

VERSORGUNGSATLAS RHEINLAND-PFALZ 2014

BEVÖLKERUNG | ÄRZTESCHAFT | VERSORGUNGSSTRUKTUREN



 **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
Abteilung Kommunikation
Abteilung Sicherstellung/Ressort Versorgungsforschung

Quellennachweis

Arztregister der KV RLP
Abrechnungsdaten der KV RLP

Bildnachweis

©istockphoto/Yuri (Titelbild)
©fotolia.com/Jörg Hackemann
©fotolia.com/photocrew
©fotolia.com/Rido
©fotolia.com/Alexander Raths

Auflage

1.000 Exemplare

Stand der Daten

Dezember 2013

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.



INHALT

VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IM WANDEL.....	5
1.1 Herausforderungen für die vertragsärztliche Versorgung	5
1.1.1 Ärztemangel	6
1.1.2 Demographischer Wandel	6
1.1.3 Zunahme des Behandlungsbedarfs in der ambulanten Versorgung.....	7
1.1.4 Sicherstellung der wohnortnahen Grundversorgung.....	7
1.2 Die neue Bedarfsplanung	9
1.3 Die Neuorganisation des Bereitschaftsdienstes	16
ZUKUNFT DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG	21
2.1 Strukturwandel der Hausärzteschaft	22
2.1.1 Wandel der Alters- und Geschlechterstrukturen	23
2.1.2 Regionale Verteilung und altersbedingter Nachbesetzungsbedarf.....	26
2.1.3 Wandel der Arbeits-, Organisations- und Praxisformen.....	27
2.1.4 Attraktivität des vertragsärztlichen Engagements in der hausärztlichen Versorgung	38
2.2 Die Hausarztpatienten in Rheinland-Pfalz.....	42
2.2.1 Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung.....	42
2.2.2 Multimorbidität: Krankheitslast und Morbiditätsspektren.....	47
2.3 Prognosen zur Entwicklung der Hausarztpatienten.....	49
2.3.1 Hausarztpatient 2030: Zur Problematik von Prognosen	49
2.3.2 Prognose der Hausarztpatientenzahl und des Behandlungsbedarfs 2030	54
RÄUMLICHE FRAGEN ZUM VERSORGUNGSGESCHEHEN.....	63
3.1 Zugang der Bevölkerung zur vertragsärztlichen Versorgung.....	65
3.1.1 Erreichbarkeit der Vertragsärzte für die Bevölkerung von Rheinland-Pfalz	65
3.1.2 Patientenwege in der vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz	65
3.2 Mitversorgungseffekte und Stadt-Umland-Beziehungen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.....	68
VERZEICHNISSE	81
4.1 Abbildungen.....	81
4.2 Tabellen	82
4.3 Quellen.....	83



VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IM WANDEL

Die KV RLP stellt als eine von 17 KVen im Bundesgebiet die ambulante medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz sicher. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts und Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind mehr als 7.000 rheinland-pfälzische Ärzte und Psychotherapeuten, die gesetzlich Krankenversicherte behandeln, in ihr als Mitglieder organisiert. Bei der gesetzmäßigen Durchführung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung unterliegt die KV RLP der Aufsicht durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz.

Gegenüber ihren Vertragspartnern, den Krankenkassen, vertritt die KV RLP die Rechte, Pflichten und wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder. Für sie schließt sie Honorarvereinbarungen über die Gesamtvergütung ab, die von den Krankenkassen für die ambulante Versorgung gezahlt wird. Sie gewährleistet die korrekte Abrechnung der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Gesamtvergütung und regelt die Verteilung des Honorars. Weiterhin unterstützt sie ihre Mitglieder in Angelegenheiten des Praxisalltags.

Die KV RLP sorgt durch die Bedarfsplanung dafür, dass für die rund vier Millionen Bürger des Landes wohnortnah genügend Ärzte und Psychotherapeuten zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Verfügung stehen und koordiniert hierzu auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Sie gewährleistet darüber hinaus, dass die Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung dauerhaft hoch bleibt.

Sie setzt sich ein für die Wahrung von Freiberuflichkeit und Niederlassungsfreiheit sowie für das Recht auf freie Arzt- und Psychotherapeutenwahl. Des Weiteren unterstützt die KV RLP Patienten bei der Suche nach einem geeigneten Arzt oder Psychotherapeuten. Sie trifft ihre Entscheidungen frei durch die von ihren Mitgliedern gewählten Organe, die Vertreterversammlung und den Vorstand. Die Entscheidungen sind für alle Mitglieder bindend.

Die KV RLP ist für ihre Mitglieder und alle Interessenten als Ansprechpartner in Rheinland-Pfalz präsent. Neben ihrem Hauptsitz in Mainz unterhält sie



Hauptverwaltung der KV RLP in Mainz

drei Regionalzentren in Koblenz, Neustadt an der Weinstraße und Trier.

 Mehr Informationen unter www.kv-rlp.de

1.1 HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Der vom Gesetzgeber erteilte Sicherstellungsauftrag (§ 72 SGB V) verpflichtet die KV RLP im Rahmen des gesetzlich festgelegten Umfangs (§ 73 Abs. 2 SGB V), die vertragsärztliche Versorgung bestehend aus Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten jederzeit wohnortnah für jeden gesetzlich Versicherten in Rheinland-Pfalz zu garantieren. Diese anspruchsvolle Aufgabe ist durch gesellschaftliche und organisatorische Umbrüche vor zahlreiche Herausforderungen gestellt, denen sich die KV RLP stellt, um ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Als Beispiele für diese Herausforderungen an die derzeitige und zukünftige vertragsärztliche Versorgung sind zu nennen:

- Ärztemangel
- Demographischer Wandel
- Zunahme des Behandlungsbedarfs in der ambulanten Versorgung
- Sicherstellung der wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung

1.1.1 Ärztemangel

Die bis Anfang des Jahrtausends beschworene „Ärztenschwemme“ ist in der öffentlichen Diskussion inzwischen dem Thema „Ärztmangel“ gewichen. Politik und Bürger müssen vielfach realisieren, dass zukünftig regionale und fachgruppenspezifische Versorgungsengpässe drohen könnten, insbesondere wenn sich die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Vertragsarzt nicht dem gesellschaftlichen Wandel anpassen. Die derzeitige Altersstruktur der Vertragsärzteschaft erfordert noch in diesem Jahrzehnt die Wiederbesetzung von 54 Prozent der Hausarztversorgungsaufträge¹. Ausgedrückt in Kopffzahlen sind derzeit 1.600 praktizierende Hausärzte in Rheinland-Pfalz bereits älter als 54 Jahre, 1.000 Hausärzte sogar älter als 60 Jahre.

Die potenziell nachrückenden Medizinerjahrgänge präferieren nach ihrer Facharztausbildung in der Mehrheit nicht mehr die klassische Tätigkeit als freiberuflicher niedergelassener Vertragsarzt. Die Tätigkeit als Hausarzt in ländlichen Regionen wird zudem als unattraktiv angesehen, denn insbesondere Großstädte bieten Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen auch außerhalb des Vertragsarztwesens, mit denen sich Familie, Beruf und Freizeitaktivitäten besser vereinbaren lassen.

Die Möglichkeiten anderer Organisations- und Praxisformen als die der Einzelpraxis, wie zum Beispiel die Arbeit als Angestellter in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder die Gründung von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), tragen dieser Entwicklung in Form von steigenden Anteilen Rechnung.

Die KV RLP bemüht sich intensiv um die Niederlassung von neuen Vertragsärzten, um dem drohenden Ärztemangel zu begegnen. Dafür hat sie ein umfangreiches Maßnahmenbündel erarbeitet. Dieses beinhaltet im Einzelnen:

- Niederlassungsberatung und betriebswirtschaftliche Beratung
- Finanzielle Förderung von Lehrbeauftragten im Bereich Allgemeinmedizin

¹ Unter der Annahme des Medianabgangsalters für Hausärzte von 62 Jahren.

- Finanzielle Förderung der Weiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin
- Einrichtung einer Koordinierungsstelle für Weiterbildung
- Famulaturbörse für Medizinstudenten
- KV RLP-Lotsen für neu niedergelassene Vertragsärzte
- Bereitschaftsdienstorganisation durch Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ)
- Unterstützung bei Gründungen und Anstellungen auf dem Land
- Werbemaßnahmen und Veranstaltungen für die Vertragsarztstätigkeit

Insbesondere durch die Niederlassungs- und betriebswirtschaftliche Beratung im Vorfeld einer Niederlassung können neben umfangreichen Informationen über den Vertragsarztsitz auch Ratschläge für Praxisfinanzierung und -management gegeben werden. Zusätzlich unterstützt ein persönlicher Lotsenservice alle neu zugelassenen Ärzte in den ersten zwei Jahren ihrer Tätigkeit in allen Fragen des Vertragsarztsystems.

Auch bei einem Ausbau der ärztlichen Tätigkeit durch die Gründung von Zweigpraxen und Anstellung weiterer Ärzte zur Verbesserung der Versorgungslage auf dem Land unterstützt die KV RLP ihre Mitglieder. Weitere Maßnahmen der KV RLP setzen schon im Medizinstudium an, um künftige (Land-) Ärzte für die vertragsärztliche Tätigkeit zu gewinnen. Neben der finanziellen Förderung von Famulaturen und dem Lehrbereich Allgemeinmedizin an der Universität Mainz runden Veranstaltungen das Angebot ab.

1.1.2 Demographischer Wandel

Der wohl größte gesellschaftliche Wandel wird auch das System der vertragsärztlichen Versorgung vor große Herausforderungen stellen.

Die zu versorgende Bevölkerung wird zahlenmäßig zwar weniger, jedoch älter und wird sich noch mehr auf die Ballungsräume konzentrieren. Diese Strukturveränderungen werden regional sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung haben. Insbesondere in den



ländlich strukturierten und peripher gelegenen Gebieten wird sich eine Bevölkerungsstruktur ergeben, die trotz Bevölkerungsrückgang, bedingt durch ihren Altersaufbau, einen steigenden Bedarf an wohnortnahen medizinisch ambulanten Leistungen nachfragen wird.

1.1.3 Zunahme des Behandlungsbedarfs in der ambulanten Versorgung

Die Kenntnis zukünftiger, regional sehr unterschiedlich verlaufender Entwicklungen der Patientenzahlen und des damit verbundenen Behandlungsbedarfs ist für die Planung einer optimalen ambulanten Versorgung von ebenso entscheidender Bedeutung wie die Kenntnis des Aufkommens bestimmter Krankheiten in den einzelnen Regionen. Diese Faktoren bestimmen den regionalen Behandlungsbedarf.

Der zukünftig in Rheinland-Pfalz ansteigende Behandlungsbedarf wird vor allem durch die Zunahme von chronischen Krankheiten wie Hypertonie, Diabetes mellitus und Ischämischer Herzkrankheit aufgrund des ansteigenden Seniorenanteils in der Bevölkerung ausgelöst. Darüber hinaus treten diese chronischen Krankheiten bei den Patienten zumeist nicht singulär, sondern in Kombinationen auf – man spricht auch von Multimorbidität. Die dadurch entstehenden Krankheitsbilder, die bedingt durch den demographischen Wandel zunehmen werden, erfordern eine hohe Intensität von Arzt-Patienten-Kontakten.

Die im geschilderten Sinne als Multimorbidität definierten Fälle erfordern zumeist nicht akutmedizinisch-stationäre Interventionen, sondern in erster Linie begleitende ambulante Behandlungsprozesse. Dies wird zusätzlich große Herausforderungen insbesondere für jene niedergelassenen Hausärzte mit sich bringen, die bedingt durch Praxisstandort, Patientenzahl und Patientenklintel ohnehin schon eine hohe Arbeitsbelastung haben. Seitens der Vertragspartner in der Selbstverwaltung wurde bereits auf diese Herausforderung durch die Etablierung von Chronikerprogrammen (DMP) reagiert, in denen Behandlungspfade für die einzelnen chronischen Krankheiten vorgeschrieben werden.

Das wirksamste Mittel, dieser Herausforderung zu begegnen, ist sicherlich, wie auch vonseiten der Politik häufig betont, eine möglichst wohnortnahe, gut ausgebaute und erreichbare Gesundheitsinfrastruktur. Es bleibt aber abzuwarten, inwieweit die Politik den Vertragspartnern im Gesundheitswesen hierfür entsprechende finanzielle Ressourcen bereitstellt.

1.1.4 Sicherstellung der wohnortnahen Grundversorgung

Die flächendeckende und wohnortnahe Erreichbarkeit der vertragsärztlichen Haus- und Facharztversorgung in Rheinland-Pfalz befindet sich derzeit auf hohem Niveau. Die Entfernung zur nächstgelegenen Hausarztpraxis beträgt durchschnittlich nur 1,4 Kilometer PKW-Fahrdistanz. Nur 20 Prozent der Bevölkerung müssen mehr als 2,5 Kilometer Fahrdistanz zur



wohnortnahen Grundversorgung zurücklegen. Auch die Praxen der allgemeinen fachärztlichen Grundversorgung sind im Landesdurchschnitt in weniger als zehn Kilometern Fahrdistanz zu erreichen. Diese Entfernungen unterschreiten somit deutlich Mindestreichbarkeitsziele für andere Infrastruktureinrichtungen im Gesundheitswesen, beispielsweise Krankenhäuser der Grundversorgung.

Die örtliche Erreichbarkeit der niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten ist in Rheinland-Pfalz für mobile Patienten auf hohem Niveau gegeben. Zukünftig wird sich jedoch verstärkt die Frage stellen, wie der immer größer werdende Anteil älterer und immobiler Patienten zu den Vertragsärzten gelangen kann. Hierzu müssen insbesondere im ländlichen Raum neue Lösungen entwickelt oder bereits bestehende Konzepte – zum Beispiel Fahrdienste oder mobile Arztpraxen – umgesetzt werden.

Außerdem finden viele Haus-, aber auch Facharztpraxen unter den derzeitigen Rahmenbedingungen, gerade in ländlichen Räumen, keine Nachfolger. Daher werden sich die Fahrdistanzen in einigen Regionen entsprechend erhöhen.

Um den flächendeckenden Zugang zur ambulanten Versorgung zu erhalten, nutzt die KV RLP die

vielfältigen Möglichkeiten, die insbesondere das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung bietet. Das Angestelltenverhältnis wird für Vertragsärzte immer attraktiver, weil es das wirtschaftliche Risiko minimiert und flexible Beschäftigungsmöglichkeiten bietet. Darauf basieren insbesondere Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Zweigpraxen, die dazu beitragen können, die ambulante Versorgung in der Fläche sicherzustellen. Diese und weitere neue Versorgungsformen werden im zunehmenden Maße an Bedeutung gewinnen, um den Wegfall klassischer Einzelpraxissitze in den ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz überhaupt kompensieren zu können.

Aktuell werden mit der neuen ambulanten Bedarfsplanung und der Neuorganisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes seitens der Abteilung Sicherstellung der KV RLP zwei Instrumente umgesetzt, die einen Beitrag zum Erhalt des flächendeckenden Zugangs der Bevölkerung zur ambulanten Versorgung leisten sollen. Inwieweit hierdurch die wohnortnahe Grundversorgung gestärkt werden kann, soll auch im nächsten Kapitel erörtert werden.



1.2 DIE NEUE BEDARFSPLANUNG

Im Jahre 1993 wurde durch den Gesetzgeber mit der Bedarfsplanung ein Instrument geschaffen, das zur Steuerung der Arztzahlen im Sinne einer bedarfsgerechten haus- und fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland dienen sollte. Ursprüngliches Ziel war es dabei unter anderem, einen weiteren Anstieg der Arztzahlen in bereits zuvor als

überversorgt geltenden Regionen zu verhindern. Nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien regelt die Bedarfsplanung, in welchen Regionen wie viele Vertragsärzte einer beplanten Arztgruppe rechnerisch benötigt werden. Die Basis hierfür bilden als Sollgrößen definierte Verhältniszahlen, die angeben, auf wie viele Einwohner jeweils ein Arzt einer Fachgruppe zur Verfügung

TABELLE 1.1: SYSTEMATIK DER NEUEN BEDARFSPLANUNG IN RHEINLAND-PFALZ

Versorgungsebene	Planungsbereich	Arztgruppen ^a	Relativzahl-Soll (Verhältnis Arzt/Einwohner) ^b
Hausärztliche Versorgung	Mittelbereiche	Hausärzte	1 : 1.671
		Augenärzte	1 : 13.339 – 20.664 ^c
		Chirurgen	1 : 26.230 – 39.771
		Frauenärzte	1 : 3.733 – 6.042 ^d
		Hautärzte	1 : 21.703 – 40.042
		HNO-Ärzte	1 : 17.765 – 31.768
		Nervenärzte	1 : 13.745 – 31.183
		Orthopäden	1 : 14.101 – 23.813
		Psychotherapeuten	1 : 3.079 – 5.953
		Urologen	1 : 28.476 – 47.819
Allgemeine fachärztliche Versorgung	Kreisregionen	Kinderärzte	1 : 2.405 – 3.859 ^e
		Anästhesisten	1 : 46.917
		Fachinternisten	1 : 21.508
		Kinder- und Jugendpsychiater	1 : 16.909 ^f
		Radiologen	1 : 49.095
		Humangenetiker	1 : 606.384
		Laborärzte	1 : 102.001
		Neurochirurgen	1 : 161.207
		Nuklearmediziner	1 : 118.468
		Pathologen	1 : 120.910
Gesonderte fachärztliche Versorgung	Rheinland-Pfalz	Physikalische und Rehabilitationsmediziner	1 : 170.542
		Strahlentherapeuten	1 : 173.576
		Transfusionsmediziner	1 : 1.322.452

a nach Definition der Bedarfsplanung. Diese Definitionen können merklich von anderen Arztgruppendefinitionen abweichen.
b angegeben sind die allgemeinen Verhältniszahlen gemäß der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie für die hier betrachteten Regionen ohne Demographiefaktor, dessen Anwendung dazu führen kann, dass die in der Bedarfsplanung verwendeten Verhältniszahlen von den hier genannten abweichen können.
c Zahl variiert jeweils nach Siedlungsstruktur der Planungsbereiche, siehe Seite 13 ff.
d auf die weibliche Bevölkerung bezogen.
e auf die Bevölkerung bis unter 18 Jahre bezogen.
f auf die Bevölkerung bis unter 18 Jahre bezogen.

stehen soll. Aus dem Vergleich der tatsächlichen Einwohner- und Arztzahlen errechnet sich der sogenannte Versorgungsgrad, der wiederum per Definition aussagt, ob in der betreffenden Region, dem Planungsbereich, gegebenenfalls Unter- oder Überversorgung vorliegt. Daraus ergibt sich für jeden Planungsbereich und die jeweils zugeordneten Arztgruppen der Bedarfsplanung eine Feststellung, wie viele freie Vertragsarztsitze zu vergeben sind oder ob der Planungsbereich für weitere Zulassungen gesperrt ist. Ein Versorgungsgrad von 100 bedeutet, dass der Bedarf gedeckt ist. Bei einem Versorgungsgrad von mehr als 110 wird Überversorgung angenommen und der entsprechende Planungsbereich für weitere Niederlassungen gesperrt.

Aufgrund der zwischenzeitlich geänderten Rahmenbedingungen wurde eine Anpassung der ursprünglichen Vorgaben erforderlich, um aus einem Instrument zur Begrenzung von Arztsitzen eines zu entwickeln, das eine zielgenauere räumliche Versorgungssteuerung des ärztlichen Angebotes ermöglichen soll. Aus diesem Grunde ist mit der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie 2013 der vorhandene Instrumentenkasten angepasst und erweitert worden. Eine maßgebliche Neuerung stellt die Einführung einer Systematik von vier Versorgungsebenen dar, die zum Teil neue, bislang unbeplante Arztgruppen umfasst und unterschiedliche Planungsbereichsgrößen vorsieht.

| TABELLE 1.1

Zuvor war die Kreisregion alleiniger Planungsbereich für alle beplanten Arztgruppen. Insbesondere für die Beurteilung der hausärztlichen Versorgung war dieser Planungsbereich oft unzureichend. So konnte etwa in einem ländlichen und großräumigen Kreis eine Zulassungssperre eintreten, obwohl möglicherweise durch räumliche Ungleichverteilungen der Arztsitze in der Fläche signifikante Versorgungslücken vorlagen.

Die Neueinteilung der hausärztlichen Planungsbereiche basiert auf der siedlungsstrukturellen Systematik der Mittelbereiche in der Fassung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

| ABBILDUNG 1.1

Diese orientieren sich in ihren Raumabgrenzungen nicht nur an administrativen Grenzen, sondern auch „an den Entfernungen, Lagebeziehungen, Verkehrsverbindungen und traditionellen Bindungen zwischen Gemeinden und damit an dem zu erwartenden Verhalten der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge“², zu der auch die ambulante medizinische Versorgung zu zählen ist. In den Mittelbereichen sind in der Regel Mittelzentren mit ihrem funktional eng verflochtenen Umland zusammengefasst. In Rheinland-Pfalz zählen zu diesen Mittelzentren beispielsweise auch einige der kreisfreien Städte.

Die fachärztliche Versorgung gliedert sich nach der neuen Systematik in drei separate Versorgungsebenen auf. Hier gilt die Regel: je größer der Spezialisierungsgrad, desto größer der Planungsbereich.

| ABBILDUNG 1.2

Die zehn Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden wie bisher auf Kreisregionsebene beplant, sodass sich hier keine neue Planungssituation ergibt. Aus diesem Planungsbereich herausgenommen worden sind die Anästhesisten, Fachinternisten und Radiologen, die zusammen mit der neu in die Bedarfsplanung aufgenommenen Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater nun die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene bilden. Für diese Fachgruppen stellen die deutlich größeren Raumordnungsregionen den Planungsbereich dar. Die gänzlich neu in die Bedarfsplanung hinzugenommenen Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung werden aufgrund ihres hohen Spezialisierungsgrades sogar auf Basis des Landes Rheinland-Pfalz beplant.

Auch hinsichtlich der rechnerischen Grundparameter der Bedarfsplanung, den Verhältniszahlen, ergaben sich durch die Reform der Richtlinie einige Änderungen. Die Höhe der Verhältniszahl ist von drei Parametern abhängig:

² Quelle: www.bbsr.bund.de



ABBILDUNG 1.1: BEDARFSPLANUNG HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

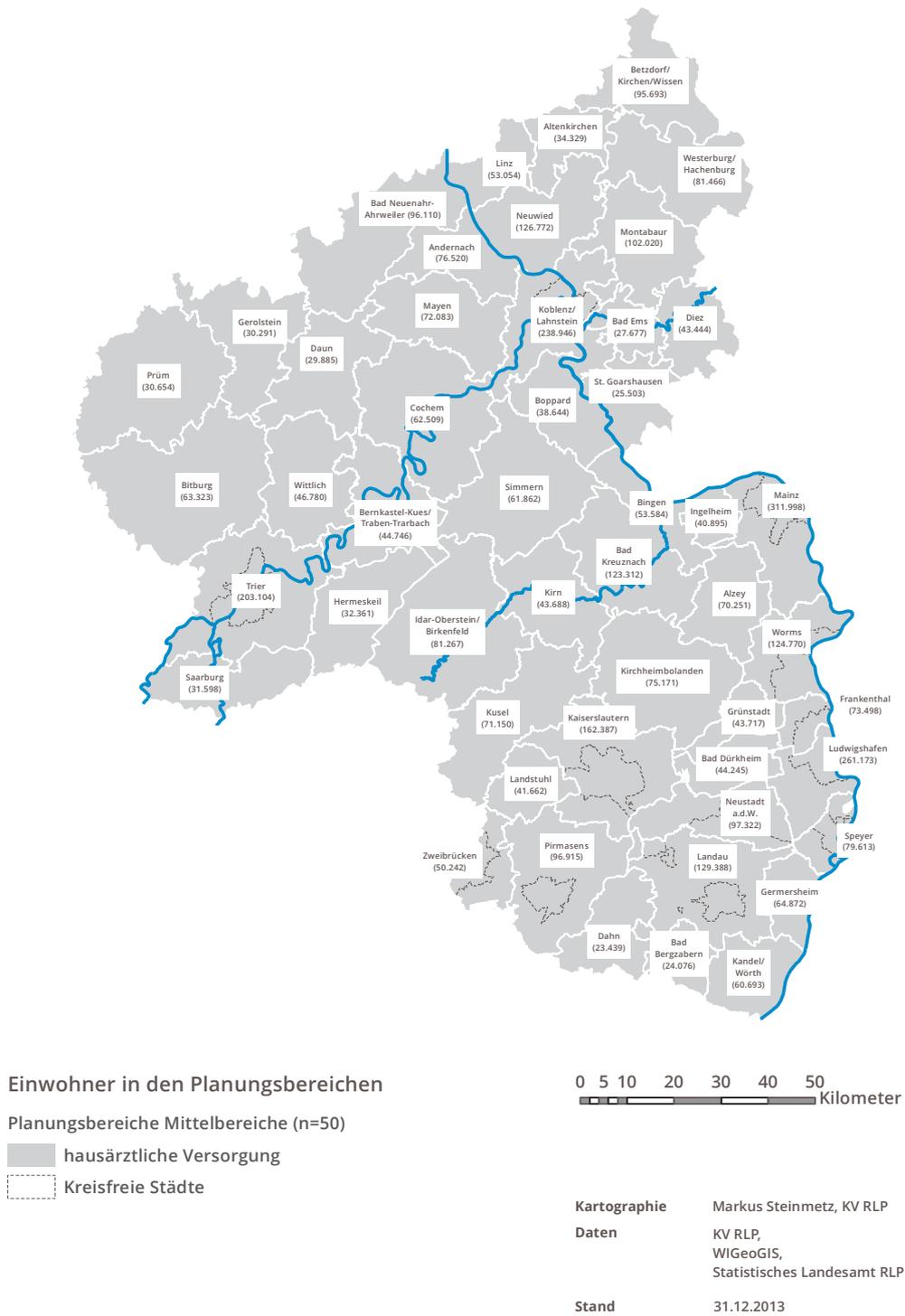
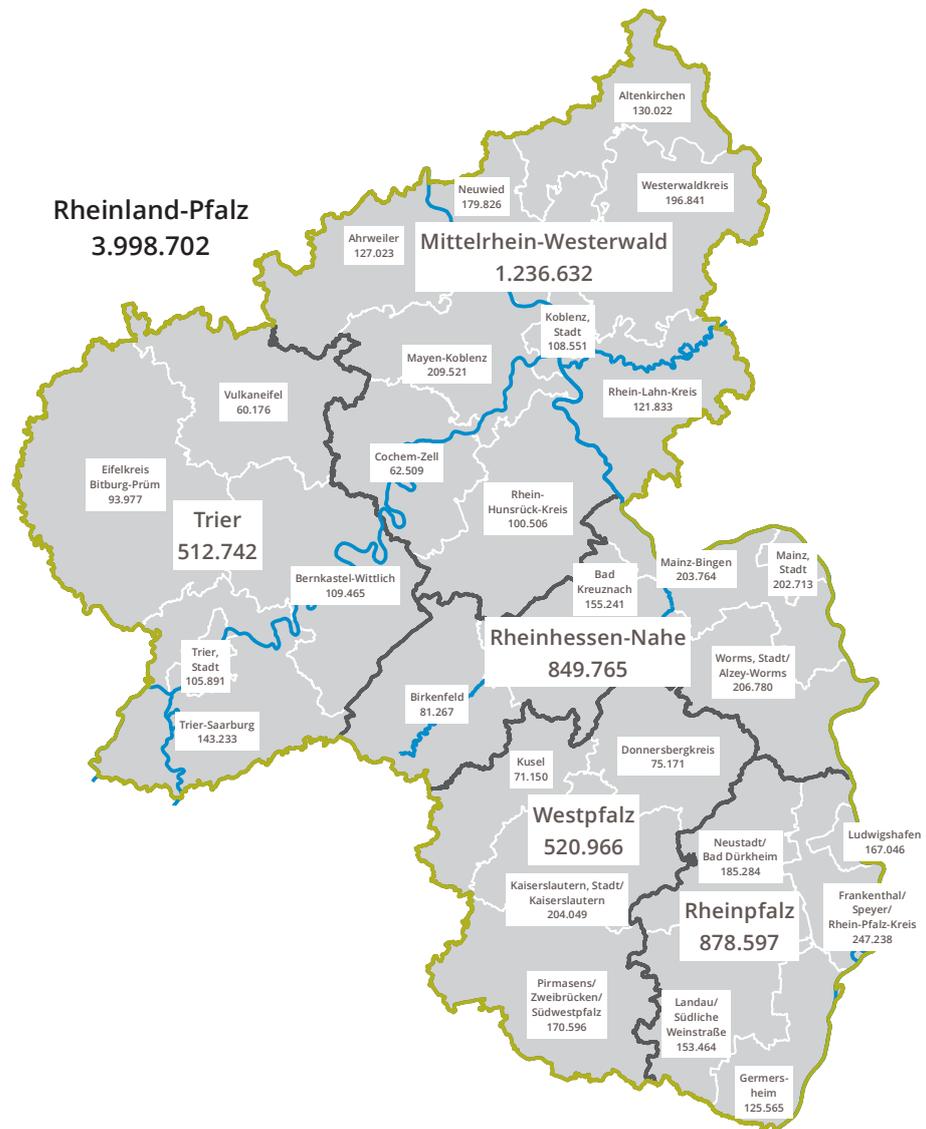


ABBILDUNG 1.2: BEDARFSPLANUNG FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE



Einwohner in den Planungsbereichen

Planungsbereich Rheinland-Pfalz

gesonderte fachärztliche Versorgung

Planungsbereiche Raumordnungsregionen (n=5)

spezialisierte fachärztliche Versorgung

Planungsbereiche Kreisregionen (n=28)

allgemeine fachärztliche Versorgung

0 5 10 20 30 40 50
Kilometer

Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP

Daten KV RLP,
WIGeoGIS,
Statistisches Landesamt RLP

Stand 31.12.2012



1) Spezialisierungsgrad der Arztgruppe

Je höher der Spezialisierungsgrad, desto höher die Verhältniszahl, das heißt mehr Einwohner werden durch einen Arzt versorgt.

2) Siedlungsstruktur des Planungsbereiches

Bei den Kreisregionen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird die Verhältniszahl anhand einer fünfstufigen siedlungsstrukturellen Kreistypisierung

TABELLE 1.2: ZAHL DER MÖGLICHEN VERTRAGSARZTSITZE UND DEREN VERÄNDERUNG DURCH DIE REFORM DER BEDARFSPLANUNG

Fachgruppe	Gesamtzahl möglicher Arztsitze = Grenze zur Überversorgung		
	2012	2013	Differenz
Hausärztliche Versorgung			
Hausärzte	2.765	2.644	-121
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
Augenärzte	253	223,5	-29,5
Chirurgen	121	119	-2
Frauenärzte	400	401	1
Hautärzte	135	129,5	-5,5
HNO-Ärzte	158	159	1
Kinderärzte	234	201,5	-32,5
Nervenärzte	182	172,5	-9,5
Orthopäden	201	202,5	1,5
Urologen	110	105,5	-4,5
Psychotherapeuten	591	732,5	141,5
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
Anästhesisten	98	95	-3
Fachinternisten	192	206	14
Radiologen	81	90,5	9,5
Kinder- und Jugendpsychiater	nicht beplant	43,5	43,5
Gesonderte fachärztliche Versorgung			
Humangenetiker	nicht beplant	7,5	7,5
Laborärzte	nicht beplant	43,5	43,5
Neurochirurgen	nicht beplant	27,5	27,5
Nuklearmediziner	nicht beplant	37,5	37,5
Pathologen	nicht beplant	36,5	36,5
Physikalische und Rehabilitationsmediziner	nicht beplant	26	26
Strahlentherapeuten	nicht beplant	25,5	25,5
Transfusionsmediziner	nicht beplant	3,5	3,5
GESAMT	5.521	5.733	212

angepasst. Dadurch ist in städtisch geprägten Kreisen die Verhältniszahl niedriger als in ländlichen Kreisen. Dies bedeutet, dass dort bevölkerungsbezogen mehr Vertragsärzte zugelassen werden können. Hierdurch soll die Mitversorgungsfunktion für das Umland berücksichtigt werden.

3) *Demographie und Morbidität der Bevölkerung*

Die Verhältniszahl wird durch einen Demographiefaktor modifiziert, der die Altersstruktur der Bevölkerung im jeweiligen Planungsbereich berücksichtigt. Da die Morbidität mit zunehmendem Lebensalter steigt, wird durch die Anwendung dieses Faktors in Regionen mit einem höheren Anteil älterer Bevölkerung dem erhöhten Versorgungsbedarf Rechnung getragen. Ausgenommen von der demographiebedingten Korrektur der Verhältniszahlen sind lediglich die Fachgruppen der Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie der gesonderten fachärztlichen Versorgung. Zwar existierte das Instrument des Demographiefaktors auch bereits vor 2013, jedoch wurde seine Berechnung reformiert und seine Anwendung deutlich ausgeweitet.

Daneben erfolgte im Rahmen der Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie auch eine intensive Diskussion um eine neue Festsetzung der Verhältniszahlen. Zwar wurden letztlich die Sollzahlen der alten Bedarfsplanung als bedarfsgerecht bewertet, es gab aber dennoch einige Anpassungen. So wurde für die hausärztliche Versorgung eine vom Siedlungstypus des jeweiligen Planungsbereichs unabhängige, bundesweit einheitliche Verhältniszahl festgesetzt. Die Verhältniszahlen für Kinderärzte sowie für Kinder- und Jugendpsychiater beziehen sich nun nicht mehr auf die Gesamtbevölkerung, sondern auf die Zahl der Kinder und Jugendlichen in der jeweiligen Bezugspopulation. Für die Verhältniszahl der Frauenärzte ist nach der Reform lediglich die weibliche Bevölkerung maßgebend. Erhebliche Änderungen erfuhren darüber hinaus die Verhältniszahlen für die psychotherapeutische Versorgung, die nach der neuen Systematik erheblich niedriger sind als zuvor, was zu einer deutlichen Erhöhung der Psychotherapeuten-sitze führte.

Daneben gab es eine ganze Reihe weiterer Neuerungen, beispielsweise die Berücksichtigung von Ermächtigungen bei der Ermittlung der Zahlen der vorhandenen Ärzte. Ebenso wie in der Frage, in welchem Maß ermächtigte Ärzte berücksichtigt werden, bestehen auch hinsichtlich verschiedener Parameter nunmehr Möglichkeiten, von den Vorgaben der Richtlinie beispielsweise aufgrund regionaler Besonderheiten abzuweichen. Die Frage, inwiefern durch die beschriebene Reform nun eine bessere räumliche Versorgungssteuerung ermöglicht wird, die dem Ziel einer flächendeckenden und dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung angepassten ambulanten Versorgung entspricht, darf als diskussionswürdig bezeichnet werden.

Die Veränderungen der Planungsbereichsgrößen sollten in erster Linie in der hausärztlichen Versorgung dazu beitragen, dass der Bedarf kleinräumiger abgebildet und berücksichtigt werden kann. Die deutlich gestiegene Zahl der hausärztlichen Planungsbereiche in Rheinland-Pfalz 50 Mittelbereiche gegenüber 28 Kreisregionen, deutet zwar darauf hin, dass dies für eine Vielzahl an Regionen tatsächlich der Fall ist. Jedoch gibt es auch Regionen, in denen die neuen Planungsbereiche deutlich größer sind als die alten. Dies ist überall dort der Fall, wo zuvor separat beplante kreisfreie Städte im Mittelbereich mit dem sie umgebenden Umland zusammengefasst wurden. In Rheinland-Pfalz handelt es sich hierbei um die Mittelbereiche Mainz, Koblenz, Trier und Ludwigshafen. Entgegen der ursprünglichen Intention kann hier die neue Bedarfsplanung unter Umständen sogar dazu beitragen, dass die Zahl der Hausarztpraxen in kleineren Gemeinden außerhalb der großen Städte abnimmt.

Von der Möglichkeit, von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen wurde in Rheinland-Pfalz bislang nur in Einzelfällen hinsichtlich der räumlichen Abgrenzung von hausärztlichen Planungsbereichen Gebrauch gemacht. So wurde durch einvernehmlichen Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Rheinland-Pfalz der Mittelbereich St. Goar/St. Goarshausen, der sich über den



Mittelrhein hinweg erstreckt, aufgrund der infrastrukturellen Gegebenheiten entlang des Rheins aufgeteilt und der linksrheinische Teil dem Mittelbereich Boppard zugerechnet. Inwieweit weitere regionale Abweichungen von der gesetzlich standardisierten Bedarfsplanung zur Anwendung kommen werden, kann momentan noch nicht abgeschätzt werden.

Die in der öffentlichen Diskussion mitunter als räumlich zu undifferenziert empfundene Planung verschiedener Fachgruppen auf Basis der Raumordnungsregionen kann für Patienten durchaus zu einer Erhöhung der zurückzulegenden Wegstrecken zu Ärzten der betreffenden Fachgruppen führen. Es ist andererseits jedoch nicht zu erwarten, dass insbesondere lukrative Praxisstandorte in Mittelzentren vollkommen verwaisen werden. Insofern bleibt abzuwarten, ob es hier zu gravierenden Veränderungen kommen wird, da die betreffenden spezialisierten Fachärzte auch bislang in erster Linie in Mittel- und Oberzentren ansässig waren. Für die auf Landesebene geplanten Fachgruppen ergeben sich hinsichtlich der Wohnortnähe keine direkten Auswirkungen, da diese Disziplinen bislang überhaupt nicht von steuernden Einflüssen durch die Bedarfsplanung betroffen waren und die räumliche Verteilung folglich ebenso frei erfolgte wie unter Maßgabe der jetzigen Bedingungen. Generell bleiben die Restriktionen einer standortgebundenen Bedarfsplanung auch in deren aktueller Form bestehen. Sie kann damit nicht der Realität Rechnung tragen, dass nicht alle Patienten nur die Ärzte und Psychotherapeuten in dem Planungsbereich aufsuchen, dem ihr Wohnort zugeordnet ist. Die tatsächlichen Patientenwege führen zum Teil zu anderen Versorgungsstrukturen, als die Bedarfsplanung es abbilden kann.

| KAPITEL 3

Eine weitere Hoffnung, die in der Öffentlichkeit mit der Reform der Bedarfsplanung verbunden war, bestand darin, dass durch die neuen Vorgaben Möglichkeiten implementiert werden könnten, um bestehende Versorgungslücken zu schließen beziehungsweise die Entstehung sich abzeichnender Lücken zu vermeiden. Prinzipiell muss jedoch

festgestellt werden, dass ein derartiges Planungsinstrument lediglich der Steuerung vorhandener Kapazitäten dienen kann, dass aber durch die Änderung der Berechnungsgrundlagen keine zusätzlichen Kapazitäten geschaffen werden – insbesondere Fachgruppen, in denen bereits zuvor Versorgungslücken existierten, konnten keine zusätzlichen Ärzte generiert werden. Ob die steuernden Wirkungen zukünftig dazu beitragen werden, derartige Lücken zu schließen, hängt maßgeblich davon ab, ob überhaupt Ärzte in ausreichender Zahl vorhanden und bereit sein werden, sich an der ambulanten Versorgung der Bevölkerung zu beteiligen.

Dennoch haben auch die reformierten Planungsvorgaben und die resultierenden Feststellungen zu regionalen Bedarfssituationen mitunter zu Ergebnissen geführt, die mit den beschriebenen Erwartungshaltungen mehr oder weniger gut in Einklang zu bringen sind. So hat die Anwendung der neuen Planungsvorgaben in Rheinland-Pfalz in der hausärztlichen Versorgung im Ergebnis eine deutliche Reduzierung der Gesamtzahl an Vertragsarztsitzen bewirkt. Insgesamt sind demnach im Land nach der Reform 121 Hausarztsitze weniger vorhanden als zuvor. Es kam folglich durch die neuen Berechnungsgrundlagen mitunter zur Schließung von Planungsbereichen in zuvor geöffneten Regionen. Andererseits bleiben nach dem Stand von Juni 2014 23 Planungsbereiche geöffnet, in denen sich zusammengenommen 74 weitere Hausärzte niederlassen können, sofern sich Niederlassungswillige finden. Auch in anderen Fachgruppen war ein Rückgang der zuvor möglichen Sitze zu verzeichnen.

| TABELLE 1.2

Wie bereits erwähnt kam es insbesondere bei den Psychotherapeuten dagegen zu einer erheblichen Zunahme von 141,5 Sitzen. Weitere Informationen zur Bedarfsplanung sowie den jeweils aktuellen Versorgungsstand für Rheinland-Pfalz können der Website der KV RLP entnommen werden:

 www.kv-rlp.de/506859

1.3 DIE NEUORGANISATION DES BEREITSCHAFTSDIENSTES

Die KV RLP ist gesetzlich verpflichtet, die ambulante Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechstunden ihrer Vertragsärzte zu jeder Zeit sicherzustellen. Um einen flächendeckenden Bereitschaftsdienst auch zukünftig gewährleisten zu können, befindet sich die Bereitschaftsdienstorganisation im Bereich der KV RLP in einem Prozess der Neustrukturierung. Ziel ist es, ab 2014 eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung durch Bereitschaftsdienstzentralen in Trägerschaft der KV RLP sicherzustellen.

Die niedergelassenen Vertragsärzte gewährleisten während ihrer Sprechstundenzeiten die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz. Außerhalb der Sprechstunden ist hierfür der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig. Hierzu hat die KV RLP Bereitschaftsdienstzentralen eingerichtet, in denen der organisierte Bereitschaftsdienst zentralisiert durchgeführt wird. Einige Zentralen haben montags bis freitags, an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen geöffnet. In Versorgungsgebieten, in denen Bereitschaftsdienstzentralen nur mittwochs, an Wochenenden und an gesetzlichen Feiertagen geöffnet haben, erfolgt zu den übrigen Zeiten, etwa montags, dienstags und donnerstags, eine kollegiale Vertretung der Vertragsärzte, während derer der behandelnde Arzt zwar nicht von der Verpflichtung zur Behandlung seiner Patienten entbunden ist, diese aber zusammen mit Kollegen erbringt. Die diensthabenden Ärzte in den Bereitschaftsdienstzentralen erhalten eine Stundenhonorierung gemäß der Richtlinie zur Bereitschaftsdienstordnung. Die anfallenden Kosten abzüglich der Einnahmen aus den Behandlungen tragen die niedergelassenen Ärzte in Form einer solidarisch zu entrichtenden Umlage.

Jeder niedergelassene Vertragsarzt nimmt am Bereitschaftsdienst teil. Von dieser Aufgabe kann er nur auf Antrag und beim Vorliegen schwerwiegender Gründe befreit werden. Die Erbringung von Wochenend- und Feiertagsdiensten ist somit ein Aspekt vertragsärztlicher Arbeit, der für den einzelnen Arzt neben der Tätigkeit in der eigenen Praxis

ein zusätzliches Arbeitsaufkommen mit sich bringt. Insbesondere in Regionen, in denen hierdurch für den Einzelnen erhebliche Mehrbelastungen entstehen, stellt dies einen maßgeblichen Faktor dar, der Ärzte davon abhält, vakante Vertragsarztsitze zu übernehmen. Die Optimierung der Organisationsstrukturen im Bereitschaftsdienst ist somit ein wichtiges Instrument, um die Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit zu steigern. Dies gilt insbesondere für Regionen, in denen durch eine geringe Arztdichte die Frequenz zu leistenden Diensten hoch ist.

In Rheinland-Pfalz wurde bis April 2014 flächendeckend das Organisationsmodell Bereitschaftsdienstzentrale (BDZ) umgesetzt. Dieses Modell stellt sich wie folgt dar:

Die Bereitschaftsdienste werden in einer Zentrale durchgeführt, gegebenenfalls nötige Hausbesuche werden aus dieser getätigt. Ein Hausbesuch muss bei der für den Aufenthaltsort zuständigen Bereitschaftsdienstzentrale angefordert werden. Bereitschaftsdienstzentralen haben für die Patienten den Vorteil, dass sie vor einer Behandlung nicht erst in der lokalen Presse nach der Telefonnummer des jeweils diensthabenden Arztes suchen müssen, sondern stets die gleiche zentrale Anlaufstelle haben. Eine Bereitschaftsdienstzentrale stellt in der Regel alle infrastrukturellen Voraussetzungen, wie etwa Praxisausstattung, Personal und Fahrzeug. Vielerorts sind die Zentralen an Krankenhäusern eingerichtet. Dadurch stehen den Patienten die Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses zur Verfügung, falls eine weiterführende Diagnostik und Therapie notwendig ist.

In Rheinland-Pfalz sind derzeit 47 Bereitschaftsdienstzentralen unter der Trägerschaft der KV RLP eingerichtet. Dies bedeutet, dass für diese die Regelung des Dienstes auf Basis der Bereitschaftsdienstordnung erfolgt und Aufgaben wie etwa Beschaffung oder Vertragsangelegenheiten durch die KV RLP wahrgenommen werden.

| ABBILDUNG 1.3

Bei der Zuordnung von Gemeinden zum Versorgungsgebiet einer Bereitschaftsdienstzentrale ist



ABBILDUNG 1.3: BEREITSCHAFTSDIENSTORGANISATION 2014

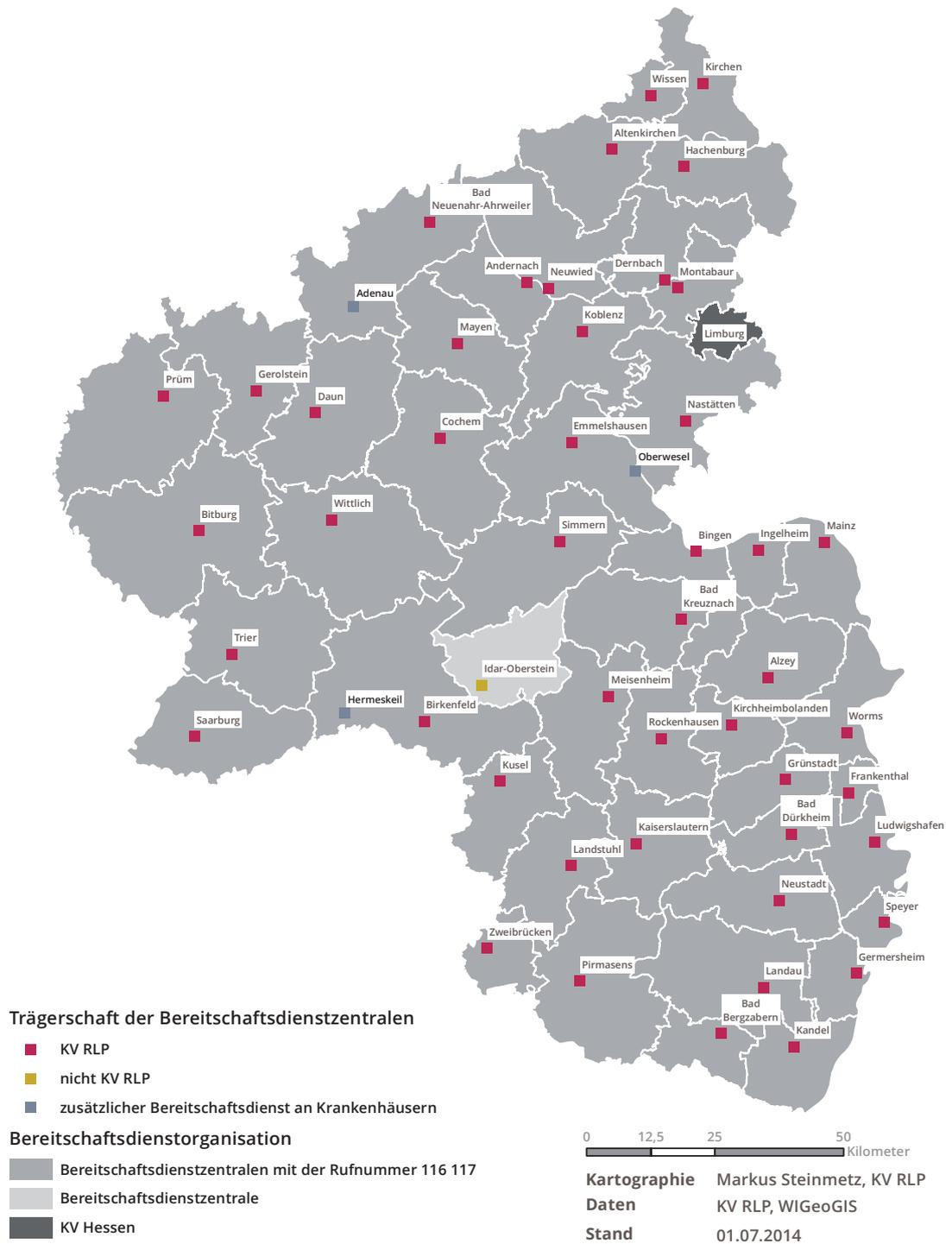
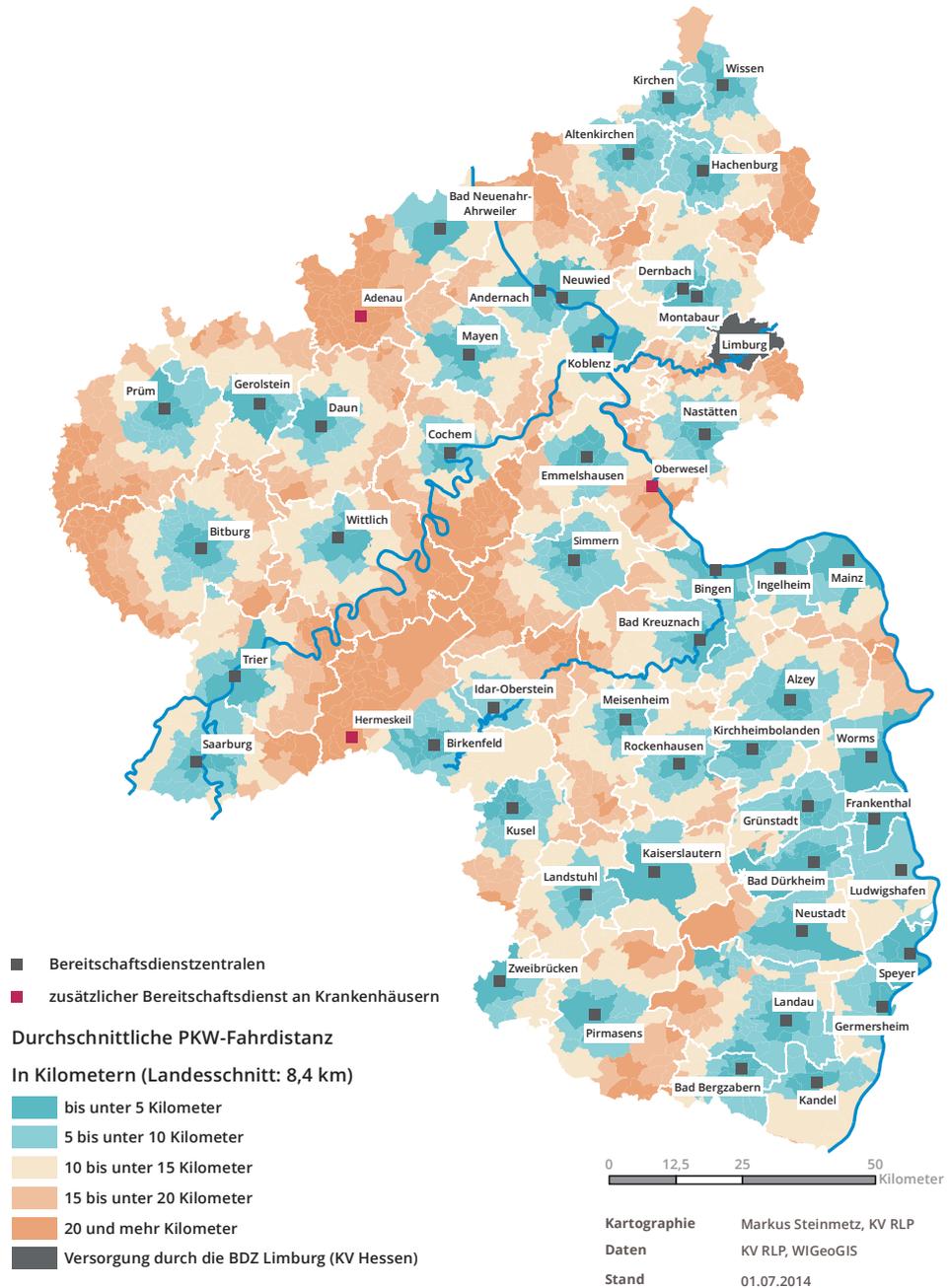


ABBILDUNG 1.4: DISTANZEN ZUR NÄCHSTGELEGENEN
BEREITSCHAFTSDIENSTZENTRALE





die KV RLP bestrebt, möglichst viele Faktoren zu berücksichtigen. Neben der Erreichbarkeit müssen auch Kriterien wie zum Beispiel die Anzahl der verfügbaren Vertragsärzte im Versorgungsgebiet und Wirtschaftlichkeitsaspekte berücksichtigt werden. Hieraus ergeben sich für Rheinland-Pfalz auf Gemeindeebene unterschiedliche Distanzen zur nächstgelegenen Bereitschaftsdienstzentrale.

| ABBILDUNG 1.4

Aufgrund der heterogenen Siedlungsstruktur, topographischen und verkehrsinfrastrukturellen Gegebenheiten sind in einigen Randgebieten von Rheinland-Pfalz durchschnittlich mehr als 20 Kilometer PKW-Fahrdistanz zur nächstgelegenen BDZ zurückzulegen. Der Anteil der hiervon betroffenen Bevölkerung ist aber vergleichsweise gering, wie eine detailliertere Betrachtung der Bevölkerungsanteile an den einzelnen Distanzklassen zeigt. Hierbei kann man beispielsweise erkennen, dass für 50 Prozent der Bevölkerung die Distanz zur zuständigen BDZ weniger als zehn Kilometer beträgt.

| ABBILDUNG 1.5

Der KV RLP ist bewusst, dass es durch die Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbezirke in Rheinland-Pfalz in einigen Regionen zu Gebietsaufteilungen gekommen ist, die es noch zu optimieren gilt. Daher wird im Jahr 2014 eine erneute Beurteilung der bestehenden Gebietsaufteilungen der jeweiligen Bereitschaftsdienstzentralen erfolgen. Die flächendeckende Umstrukturierung des dezentralen Bereitschaftsdienstes hin zu Bereitschaftsdienstzentralen in Trägerschaft der KV RLP geschieht vor allem aus zwei Gründen:

1 Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes

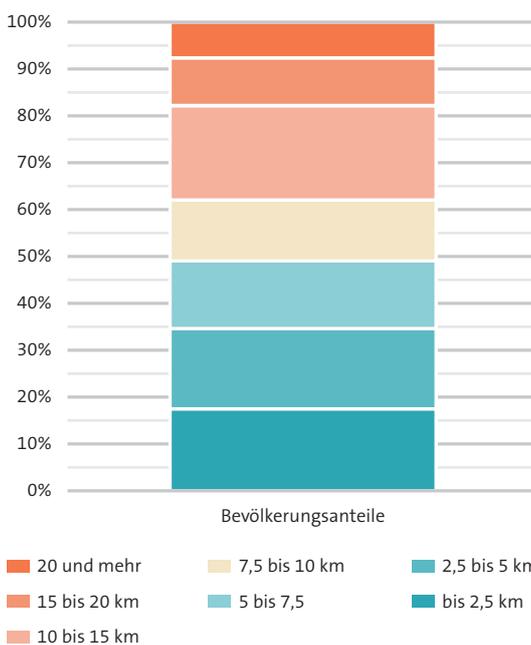
Die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz soll einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten Versorgung außerhalb der Sprechzeiten erhalten. Daher besteht die Möglichkeit, dass alle in Trägerschaft der KV RLP befindlichen Bereitschaftsdienstzentralen über die bundesweite einheitliche Rufnummer 116 117 zu erreichen sind.

Unter dieser Rufnummer erhalten die Patienten in jedem Fall schnell und unkompliziert die Auskunft,

die sie brauchen. Die Rufnummer funktioniert ohne Vorwahl und ist kostenlos, egal ob Patienten von zu Hause oder mit dem Mobiltelefon anrufen. Die Weiterleitung des Anrufers an die für den Aufenthaltsort nächstgelegene Bereitschaftsdienstzentrale erfolgt über ein komplexes technisches System, das „Intelligente Netz“, welches im Hintergrund des jeweiligen Anrufs abläuft:

Wählt ein Patient die sechsstellige Nummer, erkennt das System in Sekundenschnelle mittels der Vorwahl, woher der Anruf genau kommt und welcher Bereitschaftsdienst für ihn zuständig ist. Dies alles geschieht in der Regel automatisch und vom Anrufer unbemerkt. Schon nach wenigen Sekunden ist der Anrufer mit dem richtigen Dienst verbunden. Kann der Standort des Anrufers nicht ausfindig gemacht werden, weil zum Beispiel der Anruf seinen Ursprung im Mobilfunknetz hat, wird er gebeten, über die Tasten des Telefons seine Postleitzahl einzugeben oder anzusagen. Nach erfolgreicher Eingabe beziehungsweise Nennung der

ABBILDUNG 1.5: DISTANZEN ZUR ZUSTÄNDIGEN BEREITSCHAFTSDIENSTZENTRALE: BEVÖLKERUNGSANTEILE



Postleitzahl wird der Anrufer, entsprechend seiner Eingabe, an den jeweiligen Bereitschaftsdienst weitergeleitet. Erfolgt keine oder eine falsche Eingabe, wird der Anrufer in das Service-Center der 116 117 vermittelt. Die Mitarbeiter im Service-Center können für den Patienten anhand seiner Adresse problemlos den richtigen Bereitschaftsdienst ermitteln und den Patienten zum Bereitschaftsdienstarzt verbinden.

2 Gewinnung von Mediziner Nachwuchs durch zentral geregelten Bereitschaftsdienst

Auch wenn in vielen ländlichen Regionen die dezentrale Bereitschaftsdienstorganisation durch kollegiale Vertretungsringe der niedergelassenen Vertragsärzte jahrzehntelang reibungslos funktioniert hat und in der Bevölkerung dadurch eine hohe Akzeptanz genießt, kann die KV RLP den drohenden Ärztemangel in diesen Gebieten nicht ignorieren. Die Altersstrukturen der Vertragsärzteschaft führen schon bis Ende dieses Jahrzehntes zu einem

hohen Wiederbesetzungsbedarf gerade in der wohnortnahen Grundversorgung.

Um gerade in Regionen mit geringer Arztdichte für vakante und zukünftig zu besetzende Vertragsarztsitze überhaupt potenzielle Nachfolger zu finden, ist die flächendeckende Errichtung von Bereitschaftsdienstzentralen ein unabdingbarer Schritt. Nur wenn dort der Bereitschaftsdienst durch die KV RLP zentral geregelt wird, hat die vertragsärztliche Versorgung überhaupt Chancen im Wettbewerb um junge Mediziner. Diese Medizinergeneration ist nicht mehr bereit, in kurzen Abständen Bereitschaftsdienst außerhalb der Sprechzeiten zu leisten und in ihrer Praxis ständig erreichbar sein zu müssen. Gerade vor dem Hintergrund einer steigenden Anzahl älterer und immobiler Patienten, die auf einen Hausbesuch angewiesen sind, ermöglicht die Einrichtung von Bereitschaftsdienstzentralen mit einer entsprechenden Ausstattung so ein nachhaltiges hohes Versorgungsniveau.



ZUKUNFT DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Im deutschen Gesundheitssystem spielt die hausärztliche Versorgung, im Gegensatz zu vielen anderen vergleichbaren Ländern, eine tragende Rolle bei der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Der Hausarzt ist eine Säule bei der Sicherstellung einer wohnortnahen und flächendeckenden ambulanten Gesundheitsversorgung. Er ist der erste persönliche medizinische Ansprechpartner vor Ort und fungiert ferner als Lotse in den nicht immer überschaubaren komplexen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens.

Diese weit über die kurative medizinische Behandlung hinausgehende Komponente wird auch im Fünften Sozialen Gesetzbuch (SGB V) als eine Aufgabe der hausärztlichen Versorgung angesehen. Insgesamt beinhaltet das Aufgabenspektrum der Hausärzte nach Maßgabe des §73 Abs.1 SGB V:

- Diagnostik und Therapie bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfeldes
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen
- Zusammenführung der ambulanten und stationären Versorgung
- Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen
- Integration nicht ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlung

An der hausärztlichen Versorgung nehmen folgende Arztgruppen teil:

- Allgemeinärzte
- Kinderärzte
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung

Zur Beschreibung des Strukturwandels der Hausärzteschaft und ihrer Versorgungsfunktion werden im Folgenden nur die Hausärzte nach Fachgruppendefinition der Bedarfsplanung betrachtet. Da Kinderärzte nach dieser Systematik als Fachärzte separat geplant werden, werden diese in den folgenden Betrachtungen nicht als Hausärzte gezählt.

Somit umfasste der hausärztliche Versorgungsbereich in Rheinland-Pfalz am 31. Dezember 2013 2.716 vertragsärztlich tätig zugelassene und angestellte Hausärzte, die insgesamt 2.575 Vertragsarztsitze im Sinne

von Vollzeitstellen repräsentieren. Demgegenüber stehen 4.246 Fachärzte und Psychotherapeuten, die einen Versorgungsumfang von 3.692 Vertragsarztsitzen umfassen. Von den 6.962 tätigen Vertragsärzten in Rheinland-Pfalz³ sind also 39,1 Prozent dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen. Von den insgesamt 6.267 Vertragsarztsitzen sind 41,1 Prozent hausärztlich. Im Jahr 2012 versorgten die Hausärzte mit fast zehn Millionen kurativ ambulanten Fällen etwas mehr als 50 Prozent des gesamten ambulanten Fallvolumens.⁴

Der Anteil des hausärztlichen Versorgungsbereiches an der vertragsärztlichen Versorgung ist in Rheinland-Pfalz aufgrund der heterogenen Siedlungsstruktur regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. In ländlichen Regionen ist er tendenziell höher als in verdichteten Regionen und Großstädten, wo eine deutlich höhere Facharztdichte vorzufinden ist.

| KAPITEL 2.1

Aufgrund der Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für die Bevölkerung ist die Kenntnis der regionalen Strukturen und Entwicklungen der Ärzte- und der Patientenschaft gerade in einem in weiten Teilen ländlich geprägten Flächenland wie Rheinland-Pfalz höchst relevant, um den Auswirkungen von demographischem Wandel und Ärztemangel effektiv begegnen zu können.

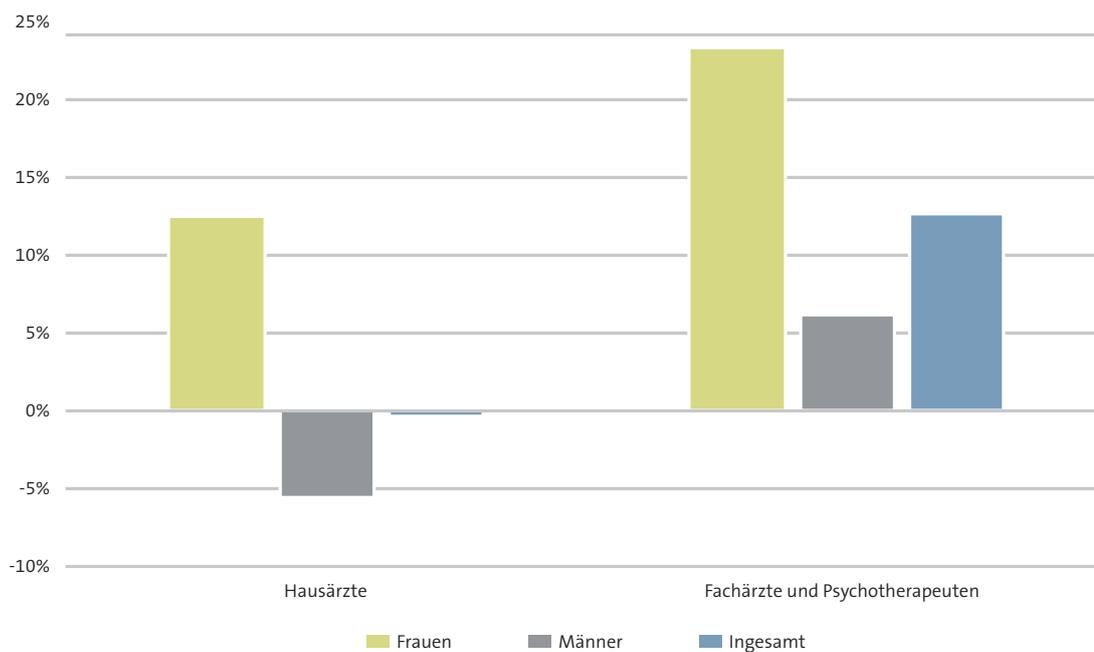
Vor diesem Hintergrund sollen im vorliegenden Versorgungsatlas 2014 folgende Aspekte der hausärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz intensiv betrachtet werden:

- Strukturwandel der Hausärzteschaft
- Strukturen und Entwicklungen der Hausarzt-patienten
- Behandlungs- und Leistungsgeschehen
- Räumliche Strukturen der hausärztlichen Versorgung

³ Es gibt einige Ärzte, die sowohl als Haus- als auch als Fachärzte tätig sind. Somit weicht die Zahl der Ärzte von der Summe der Haus- und Fachärzte ab.

⁴ Kurativ ambulante Fälle 2012 nach Praxissitz (ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte) 2012: 19.593.178, davon 50,85 Prozent hausärztlich.

ABBILDUNG 2.1: ENTWICKLUNG DER ANZAHL VERTRAGSÄRZTLICH TÄTIGER HAUS- UND FACHÄRZTE NACH GESCHLECHT VON 2008 BIS 2013



	2008		2013		Entwicklung 2008 – 2013	
	Hausärzte	Fachärzte	Hausärzte	Fachärzte	Hausärzte	Fachärzte
Männer	1.873	2.412	1.768	2.563	- 105	151
Frauen	844	1.356	948	1.658	104	302
GESAMT	2.717	3.768	2.716	4.221	- 1	453

2.1 STRUKTURWANDEL DER HAUSÄRZTESCHAFT

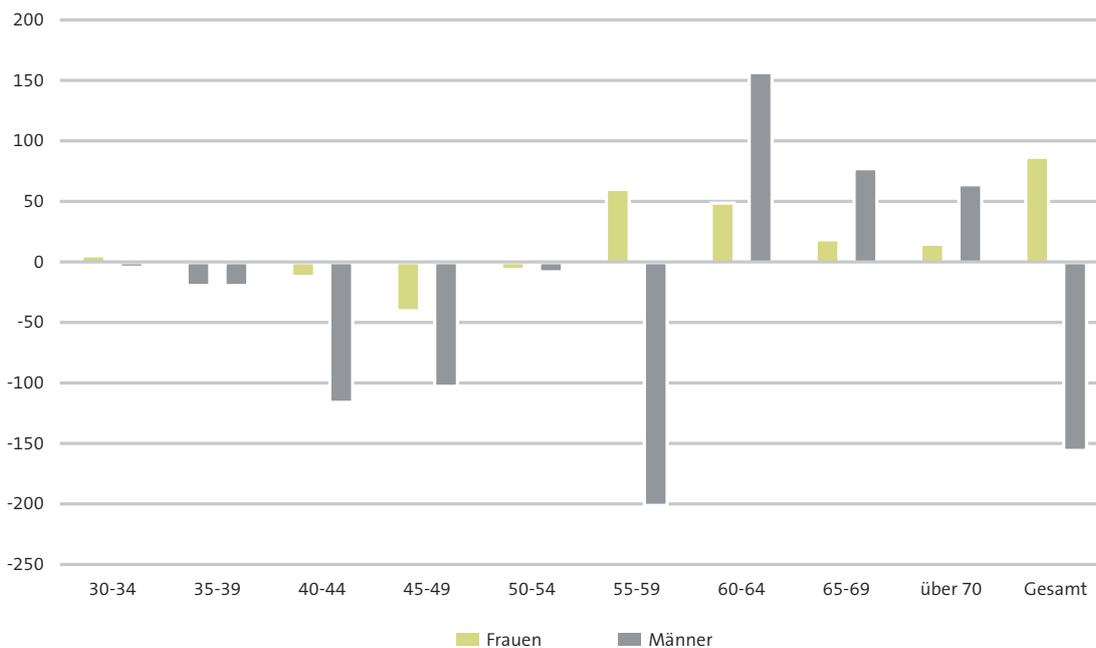
Die Strukturen der Hausärzteschaft befinden sich in einem tiefgreifenden Wandel, dessen Auswirkungen auf die ambulante Versorgung der Bevölkerung schon jetzt teilweise spürbar sind, bis zum Ende dieses Jahrzehntes jedoch noch sehr viel deutlicher zutage treten werden. Dieser Wandel ist insbesondere auf folgende Entwicklungen und Rahmenbedingungen zurückzuführen:

- Wandel der Alters- und Geschlechterstrukturen

- Hoher Nachbesetzungsbedarf und „fehlender“ Nachwuchs
- Wandel der regionalen Verteilung der Hausarztpraxen
- Wandel der Arbeits-, Organisations- und Praxisformen
- Fehlende Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit in der hausärztlichen Grundversorgung ländlicher Regionen
- Mentalitätswandel der neuen Medizinergeneration (Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit)



ABBILDUNG 2.2: ENTWICKLUNG DER ANZAHL VERTRAGSÄRZTLICH TÄTIGER HAUSÄRZTE NACH GESCHLECHT UND ALTERSKLASSEN VON 2008 BIS 2013



2.1.1 Wandel der Alters- und Geschlechterstrukturen

Die sich wandelnden Alters- und Geschlechterstrukturen in der Vertragsärzteschaft werden insbesondere den Wandel der hausärztlichen Versorgungslandschaft bestimmen. Schon die derzeitigen Strukturen lassen Rückschlüsse auf künftige Entwicklungen zu. So lässt sich etwa der zu erwartende Wiederbesetzungsbedarf von Vertragsarztsitzen regional und zeitlich abschätzen.

Die Entwicklungen der vergangenen Jahre können ferner schon Erklärungen für heutige Phänomene geben. So ist zwischen 2008 und 2013 die Zahl der Hausärzte nahezu konstant geblieben. Im selben Zeitraum nahm die Zahl der Fachärzte und Psychotherapeuten um 12,7 Prozent zu.

Die Zahl der Hausärzte konnte nur konstant gehalten werden, weil der Rückgang der männlichen Hausärzte fast vollständig durch den Anstieg der weiblichen Hausärzte kompensiert werden konnte. Demgegenüber ist die Anzahl der niedergelassenen

männlichen Fachärzte um etwa sechs Prozent angestiegen, die der weiblichen sogar um mehr als 24 Prozent. Es ist jedoch anzumerken, dass diese Anstiege vor allem auf die Fachgruppen der Psychotherapeuten und Fachinternisten (Sonderbedarfe) sowie auf bis 2013 unbeplante Fachgruppen, für die nun Zulassungssperren verhängt werden können, zurückzuführen sind.

| ABBILDUNG 2.1

Bei einer Betrachtung der Entwicklungen in den einzelnen Altersklassen nach Geschlecht wird deutlich, dass die Anzahl der Hausärzte neben der Zunahme weiblicher Vertragsärzte durch Verschiebungen innerhalb der Altersklassen geprägt war. So ist etwa die Anzahl der über 70-jährigen vertragsärztlich tätigen Hausärzte von zwei im Jahr 2008 auf 78 im Jahr 2013 sprunghaft angestiegen. Davon sind 31 angestellte Hausärzte, die anderen sind zugelassene, fast ausschließlich mit vollem Versorgungsumfang in Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften praktizierende Vertragsärzte. Hauptgrund für diesen starken Anstieg ist neben dem Wegfall der

Altersgrenze, dass in den meisten Fällen kein Nachfolger gefunden werden kann und aus Verantwortung für die Patienten weiter praktiziert wird.

| ABBILDUNG 2.2

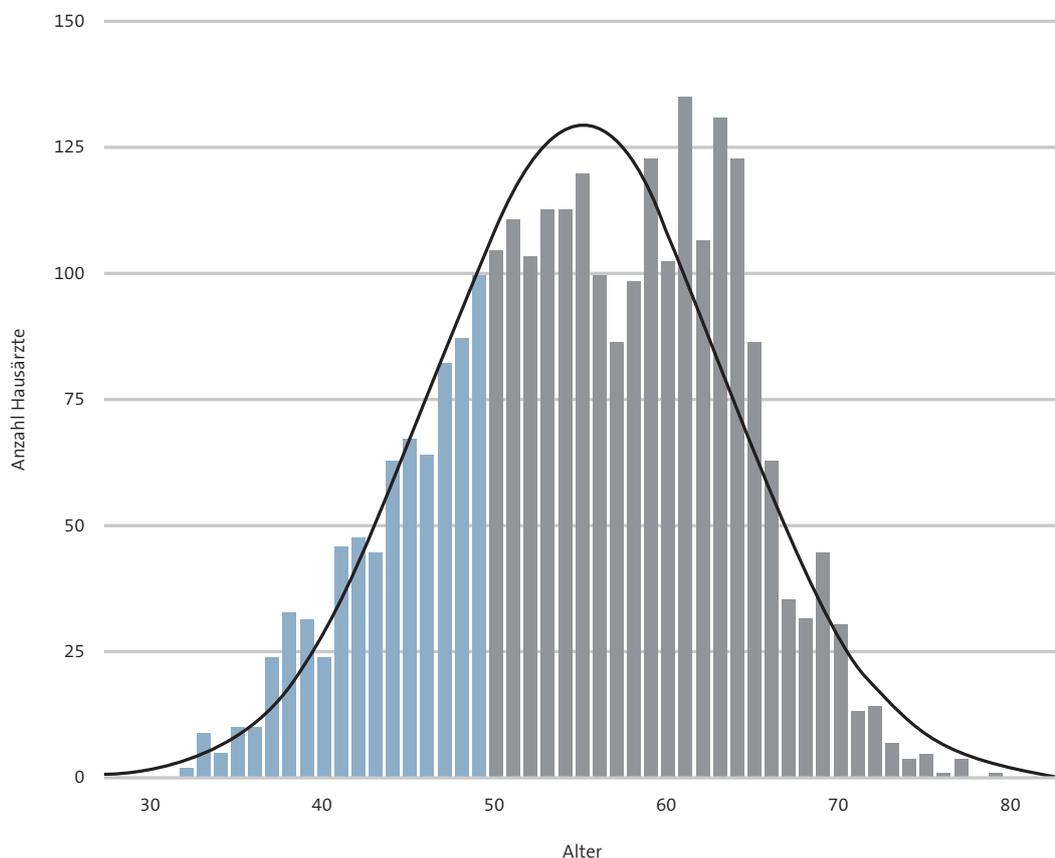
Bei der Verschiebung zwischen den Altersklassen der 55- bis 59-Jährigen und der 60- bis 64-Jährigen handelt es sich zumeist um Vertragsärzte des sogenannten „Seehofer-Bauches“. Durch angekündigte Zulassungssperren des damaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer kam es Anfang der 1990er-Jahre zu einem kurzfristigen Niederlassungsboom, dessen Folgen noch heute in der Altersverteilung ablesbar sind. Da durch die anschließenden langjährigen Niederlassungssperren in den meisten Planungsbereichen keine jungen Mediziner zugelassen

werden konnten, sind heute nur 27 Prozent der Hausärzte jünger als 50 Jahre.

| ABBILDUNGEN 2.3

Als Folge dieser ungleichen Altersverteilung wird in den nächsten Jahren eine umso größere altersbedingte Abgangswelle von Hausärzten zu ersetzen sein. Die Auswirkungen sind schon heute spürbar. Neben den bereits erwähnten Praxisabgebern, die keinen Nachfolger finden, sind inzwischen 23 von 50 hausärztlichen Planungsbereichen in Rheinland-Pfalz für die Niederlassung geöffnet. Nach dem Stand der Bedarfsplanung von Juni 2014 bestehen auf diesem Weg Niederlassungsmöglichkeiten von 74 Vollzeitstellen, darunter auch in einigen städtischen Bereichen wie Trier, Ludwigshafen und Worms.

ABBILDUNG 2.3: ALTERSVERTEILUNG VERTRAGSÄRZTLICH TÄTIGER HAUSÄRZTE 2013





Obwohl sie deutlich jünger als ihre männlichen Hausarztkollegen sind, kann auch die Zunahme der weiblichen Hausärzte diese Entwicklung nicht mehr aufhalten, da ihr Anteil an der Hausärzteschaft erst 35 Prozent beträgt. In den Altersklassen der unter 45-Jährigen stellen sie allerdings bereits die Mehrheit.

| ABBILDUNG 2.5

In den Altersstrukturen zeigen sich deutlich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während das mittlere Tätigkeitsalter der männlichen Hausärzte 57 Jahre beträgt, ist es mit 52 Jahren bei den Hausärztinnen deutlich niedriger. Der Anteil der über 59-Jährigen liegt bei den Männern mit über 40 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen. Im Vergleich zur Fachärzteschaft wird die ungünstige Altersstruktur der Hausärzte in Rheinland-Pfalz nochmals deutlich. Während das mittlere Alter der vertragsärztlich tätigen Hausärzte auf inzwischen 55 Jahre angestiegen ist, beträgt dies bei den Fachärzten, inklusive Kinderärzte und Psychotherapeuten, noch 52 Jahre. Dies bedeutet, dass bereits mehr als 50 Prozent der 2.716 Hausärzte in Rheinland-Pfalz schon 55 Jahre und älter sind – mehr als 30 Prozent sind sogar älter als 60 Jahre.

| ABBILDUNG 2.4 UND 2.6

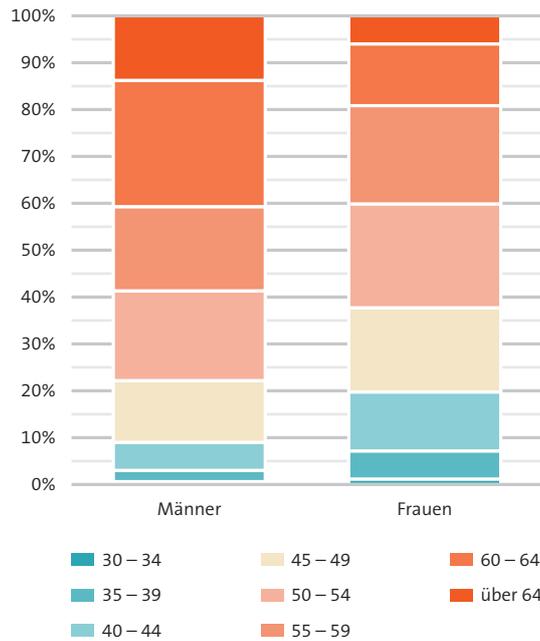
Diese 1.467 Hausärzte müssen altersbedingt bis 2020 ersetzt werden, damit der derzeitige Status quo der hausärztlichen Grundversorgung erhalten werden kann.

Die beschriebene Altersstruktur der Hausärzteschaft in Rheinland-Pfalz hat vor allem zwei Ursachen. Erstens fehlen immer häufiger junge Nachrücker für die ausscheidenden Vertragsärzte. Nur noch zehn Prozent der neuen Facharztanerkennungen entfielen 2012 auf die Allgemeinmedizin.⁵ In Rheinland-Pfalz stand mit 239 Facharztanerkennungen zwischen 2006 – 2010⁶ noch nicht einmal die Hälfte potenzieller Nachbesetzer den

5 Datenquelle: Bundesärztekammer Berlin, Fachgebietenanerkennungen für „Allgemeinmedizin“ und „Innere und Allgemeinmedizin“.

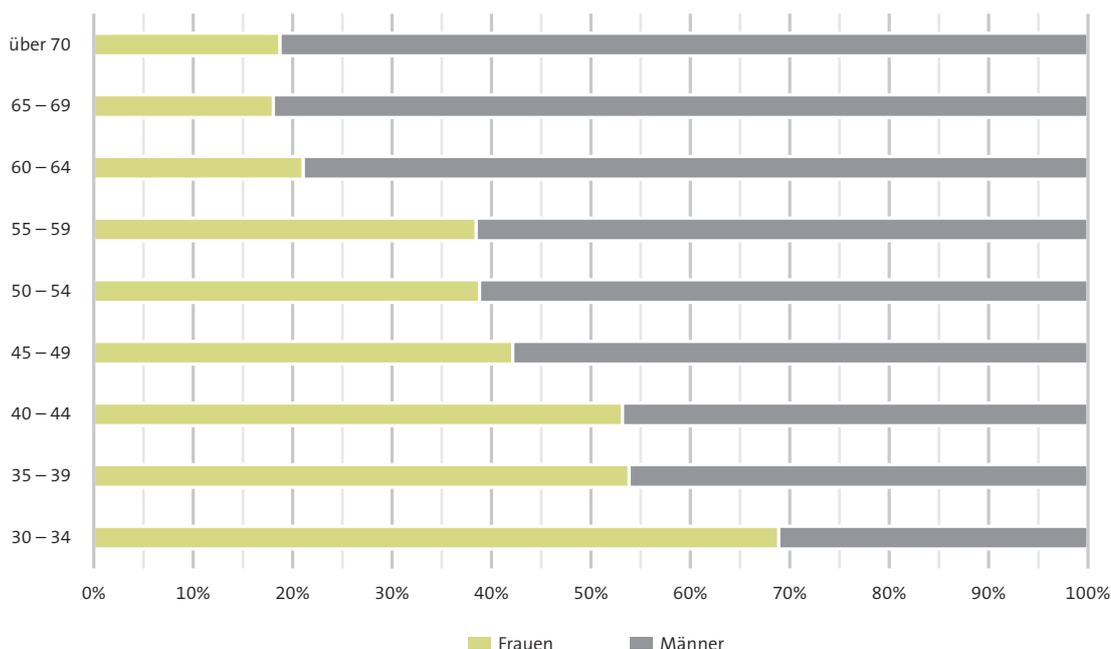
6 Datenquelle: Bezirksärztekammern Rheinland-Pfalz.

ABBILDUNG 2.4: ALTERSSTRUKTUREN DER HAUSÄRZTESCHAFT NACH GESCHLECHT 2013



501 Abgängern gegenüber. Dies liegt vor allem an den derzeitigen allgemeinen Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Tätigkeit, die eine hausärztliche Tätigkeit im Vergleich zum Krankenhaussektor, der Industrie oder dem Ausland wenig attraktiv erscheinen lassen. Auch liegen viele der zu vergebenden hausärztlichen Vertragsarztsitze nach Ansicht der jungen Medizinergeneration an unattraktiven Standorten abseits der Großstädte. Zweitens ist das mittlere Alter der Einsteiger in die hausärztliche Versorgung auf inzwischen 42,5 Jahre angestiegen. Das bedeutet, dass die neu hinzugekommenen Vertragsärzte der ambulanten Versorgung potenziell immer weniger Jahre zur Verfügung stehen und somit tendenziell immer früher ersetzt werden müssen. Denn das mittlere Ausstiegsalter liegt, trotz der Aufhebung der Regelaltersgrenze von 68 Jahren, bei den Hausärzten bei 62 Jahren. Neben der Kritik an den politischen Rahmenbedingungen sind es vor allem fehlende Nachfolgeperspektiven, welche die Niedergelassenen von einem längeren Betrieb ihrer Praxis abhalten.

ABBILDUNG 2.5: GESCHLECHTERANTEILE AN DER HAUSÄRZTESCHAFT NACH ALTERSKLASSEN 2013



2.1.2 Regionale Verteilung und altersbedingter Nachbesetzungsbedarf

Wenn das derzeitige Ausstiegsalter aus der hausärztlichen Versorgung von 62 Jahren bis 2020 als konstant angenommen wird, ergibt sich ab dem Stichtag 31. Dezember 2013 ein altersbedingter Nachbesetzungsbedarf von 1.392 hausärztlichen Versorgungsumfängen für die knapp vier Millionen Einwohner in Rheinland-Pfalz. Dies entspricht etwas mehr als 54 Prozent des derzeitigen Versorgungsumfanges. Anzumerken ist, dass bei einer zahlenmäßigen Betrachtung des altersbedingten Nachbesetzungsbedarfs immer nur der Ersatzbedarf ermittelt werden kann, der benötigt wird, um den derzeitigen Status quo der Versorgung aufrechtzuerhalten. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass durch den steigenden Behandlungsbedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung sowie der zunehmenden Aufteilung von Vertragsarztsitzen auf mehrere Ärzte, der Bedarf an Hausärzten sogar noch größer sein wird.

| KAPITEL 2.1, 2.2 UND 2.2.1

Die Auswirkungen der altersbedingten Abgangswelle aus der hausärztlichen Versorgung bis 2020 werden sich aufgrund der siedlungs- und verwaltungsstrukturellen Heterogenität des Landes regional sehr unterschiedlich auf die zukünftige vertragsärztliche Versorgung auswirken. Die Anzahl der Versorgungsumfänge nimmt mit zunehmender Versorgungsfunktion und Einwohnerzahl der Gemeinden zu.

| ABBILDUNGEN 2.7 UND 2.8

Kreisfreie Städte und Kreisstädte besitzen allerdings keinen überdurchschnittlichen Anteil an Versorgungsumfängen im Vergleich zu ihrem Bevölkerungsanteil. Dies weisen allerdings Gemeinden mit einem Verbandsgemeindesitz auf, deren Anteil an den Hausarztsitzen mit 26,1 Prozent einem Bevölkerungsanteil von 16,6 Prozent gegenübersteht. Natürlich orientiert sich die räumliche Verteilung von Hausärzten nicht nur an administrativen Grenzen, sondern auch an Erreichbarkeiten und Bevölkerungsschwerpunkten. Deshalb weisen die Ortsgemeinden



ohne Verwaltungssitz auch mit 665 nur 25,8 Prozent der Versorgungsumfänge auf, obwohl in ihnen mit 1,6 Millionen Einwohnern 40 Prozent der Bevölkerung von Rheinland-Pfalz leben. In 375 von 2.109 Ortsgemeinden ohne Sitz einer Verbandsgemeinde- oder Kreisverwaltung gibt es mindestens einen Hausarztsitz. Hier sind Hausärzte auch in kleineren Gemeinden ländlicher Regionen in Rheinland-Pfalz präsent, wo sie häufig als Einzelpraxis den gesamten Versorgungsumfang der jeweiligen Region alleine abdecken.

| TABELLE 2.1 UND KAPITEL 3.1

Im Vergleich zu den anderen Gemeindetypen oder im Landesdurchschnitt ist der prozentuale Nachbesetzungsbedarf in den Ortsgemeinden ohne Verwaltungssitz aber nicht signifikant höher.

| TABELLE 2.2

Von diesen 375 Ortsgemeinden müssen aber in 161 bis zum Jahr 2020 altersbedingt alle Vertragsarztsitze nachbesetzt werden. Darüber hinaus droht noch

weiteren 20 Gemeinden (einer verbandsfreien und 19 mit Verbandsgemeindesitz) altersbedingt der Verlust ihrer kompletten hausärztlichen Versorgung.

| ABBILDUNG 2.9 UND TABELLE 2.3

Zusammen umfassen diese 181 Gemeinden fast ein Drittel der Gemeinden mit Hausarztsitz. Auch wenn diese Gemeinden mit 274 von 2.575 Versorgungsumfängen und 339.620 von 3.998.762 Einwohnern nur etwa elf beziehungsweise neun Prozent des hausärztlichen Versorgungsumfanges und der Bevölkerung von Rheinland-Pfalz umfassen, würde ihr Wegfall für viele Regionen das Ende einer flächendeckenden und wohnortnahen hausärztlichen Grundversorgung bedeuten, da ihre Bedeutung für die ambulante Versorgung hier höher ist als in städtischen Räumen.

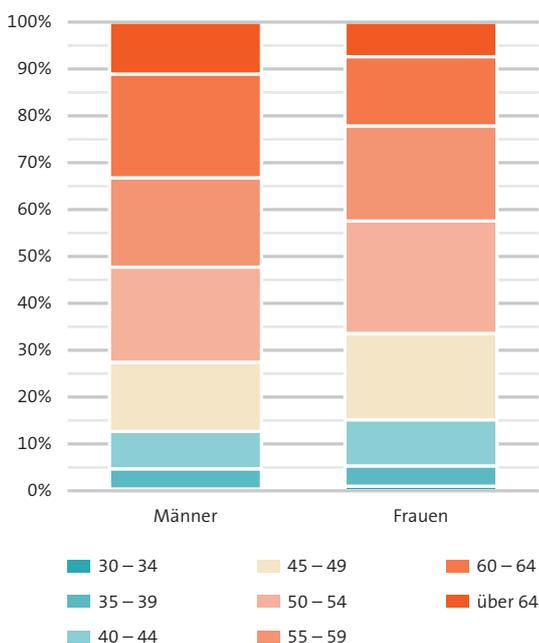
| TABELLEN 2.3 UND 2.4

Neben der hausärztlichen Grundversorgung können durch ihre Existenz in vielen Behandlungsfällen weite Patientenwege zu Fachärzten vermieden werden, was insbesondere auch für die steigende Anzahl älterer und immobiler Patienten von Relevanz ist. Hiervon sind nicht nur die kleineren Ortsgemeinden in ländlichen und peripheren Regionen, sondern auch zahlreiche Gemeinden im Umland der kreisfreien Städte und Kreisstädte betroffen. Hier droht zukünftig ebenfalls ein Trend zur Zentralisierung hausärztlicher Versorgung.

| ABBILDUNG 2.9

Damit einhergehend vollzieht sich ein Wandel der Organisations- und Arbeitsformen in der Hausärzteschaft, indem die klassische Vollzeit-Einzelpraxis im zunehmenden Maße durch andere Organisations-, Praxis- und Arbeitsformen ersetzt wird.

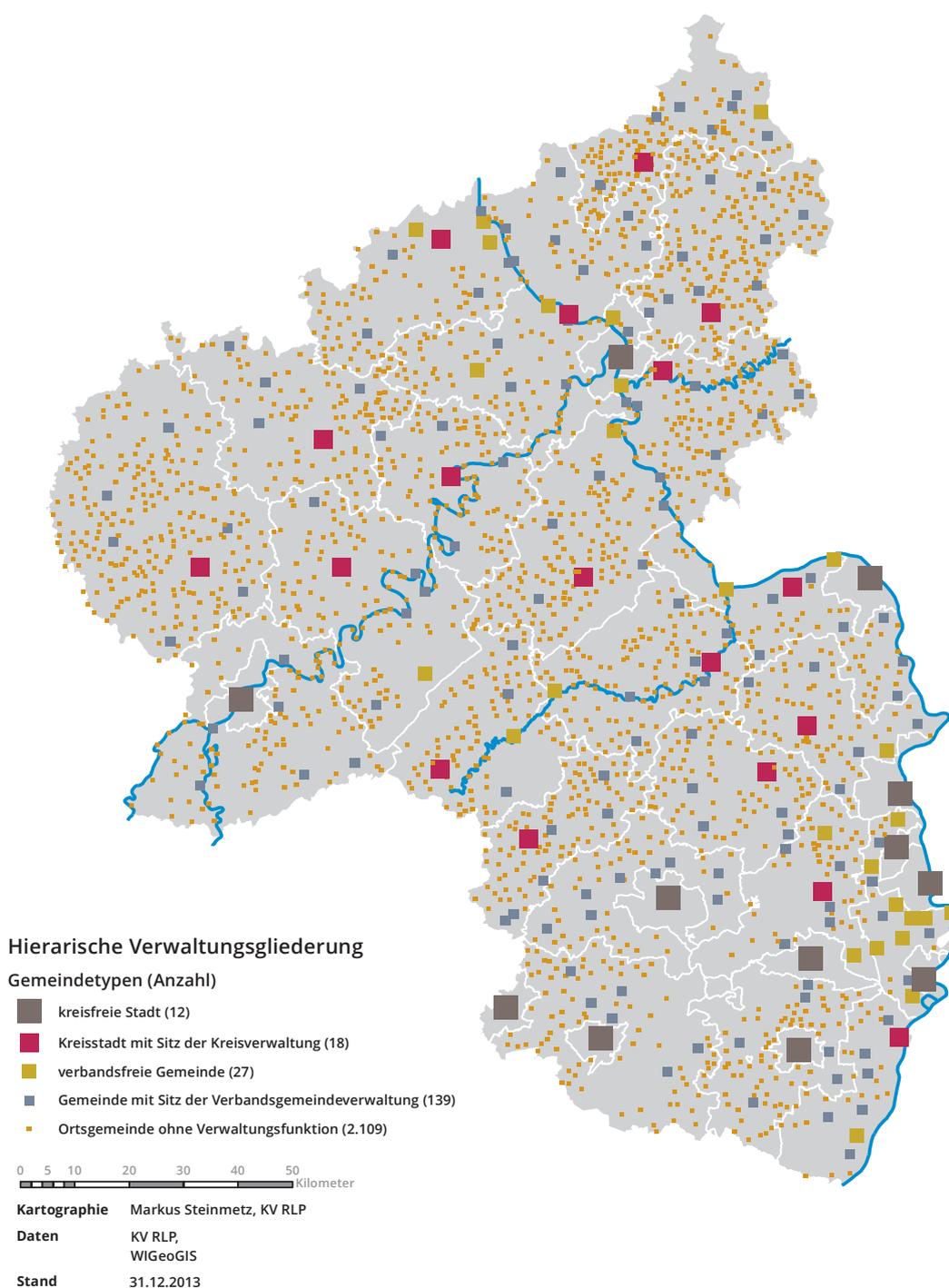
ABBILDUNG 2.6: ALTERSSTRUKTUR DER VERTRAGSÄRZTLICHEN HAUS- UND FACHÄRZTESCHAFT 2013



2.1.3 Wandel der Arbeits-, Organisations- und Praxisformen

Bedingt durch den Wandel der räumlichen Verteilung der Hausarztpraxen und den hohen altersbedingten Nachbesetzungsbedarf werden sich die Arbeits-, Organisations- und Praxisformen der Hausärzteschaft in Rheinland-Pfalz ebenfalls verstärkt wandeln und der hausärztlichen Versorgungsstruktur in vielen Regionen zunehmend ein

ABBILDUNG 2.7: RÄUMLICHE VERTEILUNG DER GEMEINDE TypEN





anderes Gesicht geben. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) ermöglicht den Ärzten und Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung seit 2007 eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Arbeits-, Organisations- und Praxisformen jenseits der inhabergeführten Einzelpraxis. Für die Betrachtung der hausärztlichen Versorgung sind folgende Organisationsformen von Relevanz:

Einzelpraxis

Die Einzelpraxis ist die „klassische“ Organisations- und Praxisform der hausärztlichen Tätigkeit. Ein zugelassener Vertragsarzt betreibt an einem Einzelstandort seine Praxis, die in der Regel einem Versorgungsauftrag entspricht. Dieser Arzt kann – freie Sitze und die

Genehmigung des Zulassungsausschusses vorausgesetzt – andere Ärzte in seiner Praxis anstellen. Auch kann er Zweigpraxen gründen, in denen er angestellte Ärzte beschäftigt oder selber tätig wird.

Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)

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.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

MVZ sind fachgebietsübergreifende vertragsärztliche Organisationsformen, in denen sowohl

TABELLE 2.1: VERTEILUNG DER HAUSARZTSITZE NACH GEMEINDE TypEN

Gemeindetyp	Mit Hausarztsitz	Hausarztsitze (Versorgungsumfänge)		Einwohner	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kreisfreie Stadt	12	699	27,2	1.034.162	25,9
Kreisstadt	18	283	11,0	315.127	7,9
Verbandsfreie Gemeinde	27	255	9,9	385.309	9,6
Gemeinde mit Verbandsgemeindesitz	139	673	26,1	664.034	16,6
Ortsgemeinde ohne Verwaltungssitz	375	665	25,8	1.600.070	40,0
GESAMT	571	2.575	100,0	3.998.702	100,0

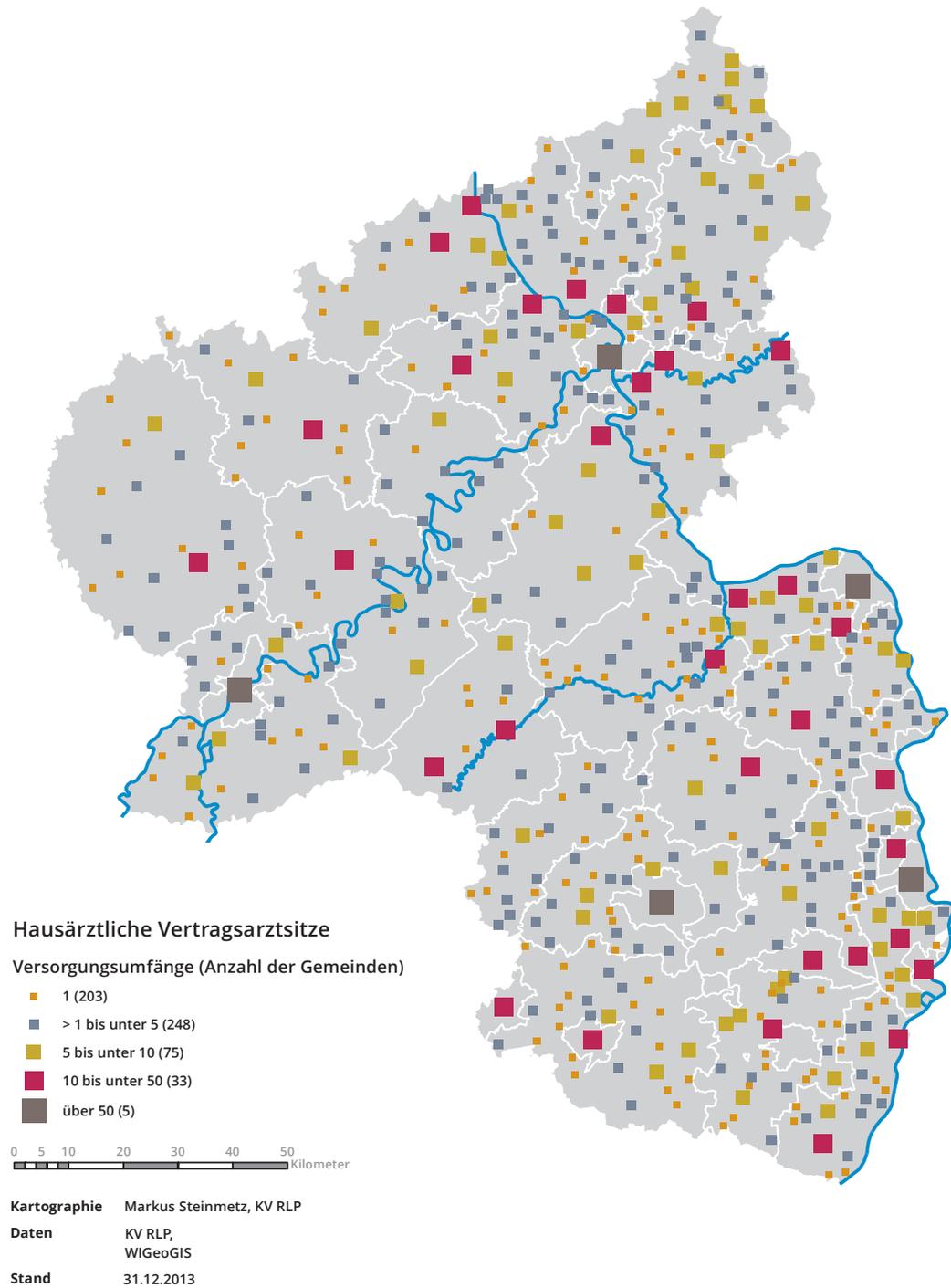
Datenquelle: Arztregister der KV RLP (Stichtag 31. Dezember 2013) und Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Stichtag 31. Dezember 2012)

TABELLE 2.2: ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF DER HAUSARZTSITZE

Gemeindetyp	Hausarztsitze (Versorgungsumfänge) Anzahl	Nachbesetzungsbedarf	
		Absolut	Prozentual
Kreisfreie Stadt	699	374	53,5
Kreisstadt	283	151	53,4
Verbandsfreie Gemeinde	255	130	51,0
Gemeinde mit Verbandsgemeindesitz	673	374	55,6
Ortsgemeinde ohne Verwaltungssitz	665	363	54,6
GESAMT	2.575	1.392	54,1

Datenquelle: Arztregister der KV RLP (Stichtag 31. Dezember 2013) und Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Stichtag 31. Dezember 2012)

ABBILDUNG 2.8: RÄUMLICHE VERTEILUNG DER HAUSÄRZTLICHEN VERTRAGSARZTSITZE





zugelassene als auch angestellte Vertragsärzte tätig sein können. Träger eines MVZ können neben Vertragsärzten auch Krankenhäuser sein, an die sie häufig auch räumlich angegliedert sind. MVZ können zusätzlich Nebenbetriebsstätten gründen oder durch die Gründung von BAGs mit Vertragsärzten zusätzlich überörtlich tätig werden.

Zweigpraxen

Zweigpraxen können faktisch von jeder der obigen Organisationsformen gegründet werden. Sie stellen zusätzlich zur Hauptbetriebsstätte betriebene Praxisstandorte dar. Die Kassenärztliche Vereinigung beziehungsweise der zuständige Zulassungsausschuss genehmigt diese nur, wenn einerseits

TABELLE 2.3: PROZENTUALER ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF DER HAUSARZTSITZE: GEMEINDEN

Gemeindetyp	Anzahl der Gemeinden				
	0 %: kein altersbedingter Nachbesetzungsbedarf	15 % bis unter 40 %	40 % bis unter 60 %	60 % bis unter 100 %	100 %: Alle Vertragsarztsitze müssen ersetzt werden.
Kreisfreie Stadt	0	0	9	3	0
Kreisstadt	0	3	11	4	0
Verbandsfreie Gemeinde	1	5	13	7	1
Gemeinde mit Verbandsgemeindesitz	7	26	45	41	19
Ortsgemeinde ohne Verwaltungssitz	102	25	57	23	161
GESAMT	110	59	135	78	181

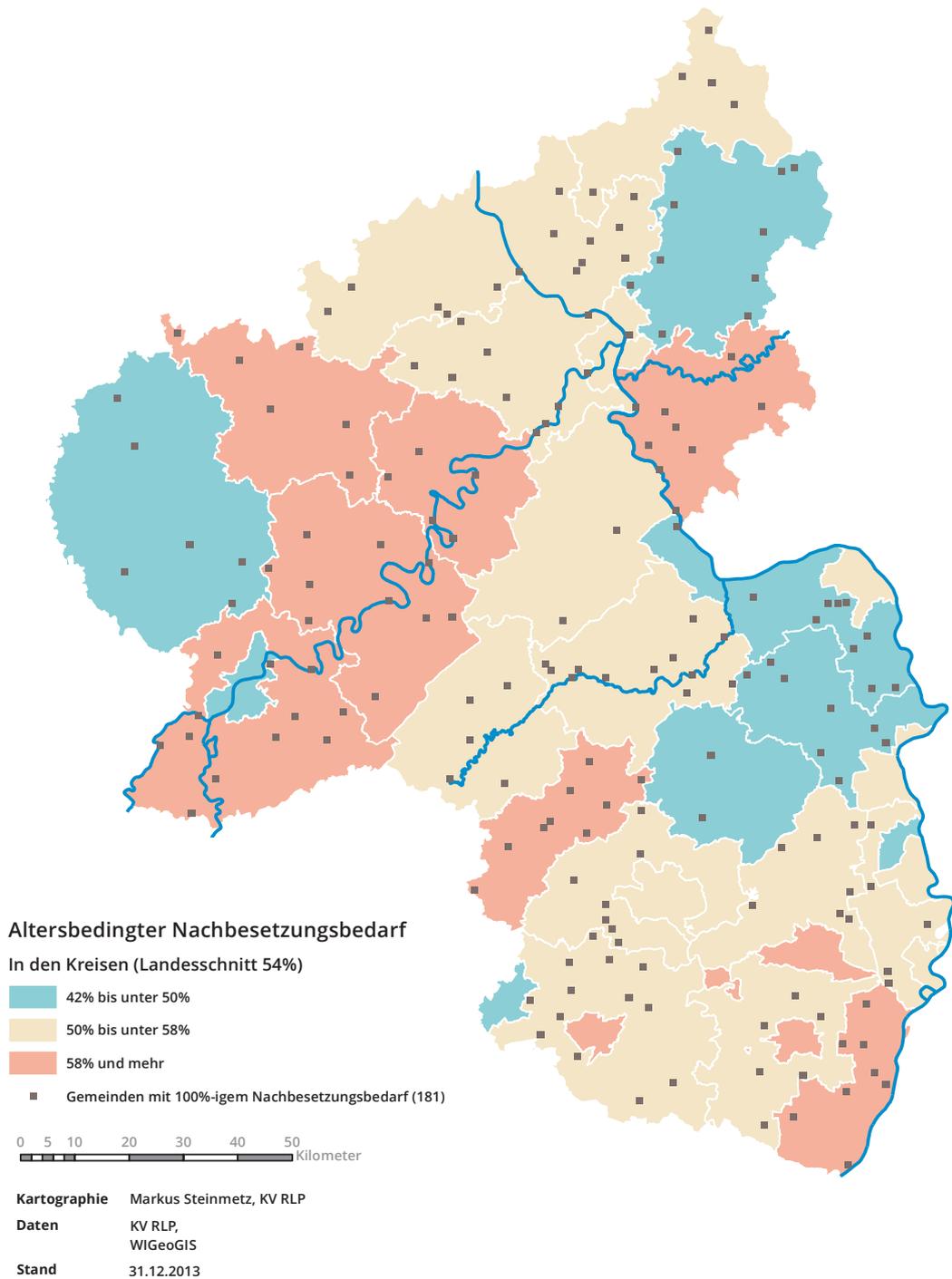
Datenquelle: Arztregister der KV RLP (Stichtag 31. Dezember 2013) und Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Stichtag 31. Dezember 2012)

TABELLE 2.4: PROZENTUALER ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF DER HAUSARZTSITZE: EINWOHNER

Gemeindetyp	Anzahl der Einwohner				
	0 %: kein altersbedingter Nachbesetzungsbedarf	15 % bis unter 40 %	40 % bis unter 60 %	60 % bis unter 100 %	100 %: Alle Vertragsarztsitze müssen ersetzt werden.
Kreisfreie Stadt	0	0	897.501	136.661	0
Kreisstadt	0	52.923	223.161	39.043	0
Verbandsfreie Gemeinde	6.592	51.153	207.940	111.206	8.418
Gemeinde mit Verbandsgemeindesitz	24.261	133.494	241.740	203.567	59.449
Ortsgemeinde ohne Verwaltungssitz	171.228	72.399	142.279	55.080	271.753
GESAMT	202.081	309.969	1.712.621	545.557	339.620

Datenquelle: Arztregister der KV RLP (Stichtag 31. Dezember 2013) und Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Stichtag 31. Dezember 2012)

ABBILDUNG 2.9: ALTERSBEDINGTE NACHBESETZUNG DER HAUSÄRZTLICHEN VERTRAGSARZTSITZE BIS 2020





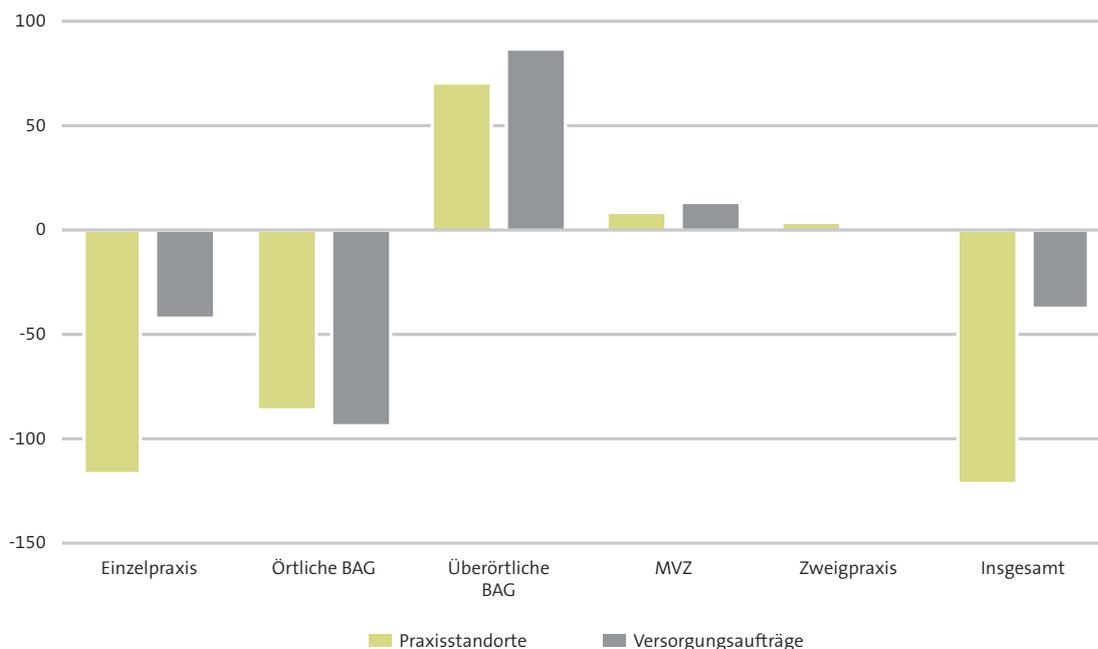
dadurch die Versorgungssituation vor Ort verbessert wird und sich andererseits die Versorgung am Hauptpraxissitz nicht verschlechtert. Ein Vertragsarzt kann an maximal zwei Orten außerhalb seines Praxissitzes in Zweigpraxen tätig werden oder dort weitere Vertragsärzte anstellen. Mit den Möglichkeiten der Gründung von überörtlichen BAG und MVZ sowie der Ausweitung von Anstellungsmöglichkeiten wurden aus qualitativer, organisatorischer und wirtschaftlicher Sicht attraktive neue Berufsausübungsmöglichkeiten für die vertragsärztliche Tätigkeit geschaffen, um im Wettbewerb um junge Fachärzte bestehen zu können. Neben der flächendeckenden Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Bereitschaftsdienstzentralen in KV-Trägerschaft trägt auch diese Flexibilität dazu bei, überhaupt noch Nachfolger für aus der ambulanten Versorgung ausscheidende Hausärzte zu finden.

| KAPITEL 1.3

Insofern waren diese Neuregelungen eine Anpassung an die Realität, in der die junge Medizinergeneration aus Arbeitszeitgründen und wegen des gestiegenen ökonomischen Risikos eine Einzelpraxis gerade auch im hausärztlichen Bereich nicht präferiert.

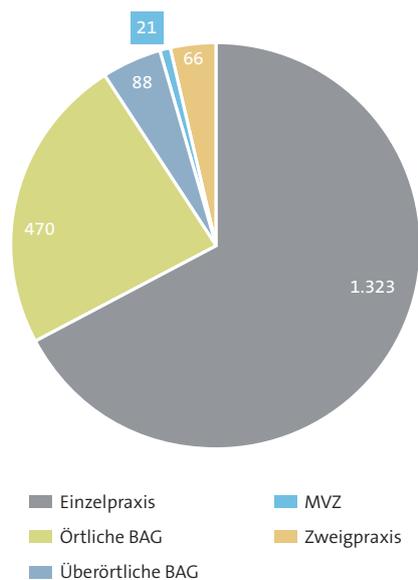
Zusätzlich bietet die Gründung von Nebenbetriebsstätten, insbesondere von Zweigpraxen, Möglichkeiten, auch zukünftig in peripheren und strukturschwachen Regionen eine hausärztliche Grundversorgung anzubieten. Perspektivisch werden auch immer mehr altersbedingt aufgegebenen Einzelpraxen in diesen Regionen durch diese Praxisformen ersetzt werden. Der Trend in der vertragsärztlichen Versorgung scheint unweigerlich in Richtung Teilzeit-, Kooperations- und Überörtlichkeitsmodelle zu tendieren. Dieser Trend ist zwar auch bereits heute bei den Hausärzten erkennbar, doch ist noch kein gravierender Umbruch in der Struktur der hausärztlichen Versorger auszumachen. Die Zahl der Einzelpraxisstandorte ist zwar von 2008

ABBILDUNG 2.10: ENTWICKLUNG DER ORGANISATIONSFORMEN VON 2008 BIS 2013: ANZAHL DER HAUSARZT-PRAXISSTANDORTE UND VERSORGUNGS-AUFTRÄGE



Die Anzahl der Versorgungsaufträge insgesamt entspricht nicht vollständig der Summe der einzelnen Organisationsformen. Sie ist niedriger, da jeder Versorgungsauftrag bedarfsplanerisch einem Vertragsarzt an nur einem Praxisstandort zugeordnet wird. Vertragsärzte in überörtlichen BAG oder Nebenbetriebsstätten wie Zweigpraxen dürfen aber generell an allen Praxisstandorten tätig werden, sodass es in der Kombination Betriebsstätte-Versorgungsauftrag zu Doppelzählungen kommt.

ABBILDUNG 2.11:
ORGANISATIONSFORMEN 2013: ANZAHL
DER HAUSARZTPRAXISSTANDORTE

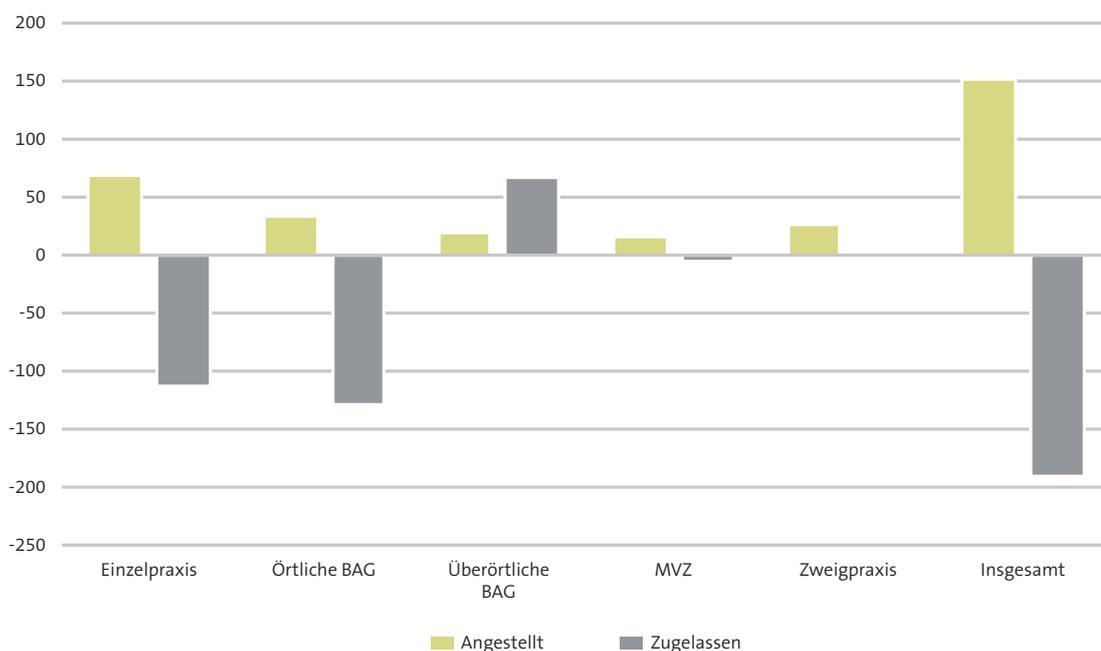


bis 2013 um 114 auf 1.323 gesunken, doch ist sie weiterhin mit 67 Prozent die vorherrschende Praxisform in der hausärztlichen Versorgung.

| ABBILDUNG 2.10 UND 2.11

Deutlich gesunken ist auch die Anzahl der örtlichen BAG, allerdings sind viele durch Hinzunahme eines weiteren Vertragsarztes in überörtliche BAG-Standorte umgewandelt worden. Die Kooperation von räumlich getrennten Hausarztsitzen scheint attraktive Synergieeffekte bieten zu können. Die Anzahl von MVZ- und Zweigpraxis-Standorten hat sich im untersuchten Zeitraum nur gering erhöht, sodass insgesamt die Anzahl der Hausarztpraxisstandorte von 2008 bis 2013 um 118 auf 1.965 abgenommen hat. Dies hat natürlich auch zu einer räumlichen Konzentration von Praxisstandorten geführt. Ein Hauptteil der damit verbundenen Versorgungsaufträge ist aber nicht entfallen, sondern beispielsweise in überörtliche BAG überführt worden. Damit einhergehend ist auch die Anzahl der

ABBILDUNG 2.12: ENTWICKLUNG DER ORGANISATIONSFORMEN VON 2008 BIS 2013:
VERSORGUNGSaufTRÄGE NACH STATUS





Versorgungsaufträge bei zugelassenen Vertragsärzten um 189 gesunken, während es bei den Angestellten einen Zuwachs von 152 gab. Hierbei scheint die Tätigkeit als Angestellter auch in Einzelpraxen und örtlichen BAG zunehmend attraktiver zu sein. Insgesamt ist die Anzahl der hausärztlichen Versorgungsaufträge von 2008 bis 2013 nur um 37 auf 2.575 gesunken.

| ABBILDUNGEN 2.12 UND 2.13

Bei den angestellten Hausärzten, die 2012 mit 235 Versorgungsaufträgen insgesamt einen Anteil von neun Prozent am Tätigkeitsumfang der Hausärzteschaft aufwiesen, ist der Großteil in Einzelpraxen oder BAG beschäftigt. Die Bedeutung von MVZ an der hausärztlichen Versorgung ist mit ihren 30 Versorgungsaufträgen noch gering ausgeprägt. Ihr Tätigkeitsvolumen umfasst weniger als ein Prozent der Versorgungsaufträge und elf Prozent des Tätigkeitsumfanges der Angestellten. Die MVZ sind die einzige Organisationsform, in der das Angestelltenverhältnis der dominierende Tätigkeitsstatus ist.

| ABBILDUNG 2.14

Mit über 90 Prozent Anteil am Tätigkeitsumfang ist der Status als zugelassener Hausarzt also weiterhin der Regelfall. Zwar hat inzwischen eine Diversifizierung der Organisationsformen dahingehend stattgefunden, dass die „klassische“ Einzelpraxis nur noch etwas mehr als die Hälfte der hausärztlichen Versorgung repräsentiert. Doch ist es damit einhergehend nicht zu einer umfassenden Verschiebung in Richtung Angestelltenverhältnis und einer damit verbundenen Teilzeitbeschäftigung gekommen. Auch die deutliche Zunahme des Anteils der weiblichen Hausärzte auf nun 34 Prozent hat nicht dazu geführt.

| KAPITEL 2.1

Ein Grund hierfür ist, dass trotz der „Feminisierung“ der vertragsärztlichen Versorgung der durchschnittliche weibliche Tätigkeitsumfang bei den Hausärzten nicht signifikant niedriger ist als der männliche.

So ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigung bei den weiblichen Hausärzten mit insgesamt 12,7 Prozent zwar dreimal so hoch wie bei ihren männlichen

ABBILDUNG 2.13: ORGANISATIONSFORMEN 2013: VERSORGUNGSaufTRÄGE NACH STATUS

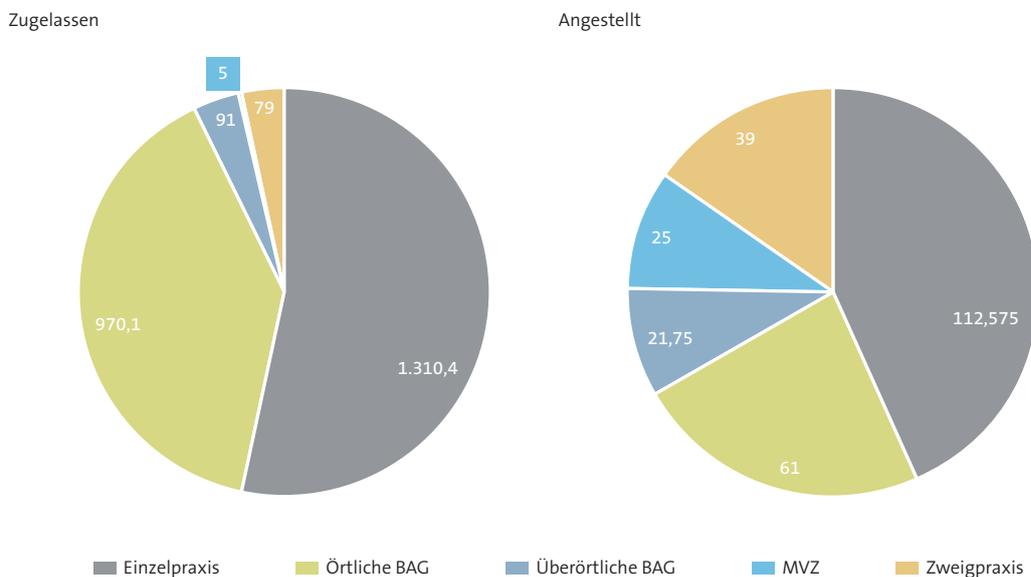
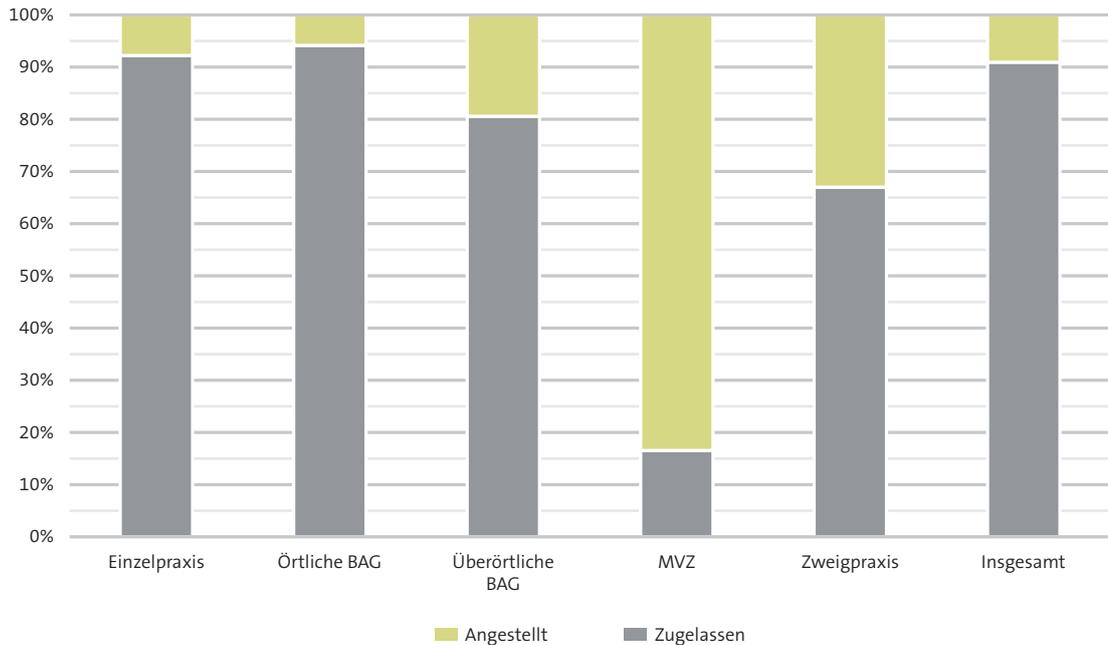


ABBILDUNG 2.14: TÄTIGKEITSSTATUS NACH ORGANISATIONSFORM 2013: ANTEILE AN DEN VERSORGUNGS-AUFTRÄGEN



Kollegen, doch liegt dieser Wert deutlich unter der weiblichen Teilzeitbeschäftigungsquote von 41,5 Prozent in Deutschland⁷. In der hausärztlichen Versorgung ist die Teilzeitbeschäftigung fast ausschließlich auf das weibliche Angestelltenverhältnis beschränkt.

| TABELLE 2.5

Noch dominiert die männlich geführte Einzelpraxis oder BAG mit vollem Versorgungsauftrag. Doch gerade diese Versorgungsform droht altersbedingt, wie im vorigen Kapitel beschrieben, insbesondere in ländlichen Regionen im größeren Umfang wegzubrechen. Um dann noch eine flächendeckende hausärztliche Grundversorgung sicherstellen zu können, wird man sich im viel größeren Umfang anderer Organisations- und Kooperationsmodelle bedienen müssen. Auch wird der Anteil der angestellten und teilzeitbeschäftigten Hausärzte wahrscheinlich spürbar an Bedeutung zunehmen. Wie bereits erwähnt, bietet die Gründung von Nebenbetriebsstätten in der Fläche eine Möglichkeit, auch

⁷ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Pressemitteilung Nr. 086 vom 07. März 2013

zukünftig in peripheren und strukturschwachen Regionen ohne Hausarztsitze eine hausärztliche Grundversorgung anzubieten. In 91 Gemeinden in Rheinland-Pfalz existierten 2013 insgesamt 116 hausärztliche Nebenbetriebsstätten

| ABBILDUNG 2.15

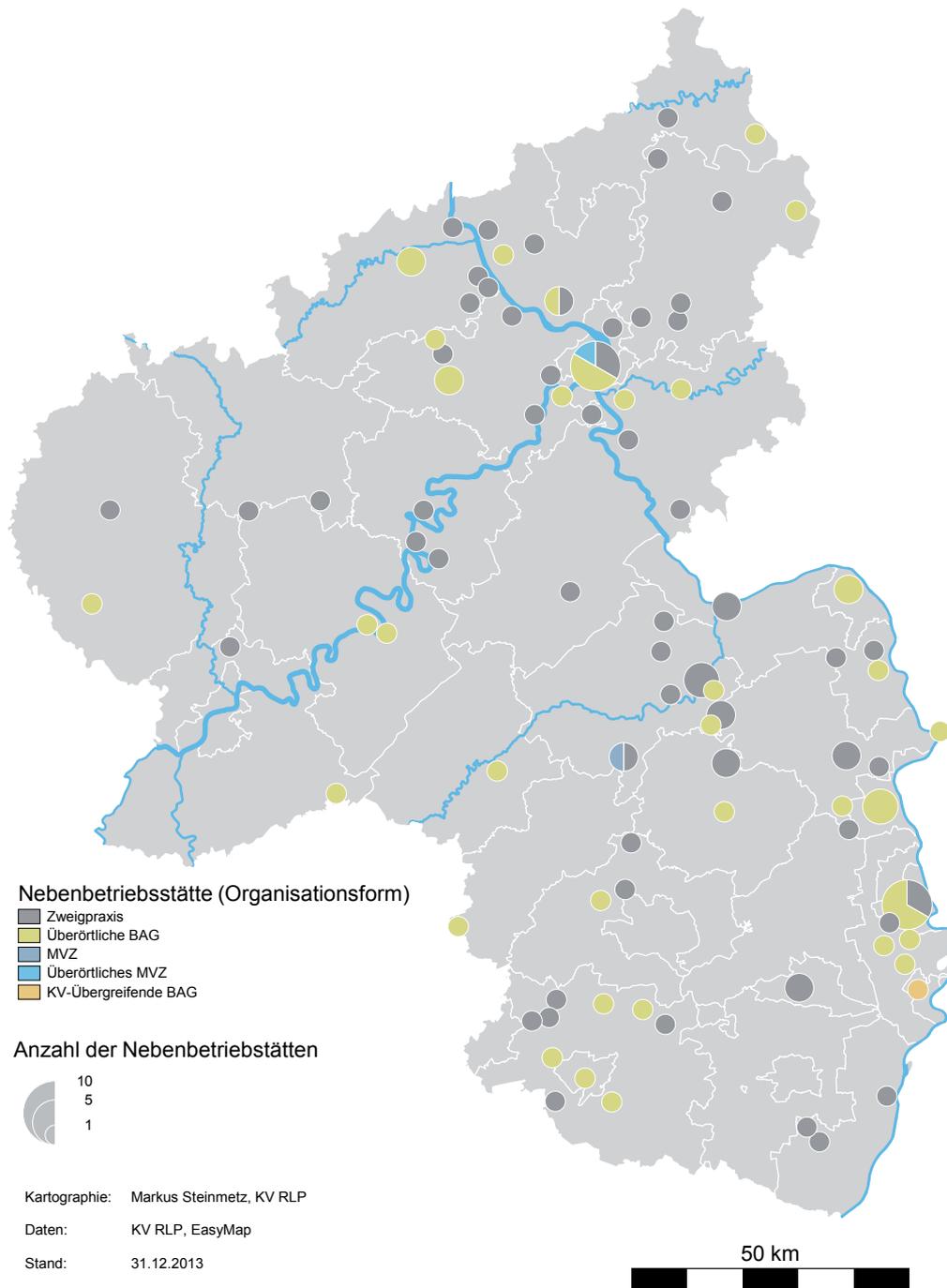
Zweigpraxen sind dabei die häufigste Form von Nebenbetriebsstätten, ihre Anzahl hat zwischen 2005 und 2013 von 41 auf 66 zugenommen. In zehn Gemeinden in Rheinland-Pfalz sind von 2005 bis 2013 alle bisher bestehenden Hausarztsitze in diese Praxisform umgewandelt worden. Perspektivisch werden wohl auch immer mehr altersbedingt aufgegebenen Einzelpraxen in ländlichen Regionen durch Zweigpraxen ersetzt werden. In 38 Gemeinden konnten wegfallende Hausarztsitze in diesem Zeitraum auch nicht durch Umwandlungen erhalten werden. Hier sind alle hausärztlichen Praxen komplett weggefallen. Zusätzlich fiel in 14 Gemeinden, in denen 2005 wenigstens noch Zweigpraxen existierten, die hausärztliche Versorgung weg.

| ABBILDUNG 2.16



ABBILDUNG 2.15: HAUSÄRZTLICHE NEBENBETRIEBSSTÄTTEN IN DEN GEMEINDEN 2013

2



2.1.4 Attraktivität des vertragsärztlichen Engagements in der hausärztlichen Versorgung

Als 1993 durch die Einführung der ambulanten Bedarfsplanung flächendeckend und fachgruppenübergreifend Zulassungssperren für die Niederlassung von Vertragsärzten eingeführt wurden, sollte der „Ärztenschwemme“ durch junge Fachärzte in die vertragsärztliche Versorgung begegnet werden. Gleichzeitig wurde bereits 1988 für Mediziner mit erfolgreich abgeschlossenem Studium vor ihrer Approbation ein 18-monatiges Pflichtpraktikum (AIP) eingeführt. Erst anschließend konnten sie als Assistenzarzt mit einer Facharztweiterbildung beginnen. Diese Regelung wurde 2004 aufgehoben, weil sich die empfundene „Bewerberschwemme“ in einen Bewerbermangel umgekehrt hatte. So müssen beispielsweise Krankenhäuser gerade in ländlichen Regionen heute potenzielle Assistenzärzte mit besonderen Angeboten und Arbeitsbedingungen umwerben oder akquirieren ihren potenziellen Fachärztenachwuchs verstärkt im Ausland.

Auch die vertragsärztliche Versorgung muss heute aktiv um potenziellen Nachwuchs für die Niederlassung werben. Die KV RLP unternimmt vielfältige Anstrengungen, um die haus- und fachärztliche Grundversorgung auch in Zukunft durch nachrückende junge Facharztgenerationen sicherstellen zu können. Insbesondere engagiert sich die KV RLP im Rahmen ihrer Möglichkeiten für die Erhöhung der Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung auf dem Land. Ein breites Maßnahmenbündel an Veranstaltungen, Informationsmaterialien, Fördermaßnahmen und Beratungsdienstleistungen soll dazu beitragen, den drohenden Ärztemangel abzumildern.

 www.kv-rlp.de/595665

Auf gesellschaftliche Trends und politische Rahmenbedingungen hat die KV RLP freilich nur begrenzten Einfluss. Infolgedessen kann sich momentan nur ein sehr kleiner Anteil des ärztlichen Nachwuchses überhaupt eine hausärztliche Tätigkeit auf dem Land vorstellen. Während sich immerhin 44 Prozent der befragten Medizinstudierenden eine Niederlassung

in Rheinland-Pfalz vorstellen können, sehen nur 19 Prozent die hausärztliche Tätigkeit in Rheinland-Pfalz überhaupt als eine Option für ihre spätere Berufstätigkeit an.⁸ Die Niederlassung als Hausarzt in den ländlichen Regionen des Landes – Eifel, Hunsrück, Mittelmosel, Westerwald – sehen sogar nur zwischen vier und acht Prozent als eine mögliche berufliche Option an. Gründe gegen eine Niederlassung auf dem Land sind nach Ansicht der Studierenden vor allem eine befürchtete hohe Arbeitsbelastung, nicht angemessene Bezahlung, fehlende Infrastruktur und die Angst vor Bürokratie und Regressen.

Inwiefern sich dieses negative Bild unter den Medizinstudenten in der Realität der hausärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz widerspiegelt, lässt sich teilweise an folgenden Indikatoren ablesen:

- Struktur der Zu- und Abgänger in der vertragsärztlichen Versorgung
- Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen für die hausärztliche Versorgung
- Niederlassungswillige Hausärzte auf der Warteliste

Struktur der Zu- und Abgänger in der vertragsärztlichen Versorgung

Das Zu- und Abgangsverhalten ist zwischen den Fachgruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während die Fachärzte und Psychotherapeuten mit einem Plus von zusammen 489 deutlich mehr Zu- als Abgänger zu verzeichnen hatten, weisen die Hausärzte einen negativen Saldo von 67 zwischen 2009 und 2013 auf. Wegfallende Hausärzte konnten also nicht vollständig durch neue Zugänge in der vertragsärztlichen Versorgung ersetzt werden, obwohl in Rheinland-Pfalz entsprechende offene und nachzubesetzende Vertragsarztsitze vorhanden sind. Neben der fehlenden Attraktivität dieser Vertragsarztsitze schlägt hier wohl auch schon die geringe Anzahl an Facharztanerkennungen für Allgemeinmedizin in der jungen Medizinergeneration durch, die es an jungen Nachrückern mangeln lässt und zur Überalterung der Hausärzteschaft führt.

| TABELLE 2.6 UND KAPITEL 4.1.1

⁸ Berufsmonitoring der Studenten der medizinischen Fakultät der Universität Mainz. Universität Trier 2010.



TABELLE 2.5: BESCHÄFTIGUNGSUMFANG UND TEILZEITBESCHÄFTIGUNG DER HAUSÄRZTE 2013

Status	durchschnittlicher Versorgungsauftrag (in Vollzeitäquivalenten)		Anteil der Teilzeitbeschäftigung (in Prozent)	
	Geschlecht		Geschlecht	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Zugelassen	0,99	0,98	1,1	7,7
Angestellt	0,68	0,68	41,4	48,4
GESAMT	0,98	0,92	3,9	12,7
Organisationsform				
Einzelpraxis	0,98	0,90	3,4	14,5
Örtliche BAG	0,99	0,94	2	7,3
Überörtliche BAG	0,94	0,83	5,4	17,1
MVZ	0,74	0,89	44,3	26,3
Zweigpraxis	0,94	0,83	6,4	15,0

Lücken in der Hausärzteschaft durch den Zuzug ausländischer Fachärzte wie im Krankenhaussektor zu kompensieren, ist sowohl für die Fachgruppe der Hausärzte als auch für die anderen Fachgruppen momentan noch keine messbare Größe. Der Anteil der angestellten oder zugelassenen Vertragsärzte mit Examensort im Ausland betrug 2013 6,2 Prozent (434 Ärzte) und ist damit seit 2007 nur um 76 Vertragsärzte beziehungsweise 0,5 Prozentpunkte angestiegen.

Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen für die hausärztliche Versorgung

Um potenziellen Nachwuchs für eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausarzt zu gewinnen, fördert die KV RLP Famulaturen für Medizinstudenten sowie die Weiterbildung von Medizinern zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sowie zum Facharzt für Allgemeinmedizin finanziell.

Die KV RLP fördert Famulaturen in hausärztlichen Praxen mit einer Dauer von bis zu zwei Monaten à 500 Euro und einem jährlichen Volumen von 40.000 EUR. Dieses soll den Aufwand der Famulanten

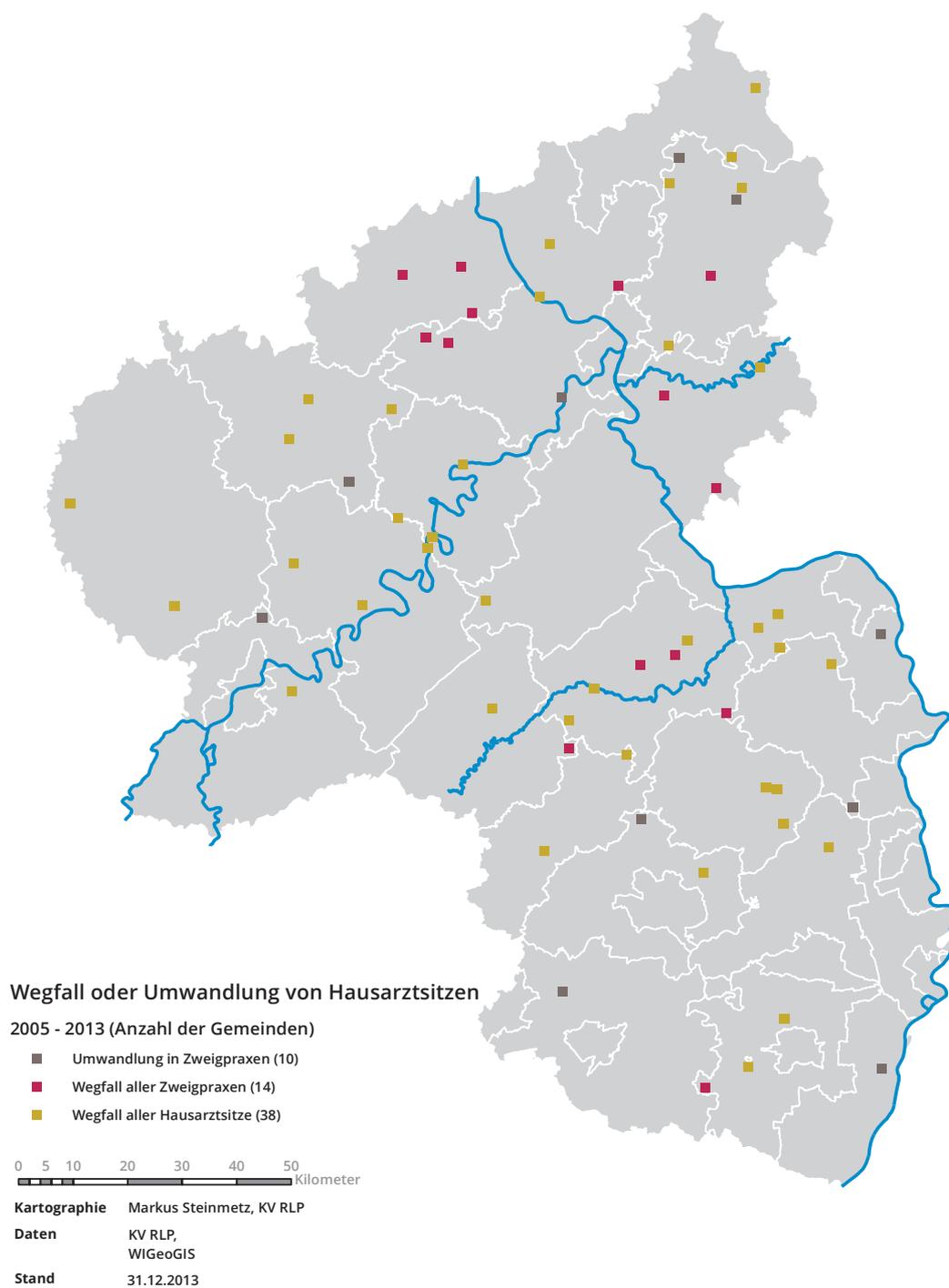
für Anfahrt und Unterkunft, insbesondere in ländlichen und schwächer versorgten Regionen, abdecken. Zusätzlich bietet die KV RLP für alle Medizinstudierenden, die ihre Famulatur in einer rheinland-pfälzischen Arztpraxis absolvieren möchten, eine Famulaturbörse mit einer Übersicht über die aktuell freien Famulaturplätze auf ihrer Website an.

Um die hausärztliche Versorgung auch in Zukunft sicherstellen zu können, muss die Anzahl der Facharztweiterbildungen auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin wieder deutlich erhöht werden. Hierzu fördert die KV RLP gemeinsam mit den

TABELLE 2.6: ZU- UND ABGANGSSTATISTIK 2009 BIS 2013

Fachgruppe	Abgänger 2009 – 2013	Zugänger 2009 – 2013	Saldo
Hausärzte	476	409	-67
Fachärzte	710	1.081	371
Psychotherapeuten	86	204	118
GESAMT	1.272	1.694	422

ABBILDUNG 2.16: UMWANDLUNG UND WEGFALL VON HAUSARZTSITZEN 2005 BIS 2013





Landesverbänden der Krankenkassen Weiterbildungsassistenten in dafür anerkannten Praxen. Je Vollzeitstelle kann hierfür ein Zuschuss in Höhe von monatlich 3.500 EUR für personelle und zeitliche Aufwendungen gewährt werden. Vollzeitstellen können auch in Teilzeitstellen umgewandelt werden. Die Förderungshöchstdauer beträgt 42 Monate, die maximal innerhalb von 60 Monaten gewährt wird.⁹ Bereits im Januar 2014 wurde das Budget mit 104 Vollzeitstellen und 122 Weiterbildungsassistenten fast ausgeschöpft. Aufgrund der hohen Nachfrage wurde diese Zahl von 110 auf 125 Vollzeitstellen erhöht, sodass nun jährlich 5,25 Mio. EUR Fördermittel für Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin zur Verfügung stehen.

Von der KV RLP initiierte Fördermaßnahmen, die einerseits einen möglichst frühen Kontakt von Medizinstudenten mit der Allgemeinmedizin und andererseits die Facharztausbildung fördern sollen, werden also angenommen. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, dass sich alle diese Mediziner später für eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausarzt in Rheinland-Pfalz entscheiden.

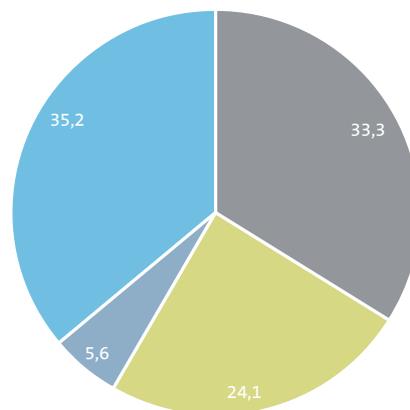
Von den 260 Weiterbildungsassistenten, deren Förderung in den Jahren 2011 bis 2013 beendet wurde, sind heute allerdings bereits 59 zugelassen oder angestellt tätig. Davon arbeitet mit 35 die Mehrheit in denselben Praxen, in denen sie auch als Weiterbildungsassistenten gearbeitet haben. Betrachtet man nur diejenigen, die im Jahr 2011 letztmalig gefördert wurden, so sind aus diesem Jahrgang sogar inzwischen 57,4 Prozent als angestellte oder zugelassene Hausärzte in Rheinland-Pfalz tätig. Insgesamt hängt die Entscheidung, als Hausarzt tätig zu werden, von einer Vielzahl von Faktoren ab, die nicht nur durch Fördermaßnahmen im KV-System beeinflusst werden können.

| ABBILDUNG 2.17

Niederlassungswillige Hausärzte auf der Warteliste Fachärzte, die sich auf einen offenen oder nachzubesetzenden Vertragsarztsitz bei dem dafür zuständigen Zulassungsausschuss bewerben, werden nach verschiedenen Eignungskriterien bewertet. Ergänzend dazu kann die Dauer des Wartelisteneintrags für die Bewerberauswahl entscheidend sein. In diese kann sich jeder niederlassungswillige Facharzt für sein Fachgebiet eintragen lassen. Dabei kann er die gewünschten Planungsregionen benennen, in denen er sich niederlassen möchte. Anhand der Warteliste der KV RLP lässt sich somit ablesen, wie viele Ärzte sich konkret für eine Niederlassung als Hausarzt in Rheinland-Pfalz interessieren und welche Regionen sie dabei bevorzugen.

Im betrachteten Zeitraum zwischen 2007 und 2013 waren es in keinem Jahr mehr als 15 Prozent, die sich für einen hausärztlichen Vertragsarztsitz bewarben. Im Jahr 2013 interessierten sich mit 43 Ärzten zwölf Prozent der Wartelisten-Neueinträge für eine hausärztliche Niederlassung. Von diesen 43 Medizinern wurden in 90 Prozent der Fälle

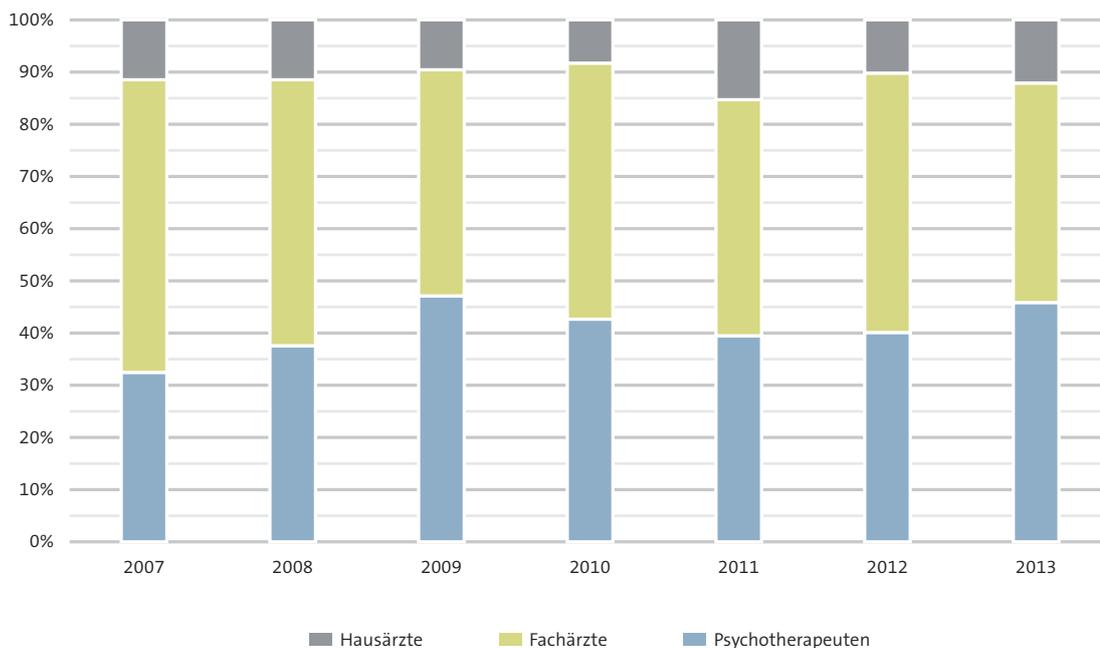
ABBILDUNG 2.17: STATUS DER WEITERBILDUNGSASSISTENTEN 2013: ABSCHLUSSJAHRGANG 2011



- aktuell in Rheinland-Pfalz zugelassen
- aktuell in Rheinland-Pfalz angestellt
- Registereintragung
- (noch) keine Registereintragung

⁹ Richtlinie der KV TLP auf Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ vom 21./22. Dezember 2009. Änderung gemäß der 10. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz vom 27. Februar 2013.

ABBILDUNG 2.18: ANZAHL DER WARTELISTEN-NEUEINTRAGUNGEN 2007 BIS 2013 NACH FACHGRUPPEN



ländlich strukturierte Planungsregionen für die Niederlassung präferiert.

| ABBILDUNGEN 2.18 UND 2.19

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die wenigen Mediziner, die sich für eine Niederlassung als Hausarzt in Rheinland-Pfalz auf die Warteliste haben eintragen lassen, durchaus auch bereit sind, in ländlichen Regionen tätig zu werden.

2.2 DIE HAUSARZTPATIENTEN IN RHEINLAND-PFALZ

2.2.1 Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung

Um die Herausforderungen des demographischen Wandels auf die hausärztliche Versorgungslandschaft beurteilen zu können, ist zu berücksichtigen, in welchem Umfang die rheinland-pfälzische Bevölkerung die hausärztliche Versorgung in Anspruch genommen hat. Hieraus lassen sich Prognosen darüber ableiten,

welchen Anforderungen die hausärztliche Versorgung zukünftig durch ihre Patienten ausgesetzt sein wird. Die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung durch die rheinland-pfälzische Bevölkerung ist aus folgenden Perspektiven zu betrachten:

- nach alters-, geschlechts- und regionsspezifischen Unterschieden in der Inanspruchnahme
- aus der Sicht des altersspezifischen Behandlungsbedarfs

Alters-, geschlechts- und regionsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme

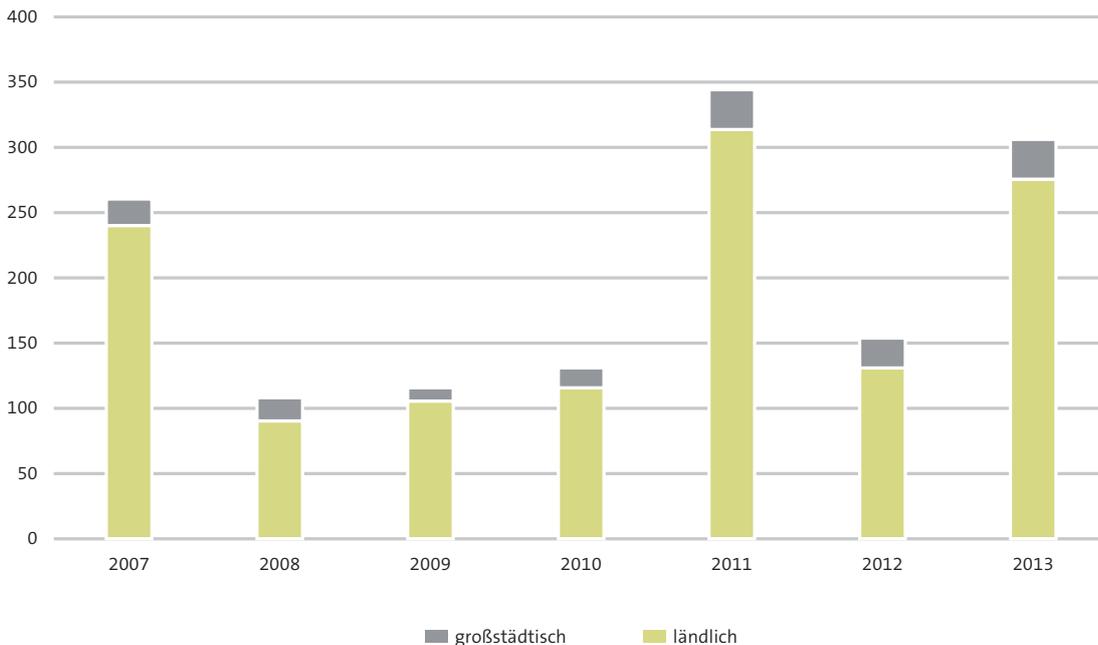
Insgesamt nahmen im betrachteten Untersuchungszeitraum¹⁰ durchschnittlich knapp 2.072.000 Patienten¹¹ im Quartal Leistungen der ambulanten hausärztlichen Versorgung in Anspruch. Dies entspricht in etwa 52 Prozent der Bevölkerung. Die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung

¹⁰ Abrechnungsdaten der KV RLP der Quartale 3/2012 – 2/2013, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Stichtag 31. Dezember 2012)

¹¹ Gesetzlich Krankenversicherte und sonstige Kostenträger. Privatversicherte können nicht erfasst werden.



ABBILDUNG 2.19: ANZAHL DER PRÄFERIERTEN PLANUNGSREGIONEN 2007 BIS 2013 BEI DEN HAUSÄRZTEN NACH SIEDLUNGSTYP (MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)



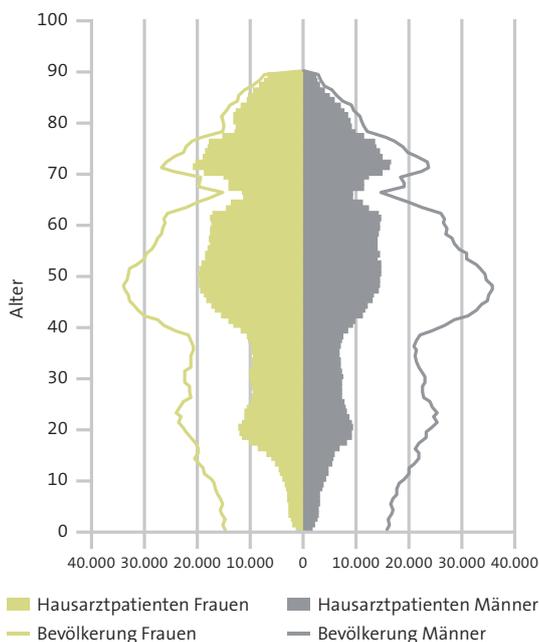
unterscheidet sich hierbei allerdings deutlich nach Lebensalter und Geschlecht.

| ABBILDUNG 2.20

Während durchschnittlich 56 Prozent der weiblichen Bevölkerung im Quartal einen Hausarzt aufsuchen, ist dies in der männlichen Bevölkerung nur bei 42 Prozent der Fall. Die Hausarztpatienten sind strukturell deutlich älter als die Bevölkerung. Ihr mittleres Alter beträgt 53 Jahre. Demgegenüber beträgt das mittlere Alter der rheinland-pfälzischen Bevölkerung nur 44 Jahre. Die Verteilung nach Altersjahren ist zwischen den Geschlechtern nahezu identisch, wobei die Anzahl der Nichtpatienten bei den Jahrgängen der unter 70-jährigen Männer immer höher als bei den Frauen ist. In den höheren Altersjahrgängen erhöht sich nicht nur die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung, sondern es gleicht sich auch die Inanspruchnahme zwischen den Geschlechtern auf ein beinahe identisches Niveau an.

Die Altersjahrgänge der unter 18-Jährigen weisen in dieser Betrachtung mit durchschnittlich 24 Prozent

ABBILDUNG 2.20: ALTERS- UND GESCHLECHTERSTRUKTUR DER HAUSARZTPATIENTEN (QUARTALSSCHNITT)



die geringste Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung auf. Allerdings ist für diese Altersklasse in der Regel der Kinderarzt die erste Anlaufstelle in der ambulanten Versorgung, da diese Arztgruppe die Leistungen der hausärztlichen Grundversorgung für Kinder- und Jugendliche erbringt. Im Betrachtungszeitraum suchten demzufolge im Quartalschnitt 58 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz einen Haus- oder Kinderarzt auf. Das Verhältnis zwischen der Inanspruchnahme von Haus- und Kinderärzten kann hierbei regional allerdings sehr unterschiedlich ausfallen. Gerade in ländlichen Regionen ist die wohnortnahe Verfügbarkeit von Kinderärzten teilweise nicht gegeben, sodass tendenziell eher der Hausarzt der Eltern aufgesucht wird.

Die Verfügbarkeit von Fachärzten beeinflusst nicht nur bei den Kindern und Jugendlichen die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung. Während 2012 landesweit im Quartalschnitt 51,4 Prozent des kurativ ambulanten Fallvolumens¹² der Wohnbevölkerung in Rheinland-Pfalz durch Hausärzte erbracht wurde, zeigt sich zwischen den Mittelbereichen regional zum Teil ein sehr unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten der hausärztlichen Versorgung durch die jeweilige Wohnbevölkerung.

| ABBILDUNG 2.21

Während in den städtisch geprägten Mittelbereichen und ihrem Umland (Mainz, Kaiserslautern, Koblenz/Lahnstein, Ludwigshafen, Speyer und Trier) der Anteil der Hausärzte am Fallvolumen unter 45 Prozent beträgt, liegt er in den meisten ländlichen Regionen über 55 Prozent. In einigen Mittelbereichen nimmt die Wohnbevölkerung sogar mehr als 65 Prozent des Fallvolumens der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch Hausärzte in Anspruch. Allerdings kann hierdurch nicht zwingend ein monokausaler Zusammenhang zwischen der vorhandenen Fachärztdichte und der Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung hergestellt werden, da beispielsweise etwaige Arzt-Patienten-Kontakte außerhalb von Rheinland-Pfalz nicht dargestellt werden können.

12 Kurativ ambulante Fälle 2012 nach Wohnort, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte 18.823.387 Kinderarzt-Fälle werden dem Facharztvolumen zugeordnet. Ohne Fälle außerhalb von Rheinland-Pfalz.

Doch deuten die überdurchschnittlich hohen Anteile der Hausärzte am ambulanten Fallvolumen in grenzferneren Regionen wie Cochem, Kirn und Kirchheimbolanden darauf hin, dass in ländlichen Regionen mit geringer Fachärztdichte überdurchschnittlich häufig die hausärztliche Versorgung in Anspruch genommen wird.

Altersspezifischer Behandlungsbedarf

Wie bereits in Abbildung 2.16 dargestellt, steigt mit zunehmendem Lebensalter die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung kontinuierlich so weit an, dass in den höheren Altersjahrgängen im Quartalschnitt fast jeder gesetzlich Krankenversicherte mindestens einmal einen Hausarzt kontaktiert. Parallel dazu steigt auch die zeitliche Inanspruchnahme an. Je älter die Hausarztpatienten sind, desto höher ist ihr altersspezifischer Behandlungsbedarf. Dieser wird ermittelt, indem jedem abgerechneten Behandlungsfall der dafür nach dem EBM¹³ erforderliche Zeitaufwand in Minuten zugeordnet wird.

| ABBILDUNG 2.22

Bis zu einem Lebensalter von 35 Jahren beträgt die zeitliche Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung weniger als 30 Minuten im Quartal. Danach steigt der Behandlungsbedarf kontinuierlich bis auf 45 Minuten im Alter von 75 Jahren an. Ab einem Lebensalter von 76 Jahren ist ein deutlich stärkerer Anstieg der zeitlichen Inanspruchnahme je weiterem Lebensjahr zu beobachten. Ab einem Lebensalter von 89 Jahren beträgt sie durchschnittlich mehr als 60 Minuten je Quartal. Ein Hauptgrund für diesen Anstieg mit zunehmendem Lebensalter ist sicherlich die in höheren Altersklassen verursachte Morbidität (Krankheitslast), etwa durch chronische Krankheiten. Die Diagnosehäufigkeit der chronischen Krankheiten nimmt, mit Ausnahme der Angsterkrankungen, altersbedingt unterschiedlich stark zu, sodass bei den über 70-Jährigen bei 70 Prozent Hypertonie und bei über 30 Prozent dieser Altersklasse Diabetes mellitus und die Ischämische Herzkrankheit diagnostiziert werden.

| ABBILDUNG 2.23

13 EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Gebührenordnungsziiffernkatalog für die Abrechnung ambulant erbrachter vertragsärztlicher Leistungen in Deutschland



ABBILDUNG 2.21: ANTEIL DER HAUSÄRZTE AM KURATIVEN AMBULANTEN FALLVOLUMEN DER WOHNBEVÖLKERUNG IN DEN MITTELBEREICHEN, QUARTALSSCHNITT 3/2012 – 2/2013

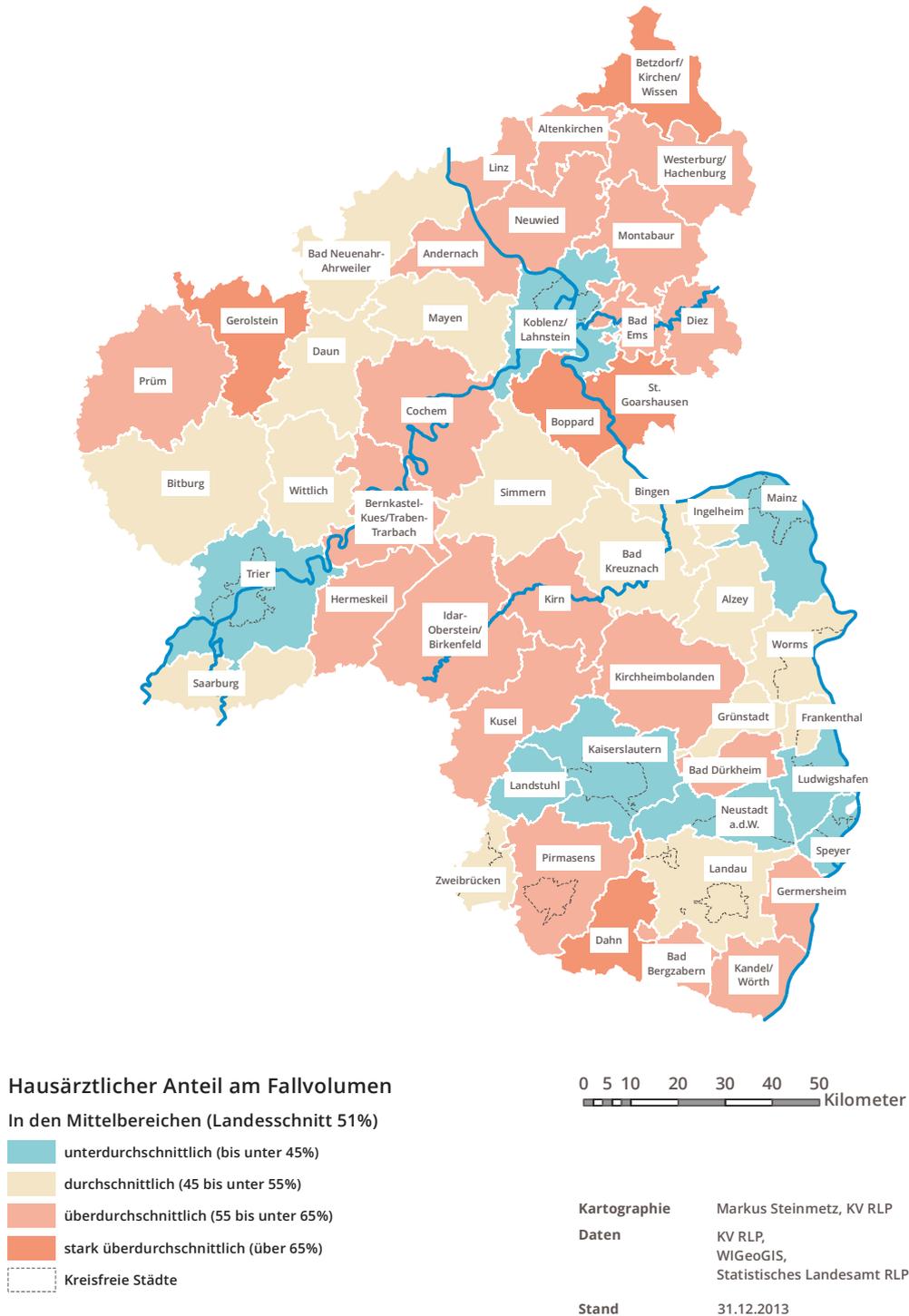


ABBILDUNG 2.22: BEHANDLUNGSBEDARF IN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG NACH LEBENSALTER, QUARTALSSCHNITT 3/2012 – 2/2013

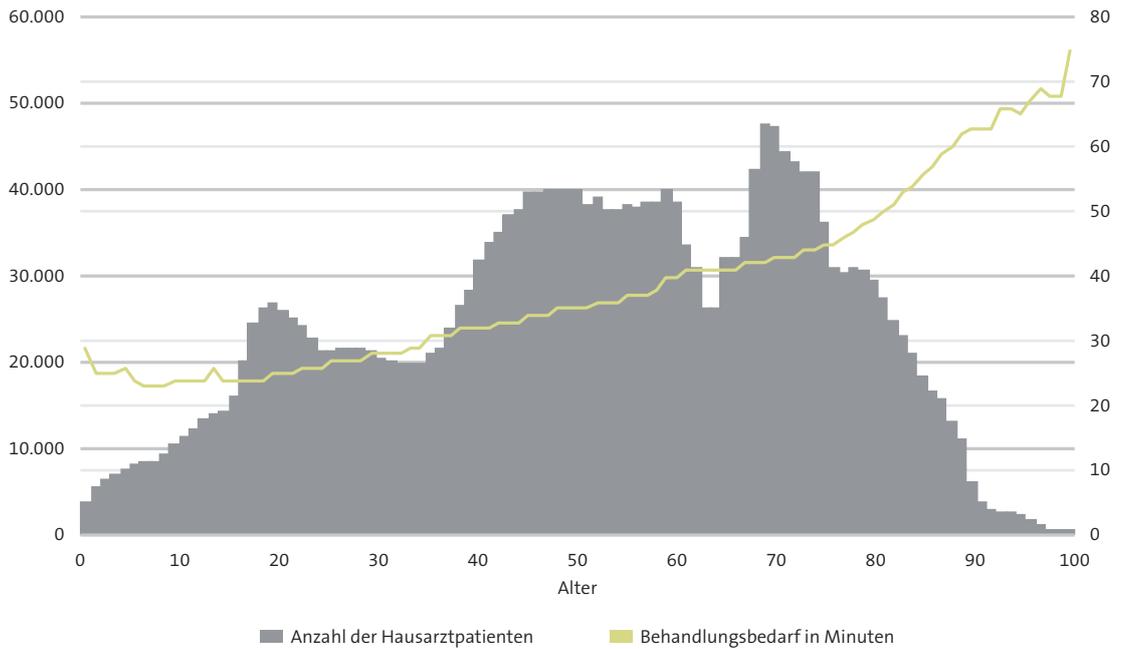
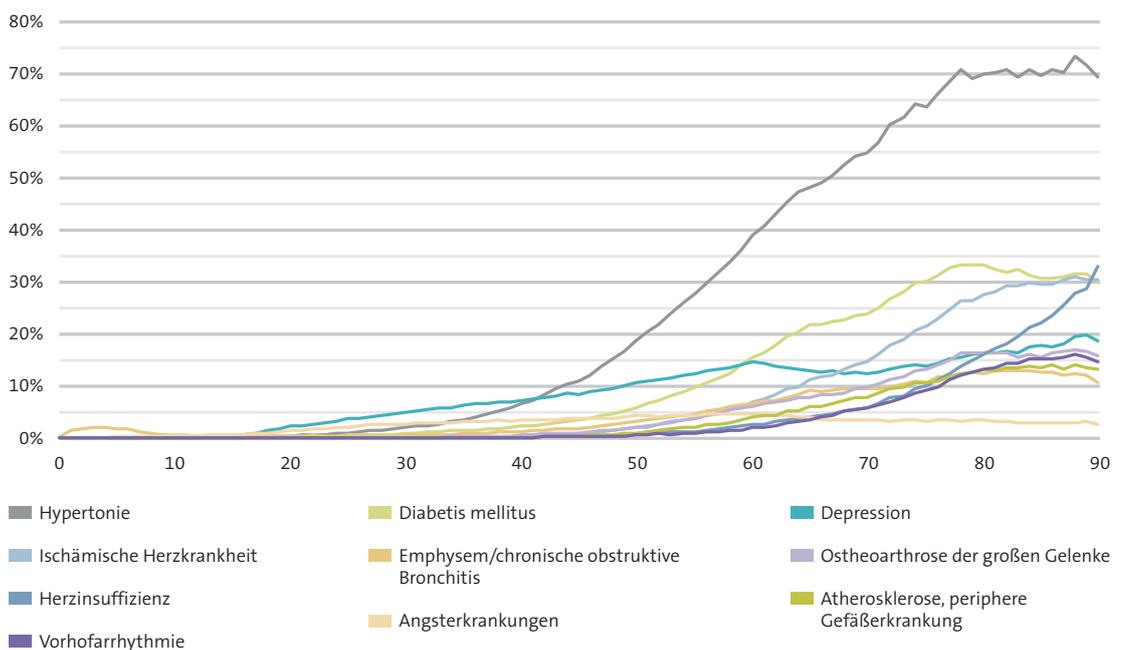


ABBILDUNG 2.23: DOKUMENTIERTE MORBIDITÄT: ALTERSSPEZIFISCHE DIAGNOSERATEN DER ZEHN HÄUFIGSTEN CHRONISCHEN KRANKHEITEN IN RHEINLAND-PFALZ 2011



Datenquelle: Abrechnungsdaten der KV RLP 2011 und KM 6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit 2011



Da viele dieser chronischen Krankheiten bei einer Vielzahl der älteren Hausarztpatienten in Kombination auftreten, spricht man von multimorbiden Patienten. Diese multimorbiden Patienten benötigen zumeist lebenslang begleitende Behandlungsprozesse, die in der hausärztlichen Versorgung überdurchschnittlich hohe zeitliche Inanspruchnahmen sowie eine hohe Anzahl an Arzt-Patienten-Kontakten auslösen.

2.2.2 Multimorbidität: Krankheitslast und Morbiditätsspektren

Um die durch multimorbide Patienten und ihre Morbiditätsspektren ausgelöste Krankheitslast und den damit verbundenen Behandlungsbedarf beurteilen zu können, wurde folgende Methodik angewandt:

- Auswertung der vertragsärztlich gestellten Diagnosen im Jahr 2011
- Als multimorbid gezählt wurden nur diejenigen Patienten, bei denen mindestens drei chronische Krankheiten¹⁴ in mindestens zwei Quartalen diagnostiziert wurden.
- Für die Berechnung der Krankheitslast in Form von Diagnoseraten wurde zur Bestimmung der zugrunde gelegten Grundgesamtheit die Mitgliederstatistik der gesetzlich Krankenversicherten¹⁵ verwendet.

Auf diesem Modell basierend können für das Jahr 2011 insgesamt 521.264 gesetzlich Krankenversicherte in Rheinland-Pfalz als multimorbide Patienten identifiziert werden. Das sind 15,4 Prozent der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Diagnosehäufigkeit dieser Patientengruppe ist regional allerdings unterschiedlich ausgeprägt. Während die westlichen Kreise, mit Ausnahme der Region Trier, im Vergleich zum Landesschnitt überdurchschnittlich hohe Diagnoseraten aufweisen, nimmt die Häufigkeit der multimorbiden Patienten nach Norden und Osten hin tendenziell ab. Insbesondere die Region Mainz, der Kreis Germersheim sowie die Stadt Koblenz und die Westerwaldregion liegen

¹⁴ Nach Maßgabe der Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA), das für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2011 80 Krankheiten berücksichtigt hat.

¹⁵ KM-6 Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit 2011

hinsichtlich der Krankheitslasten der Bevölkerung im landesweiten Vergleich deutlich unter dem Durchschnitt.

| ABBILDUNG 2.24

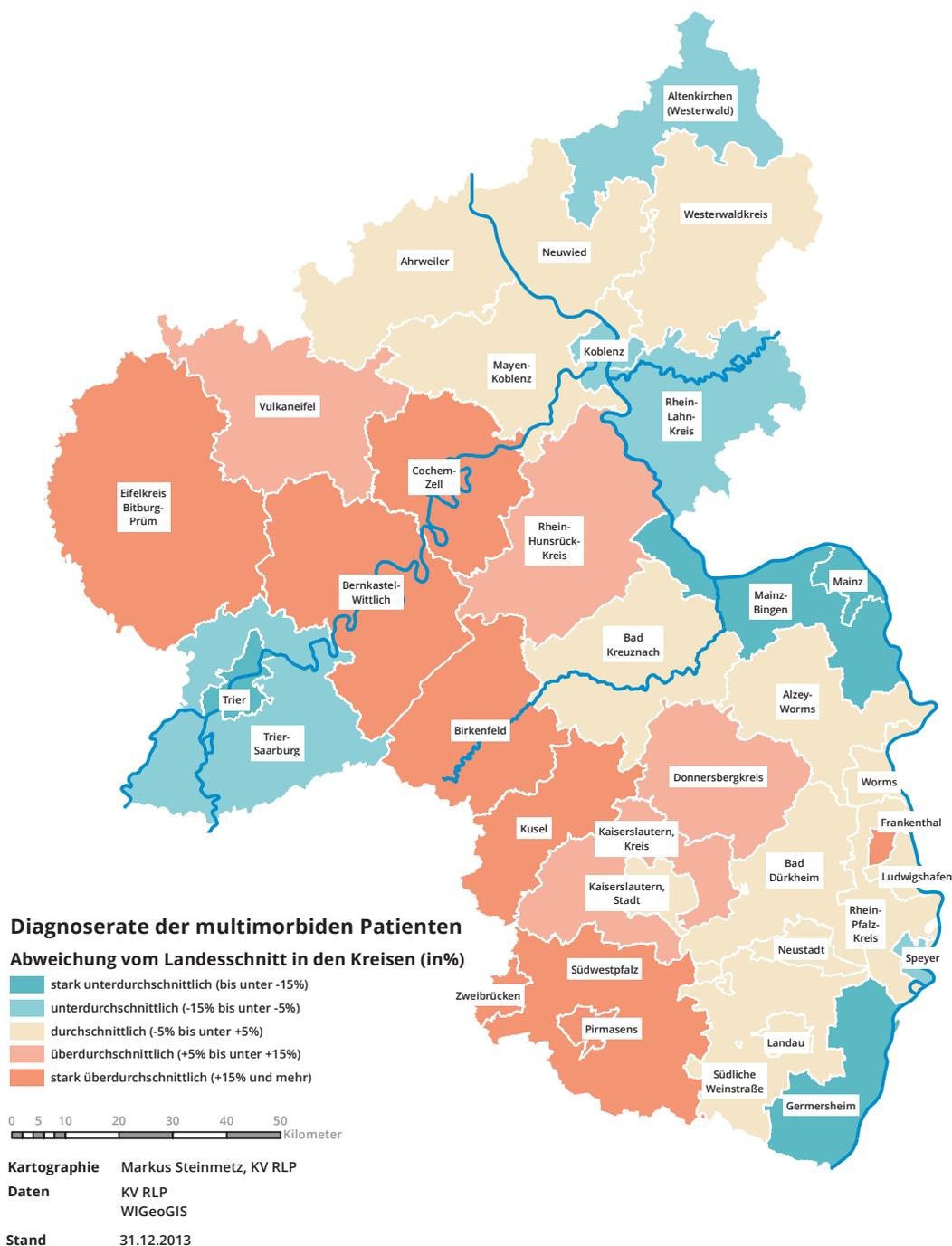
Die bei den multimorbiden Patienten in Rheinland-Pfalz dokumentierte Morbidität durch die zehn häufigsten chronischen Krankheiten ist überproportional höher als in der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung insgesamt. Während mit 752.233 Patienten bei 22 Prozent der gesetzlichen krankenversicherten Bevölkerung Hypertonie diagnostiziert wurde, war dies bei drei Viertel der multimorbiden Patienten der Fall. Insgesamt waren 52 Prozent der gesetzlich krankenversicherten Patienten mit der Diagnose Hypertonie multimorbide Patienten. Bei chronischen Herzerkrankungen (Ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Vorhoffibrillation) sowie Atherosklerose sind es sogar über 80 Prozent der Patienten, die noch mindestens zwei weitere chronische Krankheiten aufweisen und somit als multimorbid bezeichnet werden können. Dementsprechend weisen auch sechs der zehn häufigsten Dreifach-Kombinationen an chronischen Krankheiten mindestens eine dieser vier Krankheiten auf.

| TABELLEN 2.7 UND 2.8

Die mit 62.480 Patienten am häufigsten diagnostizierte Dreifach-Kombination chronischer Krankheiten ist Diabetes mellitus – Ischämische Herzkrankheit – Hypertonie. Sie tritt damit bei etwa 13 Prozent der multimorbiden Patienten in Rheinland-Pfalz auf. Die Hypertonie ist aufgrund ihrer hohen Diagnoseraten in allen Dreifach-Kombinationen dokumentiert, Diabetes mellitus in sieben von zehn. Insgesamt lassen sich auf Grundlage der dokumentierten Morbidität chronischer Krankheiten in Rheinland-Pfalz folgende Feststellungen treffen:

- Die durch multimorbide Patienten verursachte Krankheitslast ist überdurchschnittlich hoch, mit beachtlichen regionalen Unterschieden.
- Die spezifischen Morbiditätsspektren der multimorbiden Patienten erfordern erhöhte zeitliche Behandlungsbedarfe und Behandlungshäufigkeiten sowie einen erhöhten Dokumentations- und Koordinierungsaufwand durch die hausärztlichen Versorger.

ABBILDUNG 2.24: DOKUMENTIERTE MORBIDITÄT: MULTIMORBIDE PATIENTEN 2011



Datenquelle: Abrechnungsdaten der KV RLP 2011 und KM 6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit 2011



TABELLE 2.7: DOKUMENTIERTE MORBIDITÄT DURCH CHRONISCHE KRANKHEITEN: KRANKHEITSLAST DER ZEHN HÄUFIGSTEN DIAGNOSEN IN RHEINLAND-PFALZ 2011

Rang	Chronische Krankheit	Patienten mit entsprechender Diagnose (gesamt)		Multimorbide Patienten mit entsprechender Diagnose		
		Anzahl	Anteil an den gesetzlich Versicherten (%)	Anzahl	Anteil an den Patienten insgesamt (%)	Anteil bei den multimorbiden Patienten (%)
1	Hypertonie	752.233	22,32 %	392.895	52,23 %	75,19 %
2	Diabetes mellitus	316.855	9,40 %	214.827	67,80 %	41,11 %
3	Depression	282.240	8,37 %	150.179	53,21 %	28,74 %
4	Ischämische Herzkrankheit	194.756	5,78 %	158.168	81,21 %	30,27 %
5	Emphysem/Chronische obstruktive Bronchitis	138.934	4,12 %	91.272	65,69 %	17,47 %
6	Osteoarthritis der großen Gelenke	133.641	3,96 %	94.962	71,06 %	18,17 %
7	Herzinsuffizienz	104.561	3,10 %	93.233	89,17 %	17,84 %
8	Angsterkrankungen	99.849	2,96 %	52.672	52,75 %	10,08 %
9	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	98.862	2,93 %	80.032	80,95 %	15,32 %
10	Vorhoffarrhythmie	81.817	2,43 %	67.729	82,78 %	12,96 %

Datenquelle: Abrechnungsdaten der KV RLP 2011 und KM 6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit 2011

2.3 PROGNOSEN ZUR ENTWICKLUNG DER HAUSARZTPATIENTEN

2.3.1 Hausarztpatient 2030: Zur Problematik von Prognosen

Um auch zukünftig eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung für die rheinland-pfälzische Bevölkerung sicherstellen zu können, ist die Nachwuchsgewinnung von Medizinerinnen das wirkungsvollste Instrument zur Verhinderung von regionalen Versorgungsengpässen in der wohnortnahen Grundversorgung. Um aber schon heute die Weichen für an zukünftige Herausforderungen angepasste Versorgungsstrukturen stellen zu können, ist man auf entsprechende Prognosen angewiesen. Neben der Prognose des regionalen

altersbedingten Nachbesetzungsbedarfs von Hausärzten ist vor allem die Prognose der zukünftigen Hausarztpatientenzahlen und ihres Behandlungsbedarfs von großem Interesse. Hieraus lassen sich Auswirkungen und Herausforderungen für den hausärztlichen Versorgungsbereich prognostizieren.

| KAPITEL 4.1.2

Bei quantitativen Prognosen, die einen Status quo, Trends oder Entwicklungen in die Zukunft fortschreiben, kann der Anspruch nicht darin liegen, ein zahlenmäßig exaktes Abbild der Zukunft geben zu wollen, da in die Berechnung einfließende Ausgangsparameter über den gesamten Prognosezeitraum als konstant angenommen werden. Man erhält als Ergebnis nur eine mögliche Variante der

TABELLE 2.8: DOKUMENTIERTE MORBIDITÄT DURCH CHRONISCHE KRANKHEITEN: MORBIDITÄTSSPEKTREN DER ZEHN HÄUFIGSTEN DREIFACH-KOMBINATIONEN CHRONISCHER KRANKHEITEN IN RHEINLAND-PFALZ 2011

Rang	Dreifach-Kombinationen chronischer Krankheiten	Anzahl der Patienten	Anteil bei den multimorbiden Patienten (in %)
1	Diabetes mellitus – Ischämische Herzkrankheit – Hypertonie	62.480	12,51
2	Diabetes mellitus – Depression – Hypertonie	36.036	6,20
3	Herzinsuffizienz – Ischämische Herzkrankheit – Hypertonie	35.714	5,46
4	Diabetes mellitus – Herzinsuffizienz – Hypertonie	34.324	6,01
5	Diabetes mellitus – Hypertonie – Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	31.676	6,09
6	Diabetes mellitus – Osteoarthritis der großen Gelenke – Hypertonie	30.519	6,05
7	Diabetes mellitus – Hypertonie – Niereninsuffizienz	28.368	5,24
8	Ischämische Herzkrankheit – Hypertonie – Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	28.364	5,14
9	Depression – Ischämische Herzkrankheit – Hypertonie	26.299	3,94
10	Diabetes mellitus – Hypertonie – Emphysem/Chronische obstruktive Bronchitis	25.736	4,30

Datenquelle: Abrechnungsdaten der KV RLP 2011 und KM 6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit 2011

Zukunft, die in einem Prognosekorridor nach oben oder unten abweichen kann. Deshalb wäre zum Beispiel die Entwicklung des Morbiditätsspektrums der multimorbiden Patienten ein zentraler Parameter, der bei der Berechnung von Prognosen zur Entwicklung der Hausarztpatienten und ihres Behandlungsbedarfs einfließen müsste. Doch dies auch nur annähernd valide zu prognostizieren, ist kaum möglich. Es lassen sich lediglich Szenarien aufstellen. Durch den Altersstrukturwandel der Bevölkerung gilt zwar eine absolute Zunahme multimorbider Patienten in naher Zukunft als wahrscheinlich, doch wird der daraus resultierende Behandlungsbedarf durch die hausärztlichen Versorger beispielsweise ganz entscheidend vom zukünftigen Morbiditätsspektrum der Hausarztpatienten abhängen.

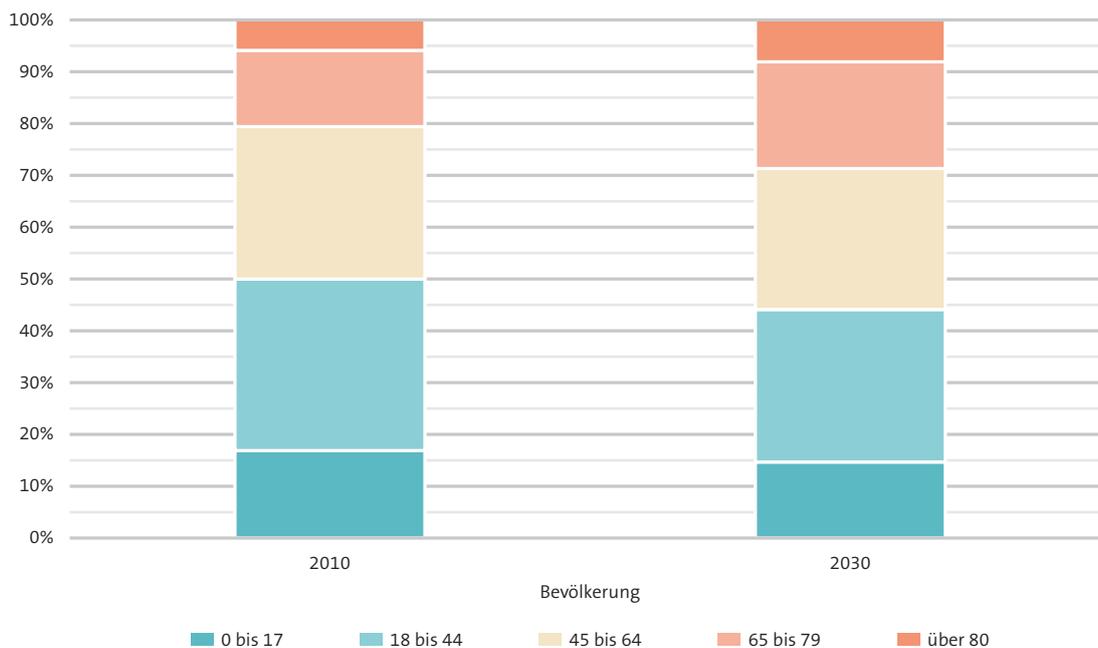
Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass es nicht nur eine absolute Zunahme der Zahl

multimorbider Patienten geben wird, sondern dass auch der Anteil von multimorbiden Patienten an der Bevölkerung durch höhere Prävalenzen chronischer Krankheiten steigen wird, hauptsächlich ausgelöst durch Bewegungsarmut und Übergewicht. Gleichzeitig werden durch einen immer früheren Ausbruch chronischer Erkrankungen sowie eine weiter zunehmende Lebenserwartung die Krankheitsphasen der multimorbiden Patienten deutlich verlängert. Dadurch steigt der Behandlungsbedarf für die vertragsärztliche Versorgung insgesamt deutlich an, obwohl die Bevölkerung schrumpft. In der Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen lassen sich durchaus Bestätigungen hierfür finden. Nach aktuellen Maßstäben ist bereits jedes fünfte Kind und jeder dritte Jugendliche übergewichtig, rund acht Prozent sind sogar adipös.¹⁶

¹⁶ Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 40 vom 4. Oktober 2013



ABBILDUNG 2.25: ALTERSAUFBAU DER BEVÖLKERUNG 2010 UND 2030: ALTERSKLASSEN



Datenquelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

Bevölkerung	0 bis 17	18 bis 44	45 bis 64	65 bis 79	über 80	GESAMT
2010	670.452	1.335.557	1.174.437	598.333	224.966	4.003.745
2030	561.872	1.103.768	1.024.421	772.542	308.293	3.770.896
Entwicklung	- 16,2 %	- 17,4 %	- 12,8 %	+ 29,1 %	+ 37,0 %	- 5,8 %

Die Kompressionsthese dagegen geht davon aus, dass die Menschen zukünftig nicht nur länger, sondern auch länger gesund leben werden. Das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung wird weiter ansteigen, die gesundheitliche Prävention wird ausgebaut und verstärkt in Anspruch genommen. Ein höherer altersspezifischer Behandlungsbedarf wird somit erst in späteren Lebensjahren als heute benötigt. Insgesamt ergibt sich aus den daraus resultierenden kürzeren Krankheitsphasen ein niedrigerer Behandlungsbedarf für die vertragsärztliche Versorgung als heute.

Das Morbiditätsspektrum und der daraus resultierende Behandlungsbedarf durch multimorbide

Patienten werden sich also nicht nur parallel zur Altersstruktur wandeln, sondern auch sozioökonomische Faktoren und Lebensstil sowie die regionalen Versorgungsstrukturen haben hierauf einen Einfluss. Der medizinische Fortschritt ist hierbei noch gar nicht berücksichtigt.

Der potenzielle Hausarztpatient, also die Bevölkerung 2030, ist dagegen weitgehend bekannt, sie ist ja schon größtenteils geboren. Die Geburtenrate liegt ferner seit vier Jahrzehnten beinahe konstant bei 1,4 Kindern pro Frau. Hieraus lässt sich mit hoher Zuverlässigkeit der zukünftige Altersaufbau der Bevölkerung prognostizieren. Auch mögliche Außenwanderungsgewinne durch Migration

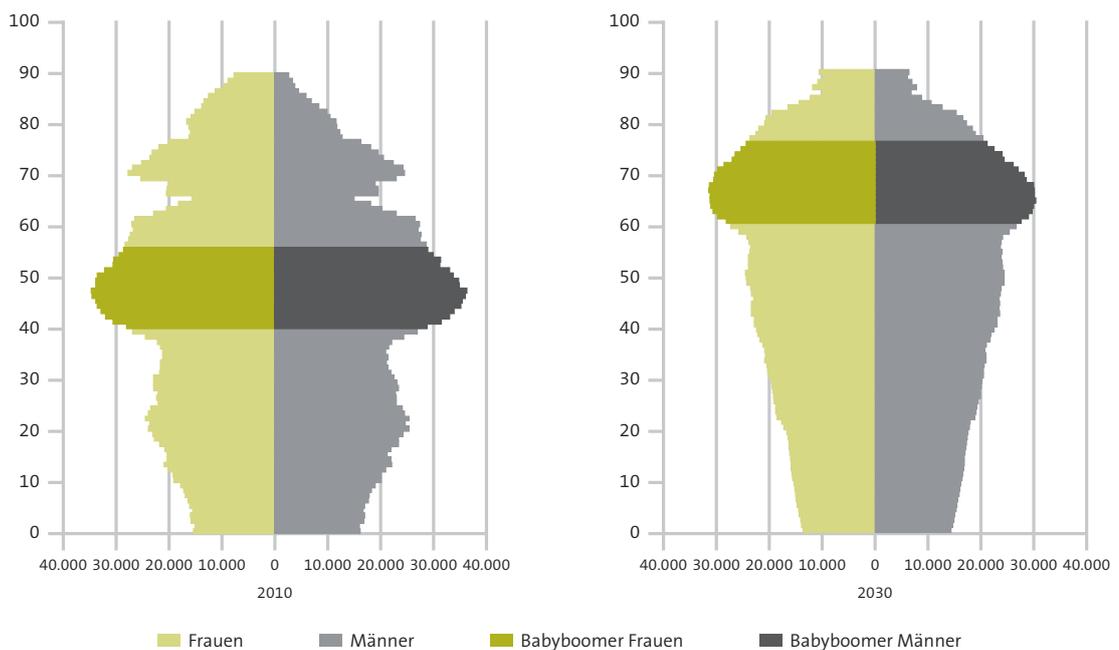
können die Altersstrukturveränderungen in den nächsten Jahrzehnten aller Voraussicht nach kaum beeinflussen. Die mittlere Variante der dritten regionalen Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz, die als eine Datengrundlage unserer Prognosen zur Hausarztpatientenzahl und ihres Behandlungsbedarfs dient, nimmt die derzeitige Geburtenrate deshalb bis 2030 als konstant an und geht ferner von einem jährlichen Wanderungsüberschuss in Höhe von nur 4.000 Personen für Rheinland-Pfalz aus. Außerdem wird von einer weiterhin ansteigenden Lebenserwartung in Höhe von fast zwei Monaten pro Jahr ausgegangen. Das mittlere Alter der Bevölkerung wird 2030 dann um weitere fünf auf 49 Jahre angestiegen sein und die Altersstruktur wird sich deutlich verschoben haben.

Die potenziellen Hausarztpatienten 2030 werden vor allem die Geburtsjahrgänge von 1950 bis 1969

stellen, unter ihnen die sogenannte „Babyboomer-Generation“. Diese bezeichnet in der deutschen Bevölkerungsstatistik die geburtenstarken Jahrgänge im Zeitraum von 1955 bis 1969. In Rheinland-Pfalz wurde im Jahr 1963 mit 67.800 Lebendgeborenen der geburtenstärkste Jahrgang verzeichnet. Der 1965 einsetzende „Pillenknick“ und eine Vielzahl von gesellschaftlichen Veränderungen führten dazu, dass im Jahr 1970 wieder weniger als 50.000 Lebendgeborene zur Welt kamen und sich deren Anzahl bis 1977, im Vergleich zu 1963, auf 34.100 fast halbierte. Diese Geburtsjahrgänge werden 2030 dann geschlossen über 60 Jahre alt sein und die Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen in Rheinland-Pfalz um 29 Prozent auf über 770.000 Einwohner anwachsen lassen. Mehr als jeder fünfte Einwohner wird dann dieser Altersklasse angehören. Sogar um 37 Prozent wird die Altersklasse der über 80-Jährigen (Hochbetagten) zunehmen.

| ABBILDUNG 2.25

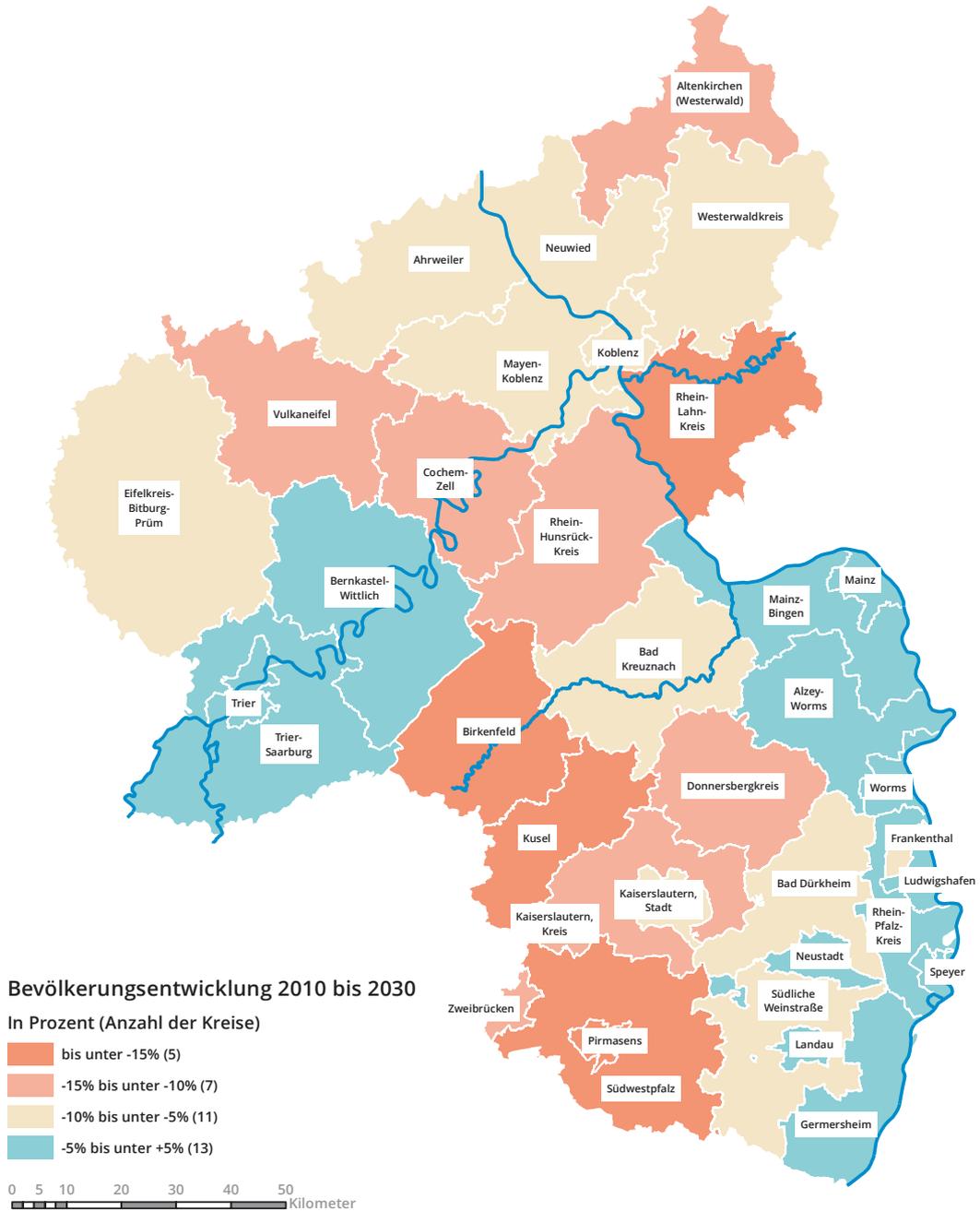
ABBILDUNG 2.26: BEVÖLKERUNGS-AUFBAU 2010 UND 2030 NACH ALTER UND GESCHLECHT



Datenquelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz



ABBILDUNG 2.27: BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG VON 2010 BIS 2030:
MITTLERE VARIANTE



Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP
Daten KV RLP, WIGeoGIS, Statistisches Landesamt RLP
Stand 31.12.2012

Allerdings wird die Anzahl der Frauen dieser Altersklasse nur um 24 Prozent anwachsen, während die Männer einen Zuwachs von 61 Prozent verzeichnen werden. Kriegsbedingte Frauenüberschüsse in der Geschlechterverteilung, wie diese heute noch bei den über 80-Jährigen existieren, wird es nicht mehr geben. Insgesamt werden 2030 mehr als eine Million der dann noch etwa 3,8 Millionen Einwohner 65 Jahre und älter sein. Der potenzielle Hausarztpatient 2030 wird also nicht nur älter, sondern auch häufiger männlich sein. Diese Bevölkerungsverschiebung in die höheren Altersklassen wird in ihrer Intensität gerade auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, da neben den natürlichen Bevölkerungsbewegungen (Geburten- und Sterbefälle) das regionale Wanderungsgeschehen (Zu- und Fortzüge) innerhalb von Rheinland-Pfalz in vielen ländlichen und strukturschwachen Regionen den Bevölkerungsverlust und die Alterung der Bevölkerung verstärken wird.

| ABBILDUNG 2.26

Eine langfristige Prognose dieses regionalen Wanderungsgeschehens ist umso schwieriger und fehlerhafter, je kleinräumiger die Analyse angelegt ist, da sich eine Vielzahl von Einflussfaktoren kurzfristig ändern kann. Deshalb wird das alters- und geschlechtsspezifische Wanderungsgeschehen der Jahre 2006 bis 2010 zwischen den rheinland-pfälzischen Kreisen für die Bevölkerungsprognose 2030 als konstant angenommen. Vor allem die jüngere Bevölkerung wandert verstärkt in die Großstädte und die strukturstarke Regionen entlang des Rheins, sodass dort der natürliche Bevölkerungsverlust durch Zuwanderung teilweise ausgeglichen werden kann. Während die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz bis 2030 durchschnittlich insgesamt um 5,8 Prozent schrumpfen wird, müssen die Region Trier und die südliche Rheinschiene inklusive der Städte Neustadt und Landau nur leichte Bevölkerungsverluste hinnehmen oder wachsen durch Zuwanderung sogar. In den strukturschwachen Regionen von Eifel, Hunsrück und Westpfalz dagegen wird der durch den natürlichen Sterbeüberschuss verursachte Bevölkerungsrückgang durch die Abwanderung nochmals verstärkt.

Insbesondere im Südwesten von Rheinland-Pfalz sind teilweise besonders starke Bevölkerungsrückgänge zu erwarten.

| ABBILDUNG 2.27

Als Ergebnis der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegungen wird im Jahr 2030 die Alterung der Bevölkerung in einigen Regionen von Rheinland-Pfalz überdurchschnittlich fortgeschritten sein und damit die hausärztliche Versorgung vor große Herausforderungen stellen. Ein aussagefähiger Indikator hierfür ist der Altenquotient, der die Relation zwischen der erwerbstätigen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren zur Bevölkerung der über 64-Jährigen ausdrückt. Während im Landesdurchschnitt 2030 auf 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter 51 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter kommen werden, wird diese „Belastung“ in Mainz und Trier mit 34 am geringsten ausfallen. In einigen Kreisen in der Pfalz und der Eifel wird dagegen ein Altenquotient von über 60 erwartet.

| ABBILDUNG 2.28

Durch diesen demographischen Wandel werden sich die regionalen Disparitäten in Rheinland-Pfalz weiter verschärfen, was natürlich auch Auswirkungen auf die ambulante wohnortnahe Grundversorgung haben wird. Prognosen können hierbei helfen, Anpassungsstrategien zu entwerfen.

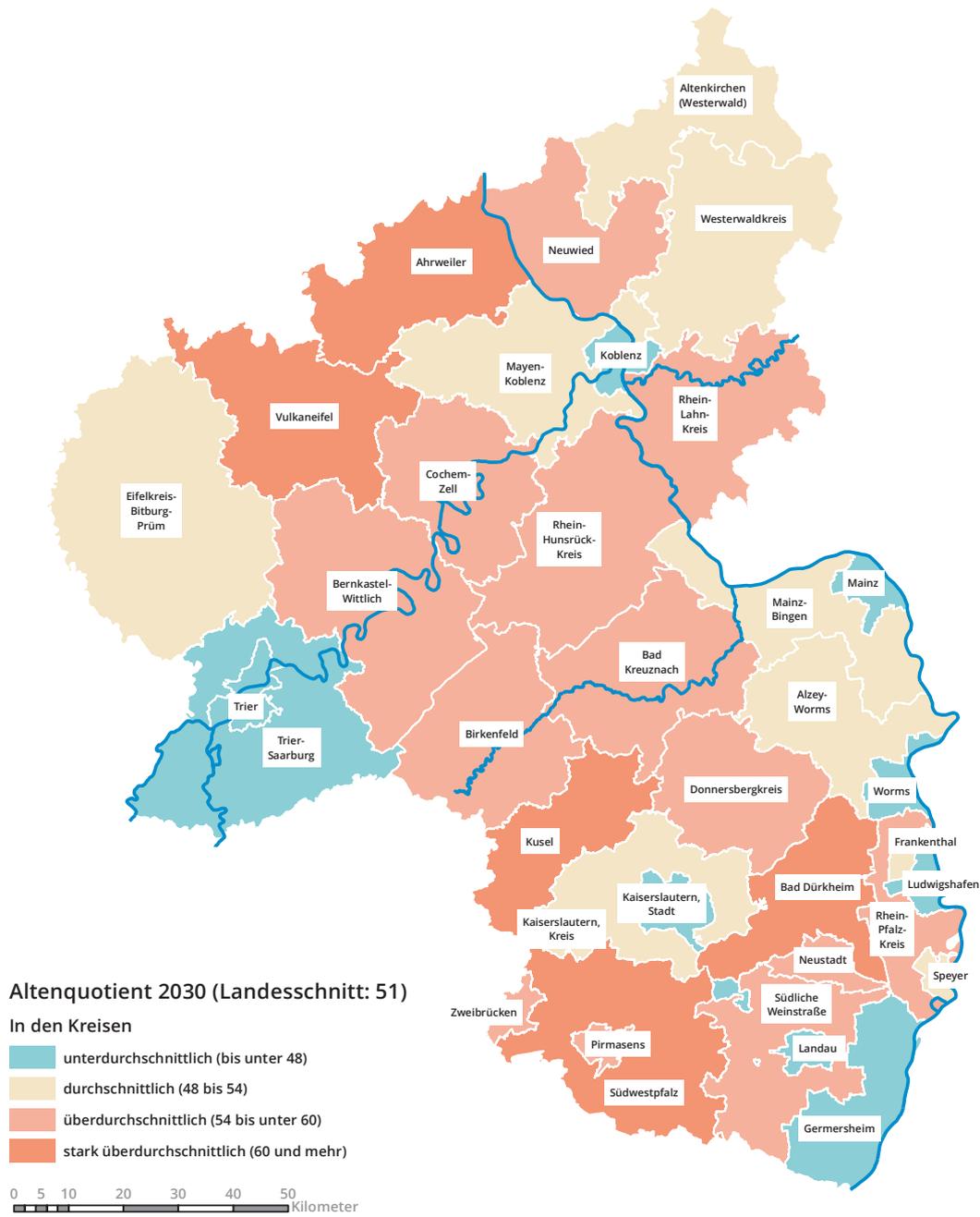
2.3.2 Prognose der Hausarztpatientenzahl und des Behandlungsbedarfs 2030

Um die Hausarztpatientenzahl und den damit verbundenen Behandlungsbedarf durch die Wohnbevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen von Rheinland-Pfalz für das Jahr 2030 prognostizieren zu können, wurden zunächst zwei Parameter für das Jahr 2010, das Basisjahr der Prognosen, bestimmt. Es wurden die Hausarztpatientenzahl und der zeitliche Behandlungsbedarf im Jahr 2010 getrennt nach fünf Altersklassen¹⁷ für die 36 kreisfreien Städte und Kreise ermittelt. In Relation zu den Bevölkerungszahlen können so die altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmeraten und der

¹⁷ Altersklassen der Prognosen: 0 – 17, 18 – 44, 45 – 64, 65 – 79 und über 80



ABBILDUNG 2.28: ALTERSQUOTIENTEN 2030: MITTLERE VARIANTE



Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP
Daten KV RLP, WIGeoGIS, Statistisches Landesamt RLP
Stand 31.12.2013

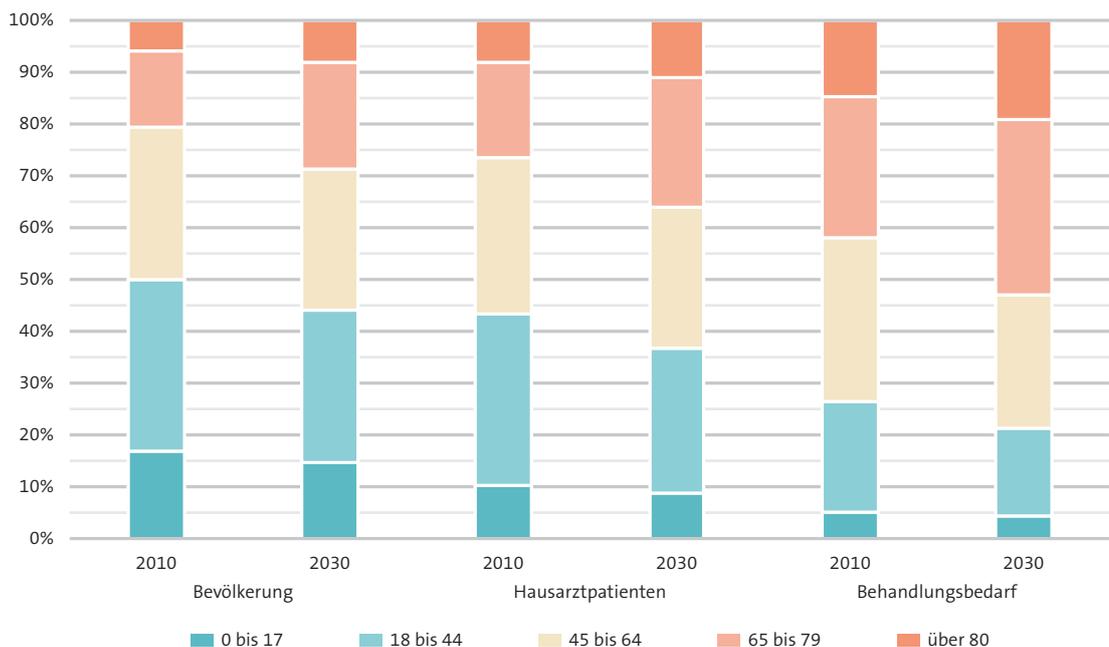
durchschnittliche Behandlungsbedarf für jede Altersklasse und Gebietseinheit separat ermittelt werden. Beide Parameter sind als altersgruppen-spezifische Quotienten aus der Hausarzt-patientenzahl beziehungsweise des Behandlungsbedarfs und der Bevölkerungsanzahl der jeweiligen Altersklasse zu verstehen. Bei einer Prognose für das Jahr 2030 wird davon ausgegangen, dass die berechneten altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmeraten und der altersspezifische Behandlungsbedarf im Prognosezeitraum gleich bleiben werden. Sicherlich sind mit diesen Annahmen nicht unerhebliche Prognoseunsicherheiten verbunden, doch lassen sich Auswirkungen des medizinischen Fortschritts und der Veränderung der Lebensstile auf die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung und den Behandlungsbedarf der Bevölkerung nur sehr eingeschränkt vorhersagen. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass auch im Jahr 2030 die hausärztliche Versorgung mindestens im derzeitigen Umfang von der Bevölkerung in Anspruch

genommen werden wird. Entwickelt sich die Bevölkerung bis 2030 in den Altersklassen so, wie es die dritte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes prognostiziert, so ergeben sich nach unserem Rechenmodell folgende Entwicklungen im Land Rheinland-Pfalz:

- Die Anzahl der Hausarztpatienten geht deutlich geringer zurück als die Bevölkerung.
- Trotz eines Rückganges der Hausarztpatientenzahl um etwa zwei Prozent steigt der Behandlungsbedarf um mehr als vier Prozent an.

Die Ursache für diese Entwicklung liegt darin begründet, dass durch die Alterung der Gesellschaft der Bevölkerungsrückgang überkompensiert wird. Durch die höhere Inanspruchnahmerate und den höheren altersspezifischen Behandlungsbedarf in den Altersklassen der über 65-Jährigen sinkt die Hausarztpatientenzahl nicht so deutlich wie die Bevölkerung und der Behandlungsbedarf steigt deutlich an. Der Anteil der über 64-Jährigen an der

ABBILDUNG 2.29: ALTERSSTRUKTUREN VON BEVÖLKERUNG, HAUSARZTPATIENTEN UND BEHANDLUNGSBEDARF



Datenquelle: Abrechnungsdaten der KV RLP und Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz



TABELLE 2.9: PROGNOSE 2030: ENTWICKLUNG DER BEVÖLKERUNG, DER HAUSARZTPATIENTEN UND DES BEHANDLUNGSBEDARFS FÜR RHEINLAND-PFALZ VON 2010 BIS 2030

Kreisfreie Städte und Kreise	Kategorie*	Bevölkerungs-entwicklung	Entwicklung der Hausarztpatienten	Entwicklung des Behandlungsbedarfs
Ahrweiler	IV.	-8,3 %	-2,7 %	4,6 %
Altenkirchen	III.	-10,3 %	-5,7 %	-0,1 %
Alzey-Worms	I.	-4,5 %	1,8 %	10,5 %
Bad Dürkheim	IV.	-6,3 %	-0,9 %	7,0 %
Bad Kreuznach	IV.	-7,1 %	-2,4 %	4,2 %
Bernkastel-Wittlich	I.	-3,1 %	1,4 %	8,0 %
Birkenfeld	III.	-15,4 %	-12,1 %	-7,0 %
Bitburg-Prüm	IV.	-6,1 %	-2,0 %	3,5 %
Cochem-Zell	III.	-11,9 %	-8,3 %	-1,8 %
Donnersbergkreis	IV.	-11,1 %	-6,8 %	0,5 %
Frankenthal	IV.	-5,0 %	-1,1 %	2,5 %
Germersheim	I.	-2,2 %	3,2 %	11,0 %
Kaiserslautern, Kreis	III.	-10,3 %	-6,0 %	-0,2 %
Kaiserslautern, Stadt	III.	-8,1 %	-4,6 %	-0,7 %
Koblenz, Stadt	IV.	-5,5 %	-2,8 %	0,6 %
Kusel	III.	-15,1 %	-11,0 %	-5,2 %
Landau in der Pfalz	I.	2,8 %	7,8 %	14,4 %
Ludwigshafen	I.	-0,8 %	2,3 %	5,0 %
Mainz, Stadt	I.	2,1 %	5,6 %	9,4 %
Mainz-Bingen	I.	0,8 %	6,1 %	13,9 %
Mayen-Koblenz	IV.	-6,2 %	-1,7 %	4,7 %
Neustadt	I.	-2,9 %	0,3 %	5,3 %
Neuwied	IV.	-8,7 %	-3,9 %	2,6 %
Pirmasens, Stadt	III.	-19,7 %	-16,8 %	-12,9 %
Rhein-Hunsrück-Kreis	IV.	-10,1 %	-5,6 %	2,0 %
Rhein-Lahn-Kreis	III.	-22,0 %	-18,6 %	-13,9 %
Rhein-Pfalz-Kreis	I.	-3,0 %	2,4 %	9,4 %
Speyer, Stadt	I.	-2,5 %	3,0 %	9,4 %
Südliche Weinstraße	I.	-5,0 %	0,3 %	7,6 %
Südwestpfalz	III.	-15,9 %	-11,7 %	-5,1 %

| WEITER AUF SEITE 58

Kreisfreie Städte und Kreise	Kategorie*	Bevölkerungs-entwicklung	Entwicklung der Hausarztpatienten	Entwicklung des Behandlungsbedarfs
Trier, Stadt	I	4,2 %	6,7 %	8,5 %
Trier-Saarburg	I	4,6 %	9,4 %	15,9 %
Vulkaneifel	IV	-11,3 %	-6,2 %	0,3 %
Westerwaldkreis	IV	-8,2 %	-3,3 %	3,5 %
Worms	I	-0,6 %	4,5 %	10,0 %
Zweibrücken	III	-11,7 %	-6,3 %	-1,2 %
RHEINLAND-PFALZ	IV	-5,8 %	-1,8 %	+4,2 %

Datenquelle: Abrechnungsdaten der KV RLP und Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

* Kategorie I.: Zunahme von Hausarztpatienten und Behandlungsbedarf, Kategorie III.: Abnahme von Hausarztpatienten und Behandlungsbedarf, Kategorie IV.: Abnahme Hausarztpatienten und Zunahme Behandlungsbedarf, siehe Abbildungen 2.29 und 2.30

Bevölkerung steigt von 21 Prozent 2010 auf 29 Prozent 2030, ihr Anteil an den Hausarztpatienten von 27 auf 36 Prozent und am hausärztlichen Behandlungsbedarf von 42 auf 53 Prozent.

| ABBILDUNG 2.29

Vor allem durch die regionalen Disparitäten in der Bevölkerungsentwicklung der einzelnen Altersklassen kommt es in den kreisfreien Städten und Kreisen von Rheinland-Pfalz zu teils deutlich unterschiedlichen Entwicklungen bei der Hausarztpatientenzahl und des Behandlungsbedarfs.

| TABELLE 2.9, ABBILDUNGEN 2.30 UND 2.31

Hierbei lassen sich drei unterschiedliche Entwicklungen kategorisieren. Die erste Kategorie bilden diejenigen 14 kreisfreien Städte und Kreise, für die ein unterdurchschnittlicher Bevölkerungsverlust oder sogar Bevölkerungszuwächse bis 2030 prognostiziert werden. Dort nimmt sowohl die Anzahl der Hausarztpatienten als auch der Behandlungsbedarf zu. Die zweite Kategorie bilden zehn kreisfreie Städte und Kreise, in denen sowohl die Hausarztpatientenzahl als auch der Behandlungsbedarf abnehmen werden. Diese Regionen sind von solch überdurchschnittlich hohen Bevölkerungsrückgängen betroffen, dass auch die Alterung der

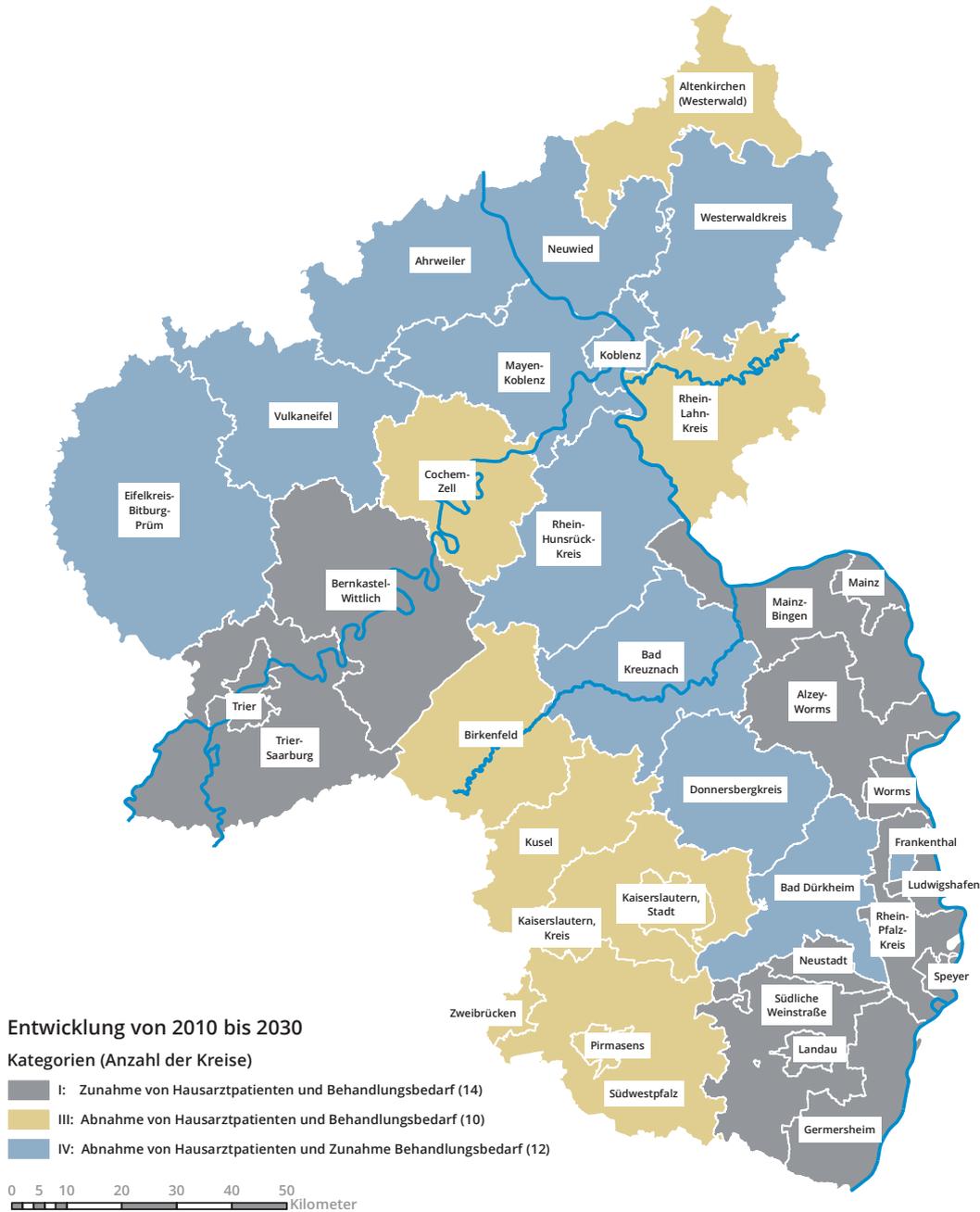
Bevölkerung nicht zu einem höheren Behandlungsbedarf führt. In der dritten Kategorie dagegen nimmt zwar die Anzahl der Hausarztpatienten in zehn kreisfreien Städten und Kreisen zum Teil deutlich ab, doch steigt der Behandlungsbedarf durch die überdurchschnittlich hohe Alterung der Bevölkerung trotzdem an.

Diese regional unterschiedlichen Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Entwicklungen der Hausarztpatientenzahl und den Behandlungsbedarf werden demzufolge auch für die hausärztlichen Versorger in Rheinland-Pfalz regional differenziert spürbar werden. Während in den 10 kreisfreien Städten und Kreisen der Kategorie III die Nachfrage durch Hausarztpatienten und Behandlungsbedarf bis 2030 sinkt, wird sie in den kreisfreien Städten und Kreisen der Kategorie I steigen. Auch in den zwölf kreisfreien Städten und Kreisen der Kategorie IV wird die Nachfrage steigen, da trotz Abnahme der Hausarztpatientenzahl der Behandlungsbedarf zunimmt.

Inwieweit sich diese Nachfrage in Form von Arbeitsaufwand für den einzelnen Hausarzt von 2010 bis 2030 regional entwickelt, würde auch eine äußerst interessante Prognose darstellen. Diese müsste



ABBILDUNG 2.30: PROGNOSE 2030: ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER HAUSARZTPATIENTEN UND DES BEHANDLUNGSBEDARFS IN DEN KREISFREIEN STÄDTEN UND KREISEN



Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP
Daten KV RLP, WIGeoGIS, Statistisches Landesamt RLP
Stand 31.12.2013

allerdings auf folgenden Annahmen beruhen, deren Eintritt als sehr unwahrscheinlich gelten muss:

- Die Arztdichten der Jahre 2010 und 2030 sind identisch, das heißt jeder aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidende Hausarzt wird zu 100 Prozent ersetzt. Vor dem Hintergrund, dass schon heute zahlreiche Hausarztpraxen in ländlichen Regionen keinen Nachfolger finden, nur zehn Prozent der Facharztanerkennungen im Fachbereich Allgemeinmedizin vergeben werden und sich nur ein Bruchteil der heutigen Medizinstudenten überhaupt eine Tätigkeit als Hausarzt vorstellen kann, ist diese Annahme nicht realistisch. Alternativ könnte man die hausärztlichen Wiederbesetzungsraten der vergangenen Jahre in den kreisfreien Städten und Kreisen bis 2030 fortschreiben. Da aber über einen Prognosezeitraum von 20 Jahren ein Großteil der Hausärzteschaft altersbedingt ersetzt werden muss, würde die Validität der Ergebnisse bei diesen Annahmen sehr eingeschränkt sein, insbesondere hinsichtlich ihrer regionalen Variabilität.
- Die prozentuale Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung am gesamten kurativen ambulanten Fallvolumen in den kreisfreien Städten und Kreisen durch die jeweilige Wohnbevölkerung bleibt gleich. Das heißt, über einen Prognosezeitraum von 20 Jahren gäbe es keine Änderungen im Inanspruchnahmeverhalten zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich sowie keine Veränderung bei den kreisübergreifenden Patientenströmen.

Die Schließung eines hausärztlichen Praxisstandortes in der Nähe der Kreisgrenze kann aber schon auf beiden Seiten zu einer spürbaren Verschiebung der „Arbeitsbelastung“ über die Kreisgrenze hinweg führen. Davon ist gerade in ländlichen Räumen in Zukunft verstärkt auszugehen.

| ABBILDUNG 2.21

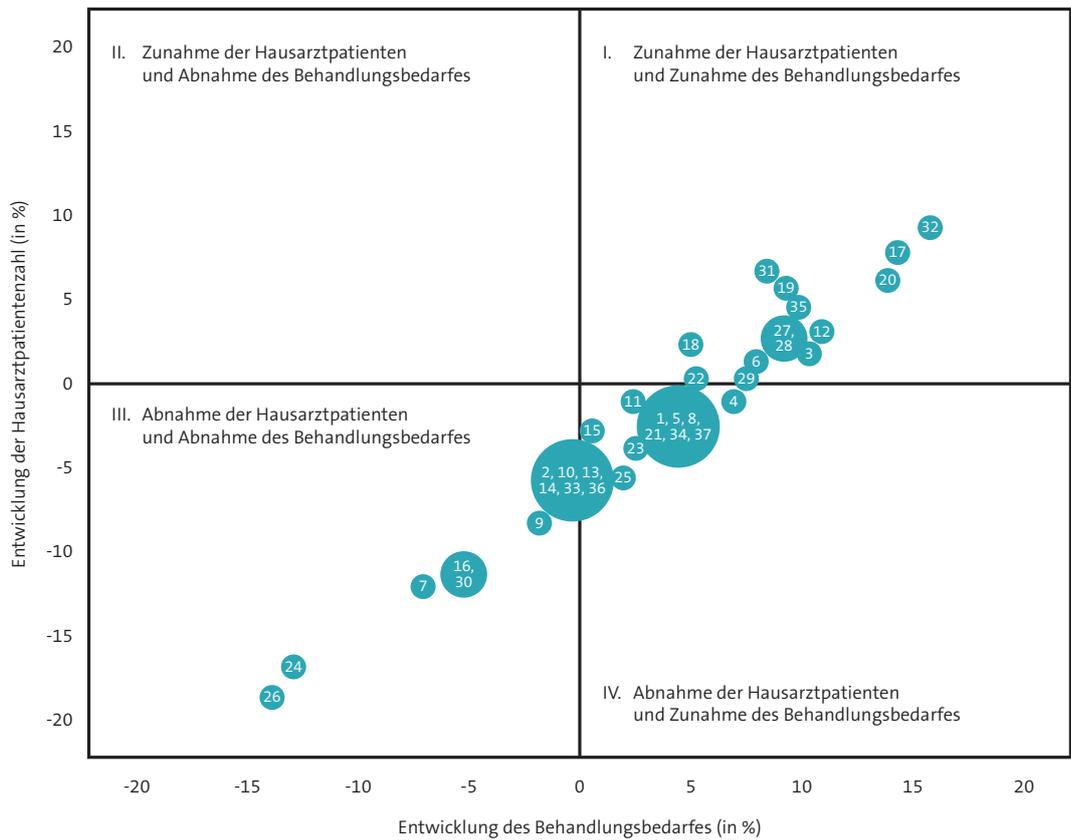
Was aber dargestellt werden kann, sind die regionalen Disparitäten des erbrachten Behandlungsbedarfs pro Versorgungsumfang der Hausärzte 2010. Hieraus lassen sich Abschätzungen auch darüber treffen, wo die hausärztlichen Versorger durch die Entwicklung der Hausarztpatientenzahl und des Behandlungsbedarfs in Zukunft eine deutliche Steigerung der Arbeitsbelastung erwarten können.

| ABBILDUNG 2.32

So ist zum Beispiel nicht nur in kreisfreien Städten wie Mainz und Trier, wo momentan noch unterdurchschnittliche Bedarfe je Vollzeitarzt messbar waren, mit einer Zunahme der Hausarztpatientenzahl und des Behandlungsbedarfs zu rechnen, sondern auch in kreisfreien Städten und Kreisen, wo bereits heute eine überdurchschnittliche Arbeitsbelastung existiert, zum Beispiel in Trier-Saarburg und Worms. In diesen Regionen sollten also perspektivisch nicht nur alle aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidenden Hausärzte ersetzt, sondern aufgrund des steigenden Bedarfs gegebenenfalls zusätzliche Hausärzte vorgehalten werden.

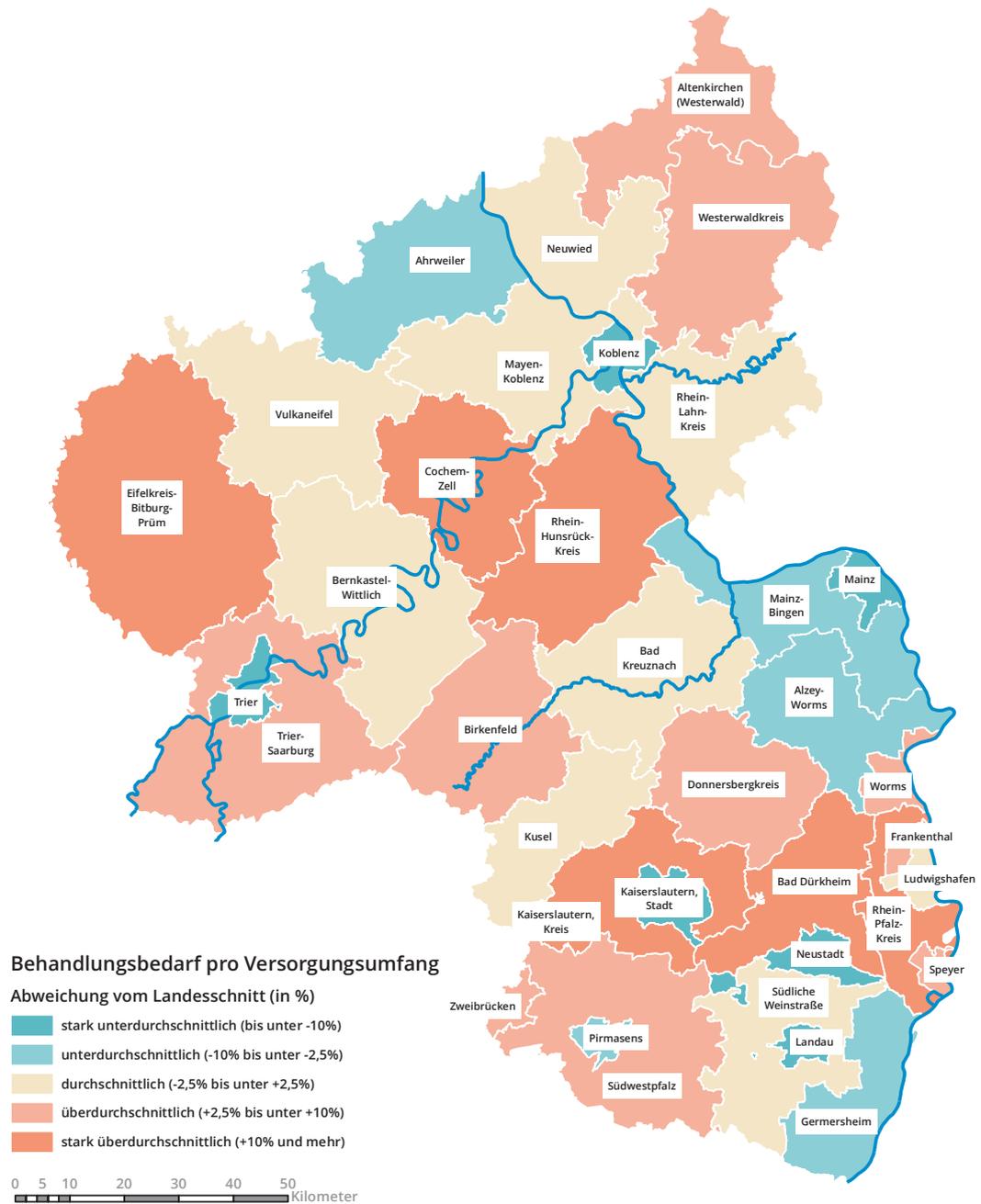


ABBILDUNG 2.31: ENTWICKLUNG DER HAUSARZTPATIENTENZAHL UND DES BEHANDLUNGSBEDARFS VON 2010 BIS 2030: KREISFREIE STÄDTE UND KREISE



- | | | | |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1: Ahrweiler | 11: Frankenthal | 21: Mayen-Koblenz | 31: Trier |
| 2: Altenkirchen | 12: Germersheim | 22: Neustadt | 32: Trier-Saarburg |
| 3: Alzey-Worms | 13: Kaiserslautern, Kreis | 23: Neuwied | 33: Vulkaneifel |
| 4: Bad Dürkheim | 14: Kaiserslautern, Stadt | 24: Pirmasens | 34: Westerwaldkreis |
| 5: Bad Kreuznach | 15: Koblenz | 25: Rhein-Hunsrück-Kreis | 35: Worms |
| 6: Berncastel-Wittlich | 16: Kusel | 26: Rhein-Lahn-Kreis | 36: Zweibrücken |
| 7: Birkenfeld | 17: Landau | 27: Rhein-Pfalz-Kreis | 37: Rheinland-Pfalz |
| 8: Bitburg-Prüm | 18: Ludwigshafen | 28: Speyer | |
| 9: Cochem-Zell | 19: Mainz | 29: Südliche Weinstraße | |
| 10: Donnersbergkreis | 20: Mainz-Bingen | 30: Südwestpfalz | |

ABBILDUNG 2.32: HAUSÄRZTLICHER BEHANDLUNGSBEDARF 2010



Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP
Daten KV RLP, WIGeoGIS, Statistisches Landesamt RLP
Stand 31.12.2013



RÄUMLICHE FRAGEN ZUM VERSORGUNGSGESCHEHEN

Raumbezogene Daten sind eine wichtige Informations- und Entscheidungsgrundlage bei der Bewältigung komplexer Planungen und Analysen. Räumliche Fragestellungen aus den Bereichen Epidemiologie, Gesundheitsinfrastruktur sowie der Versorgungsforschung werden unter dem Begriff Health Geography zunehmend mit GIS¹⁸-gestützten Methoden der Kartographie und der angewandten Geoinformatik analysiert. GIS können für die räumliche Versorgungsforschung einen wertvollen Beitrag leisten, indem sie bisher unerkannte und unerklärte regionale Unterschiede visualisieren, räumliche Beziehungen zwischen Versorgern und Patienten darstellen sowie Standortbewertungen gesundheitsinfrastruktureller Einrichtungen vornehmen.

Durch den drohenden Ärztemangel in ländlichen Räumen ist gerade in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz die Sicherstellung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten und flächendeckenden medizinischen Versorgung als eine der zentralen Leistungen unseres Gesundheitssystems eine große Herausforderung. Darüber hinaus werden sich die schon heute ausgeprägten regionalen Disparitäten in Anzahl, Verteilung und Struktur von Bevölkerung, Patienten und Vertragsärzteschaft weiter verstärken. Damit steigt der Bedarf, regionale Besonderheiten erkennen und rechtzeitig angemessen berücksichtigen zu können. Die räumliche Versorgungsforschung kann hierzu ihren Beitrag leisten, indem sie Kennzahlen zur Beurteilung der regionalen Versorgungslage liefert und Hinweise dazu geben kann, welche regionalen Einflussfaktoren und Struktureffekte auf Versorger- oder Bevölkerungsseite jeweils verantwortlich sind.

Hierzu bedarf es geeigneter Monitoring- und Analyseinstrumente. Die Versorgungsforschung der KV RLP nutzt deshalb bereits seit 2008 GIS zur Analyse, Planung und Visualisierung von Versorgungsstrukturen in der vertragsärztlichen Versorgung. Insbesondere im Rahmen der folgenden räumlichen

¹⁸ Geografische Informationssysteme (GIS) bieten die Möglichkeit zur Erfassung, Bearbeitung, Organisation, Analyse und Präsentation geographischer Daten und umfassen die dazu benötigte Hardware, Software, Daten und Anwendungen.

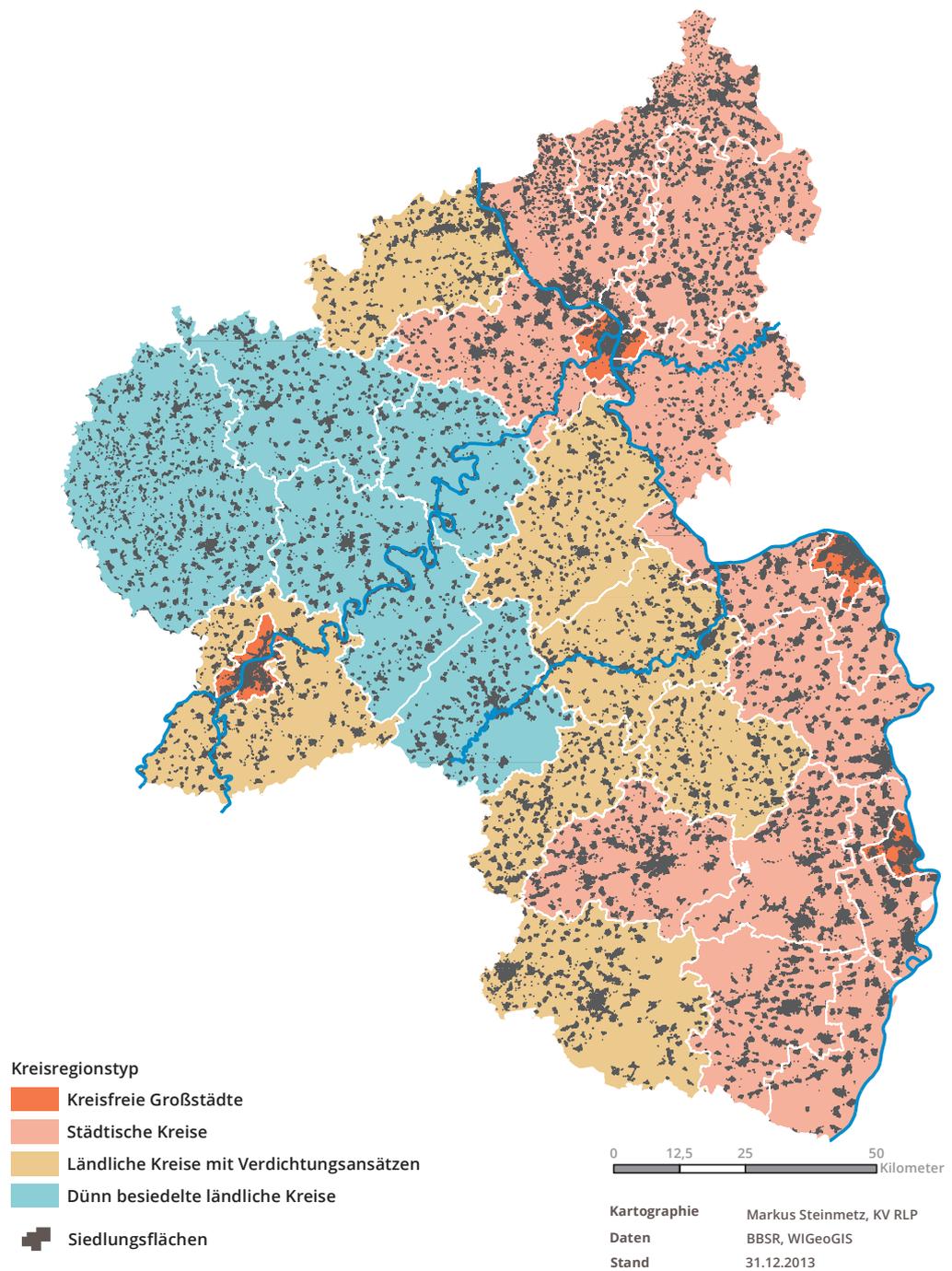
Fragestellungen aus den Bereichen Sicherstellung und Versorgungsforschung wird dieses Instrument intensiv eingesetzt:

- Bedarfsplanung und Bedarfsprüfung: Praxisverlegung, Sonderbedarfszulassung, Zweigpraxisgenehmigung
- Bereitschaftsdienstorganisation: Standortfindung von Bereitschaftsdienstzentralen und Neuorganisation von Versorgungsbereichen durch Distanzanalysen
- Bevölkerung und Patienten: Strukturen, Entwicklungen und Prognosen
- Versorger: Inanspruchnahmen, räumliche Strukturen und Beziehungen
- Morbidität: regionale Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit von Krankheiten

Die Limitierung der Anwendung von GIS liegt dabei weniger in der Begrenztheit technischer Möglichkeiten, sondern in der mitunter eingeschränkten Datenverfügbarkeit im deutschen Gesundheitswesen begründet. Durch die Heterogenität der Gesundheitsversorgung sind für die räumliche Versorgungsforschung der KV RLP in der Regel nur Daten mit räumlichem Bezug aus den eigenen Datenverarbeitungssystemen verfügbar.

Die Hauptdatenquellen bilden hierbei das Arztregister und die Abrechnungsdaten, deren Vorhaltung sich aus dem gesetzlichen Auftrag der KV ergibt. Aus Gründen des Datenschutzes wird dabei stets auf die Pseudonymisierung beispielsweise von Patientenidentitäten in den Abrechnungsdaten geachtet, die sicherstellt, dass keinerlei persönliche Identifizierung der betreffenden Person möglich ist. Damit stehen, im Gegensatz zu Standortdaten der ambulanten Praxen, keine geokodierten (adressgenauen) Daten über Patienten zur Verfügung. Das räumliche Inanspruchnahmeverhalten und die daraus resultierenden Patientenwege lassen sich somit nur auf der Ebene von administrativen Gebietseinheiten wie Gemeinde, Verbandsgemeinde, Kreis etc. analysieren und darstellen. Diese Einschränkung in der räumlichen Auflösung muss somit auch bei der Interpretation der folgenden räumlichen Betrachtungen des Zugangs der Bevölkerung und der Patienten zur vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz berücksichtigt werden.

ABBILDUNG 3.1: RAUMSTRUKTURGLIEDERUNG IN RHEINLAND-PFALZ





3.1 ZUGANG DER BEVÖLKERUNG ZUR VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

3.1.1 Erreichbarkeit der Vertragsärzte für die Bevölkerung von Rheinland-Pfalz

Der Zugang der Bevölkerung zur vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz ist trotz der dispersen Raumstruktur des Landes derzeit auf einem hohen Versorgungsniveau gegeben. Ein Hauptgrund hierfür ist sicherlich, dass nicht nur in zentralen Orten, sondern auch noch in vielen kleineren Ortsgemeinden Praxen von vertragsärztlichen Grundversorgern vorhanden sind.

| ABBILDUNG 3.1 UND KAPITEL 2.1.2

Als ein Indikator hierfür kann die Erreichbarkeit der Praxen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung für die rheinland-pfälzische Bevölkerung verwendet werden. Die Entfernung zur nächstgelegenen Hausarztpraxis („Minimaldistanz“) ist für den Zugang der Bevölkerung zur ambulanten Versorgung hierbei von entscheidender Bedeutung.

Die wohnortnahe Grundversorgung in Gestalt der 1.965 Hausarztpraxen kann selbst in ländlich peripheren Räumen beinahe flächendeckend in zumutbaren PKW-Fahrdistanzen erreicht werden. Die Entfernung zur nächstgelegenen Hausarztpraxis beträgt im Landesdurchschnitt nur 1,4 Kilometer.¹⁹ 61 Prozent der Bevölkerung (2,4 Millionen Einwohner) können in weniger als einem Kilometer den nächstgelegenen hausärztlichen Praxisstandort erreichen. Nur 5,3 Prozent der Bevölkerung muss mehr als fünf Kilometer PKW-Fahrdistanz zurücklegen, mehr als zehn Kilometer müssen mit 2.700 Einwohnern sogar nur 0,1 Prozent der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz in Kauf nehmen.

| ABBILDUNG 3.2 UND KAPITEL 3.1.2

Auch die Praxen der fachärztlichen Grundversorgung sind in Rheinland-Pfalz im Landesdurchschnitt in weniger als zehn Kilometern Fahrdistanz zu erreichen. Diese Entfernungen unterschreiten somit deutlich Mindestreichbarkeitsziele für

19 Minimaldistanz = bevölkerungsgewichtete durchschnittliche PKW-Fahrdistanz zur nächstgelegenen Praxis auf Gemeindeebene 2013

andere infrastruktureinrichtungen im Gesundheitswesen, zum Beispiel Krankenhäuser der Grundversorgung, da diese fast ausschließlich in Mittel- oder Oberzentren ansässig sind.

| TABELLE 3.1

Insgesamt ist die Erreichbarkeit der ambulanten Haus- und Facharztversorgung in Rheinland-Pfalz im Sinne der Wohnortnähe zumindest für mobile Patienten aktuell als gut zu beurteilen. Zukünftig wird sich jedoch verstärkt die Frage stellen, wie der immer größer werdende Anteil älterer und immobiler Patienten zu den ambulanten Versorgern gelangen kann. Insbesondere der zu erwartende Wegfall von Praxisstandorten in ländlichen Regionen wird es erforderlich machen, hier neue Lösungen zu entwickeln. Infolgedessen werden zukünftig auch mobile Patienten zum Teil deutlich höhere Minimaldistanzen zurücklegen müssen, um die nächstgelegene Haus- oder Facharztpraxis zu erreichen.

3.1.2 Patientenwege in der vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz

In der Realität der vertragsärztlichen Versorgung sind die mobilen Patienten schon heute bereit, zum Teil deutlich längere Wege zurückzulegen, als es die Inanspruchnahme der räumlich nächstgelegenen Haus- und Facharztpraxen erfordern würde. Hierbei spielen unter anderem die freie Arztwahl, persönliche Präferenzen, Verkehrsanbindungen, Pendlerwege sowie das Alter und Geschlecht der Patienten eine Rolle. Die Realdistanz²⁰, also die tatsächlich zurückgelegten Patientenwege in der vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz, liegt in den meisten Arztgruppen deutlich über der Minimaldistanz.

| TABELLE 3.1

Die dadurch in Kauf genommene Zusatzdistanz ist bei den Hautarztpatienten mit 2,9 Kilometern am geringsten ausgeprägt. Den gleichen Wert weist

20 Innerorts: gemittelte PKW-Fahrdistanz zum Ortsmittelpunkt, außerorts: durchschnittliche PKW-Fahrdistanz vom Ortsmittelpunkt der Gemeinde des Patientenwohnortes zum Ortsmittelpunkt der Gemeinde, in der die aufgesuchte Praxis liegt, Abrechnungsdaten der KV RLP 2/2013

ABBILDUNG 3.2: ERREICHBARKEIT DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

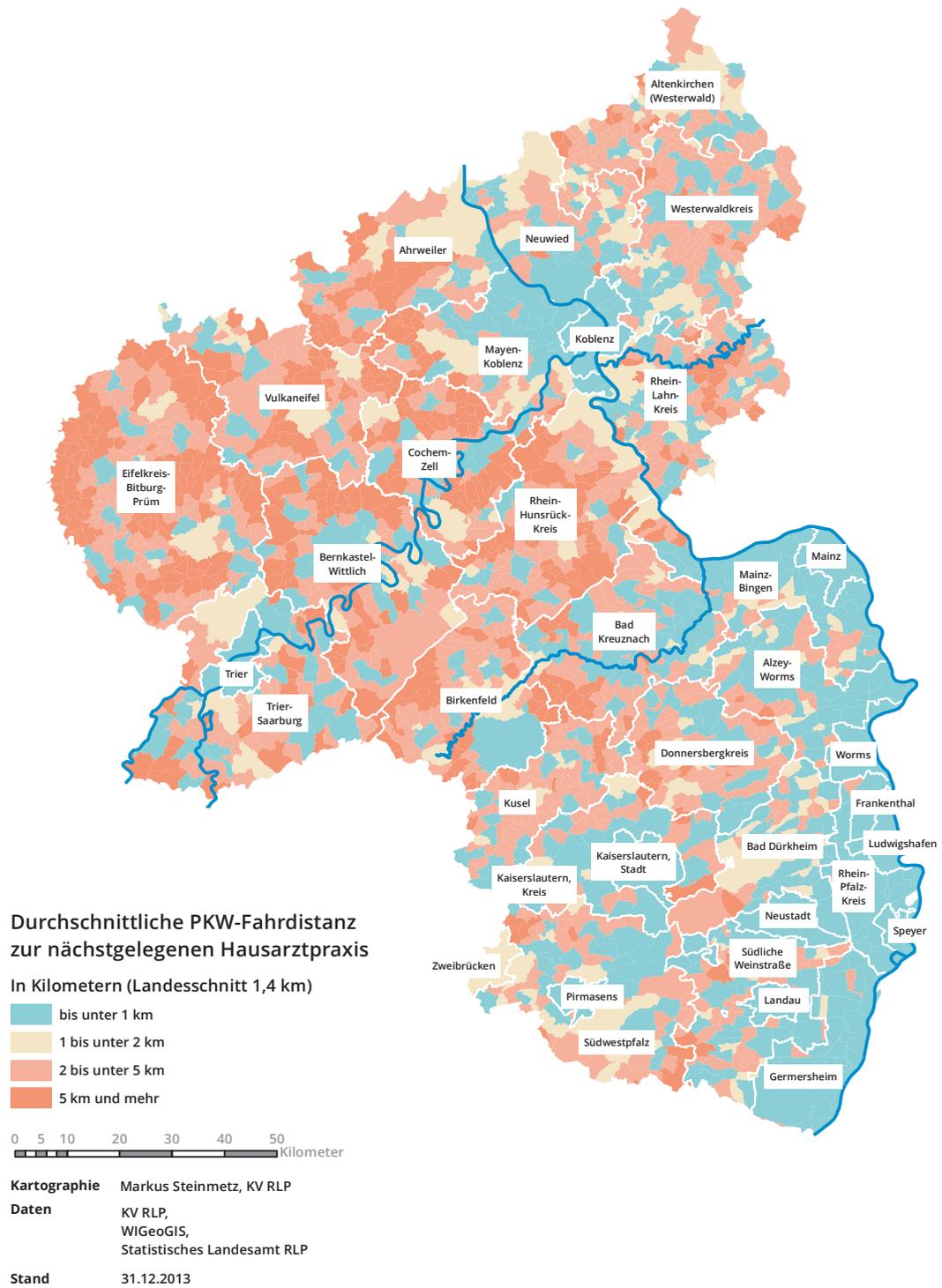




TABELLE 3.1: DISTANZEN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG: ARZTGRUPPEN

Arztgruppe	Anzahl der Praxisstandorte (inkl. Zweigpraxen)**	Erreichbarkeit: Minimaldistanz (in km)	Patientenwege: Realdistanz (in km)	Zusatzdistanz (in km)*
Augenärzte	190	5,2	9,9	4,7
Chirurgen	173	5,6	10,6	5,0
Frauenärzte	386	4,3	15,1	10,8
Hausärzte	1.965	1,4	5,2	3,8
Hautärzte	127	6,6	9,5	2,9
HNO-Ärzte	136	6,0	9,5	3,5
Fachinternisten	362	5,2	12,6	7,4
Kinderärzte	226	4,9	8,5	3,6
Nervenärzte	201	6,3	10,7	4,4
Orthopäden	187	5,5	10,9	5,4
Psychotherapeuten	946	3,6	11,3	7,7
Radiologen	70	8,7	18,8	10,1
Urologen	105	7,0	9,9	2,9

* Saldo aus Real- und Minimaldistanz

** 1 Praxisstandort entspricht einer geokodierten Adresse

auch die Fachgruppe der Urologen auf. Während also die Männer, um ihre geschlechtsspezifische Arztgruppe zu kontaktieren, nur eine vergleichsweise geringe Zusatzdistanz zurücklegen, nehmen die Frauen in Rheinland-Pfalz durchschnittlich einen 10,8 Kilometer längeren Patientenweg in Kauf, um eine der 386 Frauenarztpraxen ihrer Wahl aufzusuchen. Diese Bereitschaft nimmt auch mit zunehmendem Alter geringfügiger als bei den anderen Arztgruppen ab. Auch die über 80-jährigen Frauenarztpatientinnen legen mit einem durchschnittlichen Patientenweg von 11,5 Kilometern eine Zusatzdistanz von 7,2 Kilometer zurück, obwohl die nächstgelegene Frauenarztpraxis in durchschnittlich 4,3 Kilometern zu erreichen wäre.

| TABELLE 3.2

Am deutlichsten geht die Zusatzdistanz der Patientenwege in den Altersklassen der über 65-jährigen Patienten bei Psychotherapeuten und Radiologen zurück. Der geringste Rückgang ist in diesen Altersklassen bei den Augenärzten und Hausärzten zu verzeichnen. Dort ist aus Distanzgesichtspunkten die Arzt-Patienten-Bindung am stärksten, sodass auch im höheren Alter und mit zunehmend eingeschränkter Mobilität innerhalb dieser Altersklassen weitestgehend die gleichen Patientenwege mit entsprechender Zusatzdistanz beibehalten werden.

Insgesamt führt die Zusatzdistanz von 3,8 Kilometern bei den Hausarztpatienten in der Realität durchschnittlich zu einem fast viermal höheren tatsächlichen Patientenweg, als es die räumliche

Verteilung der Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz erfordern würde.

| TABELLE 3.1

61 Prozent der rheinland-pfälzischen Bevölkerung können aufgrund der räumlichen Verteilung theoretisch in weniger als einem Kilometer ihre nächstgelegene Hausarztpraxis erreichen. In der Realität machen jedoch nur 15 Prozent der Hausarztpatienten hiervon Gebrauch. Ein Drittel der Hausarztpatienten legt zwischen 2,5 und fünf Kilometer zurück, um ihren Hausarzt aufzusuchen, obwohl dies nur für 15 Prozent der Bevölkerung notwendig wäre. 27 Prozent der Hausarztpatienten legen sogar einen mehr als fünf Kilometer langen Weg zurück. Notwendig wäre dies nur für fünf Prozent der Bevölkerung. Sogar mehr als zehn Kilometer legen

elf Prozent der Hausarztpatienten zurück. Diesen Patientenweg müssen theoretisch nur 2.700 Einwohner in Rheinland-Pfalz aufwenden, um ihre nächstgelegene Hausarztpraxis zu erreichen.

| ABBILDUNG 3.3

3.2 MITVERSORGUNGSEFFEKTE UND STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN IN DER ALLGEMEINEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG

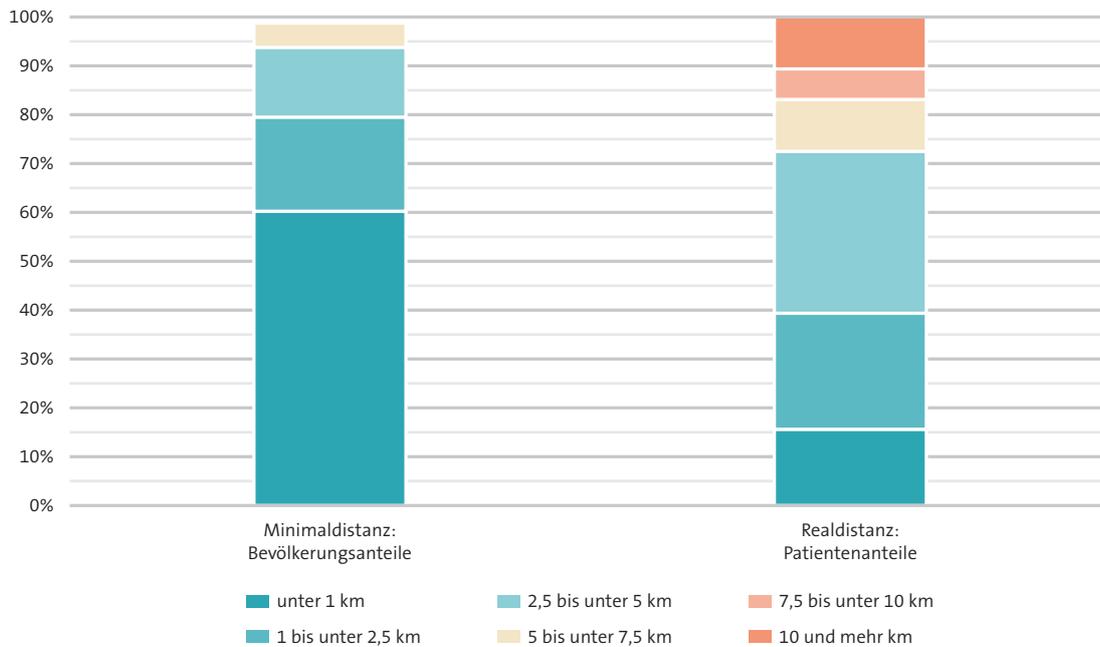
Der Zugang der Bevölkerung zur vertragsärztlichen Versorgung ist, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, aus Erreichbarkeitsgesichtspunkten in Rheinland-Pfalz auf einem hohen Niveau für alle Arztgruppen gegeben. Die räumliche Verteilung der Praxen ermöglicht es der Bevölkerung, in durchschnittlich weniger als

TABELLE 3.2: ZUSATZDISTANZEN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG: ALTERSKLASSEN IM QUARTAL 2/2013

Arztgruppe Bedarfsplanung	Altersklassen: Zusatzdistanz (in km)				
	0 – 17	18 – 44	45 – 64	65 – 80	Über 80
Augenärzte	5,9	5,8	4,7	4,3	3,7
Chirurgen	3,8	5,4	5,7	4,4	2,4
Frauenärzte	6,1	11,3	11,7	9,5	7,2
Hausärzte	3,9	4,9	3,8	3,0	2,7
Hautärzte	4,7	6,0	5,2	4,2	2,9
HNO-Ärzte	4,7	4,4	3,6	2,5	1,3
Fachinternisten	7,8	8,1	8,1	6,8	4,9
Kinderärzte	3,6	-	-	-	-
Nervenärzte	5,6	5,3	4,8	3,6	2,7
Orthopäden	6,5	6,0	5,7	4,4	2,2
Psychotherapeuten	8,2	7,9	7,7	4,9	1,3
Radiologen	4,5	5,0	14,7	7,0	1,4
Urologen	4,0	3,8	3,2	2,7	1,8



ABBILDUNG 3.3: DISTANZEN IN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG



zehn Kilometern Fahrdistanz auch alle Praxisstandorte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung²¹ zu erreichen. Die tatsächlichen Patientenwege sind auch hier aus verschiedenen Gründen durchschnittlich zum Teil deutlich länger als es die Inanspruchnahme des nächstgelegenen Vertragsarztes erfordern würde.

| KAPITEL 3.2

Diese Patientenwege verlaufen zum Beispiel häufig entlang der vorhandenen Pendlerströme und bilden auch Versorgungsbeziehungen von Grund-, Mittel- und Oberzentren im rheinland-pfälzischen Städte-system ab. So nehmen insbesondere kreisfreie Städte und Großstädte eine Mitversorgungsfunktion für ihr Umland wahr und es kommt zu ausgeprägten Stadt-Umland-Beziehungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Effekte und Beziehungen werden im Rahmen der Bedarfsplanung für die

21. Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung laut Bedarfsplanung: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen

Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bei zwei Parametern berücksichtigt:

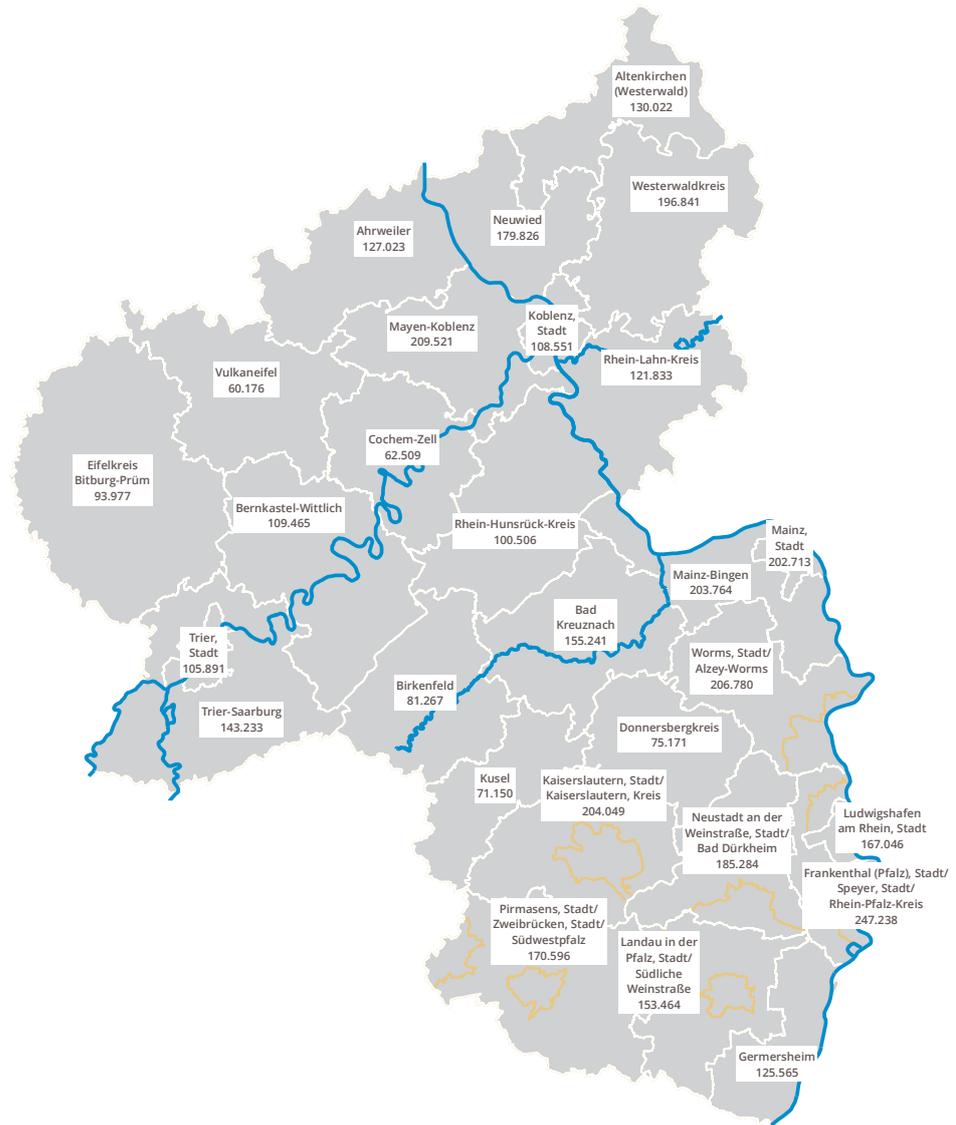
- Der Zuschnitt der Kreisregionen als Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fasst in einigen Fällen kreisfreie Städte mit ihren Umlandkreisen oder zusätzlich noch angrenzende kreisfreie Städte zusammen. Hierdurch werden Versorgungsregionen abgebildet, die Mitversorgungseffekte und Stadt-Umland-Beziehungen berücksichtigen sollen.

| ABBILDUNG 3.4

- Die Verhältniszahl Arzt/Einwohner zur Bestimmung der Arztgruppen-Sollzahlen in einem Planungsbereich wird anhand einer fünfstufigen siedlungsstrukturellen Kreistypisierung angepasst. Dadurch ist in städtisch geprägten Kreisen die Verhältniszahl niedriger als in ländlichen Kreisen. Dies bedeutet, dass dort bevölkerungsbezogen mehr Vertragsärzte zugelassen werden können. Dadurch soll die Mitversorgungsfunktion für das Umland berücksichtigt werden.

| KAPITEL 1.2

ABBILDUNG 3.4: KREISREGIONEN ALS PLANUNGSBEREICH DER ALLGEMEINEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG



Planungsbereiche: Einwohner

- Kreisregionen (n=28)
- kreisfreie Städte, die keinen eigenen Planungsbereich bilden

0 5 10 20 30 40 50
Kilometer

Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP
Daten KV RLP, WIGeoGIS, Statistisches Landesamt RLP
Stand 31.12.2012



Hieraus ergeben sich drei miteinander zusammenhängende Fragestellungen zum räumlichen Versorgungsgeschehen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz:

- Welche Kreisregionen nehmen eine über ihren Planungsbereich hinausgehende überdurchschnittlich hohe Mitversorgungsfunktion gegenüber anderen Kreisregionen wahr und wie unterschiedlich ist diese zwischen den Arztgruppen ausgeprägt?
- Zwischen welchen Kreisregionen und bei welchen Arztgruppen bestehen besonders ausgeprägte Stadt-Umland-Beziehungen?
- Entspricht der räumliche Zuschnitt der Planungsbereiche der Realität in den Patientenbewegungen? Unterscheiden sich hierbei Kreisregionen, in denen Großstädte mit ihrem Umland zusammengefasst sind, von denjenigen Kernstädten, die ohne ihr Umland geplant werden?

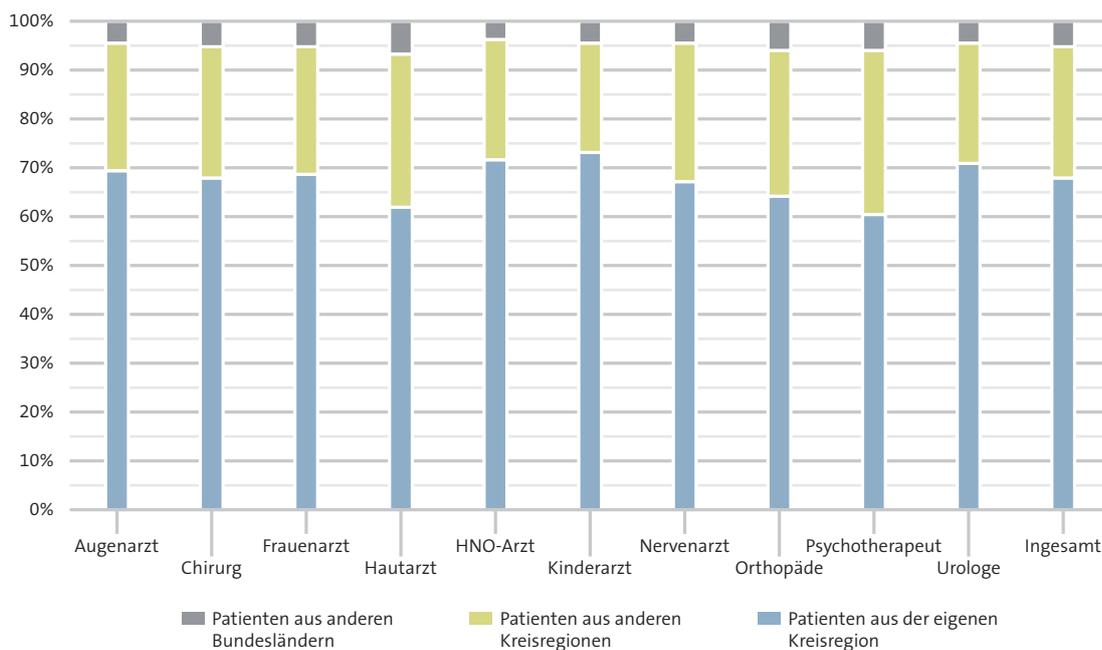
Im Landesdurchschnitt behandeln die Ärzte und Psychotherapeuten der allgemeinen fachärztlichen

Versorgung zu 32 Prozent Patienten, die ihren Wohnort in einer anderen Kreisregion als dem Praxissitz innehaben. 27 Prozent der Patienten stammen aus anderen Kreisregionen, fünf Prozent aus anderen Bundesländern. Den höchsten Anteil auswärtiger Patienten weisen mit rund 39 Prozent Psychotherapeuten auf, den niedrigsten Anteil mit rund 27 Prozent Kinderärzte.

| ABBILDUNG 3.5

In den jeweiligen Kreisregionen können die Anteile auswärtiger Patienten aber zum Teil deutlich vom Landesdurchschnitt abweichen, was sich in den meisten Fällen durch den Umfang und die räumliche Lage der Praxisstandorte der betroffenen Arztgruppen erklären lässt. Den geringsten Anteil auswärtiger Patienten weisen mit 13 Prozent die allgemeinen fachärztlichen Versorger der Kreisregion Pirmasens/Zweibrücken/Südwestpfalz auf. Den höchsten Anteil auswärtiger Patienten verzeichnen mit jeweils über 50 Prozent die

ABBILDUNG 3.5: ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG: HERKUNFT DER PATIENTEN NACH ARZTGRUPPE



Es handelt sich um kurativ ambulante Fälle nach Praxissitz im ersten und zweiten Quartal 2013, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte.

Versorger in den kreisfreien Städten Mainz, Koblenz und Trier.

| ABBILDUNG 3.6

Mit Ausnahme der Kreisregion Frankenthal/Speyer/Rhein-Pfalz-Kreis weisen alle übrigen Planungsbereiche, welche sowohl kreisfreie Städte als auch Umlandkreise umfassen, insgesamt unterdurchschnittliche Anteile auswärtiger Patienten auf. Die Mitversorgungsfunktion der kreisfreien Städte beschränkt sich hier weitestgehend auf das Umland im eigenen Planungsbereich. Der Zuschnitt dieser Planungsbereiche scheint also die Patientenwege in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung abzubilden. Bei Betrachtung der Kreisregion Kaiserslautern wird dies deutlich.

| ABBILDUNG 3.7

Die Patientenströme bilden fast ausschließlich nur Stadt-Umland-Beziehungen zwischen dem Wohnort der Patienten und dem Ort der Leistungserbringung innerhalb der Kreisregion Kaiserslautern ab. Nur aus den nördlich gelegenen Nachbarkreisen Donnersberg und Kusel existieren im ersten Halbjahr 2013 Patientenströme im Umfang von mehr als 1.000 Patienten, die hauptsächlich von Vertragsärzten in der kreisfreien Stadt Kaiserslautern mitversorgt wurden.

Ein völlig anderes Bild ergibt sich dagegen bei den drei kreisfreien Städten Koblenz, Mainz und Trier, wo die Mehrzahl der Patienten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung aus anderen Kreisregionen stammt. Hier existieren ausgeprägte Stadt-Umland-Beziehungen sowohl für jene Arztgruppen, die im Landesvergleich unterdurchschnittliche Patientenwege aufweisen, als auch bei den Arztgruppen, deren Patienten im Durchschnitt die weitesten Patientenwege in Kauf nehmen. Am Beispiel der Augen- und Frauenärzte wird deutlich, dass die Mitversorgungsfunktion von Koblenz, Mainz und Trier zum Teil deutlich über benachbarte Kreisregionen hinausgeht und die daraus resultierenden Patientenströme zum Teil mehr als 50 Kilometer betragen.

| ABBILDUNG 3.8 UND 3.9

Eine umfangreiche Mitversorgung von Patienten aus anderen Bundesländern ist nur bei den Praxen in Mainz ablesbar. Die Fachärzte in Trier weisen für das Saarland und jene in Koblenz für Hessen nur geringe Mitversorgungsfunktion auf. Insgesamt stellen diese Patienten hier nur zehn beziehungsweise drei Prozent aller auswärtigen Patienten in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Stadt Mainz dagegen weist zusammen mit den vier Grenz-Landkreisen Altenkirchen, Kusel, Rhein-Lahn und Trier-Saarburg einen Anteil von über 25 Prozent Patienten aus anderen Bundesländern an den auswärtigen Patienten auf.

| ABBILDUNG 3.10

Den höchsten Anteil von Patienten aus anderen Bundesländern an den auswärtigen Patienten verzeichnet aufgrund ihrer Grenzlage zum Saarland jedoch mit 43 Prozent die Kreisregion Pirmasens/Zweibrücken/Südwestpfalz – jene Kreisregion, die insgesamt landesweit den geringsten Mitversorgungsanteil aufweist. Noch deutlicher als in der Kreisregion Kaiserslautern findet die allgemeine fachärztliche Versorgung der rheinland-pfälzischen Bevölkerung fast nur innerhalb der Kreisregion statt. Nennenswerte Patientenströme aus benachbarten Kreisregionen sind nicht erkennbar.

| ABBILDUNG 3.11

Insbesondere versorgt die kreisfreie Stadt Zweibrücken mit ihren Vertragsärzten im nicht unerheblichen Maße Patienten aus dem saarländischen Saarpfalz-Kreis mit. Insgesamt sind größere Patientenströme aus den Gemeinden Homburg, Bexbach, Blieskastel und Gernsheim ablesbar, die insgesamt 23 Prozent aller Patienten in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung von Zweibrücken stellen. Wie viele Patienten aus Rheinland-Pfalz ihrerseits Vertragsärzte im Saarland in Anspruch nehmen und somit von dort mitversorgt werden, lässt sich aus den Abrechnungsdaten der KV RLP nicht feststellen. Es kann nur die Mitversorgung dargestellt werden, die von Vertragsärzten in Rheinland-Pfalz für andere Bundesländer erbracht wird.

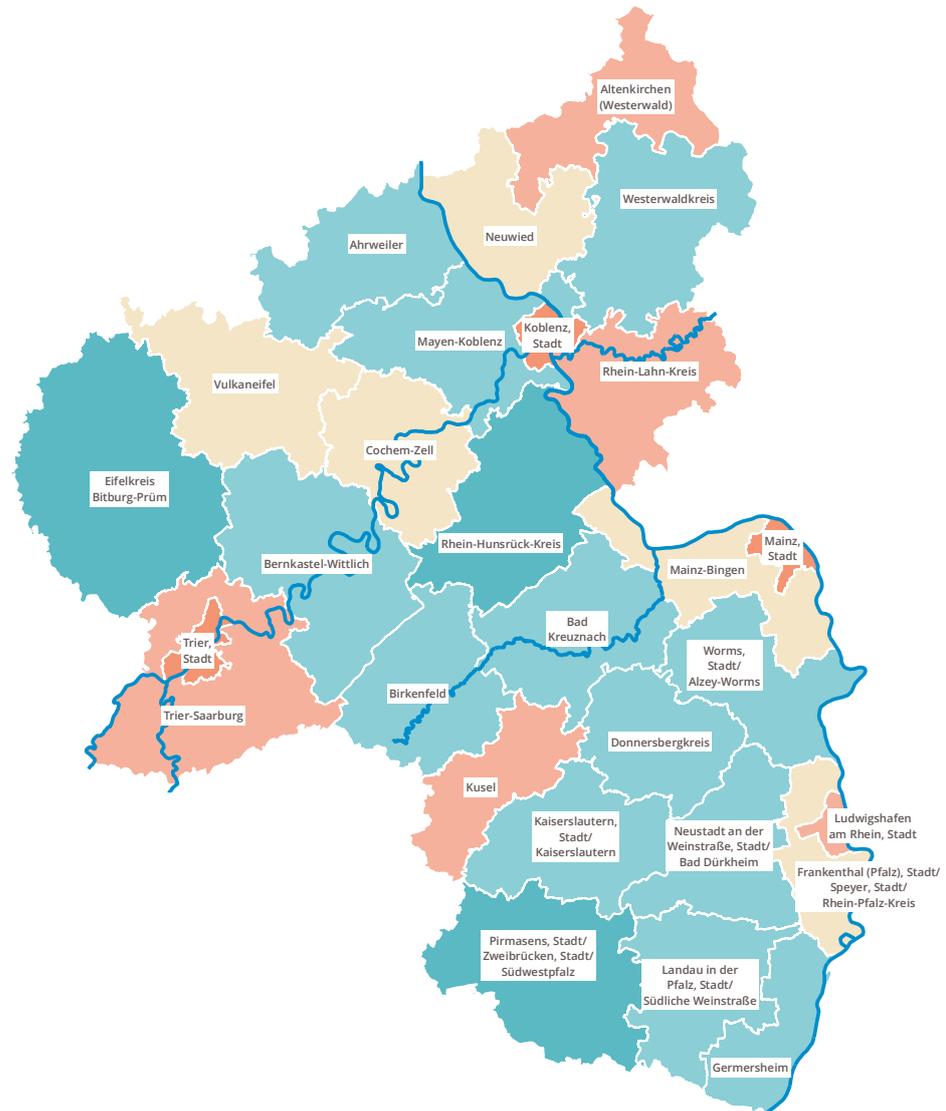


Von den 237.115 Patienten aus anderen Bundesländern im ersten Halbjahr 2013 wurde am häufigsten ein Haut- oder Frauenarzt in Rheinland-Pfalz aufgesucht, in 14 beziehungsweise 19 Prozent der Fälle. Am seltensten wurde die Ländergrenze überschritten, um einen Psychotherapeuten oder Urologen in Rheinland-Pfalz zu konsultieren,

nämlich in zwei beziehungsweise fünf Prozent der Fälle. Die Arztgruppenanteile variieren kaum nach der Herkunft der Patienten. Die Kreisregions- oder Bundeslandesgrenze wird demzufolge nicht überdurchschnittlich häufig wegen einzelner Arztgruppen überschritten.

| ABBILDUNG 3.12

ABBILDUNG 3.6: MITVERSORGUNG IN DER ALLGEMEINEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG: ANTEIL DER AUSWÄRTIGEN PATIENTEN INSGESAMT



Anteil der auswärtigen Patienten (Landesschnitt: 32%)

In Prozent (Anzahl der Kreisregionen)

- bis unter 20% (3)
- 20% bis unter 28% (12)
- 28% bis unter 36% (5)
- 36% bis unter 50% (5)
- 50% und mehr (3)

0 5 10 20 30 40 50
Kilometer

Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP

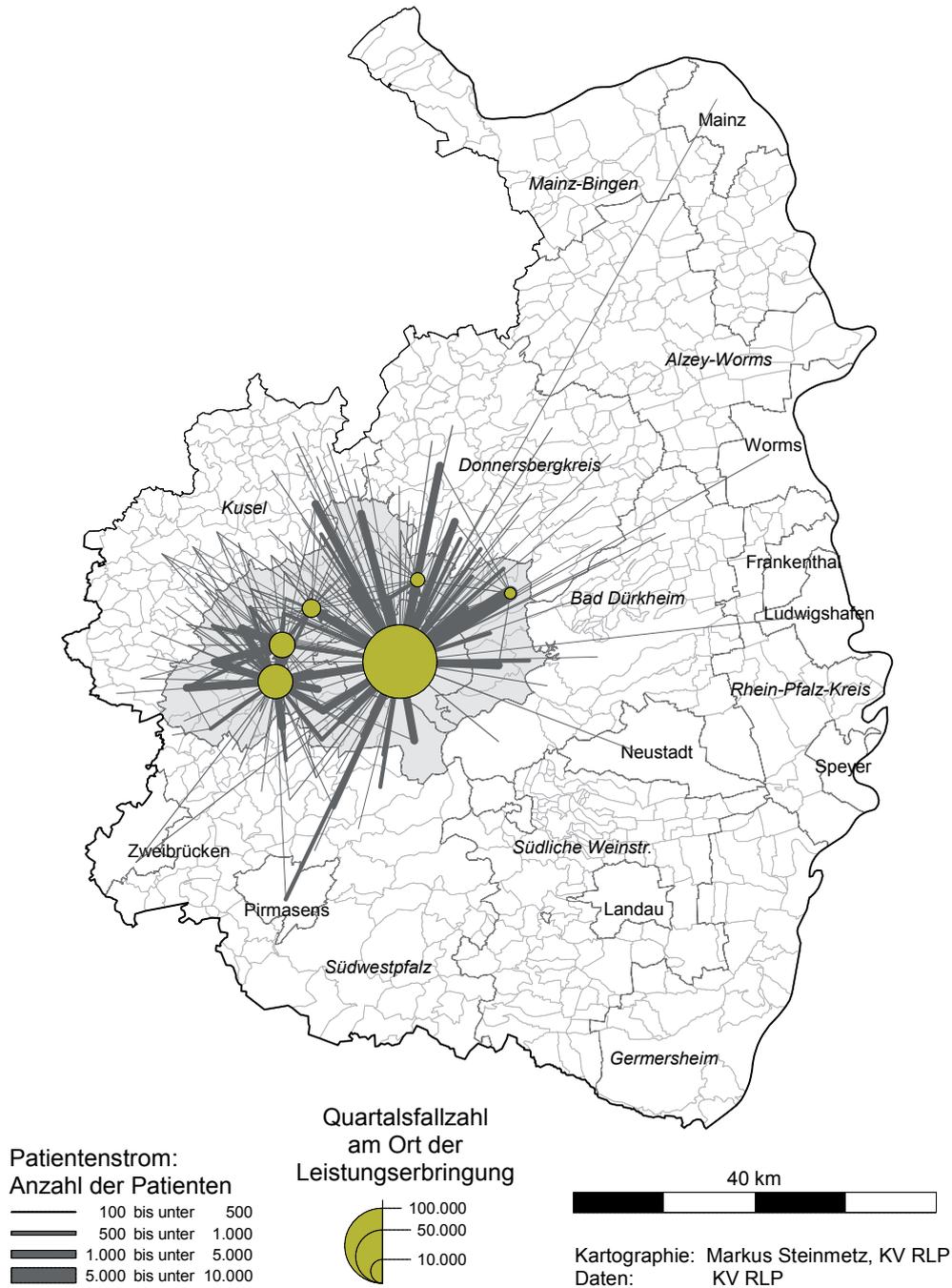
Daten KV RLP,
WIGeoGIS

Stand 31.12.2013

Es handelt sich um kurativ ambulante Fälle nach Praxissitz im ersten und zweiten Quartal 2013, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte.

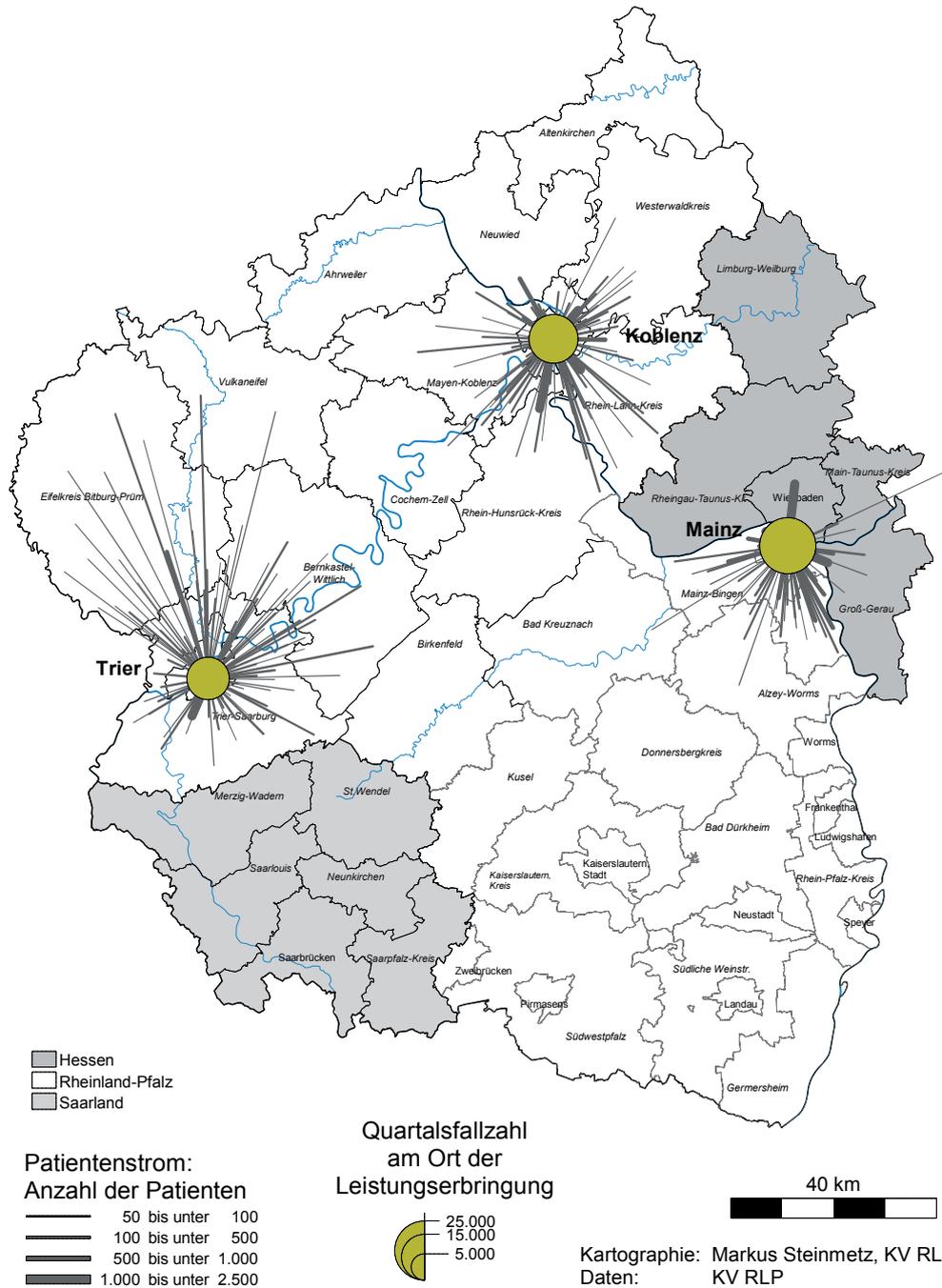


ABBILDUNG 3.7: ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG:
STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN DER KREISREGION KAISERSLAUTERN



Es handelt sich um kurativ ambulante Fälle nach Praxissitz im ersten und zweiten Quartal 2013, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte.

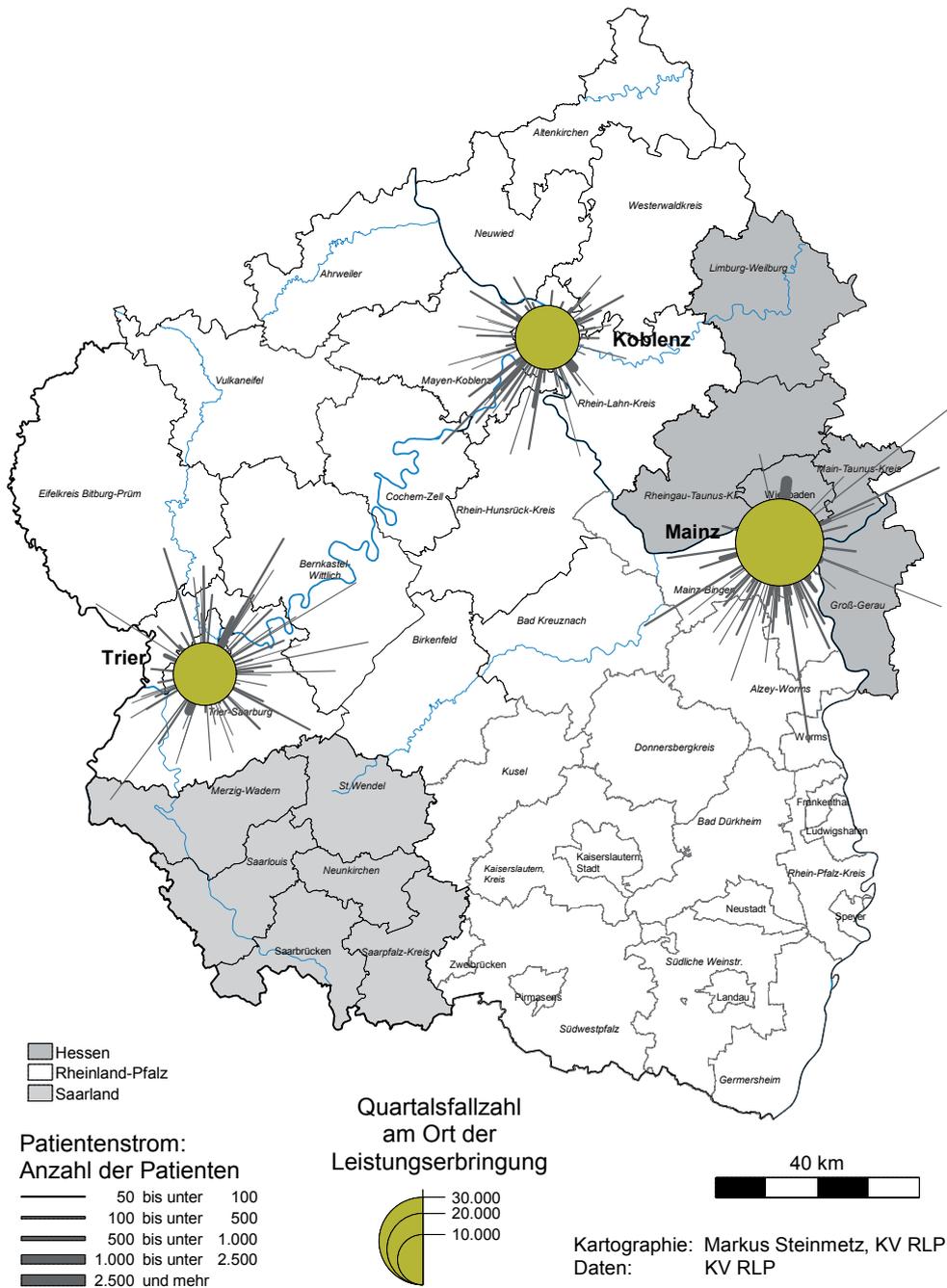
ABBILDUNG 3.8: AUGENÄRZTLICHE VERSORGER: STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN DER KREISFREIEN STÄDTE KOBLENZ, MAINZ UND TRIER



Es handelt sich um kurativ ambulante Fälle nach Praxissitz im ersten und zweiten Quartal 2013, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte.

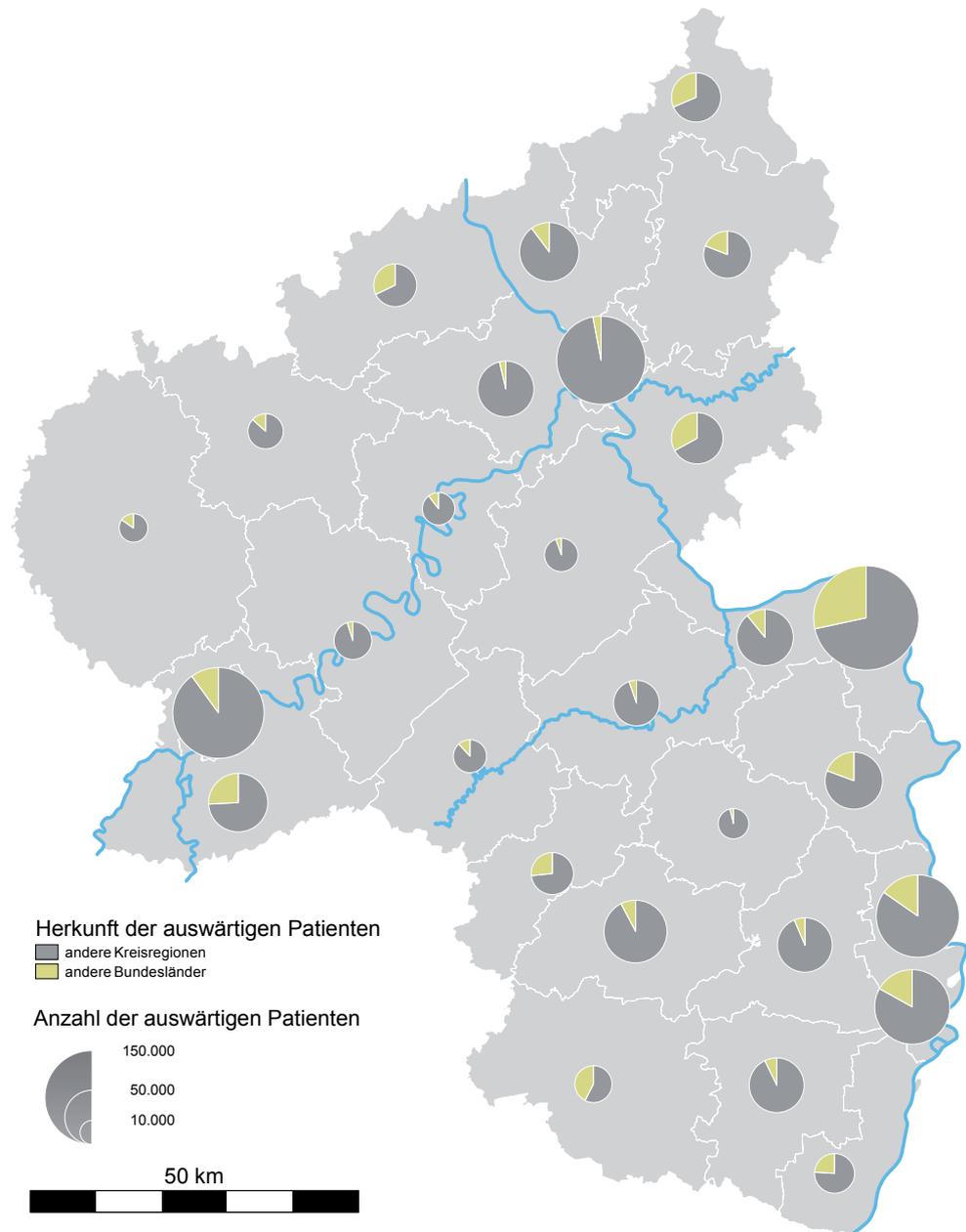


ABBILDUNG 3.9: FRAUENÄRZTLICHE VERSORGER: STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN IN DEN KREISFREIEN STÄDTEN KOBLENZ, MAINZ UND TRIER



Es handelt sich um kurativ ambulante Fälle nach Praxissitz im ersten und zweiten Quartal 2013, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte.

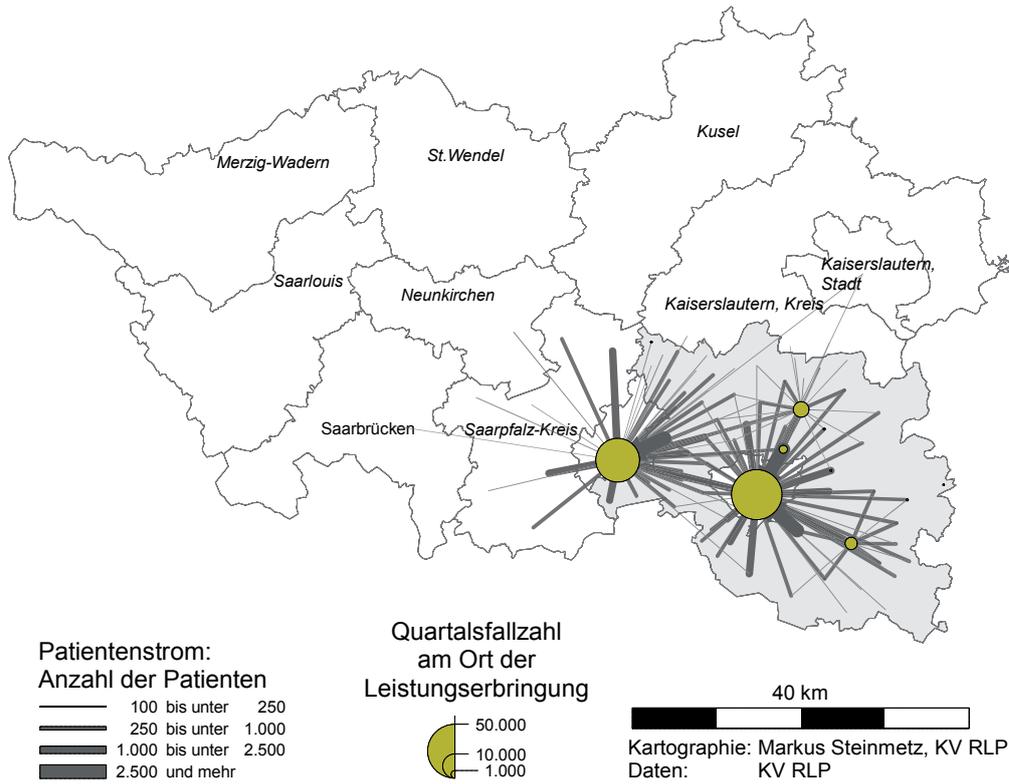
ABBILDUNG 3.10: MITVERSORGUNG IN DER ALLGEMEINEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG: ANZAHL UND HERKUNFT DER AUSWÄRTIGEN PATIENTEN



Es handelt sich um kurativ ambulante Fälle nach Praxissitz im ersten und zweiten Quartal 2013, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte.

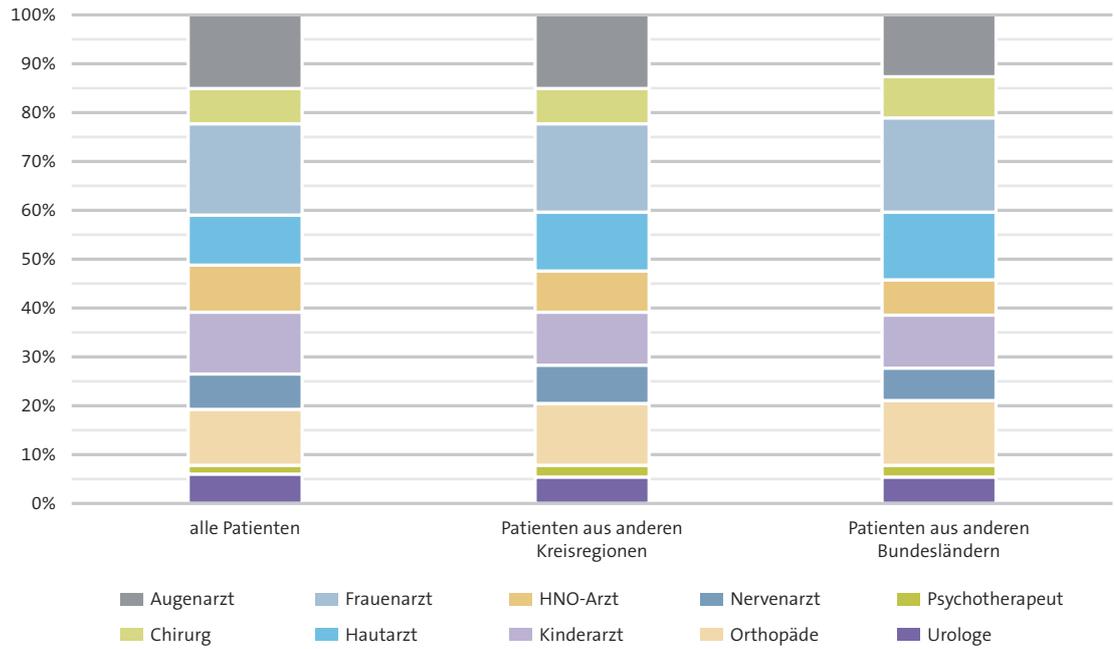


ABBILDUNG 3.11: ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG: STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN IN DER KREISREGION PIRMASENS/ZWEIBRÜCKEN/SÜDWESTPFALZ



Es handelt sich um kurativ ambulante Fälle nach Praxissitz im ersten und zweiten Quartal 2013, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte.

ABBILDUNG 3.12: ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG: ARZTGRUPPENANTEILE NACH HERKUNFT DER PATIENTEN



Es handelt sich um kurativ ambulante Fälle nach Praxissitz im ersten und zweiten Quartal 2013, ohne Laborleistungen, Ermächtigte und Auftragsärzte.



VERZEICHNISSE

4.1 ABBILDUNGEN

Abbildung 1.1	Bedarfsplanung Hausärztliche Versorgungsebene	11
Abbildung 1.2	Bedarfsplanung Fachärztliche Versorgungsebene	12
Abbildung 1.3	Bereitschaftsdienstorganisation 2014	17
Abbildung 1.4	Distanzen zur nächstgelegenen Bereitschaftsdienstzentrale	18
Abbildung 1.5	Distanzen zur zuständigen Bereitschaftsdienstzentrale: Bevölkerungsanteile	19
Abbildung 2.1	Entwicklung der Anzahl vertragsärztlich tätiger Haus- und Fachärzte nach Geschlecht von 2008 bis 2013	22
Abbildung 2.2	Entwicklung der Anzahl vertragsärztlich tätiger Hausärzte nach Geschlecht und Altersklassen von 2008 bis 2013	23
Abbildung 2.3	Altersverteilung vertragsärztlich tätiger Hausärzte 2013	24
Abbildung 2.4	Altersstrukturen der Hausärzteschaft nach Geschlecht 2013	25
Abbildung 2.5	Geschlechteranteile an der Hausärzteschaft nach Altersklassen 2013	26
Abbildung 2.6	Altersstruktur der vertragsärztlichen Haus- und Fachärzteschaft 2013	27
Abbildung 2.7	Räumliche Verteilung der Gemeindetypen	28
Abbildung 2.8	Räumliche Verteilung der hausärztlichen Vertragsarztsitze	30
Abbildung 2.9	Altersbedingte Nachbesetzung der hausärztlichen Vertragsarztsitze bis 2020	32
Abbildung 2.10	Entwicklung der Organisationsformen von 2008 bis 2013: Anzahl der Hausarztpraxisstandorte und Versorgungsaufträge	33
Abbildung 2.11	Organisationsformen 2013: Anzahl der Hausarztpraxisstandorte	34
Abbildung 2.12	Entwicklung der Organisationsformen von 2008 bis 2013: Versorgungsaufträge nach Status	34
Abbildung 2.13	Organisationsformen 2013: Versorgungsaufträge nach Status	35
Abbildung 2.14	Tätigkeitsstatus nach Organisationsform 2013: Anteile an den Versorgungsaufträgen	36
Abbildung 2.15	Hausärztliche Nebenbetriebsstätten in den Gemeinden 2013	37
Abbildung 2.16	Umwandlung und Wegfall von Hausarztsitzen 2005 bis 2013	40
Abbildung 2.17	Status der Weiterbildungsassistenten 2013: Abschlussjahrgang 2011	41
Abbildung 2.18	Anzahl der Wartelisten-Neueintragungen 2007 bis 2013 nach Fachgruppen	42
Abbildung 2.19	Anzahl der präferierten Planungsregionen 2007 bis 2013 bei den Hausärzten nach Siedlungstyp (Mehrfachnennungen möglich)	43
Abbildung 2.20	Alters- und Geschlechterstruktur der Hausarztpatienten in Rheinland-Pfalz (Quartalsschnitt)	43
Abbildung 2.21	Anteil der Hausärzte am kurativen ambulanten Fallvolumen der Wohnbevölkerung in den Mittelbereichen, Quartalsschnitt 3/2012–2/2013	45
Abbildung 2.22	Behandlungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung nach Lebensalter, Quartalsschnitt 3/2012–2/2013	46
Abbildung 2.23	Dokumentierte Morbidität: Altersspezifische Diagnoseraten der zehn häufigsten chronischen Krankheiten in Rheinland-Pfalz 2011	46
Abbildung 2.24	Dokumentierte Morbidität: Multimorbide Patienten in Rheinland-Pfalz 2011	48
Abbildung 2.25	Altersaufbau der Bevölkerung 2010 und 2030: Altersklassen	51
Abbildung 2.26	Bevölkerungsaufbau 2010 und 2030 nach Alter und Geschlecht	52
Abbildung 2.27	Bevölkerungsentwicklung von 2010 bis 2030: Mittlere Variante	53
Abbildung 2.28	Altersquotienten 2030: Mittlere Variante	55

Abbildung 2.29	Altersstrukturen von Bevölkerung, Hausarztpatienten und Behandlungsbedarf	56
Abbildung 2.30	Prognose 2030: Entwicklung der Anzahl der Hausarztpatienten und des Behandlungsbedarfs in den kreisfreien Städten und Kreisen	59
Abbildung 2.31	Entwicklung der Hausarztpatientenzahl und des Behandlungsbedarfs von 2010 bis 2030: Kreisfreie Städte und Kreise	61
Abbildung 2.32	Hausärztlicher Behandlungsbedarf 2010	62
Abbildung 3.1	Raumstrukturgliederung in Rheinland-Pfalz	64
Abbildung 3.2	Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung	66
Abbildung 3.3	Distanzen in der hausärztlichen Versorgung	69
Abbildung 3.4	Kreisregionen als Planungsbereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung	70
Abbildung 3.5	Allgemeine fachärztliche Versorgung: Herkunft der Patienten nach Arztgruppe	71
Abbildung 3.6	Mitversorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung: Anteil der auswärtigen Patienten insgesamt	74
Abbildung 3.7	Allgemeine fachärztliche Versorgung: Stadt-Umland-Beziehungen der Kreisregion Kaiserslautern	75
Abbildung 3.8	Augenärztliche Versorger: Stadt-Umland-Beziehungen der kreisfreien Städte Koblenz, Mainz und Trier	76
Abbildung 3.9	Frauenärztliche Versorger: Stadt-Umland-Beziehungen in den kreisfreien Städten Koblenz, Mainz und Trier	77
Abbildung 3.10	Mitversorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung: Anzahl und Herkunft der auswärtigen Patienten	78
Abbildung 3.11	Allgemeine fachärztliche Versorgung: Stadt-Umland-Beziehungen in der Kreisregion Pirmasens/Zweibrücken/Südwestpfalz	79
Abbildung 3.12	Allgemeine fachärztliche Versorgung: Arztgruppenanteile nach Herkunft der Patienten	80

4.2 TABELLEN

Tabelle 1.1	Systematik der neuen Bedarfsplanung in Rheinland-Pfalz	9
Tabelle 1.2	Zahl der möglichen Vertragsarztsitze und deren Veränderung durch die Reform der Bedarfsplanung	13
Tabelle 2.1	Verteilung der Hausarztsitze nach Gemeindetypen	29
Tabelle 2.2	Altersbedingter Nachbesetzungsbedarf der Hausarztsitze	29
Tabelle 2.3	Prozentualer altersbedingter Nachbesetzungsbedarf der Hausarztsitze: Gemeinden	31
Tabelle 2.4	Prozentualer altersbedingter Nachbesetzungsbedarf der Hausarztsitze: Einwohner	31
Tabelle 2.5	Beschäftigungsumfang und Teilzeitbeschäftigung der Hausärzte 2013	39
Tabelle 2.6	Zu- und Abgangsstatistik 2009 bis 2013	39
Tabelle 2.7	Dokumentierte Morbidität durch chronische Krankheiten: Krankheitslast der zehn häufigsten Diagnosen in Rheinland-Pfalz 2011	49



Tabelle 2.8	Dokumentierte Morbidität durch chronische Krankheiten: Morbiditätsspektren der zehn häufigsten Dreifach-Kombinationen chronischer Krankheiten in Rheinland-Pfalz 2011	50
Tabelle 2.9	Prognose 2030: Entwicklung der Bevölkerung, der Hausarztpatienten und des Behandlungsbedarfs für Rheinland-Pfalz von 2010 bis 2030	57
Tabelle 3.1	Distanzen in der vertragsärztlichen Versorgung: Arztgruppen	67
Tabelle 3.2	Zusatzdistanzen in der vertragsärztlichen Versorgung: Altersklassen im Quartal 2/2013	68

4.3 QUELLEN

Bedarfsplanungsrichtlinie vom 19. Dezember 2013:
www.g-ba.de > Informationen > Richtlinien

Deutsches Ärzteblatt „Hypertonie: Immer mehr Kinder betroffen“, Ausgabe 40/2013:
www.aerzteblatt.de > Archiv > DÄ-Titel

Förderung der Allgemeinmedizin in Rheinland-Pfalz:
www.kv-rlp.de/537937

Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung 2011:
www.bmg.bund.de > Krankenversicherung > Zahlen und Fakten > Mitglieder und Versicherte

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011:
www.bundesversicherungsamt.de > Risikostrukturausgleich > Festlegungen > Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2011

Raumgliederungen auf Regionsbasis:
www.bbsr.bund.de > Themen > Raumbbeobachtung > Downloads

Rheinland-Pfalz 2060 – dritte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes:
www.statistik.rlp.de > Staat und Gesellschaft > Demografischer Wandel