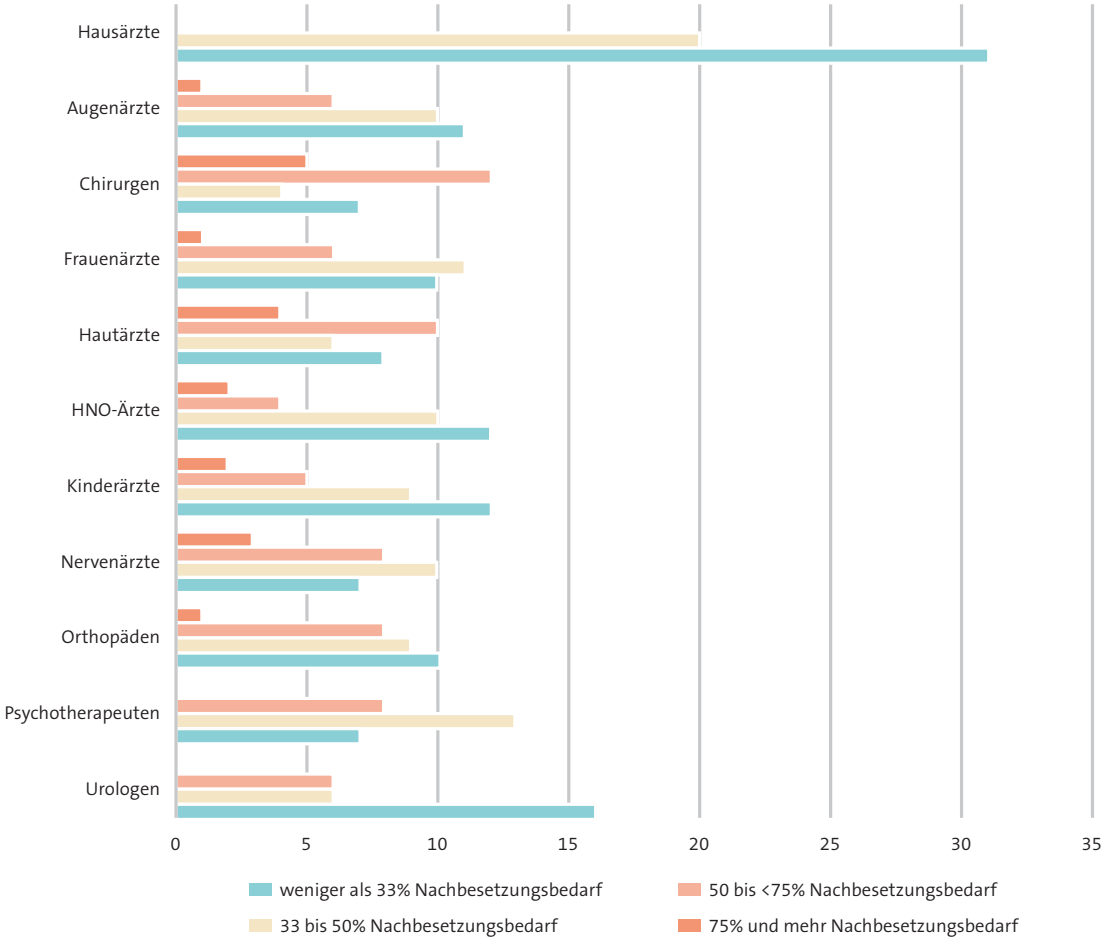
Der für den VI definierte kritische Schwellenwert von 75 Prozent wird somit zwar in keinem hausärztlichen Planungsbereich erreicht, jedoch gibt es insgesamt 19 fachärztliche Planungsbereiche, die derart hohe Nachbesetzungsbedarfe aufweisen. Am häufigsten betroffen sind hiervon die Fachgebiete Chirurgie mit fünf Planungsbereichen und Dermatologie mit vier. Regional sind entsprechende Altersstrukturen am häufigsten in den Kreisen Kusel, Rhein-Hunsrück und Vulkaneifel anzutreffen.

Aufgrund der Schwellenwert-Systematik resultiert für jeden einzelnen Planungsbereich, in dem statistisch drei Viertel oder mehr der heute praktizierenden Ärzte voraussichtlich in den nächsten fünf Jahren ausscheiden dürften, ein VI-Wert, der die entsprechende Region als Förderregion für den Strukturfonds ausweist.

7.2.2.2 Nachbesetzungsrelevante Praxisstrukturen: Anteil der vertragsärztlichen Vollzeitäquivalente in Einzelpraxen

Wie in Kapitel 1 beschrieben, gibt es in der Vertragsärzteschaft einen deutlichen Trend hin zur kooperativen Tätigkeit. Die Zugangsstatistik der

7.1: ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF IN DER HAUS- UND FACHÄRZTLICHEN GRUNDVERSORGUNG (ANZAHL PLANUNGSBEREICHE)



vergangenen Jahre zeigt, dass insbesondere überörtliche Praxiskonstellationen zunehmend an Bedeutung gewinnen für Ärzte, welche in die vertragsärztliche Versorgung einsteigen. Auch Befragungen von Medizinstudierenden belegen, dass die Möglichkeit zur Kooperation mit Kollegen einen wichtigen Faktor für die Wahl der späteren beruflichen Tätigkeit darstellt[14]. Dementsprechend bieten moderne, kooperative Praxen für den ärztlichen Nachwuchs attraktivere Einstiegsbedingungen als insbesondere Einzelpraxen.

Als ein Kriterium zur Beschreibung der Attraktivität der aktuellen Praxisstrukturen für die Nachbesetzung fließt in den VI der prozentuale Anteil der Einzelpraxen ein. Je höher der Anteil dieser für die nachrückende Ärztegeneration eher unattraktiven Praxiskonstellation ist, desto schwieriger ist eine möglichst vollständige Beibehaltung der derzeitigen Versorgungsstrukturen. Zwar kann im Rahmen einer Sitznachfolge auch die jeweilige Praxisstruktur verändert und den Bedürfnissen des Nachfolgers angepasst werden. Wenn die abzugebende Praxis jedoch bereits entsprechenden Anforderungen entspricht, so kann der Übergang nahtloser und deutlich erfolgreicher gestaltet werden.

Die Bedeutung von Einzelpraxen für die aktuellen Praxisstrukturen ist zwischen den unterschiedlichen Fachgruppen sehr variabel. So sind mehr als

[14] Im Rahmen des „Berufsmonitorings Medizinstudenten" gaben beispielsweise 63,6 Prozent aller befragten Studierenden an, dass die Möglichkeit, in der späteren ärztlichen Berufstätigkeit in einem interdisziplinären Team arbeiten zu können, auch bereits für die Wahl des Fachgebietes sehr wichtig oder wichtig sei (Universität Trier: Berufsmonitoring Medizinstudenten. 2. Welle. Bundesweite Befragung von Medizinstudenten, Frühjahr 2014).

90 Prozent aller Versorgungsaufträge von Psychotherapeuten in Einzelpraxen zu finden. Auch bei Hautärzten (72 Prozent), Nervenärzten (64 Prozent) und Gynäkologen (61 Prozent) sind Einzelpraxen nach wie vor deutlich in der Überzahl. Die niedrigsten Werte finden sich erwartungsgemäß in Fachgruppen mit hohem Spezialisierungsgrad und hohen apparativen Anforderungen, so etwa bei Radiologen mit sechs Prozent. Unter den Hausarztsitzen liegt der Einzelpraxenanteil aktuell im Landesdurchschnitt bei 54 Prozent.

Im Vergleich der Regionen untereinander gibt es ebenfalls eine sehr hohe Variabilität. Verbreitet sind sehr hohe Einzelpraxisanteile in fachärztlichen Planungsbereichen ländlicher Landesteile, wo vielfach die wenigen Fachärzte, die im Planungsbereich niedergelassen sind, ihre Praxen in alleiniger Verantwortung betreiben. Allerdings finden sich mitunter auch in Großstädten Einzelpraxisanteile von 80 bis 100 Prozent und andererseits gibt es Landkreise, in denen alle Ärzte einzelner Fachgruppen vollständig in Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZs tätig sind.

Auch für die hausärztliche Versorgung lässt sich ein Zusammenhang zwischen der relativen Häufigkeit von Einzelpraxen und der Urbanität nicht konstatieren. Die niedrigsten Anteile der klassischen Praxisform finden sich in den Mittelbereichen Simmern und Boppard, die höchsten in Landstuhl und Germersheim. In kreisfreien Städten liegt die Bandbreite zwischen 36 Prozent (Worms) und 65 Prozent (Frankenthal und Zweibrücken).

7.2.2.3 Nachbesetzungsrelevante Arbeitsstrukturen: Anteil der Vertragsärzte in Vollzeit- bzw. Teilzeit-Tätigkeit

Die seit Jahren deutlich steigenden Anteile der in Teilzeit Tätigen dokumentiert die Bedeutung der Arbeitszeitgestaltung für die an der ambulanten Versorgung beteiligten Ärzte.

Der Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das auch die Arbeitswelt von Ärzten betrifft. Gerade im ambulanten Sektor gibt es inzwischen eine Fülle an Möglichkeiten zur individuellen Gestaltung der Arbeitszeit, was maßgeblich dazu beiträgt, dass die vertragsärztliche Tätigkeit in dieser Hinsicht großes Attraktivitätspotenzial für den ärztlichen Nachwuchs bieten kann.

Aus diesem Grunde fließt auch die prozentuale Verteilung von Ärzten in Vollzeit und Teilzeit als ein weiteres Maß für die nachbesetzungsrelevante Strukturierung der aktuellen Praxen in die Ermittlung des VI ein.

Auch hier gilt zwar, dass der Einsteiger in die vertragsärztliche Versorgung nicht zwingend das Arbeitszeitmodell seines Vorgängers übernehmen muss. Jedoch erleichtert ein den Anforderungen junger Kollegen entsprechender Status quo unter Umständen das Finden eines Nachfolgers. Insofern dürften Regionen mit flexibleren Arbeitsmodellen einen Vorteil gegenüber solchen Regionen besitzen, die nach wie vor durch regelhafte Vollzeittätigkeit geprägt sind.

Landesweit nehmen die Umfänge von Teilzeittätigkeit mit wachsender Spezialisierung der Fachgruppen zu. 95,4 Prozent der Hausarztsitze werden in Vollzeit betrieben, aber nur 89,3 Prozent der Sitze der spezialisierten Fachärzte (Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Radiologen).

Naturgemäß ist Teilzeittätigkeit in der Regel aktuell vor allem dort verbreitet, wo auch kooperative Praxisformen wie BAGs oder MVZs existieren. Umgekehrt dominiert in Regionen mit hohem Einzelpraxisanteil auch die Vollzeittätigkeit. Insofern sind beide Parameter eng assoziiert und geben vielerorts ein aussagekräftiges Bild der Attraktivität der derzeitigen Versorgungsstrukturen für den ärztlichen Nachwuchs wieder.

7.2.2.4 Empirische Nachbesetzungsquote für in den letzten Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschiedene Ärzte

Es liegt nahe, die tatsächlichen Praxisab- und -übergaben der zurückliegenden Jahre ebenfalls in die Beurteilung der Versorgungssituation

einfließen zu lassen. Die Aussagekraft einer derartigen Saldorechnung ist jedoch in vielen Fällen nur sehr eingeschränkt. Einerseits sollte die Betrachtungsebene relativ kleinräumig sein und auf Basis einzelner Fachgruppen erfolgen. Nur so können regional und fachgruppenspezifisch unterschiedliche Entwicklungen berücksichtigt werden. Andererseits zieht eine größere Differenzierung nach sich, dass die jeweils zugrunde liegenden Arztzahlen mitunter sehr klein werden. Dies hat zur Folge, dass in einem Großteil der Fälle innerhalb der vergangenen Jahre unter Umständen nur deshalb keine Praxisübergaben stattfanden, weil keiner der vor Ort praktizierenden Ärzte aus der Versorgung ausgeschieden ist. Daraus können jedoch keinerlei Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit von zukünftigen Nachbesetzungen gezogen werden.

Tatsächlich aussagekräftig kann eine empirische Nachbesetzungsquote folglich nur in Regionen mit einer hohen Anzahl an Ärzten der jeweiligen Fachgruppe sein, in denen davon ausgegangen werden kann, dass sich das Praxisübergabegeschehen der vergangenen Jahre auch in den kommenden Jahren weiterhin fortsetzen wird.

In den VI fließt die Nachbesetzungsquote als Saldo der innerhalb der vergangenen drei Jahre ausgeschiedenen und eingestiegenen Ärzten ein. Aufgrund der genannten statistischen Limitationen erfolgt jedoch nur eine niedrige Gewichtung.

Einerseits gibt es Regionen, in denen sich die Arztzahl einer Fachgruppe im Betrachtungszeitraum erhöhte, das heißt, dass die Zahl der Einsteiger die Zahl der Ausgeschiedenen übertraf. Dies gilt in erster Linie für die Fachgruppe der Psychotherapeuten, für die die Reform der Bedarfsplanung 2013 dazu führte, dass verbreitet die Zahl der zur Verfügung stehenden Sitze wuchs. Allerdings gibt es auch Beispiele, in denen Sitze, die mitunter über längere Zeiträume vakant waren, durch Neueinsteiger ersetzt werden konnten. In 82 Planungsbereichen der haus- oder allgemeinen fachärztlichen Versorgung fand dagegen keinerlei Fluktuation statt.

7.2.3 Parameter zur Beschreibung der Inanspruchnahme der regionalen Versorgungsstrukturen

Die Bedarfsplanung liefert auf der Grundlage von definierten Zielvorgaben eine Einschätzung darüber, wie hoch die Zahl der Ärzte sein sollte, um die vor Ort ansässige Bevölkerung zu versorgen. Gänzlich unberücksichtigt bleibt dabei, dass die tatsächliche Inanspruchnahme der Praxen nicht nur durch Patienten aus dem unmittelbaren Umfeld der Praxen erfolgt.

7.2.3.1 Mitversorgungseffekte durch umliegende Regionen: Anteile der für die Behandlung durch die jeweilige Fachgruppe aus der Region auspendelnden beziehungsweise der in die Region einpendelnden Patienten

Ein Patient ist nicht daran gebunden, diejenigen Ärzte aufzusuchen, deren Praxen sich im selben Planungsbereich befinden, in dem der Patient wohnt. Aus den unterschiedlichsten Gründen werden häufig Ärzte in anderen Regionen konsultiert. Berufspendeln spielt hierbei ebenso eine Rolle wie persönliche Präferenzen oder spezielle Leistungsangebote von Praxen. Resultat dieses Inanspruchnahmeverhaltens sind sogenannte Mitversorgereffekte, die einzelne Regionen oder Praxen für ein weiteres räumliches Umfeld über den eigenen Planungsbereich hinaus aufweisen.

Gegenden, in denen eine nachgefragte ärztliche Versorgungsleistung nicht oder nicht in bedarfsdeckender Menge angeboten wird, haben verstärkt ein „Auspendeln“ von Patienten zu verzeichnen. Umgekehrt werden von Praxen in Regionen oder Gemeinden mit umfangreicheren Leistungsangeboten Teile der Versorgung von Patienten der näheren oder weiteren Umgebung mit übernommen.

Der Anteil der aus einem Planungsbereich zum Aufsuchen eines Arztes „auspendelnden“ beziehungsweise der von außerhalb zu Praxen im Planungsbereich „einpendelnden“ Patienten kann Rückschlüsse darauf liefern, inwiefern das Versorgungsangebot vor Ort entweder nicht bedarfsdeckend oder aber von überregionaler Bedeutung ist. Aus diesem Grund schlagen sich diese beiden Parameter im VI nieder.

Wie nicht anders zu erwarten gibt es insbesondere in Großstädten mit hoher Praxisdichte nur verhältnismäßig wenige Patienten, die Praxen außerhalb aufsuchen. Dies gilt ebenso für die Fachgruppen, die auf Basis von Raumordnungsregionen betrachtet werden, da hier die zugrunde liegende Großräumigkeit das Versorgungsgeschehen abdeckt. Die höchsten Auspendler-Anteile weisen im Gegenzug ländliche Regionen auf, die auch hinsichtlich der Erwerbstätigkeit der ortsansässigen Bevölkerung einen mehr oder weniger starken Auspendlerüberschuss verzeichnen[15]. Hierzu zählen einerseits Gegenden, die in weiterer Entfernung zu städtischen Zentren liegen, zum Beispiel Cochem-Zell und der Donnersbergkreis, wie auch das nähere Umland von Oberzentren, wie etwa die Kreise Mainz-Bingen und Trier-Saarburg. Teilweise beträgt der Anteil der Patienten, die zur Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen Praxen einer anderen Region aufsuchen, bis zu zwei Drittel der gesamten Patientenschaft der jeweiligen Fachgruppe.

Insbesondere die Städte Koblenz und Trier besitzen hohe Bedeutung für die Mitversorgung ihres näheren und weiteren Umlandes. In einzelnen Fachgruppen wohnen über 50 Prozent der in diesen Städten behandelten Patienten außerhalb der jeweiligen Planungsregion. Geringe Mitversorgungsanteile von unter 10 Prozent verzeichnet dagegen für eine ganze Reihe an Fachgruppen die Region Pirmasens/Zweibrücken/Südwestpfalz.

Als Beispiel für die messbaren interregionalen Versorgungsverflechtungen zeigen die | 7.2 und 7.3 | die Prozentualen Anteile an ein- beziehungsweise auspendelnden Patientinnen für die Fachgruppe der Frauenärzte.

7.2.3.2 Aktuell seitens der Patienten aufgewendete „Zusatzdistanz" zum Aufsuchen einer Praxis

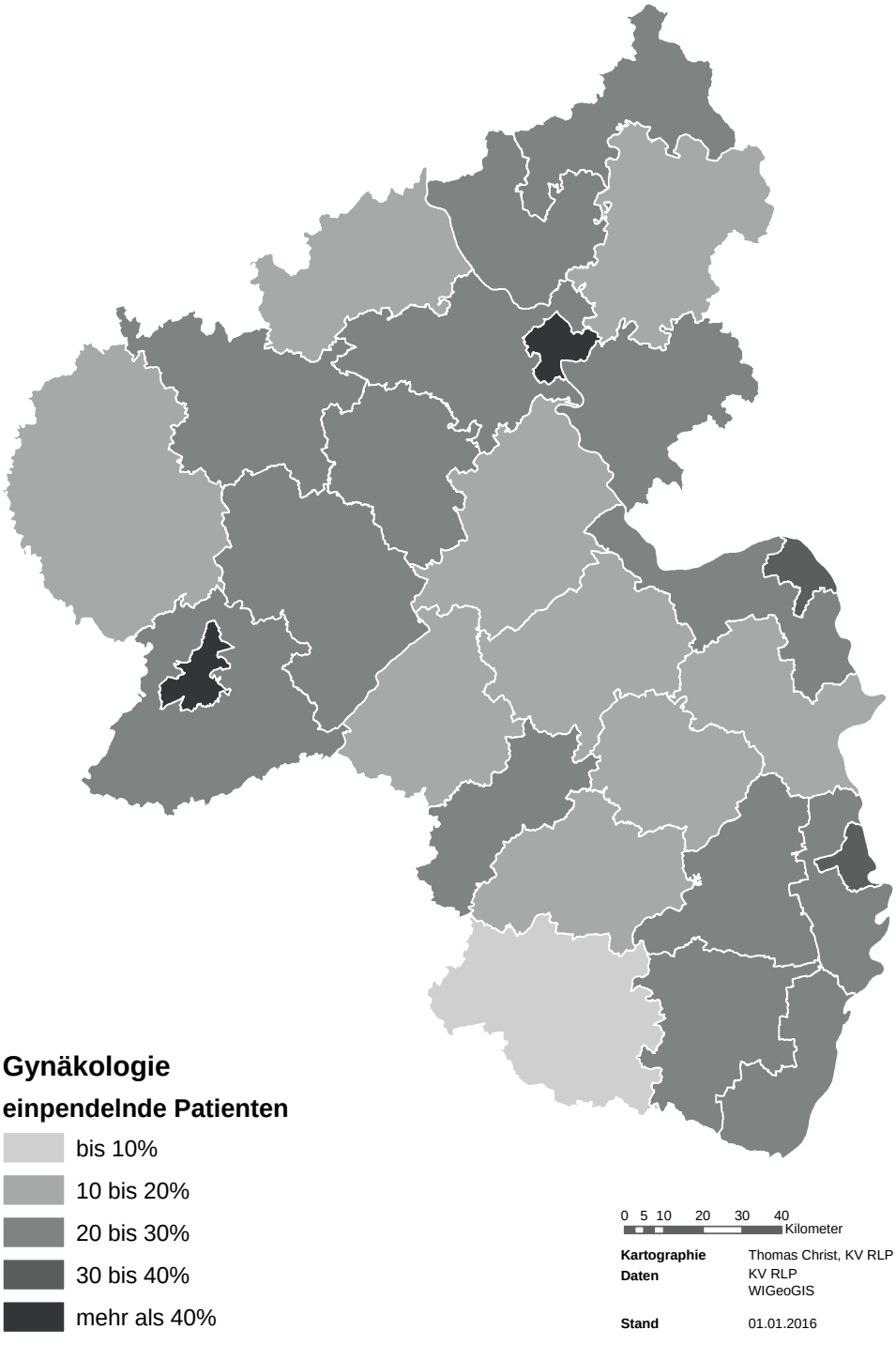
Ein weiterer räumlicher Aspekt der Inanspruchnahme von Vertragsarztpraxen ist die Tatsache, dass sehr häufig andere als die dem Wohnsitz des Patienten nächstgelegenen Praxen aufgesucht werden. Die daraus resultierende „Zusatzdistanz" ist ein Maß für die räumliche Flexibilität der Patienten, erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf die Motivation zum Zurücklegen der erhöhten Fahrstrecken. Die Gründe für dieses Inanspruchnahmeverhalten können ebenso in individuellen Präferenzen („Wunscharzt") liegen wie auch in einer generellen räumlichen Flexibilität der Patienten, die etwa damit zusammenhängen können, dass Ärzte dort konsultiert werden, wo sich der Arbeitsplatz befindet oder wo sonstige Erledigungen erfolgen. Aus einer höheren Zusatzdistanz kann nicht automatisch abgeleitet werden, dass die Versorgungslage vor Ort die Patienten zwingt, weiter entfernte Praxen aufzusuchen.

Dennoch wird dieser Parameter zur detaillierten Beschreibung der Versorgungslage herangezogen. Verwendung findet hier die relative Zusatzdistanz. Diese stellt den Faktor dar, um den die tatsächlich zurückgelegte Entfernung über der Minimaldistanz liegt. Eine relative Zusatzdistanz von Faktor zwei bedeutet somit beispielsweise, dass die Patienten in der betreffenden Region im Durchschnitt die doppelte Wegstrecke im Vergleich zu derjenigen zur nächstgelegenen Praxis zurücklegen.

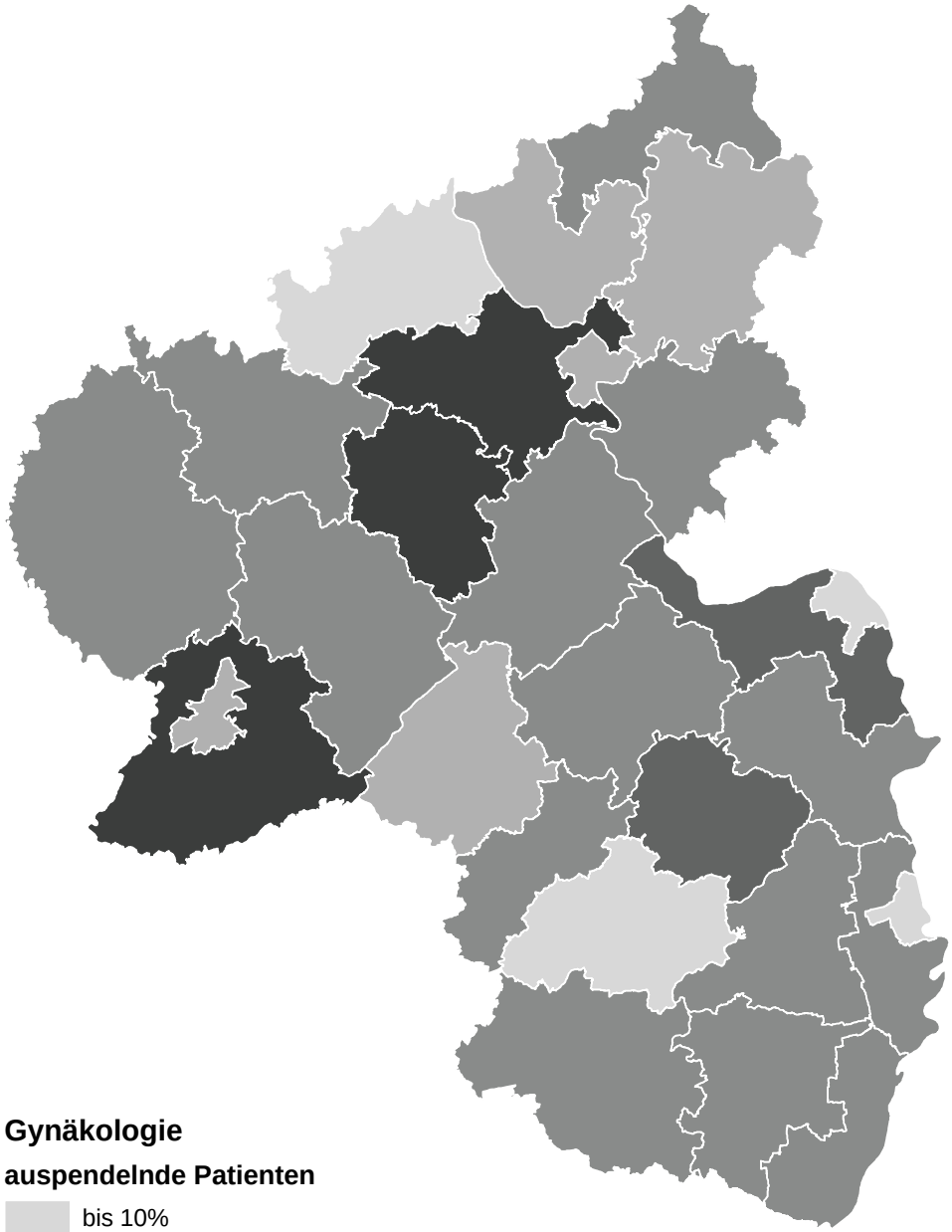
Die höchsten relativen Zusatzdistanzen finden sich in Regionen mit einer sehr hohen Praxisdichte. Dies gilt in erster Linie für städtische Zentren und Fachgruppen mit relativ vielen Praxisstandorten wie Hausärzte, Frauenärzte und Psychotherapeuten. Offenbar drückt sich hierin aus, dass eine hohe Zahl an Auswahlmöglichkeiten dazu beiträgt, persönlich präferierte Praxen aufzusuchen, zumal die geringen absoluten Zusatzdistanzen weniger ins Gewicht fallen. Die niedrigsten relativen Zusatzdistanzen finden sich entsprechend in Landesteilen mit geringer Praxisdichte, explizit in der fachärztlichen Versorgung auf dem Lande. Hierin drückt sich aus, dass dort mehrheitlich die dem Wohnort nächsten Praxen aufgesucht werden, was vielfach auch dem Umstand geschuldet sein dürfte, dass ein Ausweichen auf andere Praxen zu einer sehr deutlichen Erhöhung der zurückzulegenden Fahrstrecke führen würde. Allerdings liegen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die tatsächlich zurückgelegten Distanzen im Mittelwert für die betrachteten

[15] Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2015): Rheinland-Pfalz Regional. Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz. Ein Vergleich in Zahlen. S. 35.

7.2: PROZENTUALE ANTEILE DER ZUR BEHANDLUNG BEI GYNÄKOLOGEN IN DIE KREISREGION EINPENDELNDEN PATIENTINNEN



7.3: PROZENTUALE ANTEILE DER ZUR BEHANDLUNG BEI GYNÄKOLOGEN AUS DER KREISREGION AUSPENDELNDEN PATIENTINNEN



Regionen mindestens 20 bis 50 Prozent über den jeweiligen Minimaldistanzen. Dies bedeutet, dass auch in ländlichen Bereichen verbreitet weitere Strecken in Kauf genommen werden. Dies gilt auch für die hausärztliche Versorgung, in der lediglich im Mittelbereich Cochem (relative Zusatzdistanz 1,9) weniger als die doppelte Fahrstrecke zurückgelegt wird.

Im Vergleich der Fachgruppen auf Landesebene kann festgestellt werden, dass es Fachgebiete gibt, zu deren Inanspruchnahme die Patienten generell bereit sind, deutlich erhöhte Fahrdistanzen in Kauf zu nehmen. Dies sind insbesondere die Gynäkologie mit der 9-fachen Zusatzdistanz sowie die Psychotherapie mit der 7,5-fachen Zusatzdistanz. Auf der anderen Seite sind es die Patienten der Urologen, die die geringsten Zusatzdistanzen zurücklegen (2,7-fach).

7.3 PARAMETER ZUR DARSTELLUNG DES BEDARFS AN VERTRAGSÄRZTLICHER VERSORGUNG UND DESSEN WEITERE ENTWICKLUNG

In der Bedarfsplanung werden im Rahmen der Ermittlung des Versorgungsgrades zur Modellierung des Bedarfs neben der bereits erwähnten Allgemeinen Verhältniszahl lediglich die aktuelle Bevölkerungszahl sowie der Anteil der älteren Bevölkerung verwendet. Für den VI werden dagegen auch Entwicklungsperspektiven berücksichtigt.

7.3.1 Aktuelle Altersstruktur der Bevölkerung (Anteil der älteren Bevölkerung)

Die aktuelle Demographie der Bevölkerung in der jeweiligen Region fließt auch in den Versorgungsindex ein. Analog zum Demographiefaktor der Bedarfsplanung wird hierzu der Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren herangezogen. Es erfolgt ein Abgleich mit dem landesweiten Durchschnitt, mit dem Ergebnis, dass Regionen mit einer statistisch überdurchschnittlich alten Bevölkerung für den VI einen positiven Summanden erhalten, während überdurchschnittlich junge Populationen mit einem negativen Wert in die Berechnung eingehen.

In Rheinland-Pfalz beträgt der Anteil der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren im Mittel 20,6 Prozent, wobei die Regionen Rheinhessen und Trier sich durch tendenziell niedrigere Anteile auszeichnen, während die Westpfalz sowie die Raumordnungsregion Mittelrhein-Westerwald in weiten Teilen über dem Durchschnitt liegen. Der höchste Wert tritt mit über 25 Prozent im Mittelbereich Dahn auf, gefolgt von den Mittelbereichen Bad Bergzabern (24,6 Prozent) und Bad Neuenahr-Ahrweiler (24,1 Prozent).

7.3.2 Prognose zur Entwicklung der Gesamtbevölkerung

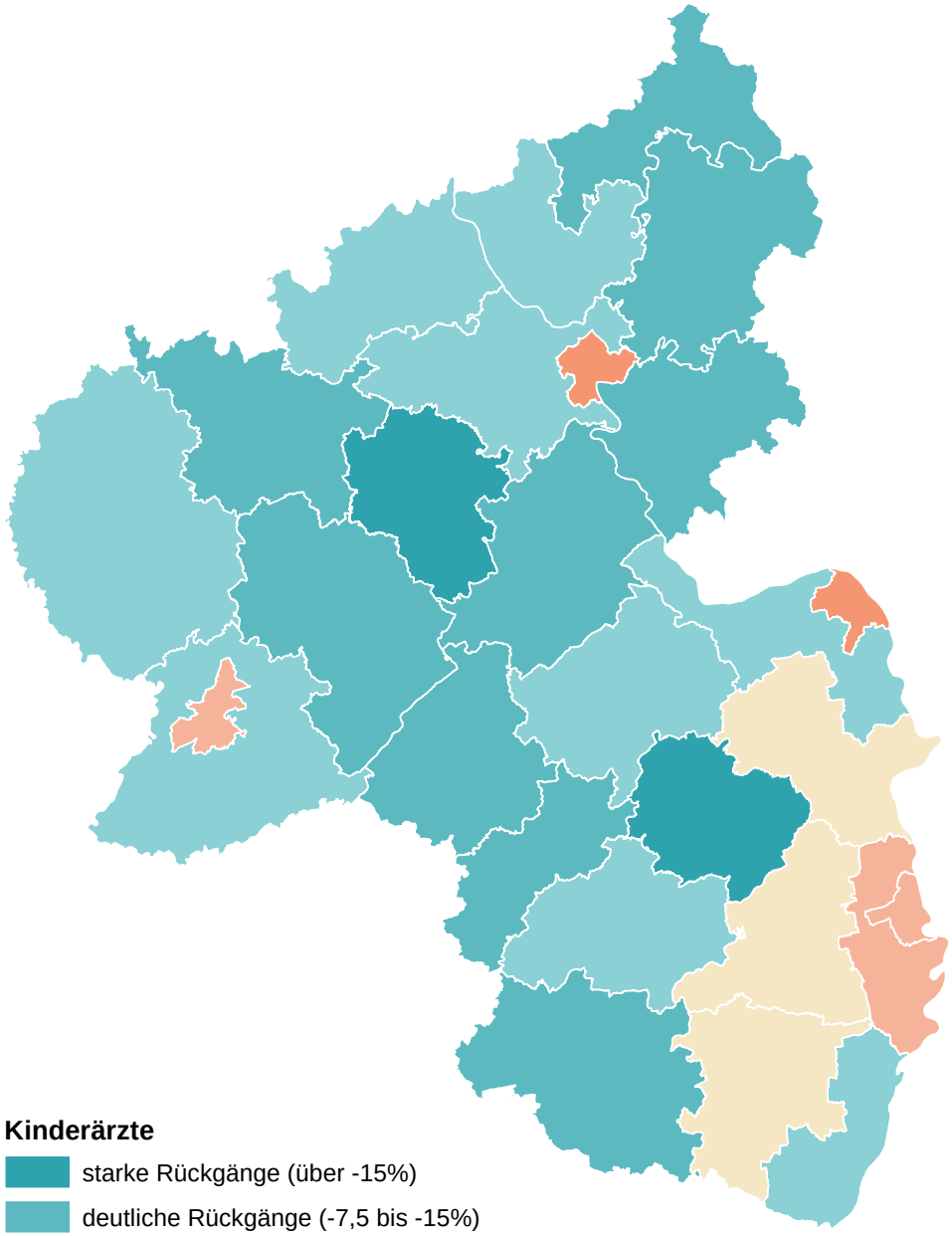
Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung haben in aller Regel über längere Zeiträume Bestand. Ihre Schaffung und Aufrechterhaltung sollten folglich nicht ausschließlich augenblicklichen Bedürfnissen Rechnung tragen. Zu den Faktoren, die zu einer Veränderung des Bedarfs führen, zählen beispielsweise Krankheitslast, Lebenserwartung oder auch die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden. All diese Faktoren sind jedoch nur sehr schwer zu prognostizieren. So kommt zur Projektion der zu erwartenden Nachfrageentwicklung der Veränderung von Einwohnerzahlen eine zentrale Rolle zu. Vereinfacht ausgedrückt sind vergleichbare Arztdichten in einer Region mit schrumpfender Bevölkerung perspektivisch weniger kritisch zu beurteilen als solche in Regionen mit deutlichen Bevölkerungszuwächsen.

Während die Bedarfsplanung diesen Blick in die Zukunft nicht berücksichtigt, findet für die Bewertung mittels des VI die prozentuale Veränderung der Gesamtbevölkerung im Vergleich zum heutigen Stand Verwendung. Als Quelle dient hierzu die amtliche Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes für das Jahr 2030[16].

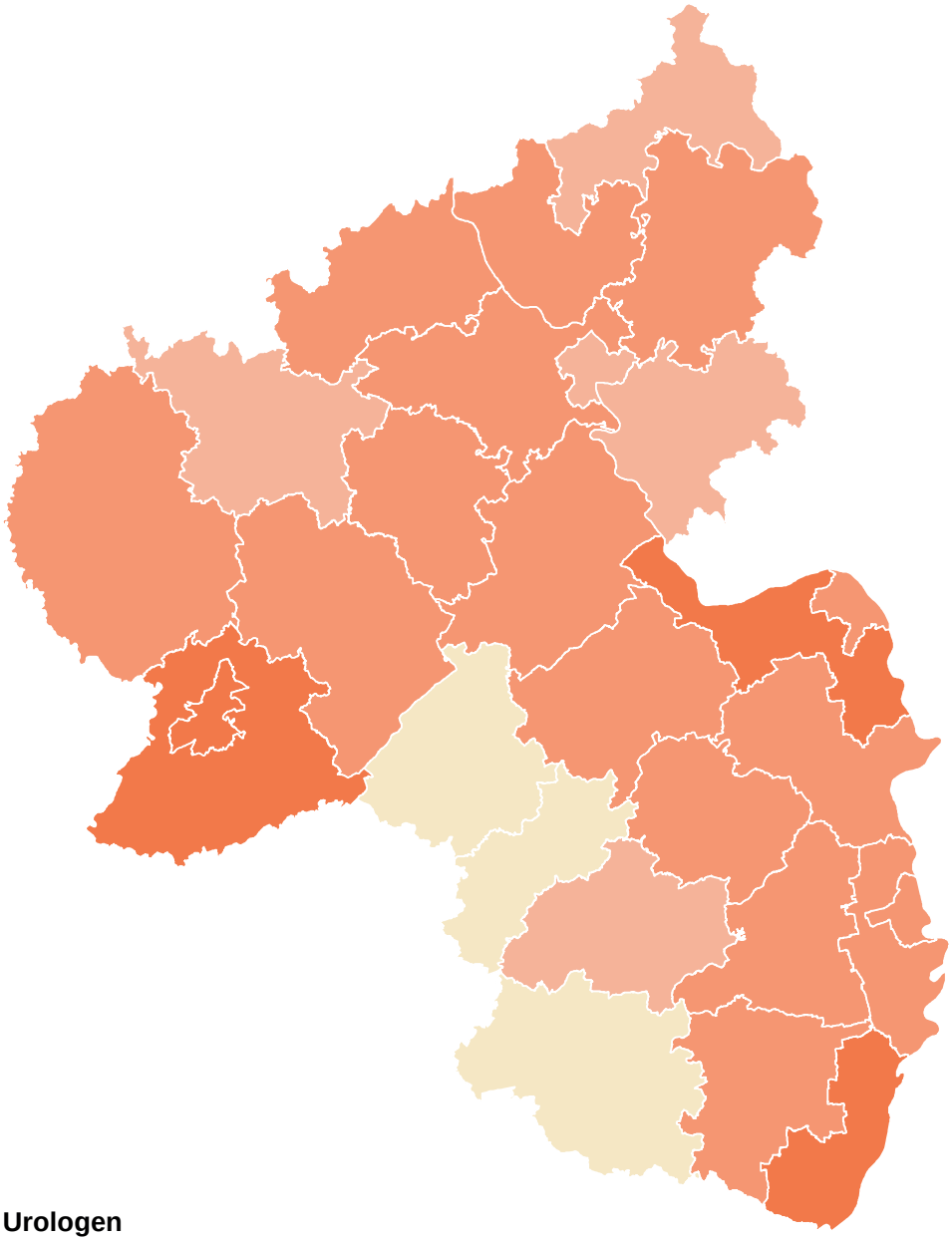
Die verwendete Prognose geht davon aus, dass die Bevölkerungszahl des Landes zwischen 2013 und 2030 insgesamt um 5,6 Prozent zurückgehen wird. Die zwischenzeitlich durch das Statistische Landesamt vorgelegte vierte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung geht zwar von einem insgesamt etwas geringeren Rückgang aus, kommt aber in der regionalen Differenzierung zu sehr ähnlichen Ergebnissen.

[16] Um die Projektion der Bevölkerung auch auf die Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung anwenden zu können, bedurfte es räumlich auf Verbandsgemeindeebene vorliegenden Daten. Aus diesem Grunde wurde die dritte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2013) verwendet. Für Mittelbereiche, die nicht exakt durch Verbandsgemeinden und verbandsfreie Gemeinden dargestellt werden können, erfolgt eine Modellierung.

7.4: BEVÖLKERUNGSPROGNOSE FÜR DIE FACHGRUPPENRELEVANTESTEN ALTERSJAHRGÄNGE AM BEISPIEL DER KINDERÄRZTE



7.5: BEVÖLKERUNGSPROGNOSE FÜR DIE FACHGRUPPENRELEVANTESTEN ALTERSJAHRGÄNGE AM BEISPIEL DER UROLOGEN



Demnach sind die stärksten Rückgänge der Einwohnerzahlen zu erwarten in den Regionen, die sich aktuell durch die höchsten Anteile an älterer Bevölkerung auszeichnen. Einer Reihe an Kreisregionen werden Bevölkerungsverluste von über zehn Prozent vorausgesagt. Hierzu zählen Pirmasens/Zweibrücken/Südwestpfalz, Kusel, Birkenfeld und der Landkreis Vulkaneifel. Bevölkerungszugewinne werden dagegen für die Stadt Ludwigshafen sowie die Regionen Trier und Mainz erwartet.

7.3.3 Prognose zur Entwicklung der für die Fachgruppe relevanten Altersgruppen innerhalb der Bevölkerung

Die weitere Entwicklung des Versorgungsbedarfs ist nicht über alle ärztlichen Fachgruppen hinweg einheitlich. Eine demographische Entwicklung, die sich durch rückläufige Kinderzahlen bei gleichzeitig stark steigenden Anzahlen älterer bis hochbetagter Einwohner auszeichnet, wird naturgemäß etwa für Fachgruppen, die in erster Linie Kinder und Jugendliche versorgen, andere Auswirkungen haben als für Disziplinen mit hohen Anteilen an älteren Patienten. Für den VI wird aus diesem Grunde die Bevölkerungsprognose der Gesamtbevölkerung weniger stark gewichtet als die Prognose für diejenigen Altersgruppen, die in der jeweiligen Fachgruppe den Großteil der Patientenschaft stellen.

Für die Ermittlung dieses Kriteriums wird zunächst für jede Fachgruppe auf Basis der aktuellsten vier Abrechnungsquartale ermittelt, wie hoch der Anteil eines jeden Altersjahrgangs innerhalb der Patientenschaft ist. Die anteilsstärksten Jahrgänge, die zusammen 75 Prozent aller Patienten stellen, bilden die Altersgruppe, für welche die Prognose ausgewertet wird. Diese Altersgruppe repräsentiert in bestmöglicher Weise die charakteristische Altersstruktur für die jeweilige Fachgruppe. Mittels der Bevölkerungsprognose auf Verbandsgemeinde- und Altersjahrgangsebene wird die Prozentuale Veränderung der entsprechenden Altersklasse bis 2030 berechnet, um die Entwicklung der fachgruppenspezifischen Patientenzahlen zu projizieren.

Analog zu den sehr differenzierten Patientenstrukturen variiert die Entwicklung der zu erwartenden Zahlen im Fachgruppenvergleich zwischen deutlichen Rückgängen in der Kinderheilkunde und Gynäkologie einerseits und teilweise starken prozentualen Zuwachsraten auf der anderen Seite in der Urologie und Augenheilkunde.

Allerdings streuen auch innerhalb der einzelnen Fachgruppen die modellierten Patientenzahlentwicklungen auf regionaler Ebene erheblich. So ist davon auszugehen, dass etwa der Rückgang der Zahl der Gynäkologie-Patientinnen in den Großstädten nur gering sein dürfte, während dieser in einigen Landkreisen sehr viel deutlicher ausfallen wird. Und auch in Fachgruppen mit insgesamt wachsender Patientenklientel reicht die Spannweite von +20 Prozent in Mainz-Bingen bis hin zu -0,7 Prozent im Kreis Birkenfeld.

Die angewendete Systematik erlaubt eine sehr differenzierte Beurteilung der unter den genannten Prämissen zukünftig zu erwartenden Patientenzahlen und kann somit im Rahmen des VI den wichtigen Aspekt der Bedarfsentwicklung abbilden.

7.4 BERECHNUNG DES VERSORGUNGSINDEX

Die berücksichtigten Einzelparameter werden auf Grundlage der aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten berechnet. Da in einigen Fällen eine im Sinne einer guten Versorgungslage angezeigte Zielgröße nicht zu ermitteln ist, erfolgt zunächst eine Relativierung der Werte der einzelnen Planungsbereiche. Als Vergleichswert wird der entsprechende landesweite Fachgruppen-Durchschnitt herangezogen. Erläutert wurde dieses Vorgehen bereits für den altersbedingten Nachbesetzungsbedarf. Bei einigen Parametern finden darüber hinaus vorab definierte kritische Schwellenwerte Anwendung, bei deren Überschreitung eine deutliche Erhöhung des Indexwertes erfolgt. Im Falle des Nachbesetzungsbedarfs beträgt dieser kritische Wert 75 Prozent. Für den Versorgungsgrad wurde ein Schwellenwert von 90 angesetzt, bei dessen Unterschreitung eine deutliche Höhergewichtung dieses Kriteriums für die entsprechende Region erfolgt.

Da die genannten Einzelparameter unterschiedliche Einheiten und Wertedimensionen besitzen, werden diese transformiert, um sie in eine einheitliche „Maßeinheit“ zu überführen. Dies ist notwendig, um unterschiedlich strukturierte Variablen miteinander verrechnen zu können. Verwendet wird hierzu das Verfahren der Standardisierung.

Die Kriterien unterscheiden sich jedoch nicht nur in ihrer Maßeinheit, sondern auch hinsichtlich ihrer inhaltlichen Aussagekraft über die Versorgungslage. Aus diesem Grund erfolgt zur Berechnung des VI eine unterschiedliche Gewichtung. Diese fußt auf einer inhaltlichen Bewertung der jeweiligen Kriterien und wurde im Verlaufe der Entwicklung des Index mehrfach überprüft und angepasst. Die letztlich verwendete Gewichtung wird in |▦ 7.1 |dargestellt.

Die standardisierten und gewichteten Werte der 13 Einzelparameter werden anschließend je Fachgruppe und Betrachtungsregion summiert. Der resultierende Versorgungsindex stellt eine dimensionslose Maßzahl dar, die Vergleiche der Versorgungslage über Regionen und Fachgruppen hinweg ermöglicht und somit als Grundlage zur Einschätzung darüber dienen kann, in welchen Landesteilen für welche Disziplinen etwa ein erhöhter Bedarf an Fördermaßnahmen besteht, um die vertragsärztliche Versorgung auch mittelfristig sicherzustellen.

7.5 BEURTEILUNG DER VERSORGUNGSLAGE ANHAND DES VERSORGUNGSINDEX

Um die Versorgungssituation in den einzelnen Regionen zu beurteilen beziehungsweise eine drohende Unterversorgung festzustellen, ist der VI für den Landesausschuss Rheinland-Pfalz eine wichtige Maßzahl. Der VI dient außerdem als Grundlage zur Feststellung der Förderwürdigkeit im Rahmen des Strukturfonds der KV RLP. Für die Zwecke des Strukturfonds wurden seitens der KV RLP Indexwerte definiert, ab denen die jeweilige Region als förderfähig eingestuft wird.

Diese Bewertungsgrenze liegt für die hausärztliche Versorgung bei einem Wert von drei und für die fachärztliche Versorgung bei einem Indexwert von vier. Auf dieser Grundlage wurden für das Jahr 2016 insgesamt 58 Planungsbereiche als Förderregionen ausgewiesen. In diesen Förderregionen können Vertragsärzte, die eine Praxis neu gründen oder übernehmen, eine Nebenbetriebsstätte einrichten oder andere Vertragsärzte anstellen, eine finanzielle Förderung erhalten. Dabei spielt es keine Rolle, ob dies im Rahmen einer Einzelpraxis oder einer Kooperation erfolgt.[17]

Die Bandbreite der Indexwerte reicht zum Beispiel für die hausärztliche Versorgung von -10 bis +18,8. Dabei ist es keineswegs so, dass generell ländliche Regionen höhere Werte verzeichnen als städtische. Vielmehr zeigen Detailanalysen, dass die mitunter sehr deutlichen Unterschiede in den Indexwerten sich auf die inhaltlich sehr differenzierte Beurteilungsbasis zurückführen und interpretieren lassen. In der hausärztlichen Versorgung werden Indexwerte von >10 nur in jenen Planungsbereichen erreicht, deren Versorgungsgrade einen Wert von 90 unterschreiten. In insgesamt drei der Förderregionen liegt der Versorgungsgrad jedoch über 100 Prozent. In einer dieser Regionen, Altenkirchen, existiert derzeit aufgrund eines Versorgungsgrades von über 110 Prozent sogar eine durch den Landesausschuss ausgesprochene Zulassungssperre. Dass dieser Planungsbereich dennoch als Fördergebiet eingestuft wurde, ist in erster Linie auf den hohen altersbedingten Nachbesetzungsbedarf, die relativ geringen zu erwartenden Rückgänge der fachgruppenrelevanten Bevölkerungsgruppen bis 2030 sowie die überdurchschnittlichen Minimaldistanzen zurückzuführen.

Für die meisten der als förderfähig anerkannten Mittelbereiche gilt, dass der Nachbesetzungsbedarf innerhalb der Hausärzteschaft mehr oder weniger deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt. Darüber hinaus verzeichnen die meisten Hausärzte dieser Regionen bereits heute höhere Patientenzahlen als ihre Kollegen in anderen Landesteilen.

[17] Nähere Informationen zum Strukturfonds der KV RLP: www.arzt-nah-dran.de/angebote/foerderung/.

7.1: GEWICHTUNG DER EINZELKRITERIEN

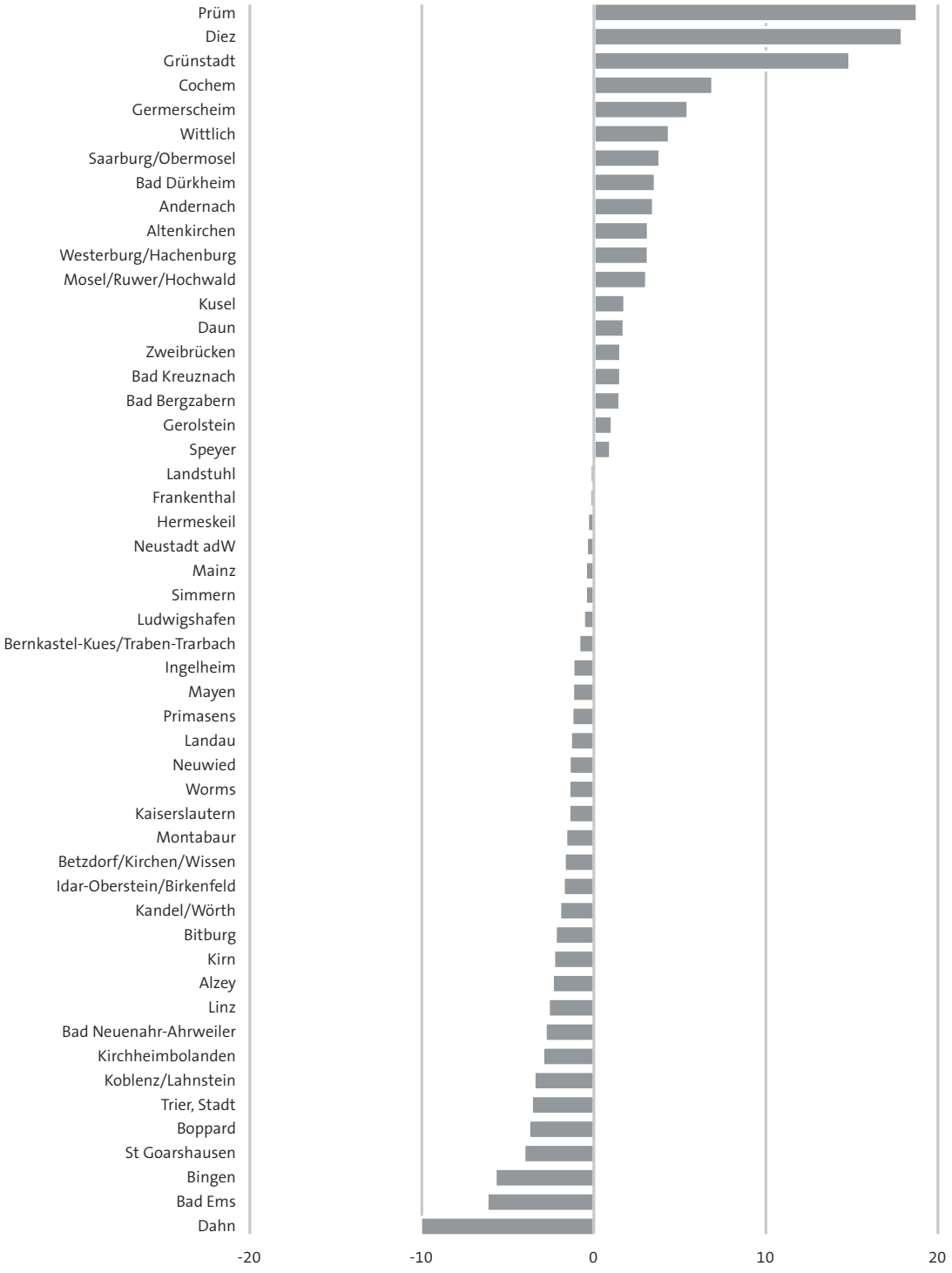
NR	Parameter	GEWICHTUNG
1 a	aktueller Versorgungsgrad (ohne Ermächtigte) (Abweichung von 100, reziprok)	**2,00**
1 b	durchschnittliche Minimaldistanz im Planungsbereich (Abweichung vom Landesschnitt)	**0,75**
1 c	Fallzahl (Abweichung vom landesweiten Fachgruppenschnitt)	**1,00**
2 a	Nachbesetzungsbedarf in den nächsten 5 Jahren (Vgl. zum Landesschnitt)	**1,50**
2 b	Anteil Ärzte in Einzelpraxis	**0,50**
2 c	Anteil Ärzte in Vollzeit	**0,30**
2 d	Nachbesetzungswahrscheinlichkeit	**0,10**
3 a	Mitversorgung: „Auspendler“ (Anteil der Versicherten im PB, die auch Ärzte außerhalb des PB aufsuchen, Abweichung vom Landesschnitt)	**0,50**
3 b	Mitversorgung: „Einpendler“ (Anteil der im PB versorgten Patienten mit Wohnsitz außerhalb des PB, Abweichung zum Landesschnitt)	**0,10**
3 c	Zusatzdistanz (Vergleich zum Landesschnitt, Faktor)	**0,50**
4 a	Bevölkerung: Anteil Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren	**0,40**
4 b	Bevölkerungsprognose 2030: Entwicklung der Gesamtbevölkerung (Veränderung vs. aktuell)	**0,30**
4 c	Bevölkerungsprognose 2030: Entwicklung der Altersklasse, aus der 75 Prozent der Fälle resultieren	**1,00**

Als Beispiele für die Unterschiedlichkeit der hausärztlichen Versorgungslage in Rheinland-Pfalz seien an dieser Stelle die drei Mittelbereiche Prüm, Dahn und Speyer genannt | 7.7, 7.8 und 7.9 |.

Prüm verzeichnet den landesweit höchsten Indexwert, was in erster Linie auf einen relativ niedrigen Versorgungsgrad, einen leicht überdurchschnittlichen Nachbesetzungsbedarf, erhöhte Fallzahlen und eine geringe räumliche Praxisdichte zurückzuführen ist. Am anderen Ende der Werteskala weist der Mittelbereich Dahn den niedrigsten aller hausärztlichen Indexwerte auf. Hier hat die räumliche Neugliederung durch die Reform der Bedarfsplanung in 2013 dazu beigetragen, dass der Versorgungsgrad weit über der Sperrgrenze von 110 Prozent liegt. Die Altersstruktur der Ärzteschaft vor Ort ist günstig, die Patientenzahlen sind bereits heute unterdurchschnittlich und aufgrund der weiteren Bevölkerungsentwicklung muss von deutlich rückläufigen Patientenzahlen ausgegangen werden. Zwar ist der Anteil der älteren Bevölkerung bereits heute vergleichsweise hoch, in der Gesamtschau der betrachteten Kriterien muss die Versorgungssituation im Mittelbereich jedoch als sehr gut bezeichnet werden. Eine gänzlich anders strukturierte Region stellt der Mittelbereich Speyer dar. Die Praxisdichte ist hier sehr hoch und auch der Nachbesetzungsbedarf liegt unter dem Landesmittel. Dass offenbar die Patienten in der Region derzeit durch die örtlichen Praxen versorgt werden können, drückt sich in einer sehr niedrigen Zahl an „Auspendlern“ aus. Dies mag jedoch einer der Gründe sein, die dazu beitragen, dass die Hausärzte vor Ort recht hohe Patientenzahlen verzeichnen. In Anbetracht der positiven Bevölkerungsprognose ist zudem mit steigenden Patientenzahlen zu rechnen. Diese Konstellation führt dazu, dass insgesamt der Indexwert für Speyer mit 0,95 deutlich positiv ist, jedoch die Grenze zur Bewertung als Förderregion bei weitem nicht erreicht wird.

Aufgrund der räumlichen, demographischen und versorgungsstrukturellen Diversitäten kommt es für die bewerteten Fachgruppen der allgemeinen und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zu sehr heterogenen Indexierungen. Auch hier

7.6: ERGEBNISSE VERSORGUNGSINDEX FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

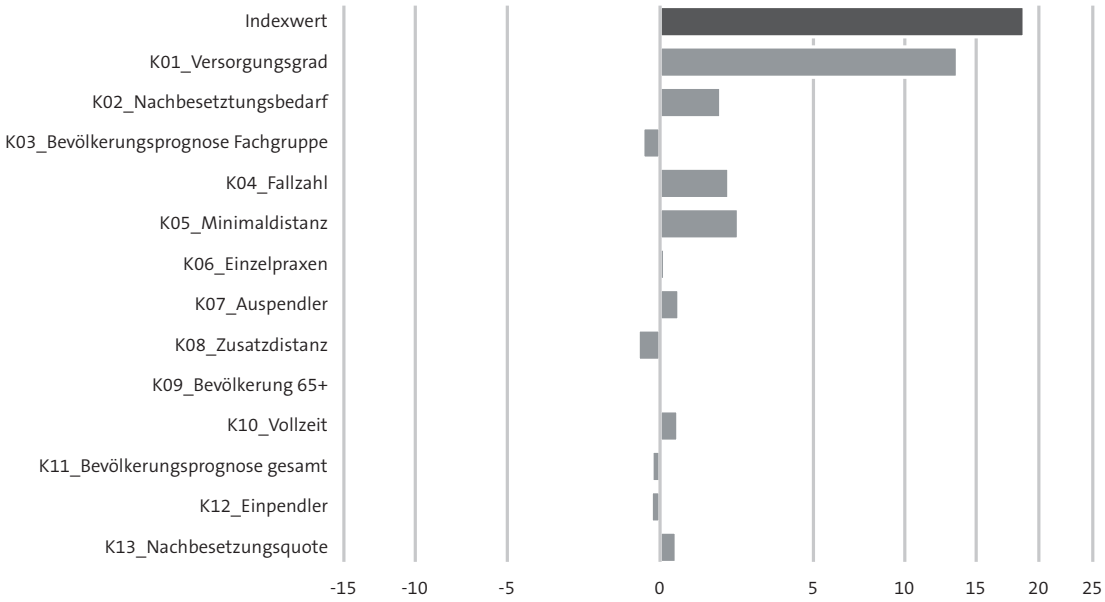


zeigt es sich, dass zwar die Oberzentren durchweg gut versorgt sind, dass aber auch einige ländliche Regionen für keine der bewerteten Fachgruppen Indexwerte erreichen, die zu einer gezielten Förderung Anlass geben. Andererseits gibt es Kreisregionen, die gleich für eine ganze Reihe an Fachgruppen als Förderregionen eingestuft werden müssen. Hierzu zählen insbesondere die Kreise Bernkastel-Wittlich, der Eifelkreis Bitburg-Prüm sowie die Kreise Cochem-Zell und Kusel | 7.11 |.

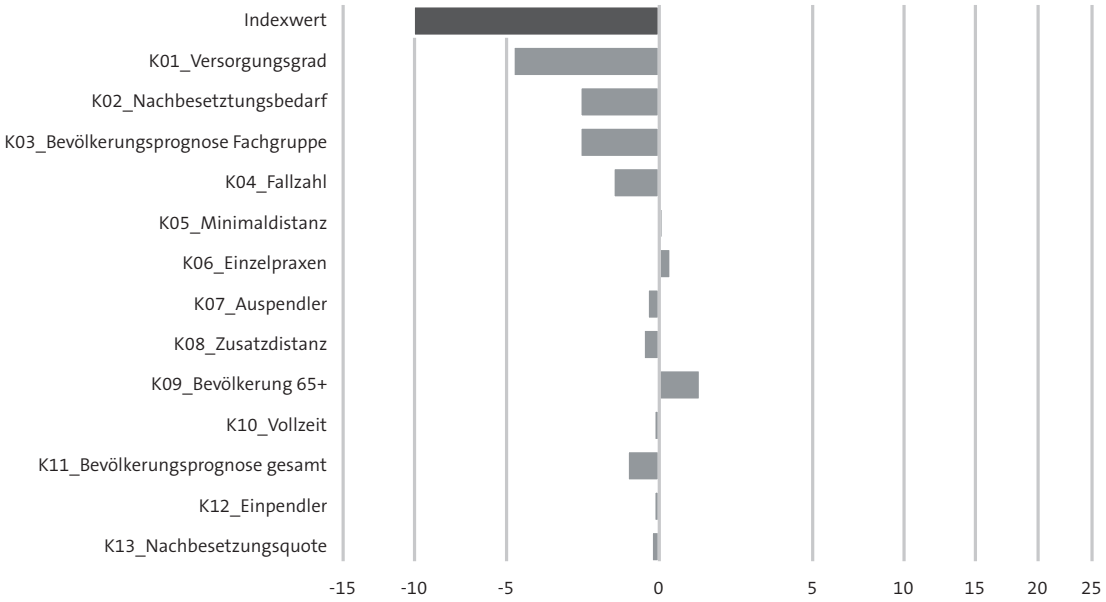
Unter den Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wurden auf Basis des Versorgungsindex für das Jahr 2016 Fördermöglichkeiten festgestellt für Hautärzte (in acht Kreisregionen), Chirurgen (sieben), HNO-Ärzte und Nervenärzte (jeweils fünf), Augenärzte, Kinderärzte und Orthopäden (jeweils vier), Frauenärzte (drei) sowie Psychotherapeuten und Urologen (jeweils eine). Darüber hinaus sind drei von vier rheinland-pfälzischen Raumordnungsregionen als Fördergebiete für Kinder- und Jugendpsychiater ausgewiesen worden sowie ein Planungsbereich für Anästhesisten.

Eine Aktualisierung des Versorgungsindex wird in der Folge zumindest jährlich geschehen, um sowohl hinsichtlich der gezielten Förderung von Regionen mittels des Strukturfonds als auch zur Prüfung von Anzeichen für drohende Unterversorgung jeweils aktuelle Grundlagen heranziehen zu können. Eine weitere methodische Verfeinerung des Index wird in diesem Zuge jeweils geprüft und nach inhaltlicher Diskussion und bei bestehenden Erfordernissen umgesetzt werden. Insgesamt hat sich der Index bislang jedoch als Instrument einer umfassenderen Beurteilung der Versorgungslage bewährt.

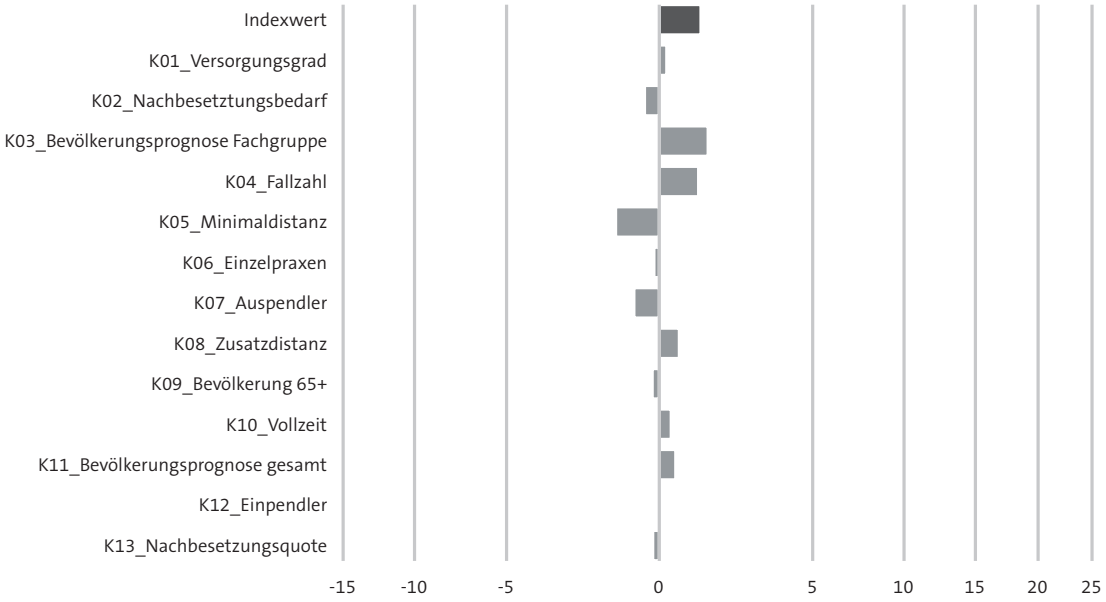
7.7: ERGEBNISSE VERSORGUNGSINDEX HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG: MITTELBEREICH PRÜM



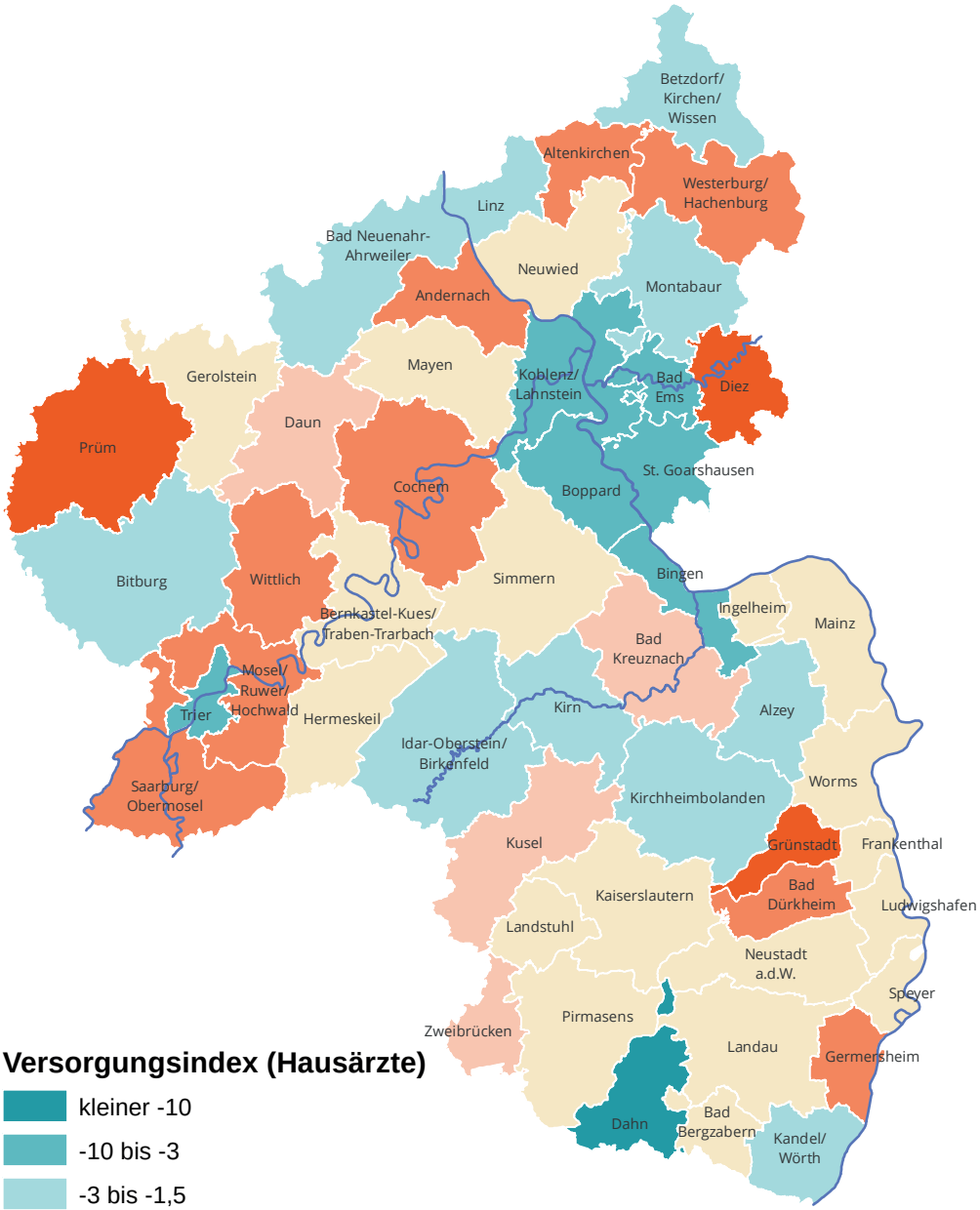
7.8: ERGEBNISSE VERSORGUNGSINDEX HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG: MITTELBEREICH DAHN



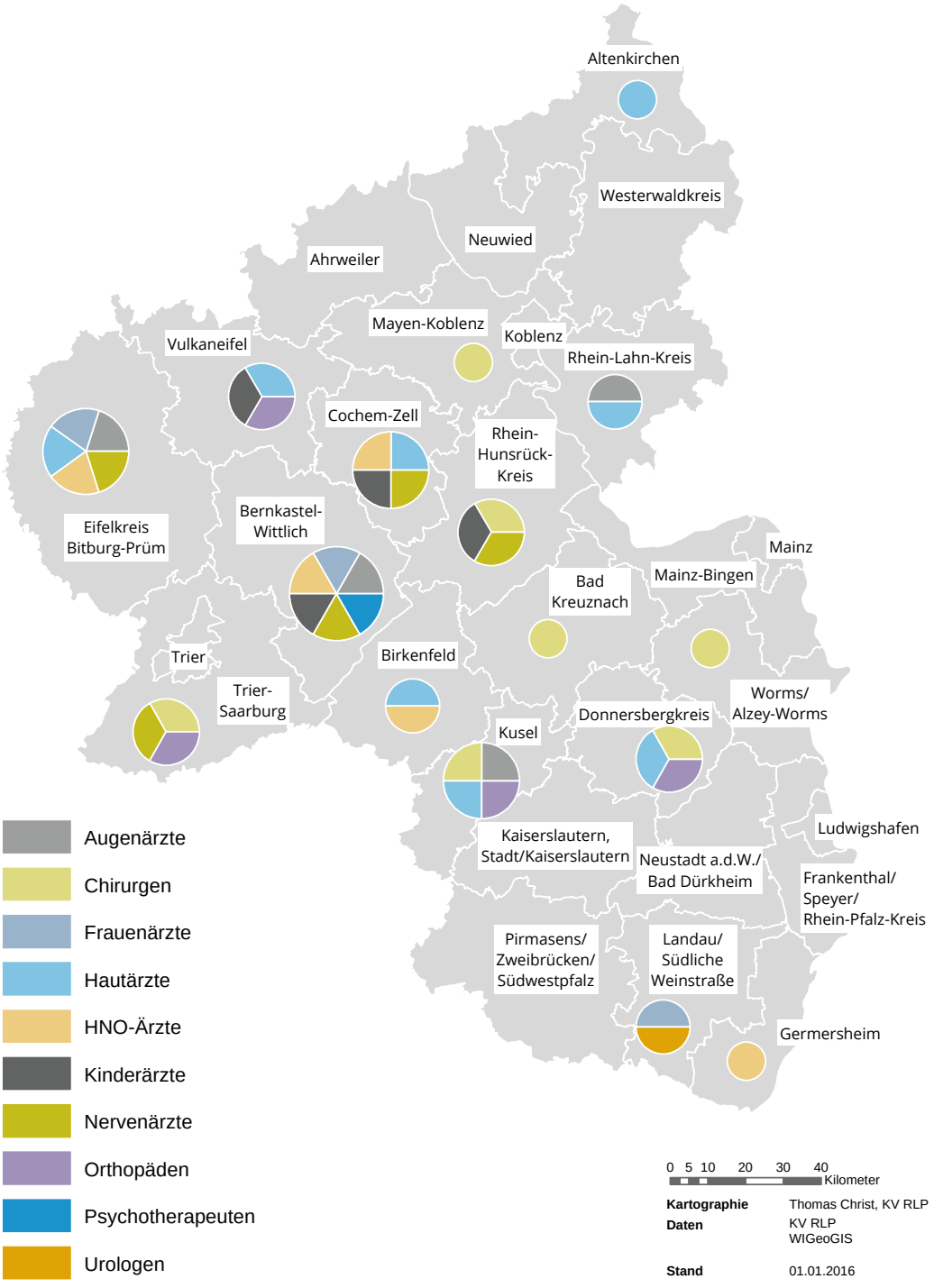
7.9: ERGEBNISSE VERSORGUNGSINDEX HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG: MITTELBEREICH SPEYER



7.10: STRUKTURFONDS: FÖRDERGEBIETE FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG



7.11: STRUKTURFONDS: FÖRDERGEBIETE FÜR DIE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG



VERZEICHNISSE

ABBILDUNGEN

1.1	Entwicklung der Versorgungsbereiche von 2005 bis 2015	6
1.2	Entwicklung der Facharztgruppen mit mehr als 100 Ärzten von 2005 bis 2015	7
1.3	Entwicklung der Anteile der Versorgungsbereiche von 2005 bis 2015	7
1.4	Entwicklung des Frauenanteils von 2005 bis 2015 nach Versorgungsbereich	8
1.5	Entwicklung der Kopfzahlen 2005 bis 2015 nach Versorgungsbereich und Geschlecht	9
1.6	Geschlechteranteile in den Altersklassen 2015	9
1.7	Entwicklung der Kopfzahlen von 2005 bis 2015 nach Status und Geschlecht	10
1.8	Entwicklung der Statusanteile von 2005 und 2015	11
1.9	Statusanteile 2005 und 2015 nach Versorgungsbereich	11
1.10	Entwicklung der Kopfzahlen von 2005 bis 2015 nach Versorgungsbereich und Status	12
1.11	Teilnahmeumfang an der vertragsärztlichen Versorgung nach Status und Versorgungsbereich 2015	12
1.12	Entwicklung der Anzahl von Ärzten und Betriebsstätten nach Praxisform von 2005 bis 2015	13
1.13	Anteile der Raumstrukturtypen nach Versorgungsbereichen 2015	14
1.14	Entwicklung der Anzahl der Bevölkerung, Praxisstandorte und Vertragsarztsitze nach Strukturräumen von 2005 bis 2015	15
1.15	Raumstruktur nach LEP IV	16
1.16	Bevölkerungsverteilung	17
1.17	Entwicklung der Anzahl der Praxisstandorte nach Strukturräumen und Praxisform von 2005 bis 2015	18
1.18	Entwicklung der Anzahl der Vertragsarztsitze nach Strukturräumen und Versorgungsbereichen von 2005 bis 2015	18
1.19	Anteile der 60-Jährigen und älter in der ambulanten Versorgung 2005 und 2015	19
1.20	Altersverteilung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten 2005 und 2015	20
2.1	Fluktuation der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zwischen 2005 und 2015: Kopfzahl	21
2.2	Fluktuation der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zwischen 2005 und 2015: Versorgungsumfang	22
2.3	Statusanteile der Einsteiger zwischen 2005 und 2015	22
2.4	Teilzeitquote der Einsteiger nach Geschlecht zwischen 2005 und 2015	23
2.5	Altersverteilung der Aussteiger zwischen 2005 und 2015	24
2.6	Vertragsärzte und -Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz: Zahlen Migrationsherkunft gemäß aktueller Staatsangehörigkeit	26
4.1	Anteile der Versorgungsformen 2005 und 2015	34
4.2	Anteile der Versorgungsformen nach Versorgungsbereich 2005 und 2015	35
5.1	Ambulantes Versorgungsangebot	38
5.2	Ambulanter Bereitschaftsdienst	39
5.3	Anzahl der zu erreichenden Ärzte und Psychotherapeuten im Umkreis von 10 Kilometern: Bevölkerungsanteile	40
5.4	Anzahl der zu erreichenden Hausärzte im Umkreis von 10 Kilometern auf Gemeindeebene	42
5.5	Anzahl der zu erreichenden Fachärzte im Umkreis von 10 Kilometern auf Gemeindeebene	43
5.6	Anzahl der zu erreichenden Psychotherapeuten im Umkreis von 10 Kilometern auf Gemeindeebene	44
5.7	Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung in Mainz	45
5.8	Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung in der Gemeinde Morbach	46

5.9	Behandlungsanteile der Haus- und Kinderärzte an den unter 18-Jährigen 2015	48
5.10	Inanspruchnahme der haus- und kinderärztlichen Versorgung 2015	49
6.1	Entwicklungen der Fachinternisten-Schwerpunkte von 2005 bis 2015	51
6.2	Altersstrukturen bei den Fachinternisten 2005 und 2015	52
6.3	Räumliche Verteilung der Fachinternisten-Schwerpunkte	54
6.4	Patientenströme Angiologie	55
6.5	Einzugsbereiche der Angiologie-Praxen	56
6.6	Patientenströme Endokrinologie	57
6.7	Einzugsbereiche der Endokrinologie-Praxen	58
6.8	Patientenströme Kardiologie	59
6.9	Einzugsbereiche der Kardiologie-Praxen	60
6.10	Patientenströme Rheumatologie	61
6.11	Einzugsbereiche der Rheumatologie-Praxen	62
6.12	Bundeslandübergreifende Patientenströme zu Fachinternisten in Rheinland-Pfalz	65
6.13	Bundeslandübergreifende Patientenströme aus Rheinland-Pfalz zu fachinternistischen Praxen in anderen Bundesländern	66
7.1	Altersbedingter Nachbesetzungsbedarf in der haus- und fachärztlichen Grundversorgung (Anzahl Planungsbereiche)	72
7.2	Prozentuale Anteile der zur Behandlung bei Gynäkologen in die Kreisregion einpendelnden Patientinnen	76
7.3	Prozentuale Anteile der zur Behandlung bei Gynäkologen aus der Kreisregion auspendelnden Patientinnen	77
7.4	Bevölkerungsprognose für die fachgruppenrelevantesten Altersjahrgänge am Beispiel der Kinderärzte	79
7.5	Bevölkerungsprognose für die fachgruppenrelevantesten Altersjahrgänge am Beispiel der Urologen	80
7.6	Ergebnisse Versorgungsindex für die hausärztliche Versorgung	84
7.7	Ergebnisse Versorgungsindex hausärztliche Versorgung: Mittelbereich Prüm	85
7.8	Ergebnisse Versorgungsindex hausärztliche Versorgung: Mittelbereich Dahn	86
7.9	Ergebnisse Versorgungsindex hausärztliche Versorgung: Mittelbereich Speyer	86
7.10	Strukturfonds: Fördergebiete für die hausärztliche Versorgung	87
7.11	Strukturfonds: Fördergebiete für die fachärztliche Versorgung	88

TABELLEN

1.1	Entwicklung der Versorgungsbereiche von 2005 bis 2015: Kopfzahlen	6
1.2	Entwicklung der Versorgungsbereiche von 2005 bis 2015: Versorgungsumfänge	6
1.3	Medianalter in der ambulanten Versorgung 2005 und 2015	20
2.1	Medianalter der Ein- und Aussteiger 2015	24
2.2	Altersbedingte Nachbesetzungsbedarf bis 2022	25
2.3	Die häufigsten Auslandsstudien nach Ländern	27
2.4	Ausländeranteil und Anteil Auslandsstudienabschlüsse nach Fachgruppen	27
5.1	Erreichbarkeit der nächstgelegenen Versorgungseinrichtungen	37
6.1	Entwicklung der Fachinternisten-Schwerpunkte von 2005 bis 2015	51
6.2	Praxiseinzugsbereiche der Fachinternisten-Schwerpunkte	53
6.3	Patientensalden zu angrenzenden Bundesländern	64
7.1	Gewichtung der Einzelkriterien	83