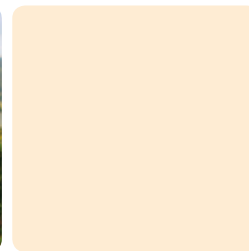


Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2012

Bevölkerung

Ärzterschaft

Versorgungsstrukturen





Vorwort	5
1. Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz.....	6
1.1 Geographie.....	7
1.2 Bevölkerung.....	9
1.2.1 Einwohnerzahl und -dichte.....	9
1.2.2 Altersstruktur.....	11
1.3 Bevölkerungsprognose bis 2020.....	17
1.3.1 Kritische Betrachtung der Bevölkerungsvorausberechnung	17
1.3.2 Entwicklung der Bevölkerungszahl	18
1.3.3 Entwicklung der Altersstruktur	21
1.4 Fazit.....	23
2. Die rheinland-pfälzische Vertragsärzteschaft	24
2.1 Akteure im Gesundheitswesen	24
2.2 Die Vertragsärzte- und -psychotherapeuteschaft: Statusformen und Fachgruppen	24
2.3 Arztzahlen.....	26
2.3.1 Arzt- und Therapeutenzahlen in Rheinland-Pfalz	26
2.3.2 Geschlechtsstruktur	28
2.3.3 Altersstruktur.....	29
2.3.4 Dynamik der Entwicklung: Ab- und Zugänge.....	33
2.4 Organisations- und Praxisformen	35
2.5 Bereitschaftsdienst.....	39
2.6 Fazit.....	43
3. Die vertragspsychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz – aktueller Stand und Schätzung des Bedarfs bis 2020.....	44
3.1 Einleitung.....	44
3.2 Datengrundlage und Methodik	44
3.3 Die Leistungserbringer	45
3.3.1 Anzahlen und Versorgungsstand: Bedarfsplanung.....	45
3.3.2 Versorgungsdichte	48
3.3.3 Altersstruktur der Psychotherapeuten.....	52
3.3.4 Fallzahlen.....	54
3.3.5 Wartezeiten	57
3.4 Die Patienten	58
3.4.1 Anzahl, Geschlecht.....	58
3.4.2 Altersstruktur.....	59
3.4.3 Regionale Differenzierung.....	62
3.4.4 Inanspruchnahmeraten	62
3.5 Schätzung der Patientenzahlen 2020	64
3.5.1 Land Rheinland-Pfalz: Anzahl, Veränderungsraten.....	64
3.5.2 Anzahl, Veränderungsraten nach Kreisen	65
3.6 Fazit.....	68



4. Die vertragsärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz: Fachgruppe Urologie – aktueller Stand und Schätzung bis 2020.....	70
4.1 Einleitung.....	70
4.2 Datengrundlage und Methodik	70
4.3 Die Leistungserbringer	71
4.3.1 Anzahlen und Versorgungsstand: Bedarfsplanung.....	71
4.3.2 Versorgungsdichte	73
4.3.3 Altersstruktur der Urologen.....	82
4.3.4 Fallzahlen.....	85
4.3.5 Besondere Tätigkeitsformen und Leistungsspektren.....	85
4.4 Die Patientenschaft	87
4.4.1 Anzahl, Geschlecht.....	87
4.4.2 Altersstruktur.....	88
4.4.3 Inanspruchnahmeraten	89
4.4.4 Regionale Differenzierung.....	90
4.5 Schätzung der Patientenzahlen 2020	92
4.5.1 Land RLP: Anzahl, Veränderungsraten.....	92
4.5.2 Anzahl, Veränderungsraten nach Kreisen	94
4.6 Fazit.....	95
Abbildungsverzeichnis.....	98
Tabellenverzeichnis.....	99
Literatur- und Quellenverzeichnis.....	100





Der Erhalt der guten flächendeckenden medizinischen Versorgung in Deutschland wird in den nächsten Jahren für alle Verantwortlichen im Gesundheitssystem eine große Herausforderung sein.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz benennt erstmals den (drohenden oder bereits eingetretenen) Ärztemangel als Problem, das sicherlich nicht unikausal ist und dem auf mehreren Handlungsebenen begegnet werden muss.

Ein wichtiges Instrument wird die Reform der Bedarfsplanung sein, die kleinräumiger und flexibler gestaltet werden wird.

Um dieses Instrument sinnvoll anwenden zu können, ist es unerlässlich, genaue Kenntnisse der Bevölkerungsentwicklung und der zu erwartenden Veränderungen der Demographie und Morbidität zu haben.

Dieses Wissen wiederum muss in Bezug gesetzt werden zu den Arztzahlen, der Altersstruktur der Ärzte und den Prognosen des künftigen Niederlassungsverhaltens sowie den Praxisstrukturen der Zukunft.

Der Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2012 stellt diese Daten zur Verfügung und leistet somit einen wesentlichen Beitrag zur Planung und Gestaltung der Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung in Rheinland-Pfalz.

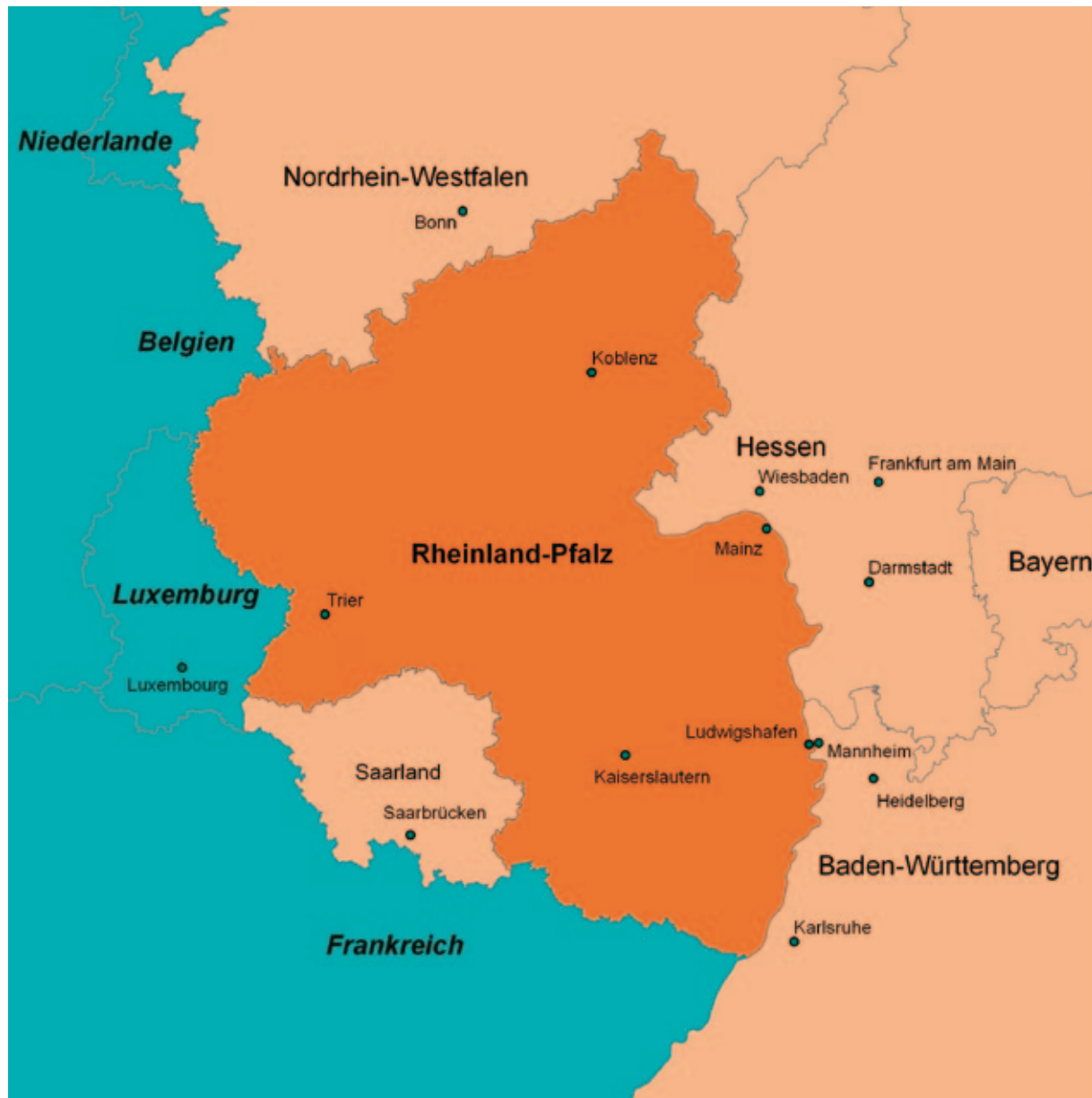
Mein Dank gilt allen an der Erstellung dieses umfangreichen Datenpools Beteiligten, insbesondere Herrn Thomas Christ und seinem gesamten Team, die ihre Fachkenntnis äußerst engagiert eingebracht haben.

Dr. Sigrid Ultes-Kaiser



1. Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz

Abbildung 1.1: Rheinland-Pfalz





1.1 GEOGRAPHIE

Das Land Rheinland-Pfalz liegt im äußersten Westen der Bundesrepublik in einer exponierten Grenzlage zu drei europäischen Nachbarstaaten (Frankreich, Luxemburg und Belgien). Im Norden grenzt es an Nordrhein-Westfalen, im Osten an Hessen und Baden-Württemberg und im Südwesten an das Saarland (vgl. Abb. 1.1). Mit einer Fläche von 19.852 Quadratkilometern sowie einer Ausdehnung von etwa 220 Kilometern in Nord-Süd- beziehungsweise 160 Kilometern in West-Ost-Erstreckung zählt das Land zu den kleineren Flächenstaaten. Mit einem Anteil von 42 Prozent Wald an der Gesamtfläche ist es das waldreichste Bundesland (bundesweit liegt der Anteil bei 30 Prozent). Dagegen ist der Anteil der landwirtschaftlichen Nutzfläche der niedrigste unter allen Flächenstaaten (41,9 Prozent gegenüber bundesweit 52 Prozent).¹

Landschaftlich zeichnet sich das Land durch eine hohe Heterogenität aus. Weite Teile nehmen Mittelgebirgslandschaften und Hochflächen des Rheinischen Schiefergebirges ein: südliche Eifel, Hunsrück, westlicher Westerwald sowie Teile des Hintertaunus' zählen hierzu. Einen deutlich anderen Charakter besitzen die sich südlich anschließenden Mittelgebirge des Saar-Nahe-Berglandes, Pfälzerwaldes und des Rheinhessischen Tafel- und Hügellandes. Letzteres bildet den nördlichen Abschluss des Oberrheingrabens, welcher von der Vorderpfalz bis zum Mainzer Becken den Südosten des Landes prägt.

Die verschiedenen Naturräume mit ihren sehr unterschiedlichen Voraussetzungen als Wirtschafts- und Siedlungsraum prägen seit jeher die Nutzung und Besiedlungsstruktur. Klimatisch wie ökologisch begünstigt sind insbesondere die Tallagen der größeren Flüsse, allen voran Rhein und Mosel. Entscheidende Faktoren, die zur frühen und bis in die heutige Zeit dichten Besiedlung dieser Gegenden beitragen, sind neben den günstigen Anbaubedingungen die verkehrstechnisch günstige Lage und die damit verbundene Anbindung an überregional bedeutende Siedlungs- und Wirtschaftsräume wie etwa das Rhein-Main-Gebiet und den Rhein-Neckar-Raum. Mit zunehmender Bedeutung des überregionalen Straßenverkehrsnetzes, insbesondere der Autobahnen, treten mittlerweile allerdings auch nachteilige Effekte der Tallagen, bedingt durch höhere Fahrdistanzen, zutage. Die Gemeinden entlang der vier größten rheinland-pfälzischen Flüsse Rhein, Mosel, Nahe und Lahn umfassen 19 Prozent der Landesfläche, beherbergen aber aktuell 40 Prozent der Gesamtbevölkerung. Allein in den Gemeinden entlang des Rheins leben auf neun Prozent der Fläche des Landes 29 Prozent aller Rheinland-Pfälzer.

Die kühleren, niederschlagsreicheren, mit teilweise deutlich weniger fruchtbaren Böden ausgestatteten Mittelgebirgslagen von Eifel, Hunsrück, Westerwald und Pfälzerwald zeichnen sich dagegen durch erheblich geringere Besiedlungsdichten aus.





Die kommunale Verwaltungsstruktur in Rheinland-Pfalz besteht aus unterschiedlichen Gebietskörperschaften auf Kreis-, Verbandsgemeinde- und Gemeindeebene (vgl. Abb. 1.2). Insgesamt existieren 24 Landkreise und zwölf kreisfreie Städte sowie 163 Verbandsgemeinden und 37 verbandsfreie Städte und Gemeinden. Die Verbandsgemeinden wiederum untergliedern sich in 2.257 Ortsgemeinden. Damit besitzt Rheinland-Pfalz im Vergleich aller Bundesländer die höchste Anzahl an Ortsgemeinden, die sich ihrerseits durch die durchschnittlich geringste Ausdehnung auszeichnen: Im Mittel ist eine rheinland-pfälzische Ortsgemeinde nur 8,6 Quadratkilometer groß, der bundesweite Durchschnitt liegt bei 29 Quadratkilometern. Sowohl die flächenmäßig kleinste Gemeinde Deutschlands liegt in Rheinland-Pfalz (Martinstein: 0,39 Quadratkilometer) als auch die mit der geringsten Einwohnerzahl (Dierfeld: acht Einwohner).

¹ Statistisches Bundesamt Deutschland: GENESIS-Online



Abbildung 1.2: Verwaltungseinheiten in Rheinland-Pfalz



-  kreisfreie Städte
-  Landkreise
-  verbandsfreie Städte und Gemeinden
-  Verbandsgemeinden

0 10 20 40
Kilometer
Kartographie: T. Christ, KV RLP



1.2 BEVÖLKERUNG

1.2.1 EINWOHNERZAHL UND -DICHTE

In Rheinland-Pfalz lebten zum 31. Dezember 2010 insgesamt 4.003.745 Einwohner.² Hieraus ergibt sich eine mittlere Bevölkerungsdichte von 202 Personen pro Quadratkilometer (zum Vergleich: Bundesrepublik gesamt 229 Quadratkilometer).³ Ende März 2011 sank die Einwohnerzahl erstmals seit 1996 wieder unter die Vier-Millionen-Grenze und lag nur noch bei 3.999.617.⁴

Die bereits erwähnten geringen Gemeindegrößen schlagen sich auch in den entsprechenden Einwohnerzahlen nieder: In 45 Prozent aller Gemeinden leben weniger als 500 Personen. Nur 127 Gemeinden verfügen über eine Einwohnerzahl von über 5.000, in diesen wohnen allerdings über 55 Prozent aller Rheinland-Pfälzer. In Orten mit mehr als 50.000 Einwohnern leben 21,8 Prozent der gesamten Landesbevölkerung.

Lediglich vier Städte zeichnen sich aktuell durch Einwohnerzahlen von über 100.000 aus: Mainz, Ludwigshafen, Koblenz und Trier. Weitere vier Städte erreichen Bevölkerungszahlen von über 50.000. Es handelt sich hierbei um Kaiserslautern, Worms, Neuwied und Neustadt an der Weinstraße (vgl. Tab. 1.1).

Berücksichtigt man das Umland der Städte, können folgende Regionen als Ballungszentren im Landesmaßstab bezeichnet werden (mehr als 100.000 Einwohner in einem Umkreis von zehn Kilometern): Mainz (216.000), Ludwigshafen (194.000), Koblenz (158.000), Neuwied (151.000), Trier (136.000), Kaiserslautern (120.000), Worms (108.000) und Neustadt an der Weinstraße (100.000).

Tabelle 1.1: Städte mit mehr als 50.000 Einwohnern (Stand: 31.12.2010)

	Einwohner	Bevölkerungsdichte (Einwohner pro Quadratkilometer)
Mainz	199.237	2.092
Ludwigshafen	164.351	2.186
Koblenz	106.417	1.044
Trier	105.260	926
Kaiserslautern	99.184	730
Worms	81.736	774
Neuwied	64.318	766
Neustadt an der Weinstraße	52.855	464

Regionen mit höherern Bevölkerungsdichten von über 500 Einwohnern pro Quadratkilometer sind insbesondere das Koblenz-Neuwieder Becken, Rheinhessen als westlichster Teil des Rhein-Main-Gebietes, die ins Rhein-Neckar-Dreieck übergehende Vorderpfalz, der Raum Betzdorf sowie die Städte Trier, Kaiserslautern, Zweibrücken und Pirmasens (vgl. Abb. 1.3). Dagegen vergleichsweise dünn besiedelt sind Eifel, Mosel, Hunsrück, Naheland sowie die Kreise Rhein-Lahn, Kusel, Donnersbergkreis und Südwestpfalz. So zeichnen sich etwa die Verbandsgemeinden der westlichen Eifel außerhalb Bitburgs durch Bevölkerungsdichten von durchweg deutlich unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer aus.

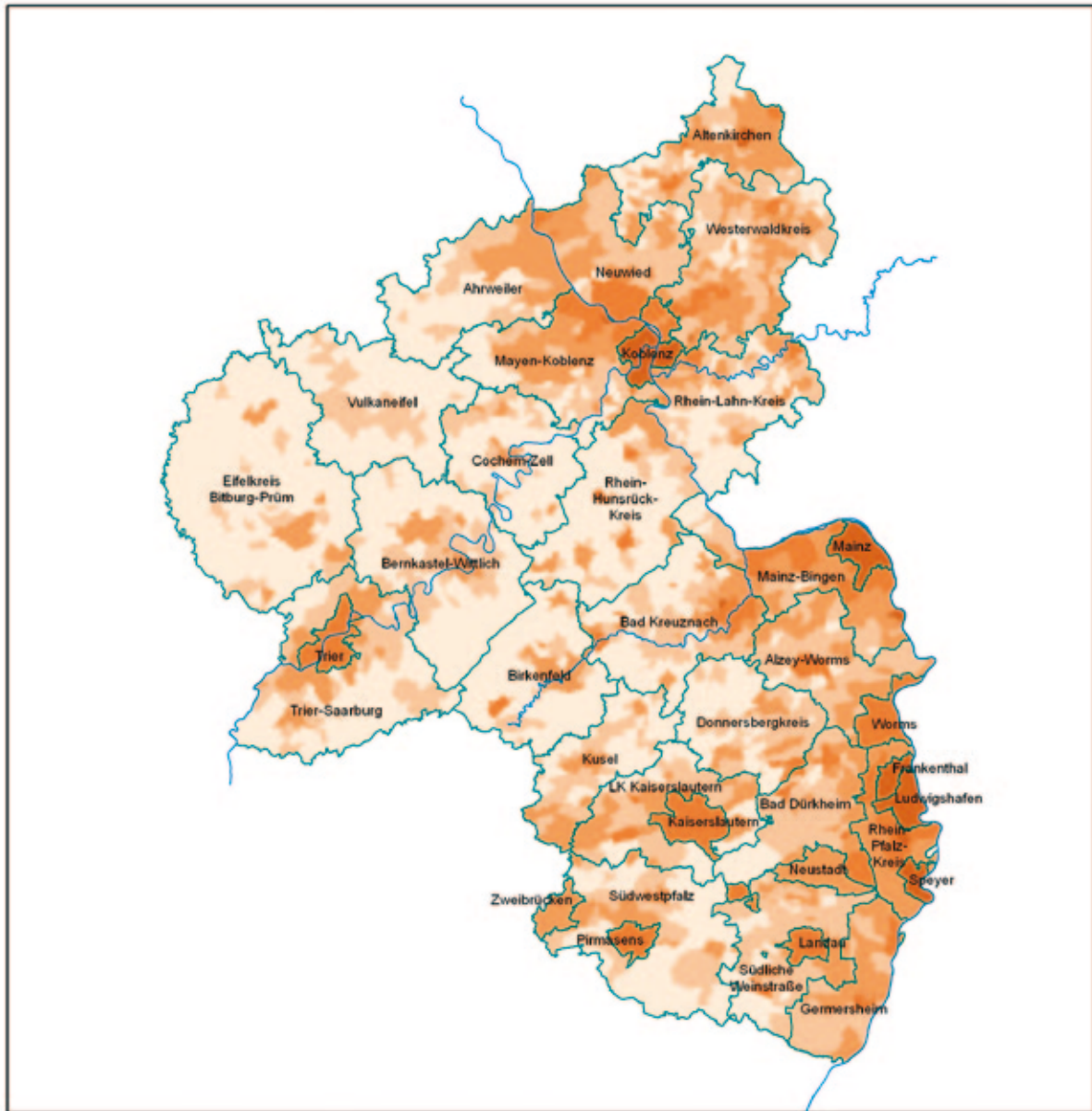
² Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Stand 31.12.2010

³ Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Statistikportal, Stand 31.12.2009

⁴ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Mitteilung 122, 20.07.2011



Abbildung 1.3: Bevölkerungsdichten in Rheinland-Pfalz



Gemeinden: Bevölkerungsdichte

-  bis 100 EW/qkm
-  100 bis 200 EW/qkm
-  200 bis 500 EW/qkm
-  500 bis 1.000 EW/qkm
-  über 1.000 EW/qkm

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



Nicht nur die Bevölkerungsanzahl und -dichte variiert zwischen den verschiedenen Regionen des Landes stark, auch die Entwicklung der Einwohnerzahlen in den vergangenen Jahren zeigt deutliche Unterschiede (vgl. Tab. 1.2). Bei einem landesweiten Bevölkerungsrückgang von 1,4 Prozent seit 2005 verzeichneten insbesondere die Agglomerationsräume und einige Hochschulstandorte sowie ihr Umland mitunter deutliche Zuwächse: So wuchs die Zahl der Einwohner in Trier in diesem Zeitraum um 5,4 Prozent, in Landau um 3,8 Prozent, in Mainz um 2,5 Prozent.

Starke Bevölkerungsverluste machen sich im Gegenzug in Pirmasens (- 6,4 Prozent), den Kreisen Birkenfeld (- 5,2 Prozent), Kusel (- 5,1 Prozent) und Südwestpfalz (- 4,3 Prozent) bemerkbar. Unter den größeren Städten war insbesondere Kaiserslautern mit einem Rückgang von 3,5 Prozent betroffen. Im Land stehen somit Regionen mit einer stabilen bis leicht positiven Entwicklung (Rheinhessen, Vorderpfalz, Trier-Saargau) solchen mit deutlichen Bevölkerungsrückgängen gegenüber (östliche Eifel, Westerwald, Hunsrück, Saar-Nahe und westliche Pfalz). Sehr heterogen dagegen stellt sich die westliche Eifel dar, in der sowohl Gemeinden mit Bevölkerungsrückgängen als auch solche mit deutlichen -zuwächsen liegen.

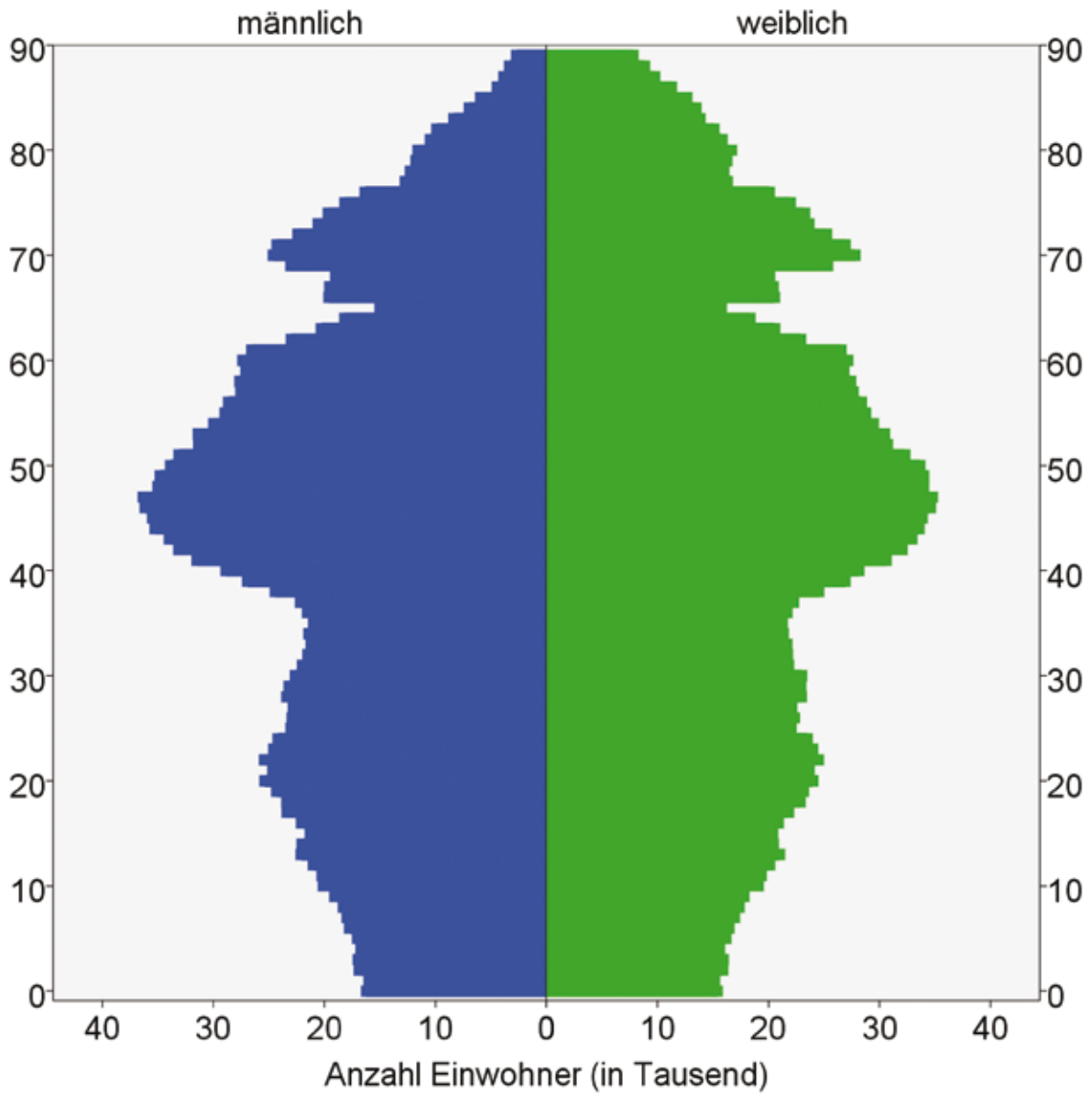
1.2.2 ALTERSSTRUKTUR

Die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland zeichnet sich bei generell rückläufiger Gesamtzahl durch zunehmende Anteile älterer und rückläufige Anteile jüngerer Altersgruppen aus. Diese vielfach vereinfacht als „demographischer Wandel“ bezeichnete Tendenz spiegelt sich auch in Rheinland-Pfalz wider. Ursachen für diese Entwicklung der Altersstruktur sind niedrige Geburtenzahlen bei hoher Lebenserwartung sowie Wanderungssalden, die die absoluten Rückgänge nicht ausgleichen können. Die als „Bestandserhaltungsniveau“ bezeichnete Geburtenrate, die für eine stabile natürliche Bevölkerungsentwicklung von Nöten wäre, entspricht in etwa 2,1 Kindern pro Frau. Die tatsächliche Geburtenrate liegt jedoch nur bei 1,4 Kindern und führt zu sinkenden Zahlen von Kindern und Jugendlichen. Demgegenüber steht eine wachsende Zahl älterer Menschen, was auf die aufgrund zivilisatorischer und medizinischer Fortschritte deutlich gestiegene Lebenserwartung zurückzuführen ist. Aktuell liegt diese in Rheinland-Pfalz bei 81,3 Jahren für Frauen und 75,9 Jahren für Männer.⁵ Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung zeigen sich in der Alterspyramide durch einen erheblichen Frauenüberschuss, insbesondere in den Altersklassen über 70 Jahren (vgl. Abb. 1.4). Ausdruck dieser Entwicklung ist beispielsweise der Trend des mittleren Alters (Median), welches in Rheinland-Pfalz seit 1950 von 32 auf aktuell 44 Jahre gestiegen ist.

⁵ Landeszentrale für Politische Bildung Rheinland-Pfalz (2010): Rheinland-Pfalz. Unser Land im Überblick



Abbildung 1.4: Alterspyramide der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz 2010





Eine weitere aussagekräftige Kennzahl für die Demographie ist der Altenquotient. Dieser entspricht der Relation der Anzahl an Einwohnern im Alter von über 64 Jahren im Verhältnis zu 100 Einwohnern im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre). Aktuell befinden sich 19,1 Prozent der Gesamtbevölkerung in Rheinland-Pfalz in einem Alter von unter 20 Jahren. Der Anteil der 20- bis 64-Jährigen liegt bei 60,4 Prozent, die Gruppe der über 64-Jährigen bei 20,6 Prozent. Hieraus ergibt sich ein Altenquotient von 34,1. Dies entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt (33,8). Im Jahr 1995 lagen die entsprechenden Werte bei 26,6 (Rheinland-Pfalz) beziehungsweise 24,8 (Deutschland). Der Trend einer zunehmenden Alterung war dementsprechend bundesweit noch etwas stärker als im Land. Im Vergleich zwischen den Bundesländern rangiert RLP damit aktuell auf dem siebten Rang: Die niedrigsten Altenquotienten besitzen die Stadtstaaten Hamburg und Berlin (jeweils unter 30), die mit Abstand höchsten die neuen Bundesländer Sachsen-Anhalt (39,2) und Sachsen (40,6).

Der Altersmedian auf Ebene der Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte variiert zwischen 40 und 47 Jahren (vgl. Tab. 1.2). Die im Mittel jüngste Bevölkerung lebt in Mainz und Trier, die älteste im Kreis Südwestpfalz sowie in Pirmasens. Auch hinsichtlich des Altenquotienten treten in Mainz (26,7), Trier (27,6) sowie den Kreisen Alzey-Worms und Germersheim (29,1) die niedrigsten Werte auf. Neben Pirmasens (43,5) sind die Regionen mit den höchsten Altenquotienten die Stadt Neustadt (39,7) sowie die Landkreise Cochem-Zell (40), Vulkaneifel (39,9) und Ahrweiler (39,5). Pirmasens und Neustadt haben darüber hinaus mit 7,1 Prozent die landesweit höchsten Anteile an Hochbetagten (80 Jahre und älter).



Tabelle 1.2: Kennzahlen zur Bevölkerungsstruktur der Kreise / kreisfreien Städte (Stand: 31.12.2010)

Kreis / Kreisfreie Stadt	Anzahl Einwohner	Einwohnerentwicklung 2005 bis 2010	Altersmedian (Jahre)	Altenquotient	Anteil der über 64-Jährigen (Prozent)	Anteil der über 79-Jährigen (Prozent)
Ahrweiler	127.443	-2,3	46	39,5	23	6,5
Altenkirchen (Ww.)	131.952	-3,3	44	35,6	21	5,7
Alzey-Worms	124.760	-1,2	44	29,1	17,9	4,9
Bad Dürkheim	132.757	-1,7	46	37,2	22,1	5,7
Bad Kreuznach	155.544	-1,8	45	35,6	21,2	5,9
Bernkastel-Wittlich	111.073	-2,5	45	36,1	21,4	6,2
Birkenfeld	83.243	-5,2	46	38,8	22,8	6,5
Cochem-Zell	63.409	-3,5	46	40	23,1	6,7
Donnersbergkreis	75.878	-3,7	45	32,3	19,4	5,5
Eifelkreis Bitburg-Prüm	94.008	-2,1	44	34,2	20,3	6,1
Frankenthal	46.793	-0,9	45	38,6	22,8	6,1
Germersheim	124.838	-0,3	43	29,1	18	4,1
Kaiserslautern	105.428	-3,5	45	33,9	20,2	5,5
Kaiserslautern, Stadt	99.184	0,8	43	31,3	19,9	5,4
Koblenz	106.417	-0,1	44	36,6	22,2	6,5
Kusel	72.602	-5,1	46	37,2	22	6,4
Landau	43.615	3,8	43	30,3	19	5,3
Ludwigshafen	164.351	0,6	43	32,8	20	5,3
Mainz	199.237	2,5	40	26,7	17,6	4,7
Mainz-Bingen	202.310	0,9	44	30,3	18,6	4,6
Mayen-Koblenz	210.269	-1,6	45	34	20,4	5,5
Neustadt a. d. Weinstraße	52.855	-1,4	46	39,7	23,2	7,1
Neuwied	180.995	-2,3	45	36,5	21,3	5,9
Pirmasens	40.384	-6,4	47	43,5	25	7,1
Rhein-Hunsrück-Kreis	102.145	-3,4	45	35	20,8	6,1
Rhein-Lahn-Kreis	123.601	-3,5	46	37,2	22	6,2
Rhein-Pfalz-Kreis	148.475	-0,3	46	35,6	21,4	5,2
Speyer	49.857	-1,3	44	33,1	20,2	5,5
Südliche Weinstraße	109.002	-1,5	46	35,4	21,2	5,7
Südwestpfalz	98.887	-4,3	47	38,8	23	5,8
Trier	105.260	5,4	40	27,6	18,1	5,5
Trier-Saarburg	141.646	1,2	44	31,7	19,3	5,3
Vulkaneifel	61.267	-3,7	46	39,9	22,8	6,6



Kreis / Kreisfreie Stadt	Anzahl Einwohner	Einwohnerentwicklung 2005 bis 2010	Altersmedian (Jahre)	Altenquotient	Anteil der über 64-Jährigen (Prozent)	Anteil der über 79-Jährigen (Prozent)
Westerwaldkreis	198.580	-2,4	44	33,1	19,7	5,4
Worms	81.736	0,2	43	31,2	19,3	5,2
Zweibrücken	33.944	-3,6	45	37,8	22,4	6,3
RLP gesamt	4.003.745	-1,4	44	34,1	20,6	5,6

Auch eine räumlich differenziertere Betrachtung ergibt, dass vergleichsweise geringe Bevölkerungsanteile im Rentenalter in den Städten Mainz und Trier sowie der südlichen Vorderpfalz auftreten. Es scheint offenbar ein Zusammenhang mit der verkehrstechnischen Erschließung zu bestehen. So liegt etwa die Mehrzahl der Verbandsgemeinden mit niedrigeren Altenquotienten (unter 35) entlang der Autobahnachsen A63/A6 (von Mainz nach Saarbrücken/Metz), A61 (von Ludwigshafen nach Köln) sowie A3 (von Frankfurt nach Köln). Hohe Anteile älterer Einwohner dagegen treten in den stadt- und autobahnferneren Regionen in weiten Teilen der Eifel, des Hochwaldes, des Saar-Nahe-Berglandes und des südlichen Pfälzerwaldes auf. Daneben sind aber auch weite Teile des mittleren Mosel- sowie des Mittelrheintales durch deutlich überdurchschnittlich hohe Altenquotienten gekennzeichnet (vgl. Abb. 1.5).

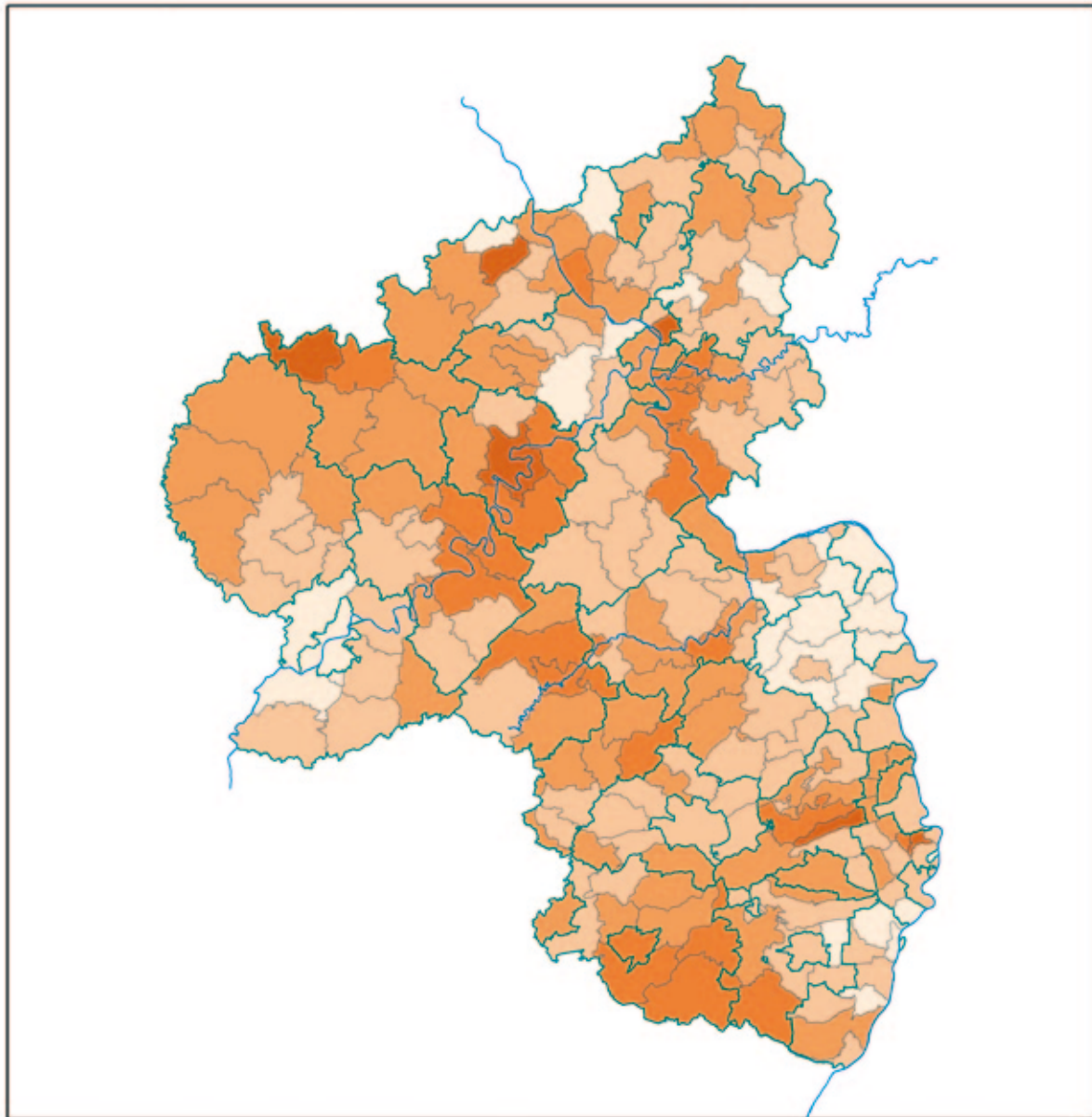
Interessanterweise korrelieren diese Beobachtungen jedoch nur gering mit der Verteilung der besonders jungen Bevölkerung (Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre). Mit Trier, Kaiserslautern, Mainz und Koblenz sind es einige der größten Städte des Landes, in denen die niedrigsten Anteile dieser Bevölkerungsgruppe an der Gesamteinwohnerzahl auftreten. Demgegenüber zeichnen sich neben dem Umland dieser Städte auch Landkreise wie der Westerwaldkreis oder der Eifelkreis Bitburg-Prüm durch überdurchschnittliche Kinderzahlen aus. Diese Werte korrespondieren mit den Anteilen an Single-Haushalten, die in Städten erheblich höher liegen als in den Landkreisen.⁶

⁶ Gemäß Haushaltsstatistiken nach AZ Direct (2009)








Abbildung 1.5: Altenquotienten in Verbandsgemeinden (2010)

Altersstruktur der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz: Altenquotient (Verbandsgemeinden/verbandsfreie Gemeinden)



 RLP: Kreise

Verbandsgemeinden: Altenquotient

-  unter 30
-  30 bis 35
-  35 bis 40
-  40 bis 45
-  über 45

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



1.3 BEVÖLKERUNGSPROGNOSE BIS 2020

In zunehmendem Maße wird der demographische Wandel zu einem Leitthema der politischen und gesundheitspolitischen Diskussion. Neben der Entwicklung der Bevölkerungszahl ist insbesondere die Altersstruktur ein Faktor, der die Anforderungen an Versorgungsstrukturen bestimmt. Um die vielfältigen zukünftigen Herausforderungen abschätzen zu können, legte das Statistische Landesamt mehrfach Analysen der zu erwartenden Entwicklung der Bevölkerungszahl und -struktur vor. Dabei wurde festgestellt, dass es nach einem Anstieg der Gesamtbevölkerung um 35 Prozent von 1950 bis 2005 in der Folge bis zum Jahr 2050 zu einem Rückgang von über 20 Prozent kommen könnte. Auch hinsichtlich der Alterszusammensetzung wurden gravierende Veränderungen vorausgesagt.

1.3.1 KRITISCHE BETRACHTUNG DER BEVÖLKERUNGSVORAUSBERECHNUNG

Die zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes wurde im Dezember 2007 vorgestellt und auf Grundlage des Basisjahres 2006 berechnet.⁷ Es wurden drei verschiedene Szenarien erstellt, die jeweils von einer gleichbleibenden Geburtenrate von 1,4 sowie einer bis zum Jahr 2050 um insgesamt sieben Jahre steigenden Lebenserwartung ausgehen und sich lediglich durch das angenommene Wanderungssaldo unterscheiden. Die untere Variante der Bevölkerungsvorausberechnung geht von einem ab 2010 ausgeglichenen Wanderungssaldo aus, während die mittlere Variante von einem jährlichen Wanderungsgewinn von 5.000 Personen, die obere Variante von 10.000 Personen ausgeht. Basierend auf diesen Annahmen wurden die Bevölkerungszahlen von 2006 bis 2050 berechnet. Eine regionale Differenzierung auf Ebene der verbandsfreien Gemeinden und Verbandsgemeinden erfolgte nur anhand der mittleren Variante und bis zum Jahr 2020.⁸

Bereits für die ersten Prognosejahre bis 2010 konnten im Nachhinein jedoch teilweise deutliche Abweichungen zwischen den Vorausberechnungen und den tatsächlichen Bevölkerungszahlen festgestellt werden. Während die Gesamteinwohnerzahl des Landes um 0,45 Prozent geringfügig zu hoch geschätzt wurde, traten insbesondere auf regionaler und lokaler Ebene mitunter erhebliche Abweichungen auf. Als möglichen Grund hierfür führte das Landesamt an, dass „insbesondere das kleinräumige Wanderungsgeschehen (...) kurzfristig schwankungsanfällig ist. (...) Angesichts der zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen bei kleinräumigen Vorausberechnungen ist eine längerfristige Projektion nicht sinnvoll. Die Berechnung für die verbandsfreien Gemeinden und Verbandsgemeinden erfolgt daher nur für eine mittlere Frist, bis zum Jahr 2020“.⁹

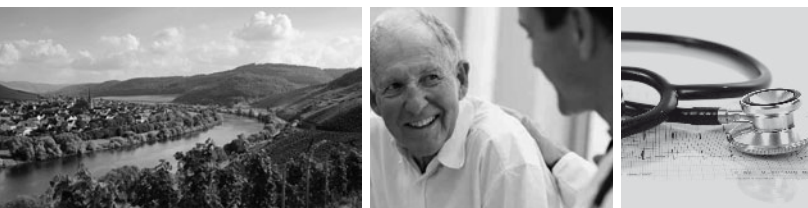
Dass insbesondere das Wanderungsverhalten eine nur schwer vorherzusagende Größe darstellt, belegen die entsprechenden Zahlen der letzten Jahre für die Bevölkerungsbewegungen durch Migration. War im Jahr 2005 für Rheinland-Pfalz noch ein positives Wanderungssaldo von 7.855 Personen zu verzeichnen, ging dieses bis 2008 auf einen migrationsbedingten Bevölkerungsverlust von 6.645 zurück, ehe sich im Jahr 2009 der negative Saldo auf nur noch 2.813 Personen reduzierte. In diesen fünf Jahren betrug der Saldo insgesamt etwa 5.000 Personen, entsprach also dem Wert, den selbst die mittlere Variante der Bevölkerungsprognose als jährliche Rate voraussetzte.

Vor allem für die Städte, insbesondere für die Hochschulstandorte, erwies sich die Bevölkerungsprognose bis 2020 als mitunter deutlich zu pessimistisch. So wurde beispielsweise für Mainz ein Rückgang der Einwohnerzahl von

⁷ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2007): Rheinland-Pfalz 2050 – Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung.

⁸ Für die Analysen im Rahmen der Versorgungsforschung der KV RLP wurde ebenfalls diese mittlere Variante der Bevölkerungsvorausberechnung verwendet.

⁹ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pressemitteilung 134 / 22.08.2008



1,8 Prozent vorhergesagt, real dagegen ein Zuwachs von 2,5 Prozent erzielt. Ähnlich verlief die Entwicklung in Kaiserslautern und Ludwigshafen, wo ebenfalls erwarteten Rückgängen tatsächliche Zuwächse gegenüberstanden. In Trier und Landau, wo von leichten Anstiegen ausgegangen wurde, traten tatsächlich deutliche Steigerungen ein.

In vielen ländlichen Regionen, aber beispielsweise auch in Städten wie Speyer, erwiesen sich im Gegensatz dazu die prognostizierten Zahlen als zu hoch. Auch im Donnersbergkreis, Cochem-Zell und im Rhein-Hunsrück-Kreis lagen die Schätzungen um mehr als zwei Prozent über der im Jahre 2010 festgestellten Einwohnerzahl. In den Kreisen oder kreisfreien Städten, für die die stärksten Einbußen vorhergesagt wurden, bestätigten sich diese weitgehend. Teilweise traten in der Realität sogar noch erheblich höhere Rückgänge ein. Pirmasens, Kusel, Birkenfeld, Südwestpfalz oder auch Zweibrücken sind hier zu nennen.

Es ist davon auszugehen, dass die beschriebenen Differenzen zwischen Prognose und Realität sich nicht innerhalb der nächsten Jahre nivellieren werden, so dass die auch im Rahmen dieser Veröffentlichung verwendeten Projektionen entsprechende Unschärfen aufweisen können. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass es auf regionaler Ebene zu Verschiebungen kommen kann. Vor diesem Hintergrund soll in der Folge lediglich der Zeitraum bis 2020 näher betrachtet werden.

1.3.2 ENTWICKLUNG DER BEVÖLKERUNGSZAHL

Für das gesamte Bundesgebiet geht das Statistische Bundesamt bis 2020 von einem Rückgang der Bevölkerung von 1,4 bis zwei Prozent aus.¹⁰ Dabei variieren die Entwicklungen in den Bundesländern zwischen leichten Zugewinnen (Hamburg: + 3,3 bis + 4,1 Prozent; Bayern + 0,8 bis + 1,5 Prozent) bis hin zu sehr starken Bevölkerungsrückgängen, beispielsweise in Sachsen-Anhalt (- 9,8 bis - 10,3 Prozent), Thüringen (- 8,3 bis - 8,7 Prozent) und dem Saarland (- 6 bis - 6,6 Prozent). Für Rheinland-Pfalz wird von einem Rückgang um 0,8 bis 1,6 Prozent ausgegangen. Die Schätzung des Statistischen Landesamtes liegt mit einem Minus von zwei Prozent sogar noch etwas darunter. Unstrittig ist aber für die kommenden Jahre ein Rückgang der Gesamtbevölkerung im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Die zu erwartende Einwohnerzahl im Jahr 2020 liegt demnach bei etwa 3,9 Millionen.

Die regionale Differenzierung in der Bevölkerungsentwicklung kann, wie erwähnt, aufgrund regionaler Wanderungsbewegungen nur schwer abgeschätzt werden. Dabei gilt, dass mit wachsendem Maßstab auch die Größe des Fehlers wächst. Aufgrund dessen sollen in der Folge die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung nur auf der Ebene der Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte näher betrachtet werden (vgl. Tab. 1.3).

Die stärksten Rückgänge der Einwohnerzahlen erwartet das Statistische Landesamt im Südwesten des Landes entlang der Grenzen zu Saarland und Frankreich. In den Kreisen Birkenfeld, Kusel und Südwestpfalz sowie in den kreisfreien Städten Pirmasens und Zweibrücken wird dem Modell zufolge bis zum Jahr 2020 die Zahl der Bevölkerung um mehr als 7,5 Prozent abnehmen. Auch im Kreis und in der Stadt Kaiserslautern werden über fünf Prozent Rückgänge prognostiziert. Während jedoch die Einwohnerzahlen der Stadt Kaiserslautern deutlich unterschätzt wurden, wie der Vergleich der Zahlen für 2010 ergab, gilt für die übrigen der genannten Kreise und Städte, dass die Bevölkerung ten-

¹⁰ Nach: Statistisches Bundesamt Deutschland: Genesis-Online Datenbank (Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Basis: 31.12.2008. Grundannahmen der Prognose sind eine konstante Geburtenrate von 1,4 und eine sich bis 2060 auf 89,2 (Frauen) beziehungsweise 85 Jahre (Männer) erhöhende Lebenserwartung sowie ein Wanderungssaldo von jährlich + 100.000 (untere Schätzung) bis + 200.000 (obere Schätzung).



denziell sogar noch deutlicher abzunehmen scheint als vorausgesagt. Auch für den Donnersbergkreis, Bad Dürkheim und Neustadt, wo von Rückgängen zwischen 2,6 bis 3,5 Prozent ausgegangen wurde, dürften bei einer Fortsetzung des Trends diese noch übertroffen werden.

Kreise in der Nordhälfte des Landes, für die Rückgänge von über fünf Prozent erwartet wurden, die angesichts der bisherigen Entwicklungen sogar noch deutlicher ausfallen dürften, sind der Eifelkreis Bitburg-Prüm, Vulkaneifel, der Rhein-Lahn-Kreis sowie der Kreis Altenkirchen. In Ahrweiler, Neuwied, Westerwaldkreis, Bernkastel-Wittlich, Cochem-Zell und dem Rhein-Hunsrück-Kreis liegen die prognostizierten, tendenziell als zu gering rückläufig geschätzten Entwicklungen zwischen - 2,9 und - 4,5 Prozent.

Nur leicht abnehmende Einwohnerzahlen erwartete man für Mayen-Koblenz, Bad Kreuznach, Alzey-Worms, Rhein-Pfalz-Kreis, Germersheim und Südliche Weinstraße. Auch in diesen Kreisen deuten die bisherigen Entwicklungen darauf hin, dass die tatsächlichen Bevölkerungszahlen im Jahr 2020 noch etwas niedriger sein könnten. Selbiges gilt für die Städte Worms und Speyer.

Die wenigen Regionen, für die die Ergebnisse der Vorausberechnung eine leichte Zunahme ergaben, waren Mainz-Bingen (+ 3,5 Prozent), Trier-Saarburg (+ 1 Prozent) sowie Landau. Zwar könnte der Zuwachs in Mainz-Bingen etwas moderater ausfallen, die zwischenzeitlichen Statistiken sprechen aber dafür, dass die Prognosen in diesen Kreisen in etwa zutreffen.

Gänzlich anders als erwartet entwickelten sich dagegen bislang die Zahlen in den Städten. Wie bereits erwähnt, wurden die vorhergesagten Zahlen für 2010 in Trier, Mainz, Kaiserslautern, Landau, Koblenz, Ludwigshafen und Frankenthal mitunter deutlich übertroffen. Die für diese Städte vorausberechneten mehr oder weniger deutlichen Rückgänge dürften demzufolge nicht oder zumindest nicht in den genannten Größenordnungen auftreten. Selbst wenn sich die teilweise zwischen 2005 und 2010 eingetretenen Wachstumsraten (Trier + 5,4 Prozent, Mainz + 2,5 Prozent, Landau + 3,8 Prozent) nicht linear fortsetzen sollten, so kann doch davon ausgegangen werden, dass die Bevölkerungsvorausberechnung die Einwohnerzahlen des Jahres 2020 für diese Städte unterzeichnet.



Tabelle 1.3: Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen / kreisfreien Städten 2005 bis 2020

Kreis / Kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl		Einwohnerzahl (Prognose)		Trend (Prognose)	Niveau- schätzung
	2005	2010	2010	2020	2005 bis 2020	2010
Ahrweiler	130.467	127.443	128.722	125.608	-3,7	1
Altenkirchen	136.425	131.952	133.733	128.578	-5,8	1,3
Alzey-Worms	126.328	124.760	126.517	126.153	-0,1	1,4
Bad Dürkheim	135.116	132.757	134.237	131.578	-2,6	1,1
Bad Kreuznach	158.319	155.544	157.522	155.189	-2	1,3
Bernkastel-Wittlich	113.960	111.073	112.786	110.327	-3,2	1,5
Birkenfeld	87.783	83.243	84.764	79.583	-9,3	1,8
Cochem-Zell	65.732	63.409	64.711	62.779	-4,5	2,1
Donnersbergkreis	78.825	75.878	77.990	76.614	-2,8	2,8
Eifelkreis Bitburg-Prüm	95.982	94.008	94.216	91.123	-5,1	0,2
Frankenthal	47.225	46.793	46.351	44.721	-5,3	-0,9
Germersheim	125.268	124.838	125.259	123.603	-1,3	0,3
Kaiserslautern	109.202	105.428	106.814	102.447	-6,2	1,3
Kaiserslautern, Stadt	98.372	99.184	96.466	92.569	-5,9	-2,7
Koblenz	106.501	106.417	104.418	100.875	-5,3	-1,9
Kusel	76.541	72.602	73.714	68.942	-9,9	1,5
Landau	42.028	43.615	42.706	42.093	0,2	-2,1
Ludwigshafen	163.343	164.351	162.803	159.902	-2,1	-0,9
Mainz	194.372	199.237	190.799	184.229	-5,2	-4,2
Mainz-Bingen	200.486	202.310	204.466	207.418	3,5	1,1
Mayen-Koblenz	213.667	210.269	212.981	209.542	-1,9	1,3
Neustadt a. d. Weinstraße	53.628	52.855	53.129	51.742	-3,5	0,5
Neuwied	185.259	180.995	183.590	179.326	-3,2	1,4
Pirmasens	43.137	40.384	40.919	37.301	-13,5	1,3
Rhein-Hunsrück-Kreis	105.705	102.145	104.490	102.561	-3	2,3
Rhein-Lahn-Kreis	128.095	123.601	125.374	121.214	-5,4	1,4
Rhein-Pfalz-Kreis	148.902	148.475	149.512	147.399	-1	0,7
Speyer	50.501	49.857	50.762	50.419	-0,2	1,8
Südliche Weinstraße	110.639	109.002	110.465	109.306	-1,2	1,3
Südwestpfalz	103.309	98.887	99.992	93.706	-9,3	1,1
Trier	99.843	105.260	100.173	96.181	-3,7	-4,8
Trier-Saarburg	139.932	141.646	141.516	141.313	1	-0,1
Vulkaneifel	63.646	61.267	61.928	58.944	-7,4	1,1



Kreis / Kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl		Einwohnerzahl (Prognose)		Trend (Prognose)	Niveau- schätzung
	2005	2010	2010	2020	2005 bis 2020	2010
Westerwaldkreis	203.541	198.580	201.681	197.662	-2,9	1,6
Worms	81.545	81.736	82.238	81.525	0	0,6
Zweibrücken	35.219	33.944	34.177	32.401	-8	0,7
RLP gesamt	4.058.843	4.003.745	4.021.921	3.924.873	-3,3	0,5

1.3.3 ENTWICKLUNG DER ALTERSSTRUKTUR

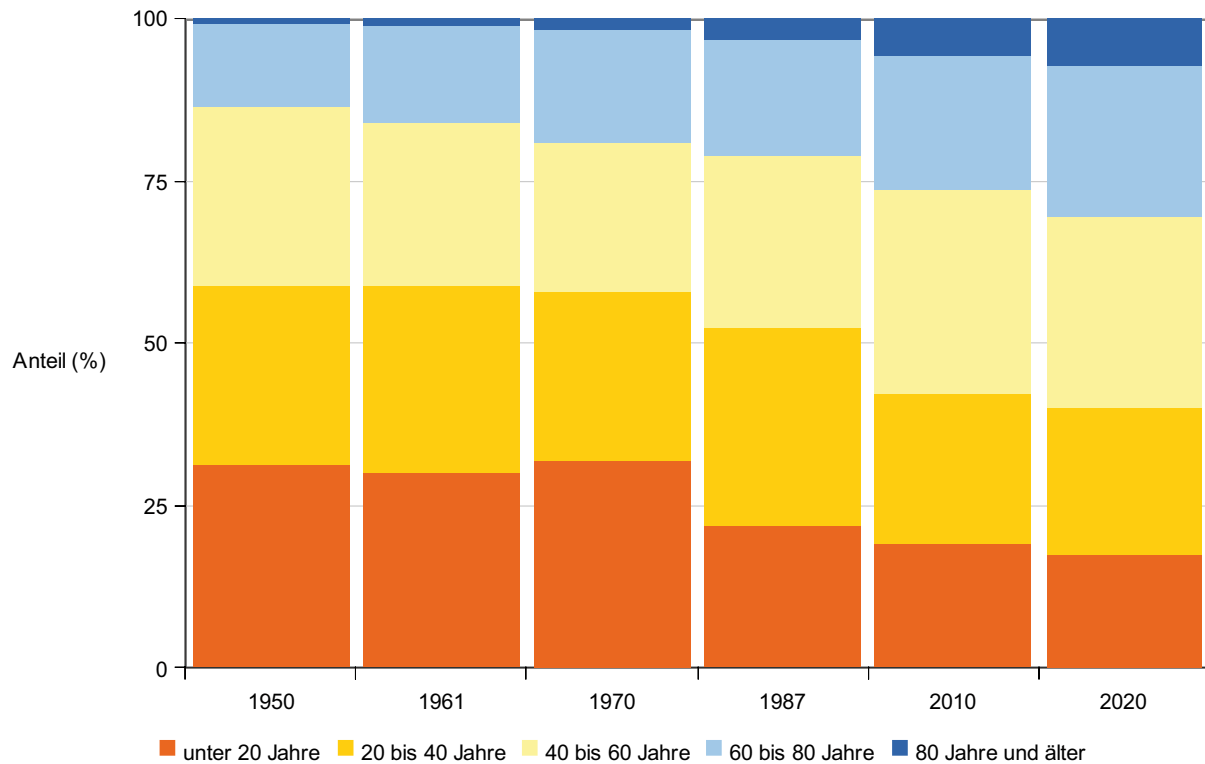
Bundesweit wird sich der Trend der Alterung der Bevölkerung in den kommenden Jahren weiter fortsetzen. So ergibt sich aus der Prognose des Statistischen Bundesamtes (Untergrenze) ein Anstieg des Altersmedians von 43 (2010) auf 47 (im Jahr 2020). Bei den Frauen steigt in diesem Zeitraum gemäß Voraussage der Median von 44 auf 48, bei den Männern von 42 auf 45 Jahre.

Für den Altenquotient in Deutschland wird ein Anstieg von aktuell 33,8 auf bis zu 39,2 vermutet. Dies bedeutet, dass im Jahre 2020 in Deutschland auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 39 Personen im Alter von 65 Jahren und älter leben werden. Insgesamt wird der Anteil der älteren Bevölkerung (über 64 Jahre) von derzeit 20,6 Prozent auf 23,3 Prozent steigen, derjenige der Hochbetagten (80 Jahre und älter) von 5,9 auf etwa 8,5 Prozent. Der Prognose zufolge könnte in Deutschland im Jahr 2020 jeder zehnte Bundesbürger älter als 76 Jahre alt sein.

Die Voraussagen des Statistischen Landesamtes kommen für Rheinland-Pfalz auf vergleichbare Ergebnisse. Demzufolge wird der Altersmedian 2020 ebenfalls bei 47 Jahren liegen. Der vorhergesagte Altenquotient liegt mit einem Wert von 38,8 zwar leicht unter dem Bundesniveau, aber ebenfalls erheblich höher als 2010. Der Anteil der über 64-Jährigen wird auf 23,1 Prozent geschätzt, derjenige der Hochbetagten auf 7,3. Wie Abb. 1.6 zeigt, ist davon auszugehen, dass sich der seit 1950 zu verfolgende Trend der zunehmenden Alterung der Bevölkerung weiterhin fortsetzen dürfte: Es wird zur weiteren Zunahme der Zahlen und des Anteils älterer Menschen gemessen an der gesamten Einwohnerzahl kommen, während die junge Bevölkerung absolut und prozentual rückläufig sein wird. Während sich etwa der Anteil der Hochbetagten zwischen 1950 und 2020 mehr als versiebenfachen wird, geht die Gruppe der bis 20-Jährigen um fast die Hälfte zurück (von 31,3 Prozent auf 17,5 Prozent). Es ist zu erwarten, dass dies zu weiteren erheblichen Veränderungen nicht nur der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, sondern auch in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen dürfte. Zwar können sich beispielsweise medizinische Fortschritte durchaus epidemiologisch positiv bemerkbar machen, ein Trend zu zunehmender Morbidität mit steigendem Lebensalter wird aber sicherlich nicht umkehrbar sein.



Abbildung 1.6: Entwicklung der Altersstruktur in Rheinland-Pfalz 1950 bis 2020



Eine detaillierte Betrachtung der regionalisierten Vorhersage der Entwicklung der Altersstruktur kann nur unter dem Vorbehalt unternommen werden, dass mit wachsendem Maßstab auch der Fehler zunimmt. Wie dies bereits heute der Fall ist, so wird auch in Zukunft die Altersstruktur zwar regional deutliche Unterschiede aufweisen, eine exakte Quantifizierung dieser Strukturen ist aber kaum möglich.

Da die Bevölkerungsvorausberechnung insbesondere die Anzahl jüngerer Einwohner in den größeren Städten tendenziell unterzeichnet, kann davon ausgegangen werden, dass die dortige Einwohnerschaft in einem geringeren Maße altern dürfte als prognostiziert. Zu einer Alterung wird es zwar auch hier kommen, es darf aber erwartet werden, dass die Unterschiede zwischen Stadt und Land sich weiter vergrößern werden. In einigen Regionen wird der Altersmedian vermutlich bei 50 bis 51 Jahren liegen. Hierzu zählen erneut die Städte Pirmasens und Neustadt sowie die Kreise Südwestpfalz, Bad Dürkheim und Ahrweiler. Aber auch in Cochem-Zell, Birkenfeld, der Vulkaneifel, dem Rhein-Lahn- und dem Rhein-Pfalz-Kreis, der Südlichen Weinstraße und Kusel liegt der Altersmedian gemäß Voraussage bei immerhin 49 Jahren.

Es sind im Wesentlichen auch diejenigen Kreise und kreisfreien Städte, in denen die Prognosen für den Altenquotienten die höchsten Werte erreichen. In Pirmasens etwa könnten im Jahr 2020 pro 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter 47 Personen leben, die sich im potenziellen Rentenalter befinden. Werte von über 40 werden für insgesamt 19 Kreise und kreisfreie Städte vorhergesagt. Die niedrigsten Quotienten werden demnach weiterhin in Trier und Mainz erreicht werden (unter 33).



Der Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird im Jahre 2020 nach der Vorausberechnung des Landesamtes in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes bei über 20 Prozent liegen. In einigen Regionen wird mehr als jeder vierte Einwohner dieses Alter erreicht haben. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen könnte demnach noch bei Werten von 14 bis 17 Prozent liegen.

1.4 FAZIT

Die aktuelle Bevölkerungszahl des Landes beträgt annähernd vier Millionen. Einem bis zum Jahr 2004 andauernden Bevölkerungswachstum folgte seit 2005 ein Rückgang der Einwohnerzahlen. Dieser Trend wird sich aller Voraussicht nach auch zukünftig fortsetzen. Entgegen der Prognosen deuten die bisherigen Entwicklungen darauf hin, dass dieser Rückgang in den Großstädten sehr viel geringer ausfallen wird als in ländlichen Regionen, wobei die Entwicklung auch dort recht heterogen sein dürfte.

Der Rückgang der absoluten Zahlen wird begleitet von einer zunehmenden Alterung, was sich beispielsweise durch einen deutlichen Anstieg des mittleren Alters und des Altenquotienten ausdrückt. Auch diese Veränderungen werden sich zukünftig weiter fortsetzen. Waren etwa im Jahre 1950 nur 9,4 Prozent aller Rheinland-Pfälzer in einem Alter von 65 Jahren und älter, so erhöhte sich dieser Anteil bis 2010 auf 20,4 Prozent und wird bis 2020 auf über 23 Prozent steigen. Die Gruppe der Hochbetagten (über 79 Jahre) wird von einem Prozent (1950) auf voraussichtlich 7,3 Prozent (2020) steigen, während die unter 20-Jährigen im selben Zeitraum von 31 Prozent auf 17,5 Prozent zurückgehen werden.

Regional zeigen sich bereits heute sehr deutliche Unterschiede, die sich voraussichtlich weiter verstärken könnten. Während die größeren Zentren und ihr Umland teilweise Bevölkerungszuwächse verzeichnen und eine relativ junge Bevölkerung beheimaten, werden in stark ländlich geprägten Regionen abseits der Ballungszentren und mit schlechterer infrastruktureller Anbindung nicht nur rückläufige Einwohnerzahlen, sondern auch eine zunehmende Alterung der Ortsansässigen zu verzeichnen sein.

Dieser demographische Wandel führt zu tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen, die sich insbesondere auch auf die Anforderungen an das Gesundheitssystem auswirken werden.



2. Die rheinland-pfälzische Vertragsärzteschaft

2.1 AKTEURE IM GESUNDHEITSWESEN

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist ein komplexes Konstrukt, in dem eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure wirken, die gemeinsam zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung beitragen. Generell kann dabei zwischen ambulantem und stationärem Sektor unterschieden werden.

Zu den Leistungserbringern im Gesundheitssystem zählen insbesondere folgende Gruppen:

- niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten
- Medizinische Versorgungszentren
- Krankenhäuser
- niedergelassene Zahnärzte
- Apotheken
- sonstige Heilberufe
- Pflegepersonal
- Rehabilitationseinrichtungen
- und andere.

Die ambulante medizinische Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung obliegt den zugelassenen, ermächtigten und angestellten vertragsärztlich tätigen Ärzten und Psychotherapeuten.

2.2 DIE VERTRAGSÄRZTE- UND -PSYCHOTHERAPEUTENSCHAFT: STATUSFORMEN UND FACHGRUPPEN

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil.¹¹ Durch die Regelungen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wurden ab 1999 auch die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Vorschriften des SGB V eingebunden. Seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 01. Januar 2007 sind in zunehmendem Maße Ärzte und Psychotherapeuten auch im Rahmen von Anstellungen an der Versorgung beteiligt. Diese Anstellungsverhältnisse können sowohl mit Medizinischen Versorgungszentren als auch mit Vertragsärzten geschlossen werden.

Die Voraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung stellt ein durch einen Zulassungsausschuss zu erteilender Teilnahmestatus dar. Aktuell gibt es in Rheinland-Pfalz insgesamt fünf Zulassungsausschüsse, die jeweils für einen der Zulassungsbezirke Koblenz, Rheinhessen, Pfalz und Trier zuständig sind, sowie einen bezirksübergreifenden Ausschuss für die Vertragspsychotherapeuten. Zur Vergabe eines Status' müssen persönliche und fachliche Voraussetzungen durch den antragstellenden Arzt oder Psychotherapeuten erfüllt werden. Darüber hinaus wird die Anzahl an Leistungserbringern der häufigsten Fachgebiete mittels der Bedarfsplanung reguliert, deren Intention es ist, zu einer

¹¹ § 95 Abs.1 Satz 1 SGB V.



fachgruppenspezifisch ausreichenden, flächendeckenden und möglichst wohnortnahen Versorgung in definierten Gebietseinheiten (Planungsbereichen) beizutragen. Die Systematik dieses Planungsinstrumentes basiert dabei auf dem Versuch, den Bedarf an Leistungserbringern zu ermitteln und über Regulation der Möglichkeiten zur Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung dazu beizutragen, dass der Versorgungsgrad der betreffenden Region innerhalb eines Toleranzbereiches liegt, der als Zielkorridor definiert wurde.¹²

Eine Herausforderung in der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung stellt dabei die Heterogenität der zu berücksichtigenden Bereiche dar. Generell können zwei Versorgungsbereiche unterschieden werden: der hausärztliche und der fachärztliche Bereich. Als Hausärzte werden auch im Kontext der Bedarfsplanung Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung verstanden. Der Bereich der Fachärzte umfasst alle übrigen Fachgruppen, stellt folglich eine in sich überaus heterogene Gruppe dar. Mittels der Bedarfsplanung erfolgt eine Regulierung der Zulassung jedoch nur für die numerisch häufigsten Fachgruppen. Es handelt sich hierbei um:

- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Fachärztliche Internisten (Diese Gruppe umfasst sowohl die fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung als auch Angiologen, Diabetologen, Endokrinologen, Gastroenterologen, Hämatologen, Kardiologen, Nephrologen, Pneumologen und Rheumatologen.)
- Kinderärzte
- Nervenärzte (Zu dieser Gruppe zählen neben den Nervenheilkundlern auch die Neurologen und die Psychiater.)
- Orthopäden
- Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Ärztliche Psychotherapeuten)
- Radiologen
- Urologen

Daneben zählt eine Vielzahl weiterer Fachgebiete zum fachärztlichen Versorgungsbereich, die aber aufgrund ihrer relativ geringen absoluten Arztzahlen keinen bedarfsplanerischen Vorgaben unterliegen. Hierzu gehören beispielsweise Labormediziner, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, Pathologen und weitere.

Hinsichtlich der Statusformen werden in der Bedarfsplanung wie auch in den nachfolgenden Betrachtungen die ermächtigten Ärzte außer Acht gelassen. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass eine Ermächtigung in der Regel zur Erbringung spezieller Leistungen erteilt wird, die in dieser Form von den zugelassenen Ärzten in der jeweiligen Region nicht erbracht werden können. Insofern stellt eine Ermächtigung zwar eine qualitative Ergänzung des Versorgungsangebotes dar, kann aber nur schwer quantifiziert werden, da keine entsprechenden Tätigkeitsumfänge im Sinne von Vollzeitäquivalenten mit dem Status verbunden sind.

¹² Zur kritischen Betrachtung der Bedarfsplanungssystematik: siehe Kapitel 3.3.1



2.3 ARZTZAHLN

Hinsichtlich der Ermittlung und Nennung von Arzt- beziehungsweise Psychotherapeutenzahlen muss generell unterschieden werden zwischen der Zählung von Personen („Kopfzählung“) und der Zählung von Vollzeitäquivalenten (in der Folge auch als Versorgungsaufträge bezeichnet). Mit zunehmender Flexibilisierung der Teilnahmemöglichkeiten an der vertragsärztlichen Versorgung wie beispielsweise durch die Ermöglichung von Teilzeitanstellungen ist zu einer Beschreibung der tatsächlichen Versorgungsrealität die Messung von Vollzeitäquivalenten einer reinen Kopfzählung vorzuziehen. Soll dagegen beispielsweise die Altersstruktur der Ärzteschaft beschrieben werden, so kann die Nennung von Personenzahlen die geeignetere Variante darstellen. Beide Berechnungen führen allerdings zu differierenden Gesamtsummen, was bei Vergleichen stets zu berücksichtigen ist.

Sofern in der Folge Vollzeitäquivalente oder Versorgungsaufträge ermittelt werden, basiert dies für die Angestellten auf einer Klassifizierung in Viertelschritten von 0,25 (bis zehn Wochenstunden) bis 1,0 (mehr als 30 Wochenstunden) und für die Zugelassenen anhand des Umfangs als häftige (0,5) beziehungsweise Vollzulassung (1,0).

2.3.1 ARZT- UND THERAPEUTENZAHLEN IN RHEINLAND-PFALZ

Zum Stichtag 30. September 2011 waren in Rheinland-Pfalz insgesamt 7.521 Ärzte und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung beteiligt, davon 5.948 als Zugelassene, 871 als Angestellte und 702 als Ermächtigte. Die zugelassenen Ärzte und Therapeuten bekleideten dabei 5.759,5 Versorgungsaufträge, die Angestellten 497,5. Ein Anteil von 95,7 Prozent aller dieser Versorgungsaufträge entfiel auf bedarfsplanungsrelevante Fachgruppen. Insgesamt 2.626,25 Versorgungsaufträge sind dem hausärztlichen, 3.630,75 dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzurechnen. Dies entspricht einem Verhältnis von 42 zu 58 Prozent. Die Hausärzte stellen damit bei Weitem die zahlenmäßig größte Fachgruppe, gefolgt von den Psychotherapeuten (749,5 Vollzeitäquivalente, vgl. Tab. 2.1), den Frauenärzten (431,5) und der sehr heterogenen Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten (375,25).

Der Anteil der angestellten Ärzte beträgt je nach Fachgruppe zwischen 1,3 und 14,3 Prozent, in der Gruppe der nicht bedarfsbeplanten Fachgebiete sogar knapp 42 Prozent. Eine hohe Bedeutung kommt den Angestellten insbesondere in den Fachgruppen der Anästhesisten, Chirurgen und Augenärzte zu, wo aktuell in etwa jeder zehnte Versorgungsauftrag durch einen Angestellten bekleidet wird.



Tabelle 2.1: Versorgungsaufträge nach Fachgruppen

Fachgruppe	Anzahl	Anteil der Fachgruppe an Gesamtsumme (Prozent)	Anteil der Angestellten innerhalb der Fachgruppe (Prozent)	Anzahl	Veränderung (Prozent)
	30.09.2011			31.12.2005	
Anästhesisten	122,5	1,96	14,29	118	3,8
Augenärzte	243,75	3,9	9,54	231,75	5,2
Chirurgen	177,25	2,83	13,12	171,5	3,4
Frauenärzte	431,5	6,9	6,37	418,5	3,1
Hausärzte	2.626,25	41,97	6,65	2.619	0,3
Hautärzte	149,5	2,39	3,01	153,25	-2,4
HNO-Ärzte	161,5	2,58	9,29	157	2,9
Internisten	375,25	6	6,2	335,5	11,8
Kinderärzte	260,5	4,16	5,37	258	1
Nervenärzte	228	3,64	8	212,5	7,3
Orthopäden	225,5	3,6	9,09	217	3,9
Psychotherapeuten	749,5	11,98	1,3	658,5	13,8
Radiologen	110	1,76	2,73	106,5	3,4
Urologen	128	2,05	8,2	121,5	5,3
Sonstige	268	4,28	41,98	192,25	39,3
Gesamt	6.257	100	7,95	5.970,75	4,8

Im Verlaufe der letzten Jahre ist festzustellen, dass die Anzahl der Vertragsärzte insgesamt zugenommen hat. In der Summe der Kopfzahlen aller Teilnahmestati war zwischen dem 31. Dezember 2005 und dem 30. September 2011 ein Anstieg um 6,7 Prozent zu verzeichnen. Dabei blieb die Zahl der Ermächtigten nahezu konstant, während es bei den Zugelassenen zu einem Rückgang der Arztzahl um 3,5 Prozent kam (von 6.163 auf 5.948 Ärzte). Die Zahl der Angestellten dagegen verfünffachte sich nahezu (von 178 auf 871 Ärzte). Zwar lässt sich über diesen Zeitraum auch ein Anstieg der Zahl an Vollzeitäquivalenten verfolgen, dieser fiel aber deutlich geringer aus als der Zuwachs der Kopfzahlen: Nahm die Zahl der Zugelassenen und Angestellten in der Summe um 7,5 Prozent zu, so wurden durch diese Statusgruppen im Jahr 2011 nur 4,8 Prozent zusätzliche Vollzeitäquivalente in die Versorgung eingebracht. Dabei verteilen sich die insgesamt 286,25 hinzugekommenen Arztstellen höchst unterschiedlich auf die Fachgruppen. Insbesondere die Psychotherapeuten und die Fachgebiete außerhalb der Bedarfsplanung verzeichneten erhebliche Zuwachsraten, während etwa die Gruppe der Hausärzte nahezu unverändert blieb und bei Hautärzten sogar ein leichter Rückgang festzustellen ist.

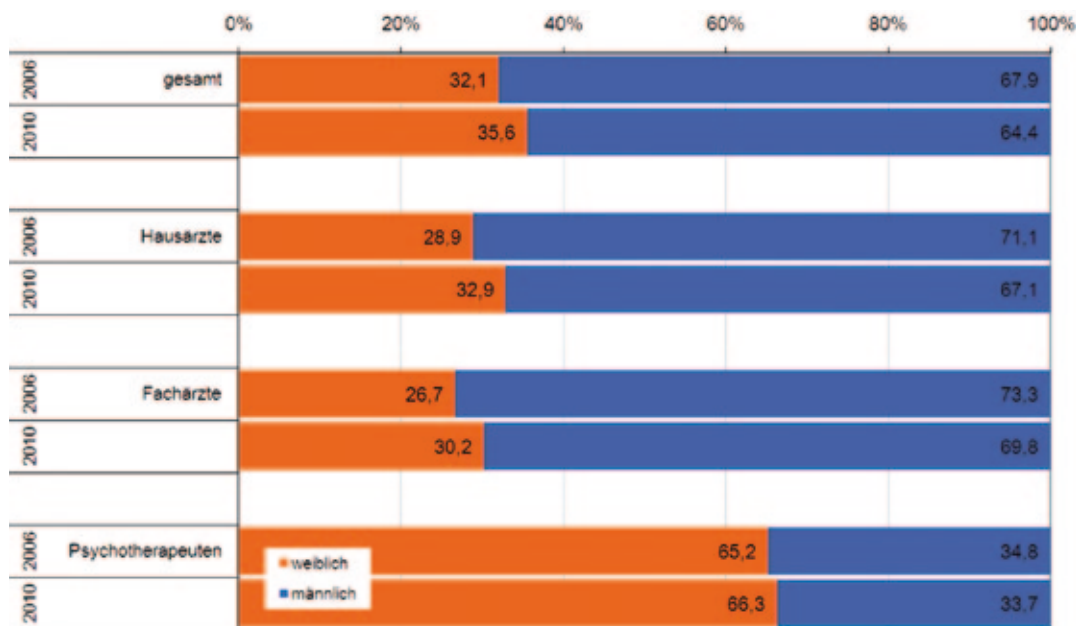
Der enorme Anstieg der Zahl an Angestellten und der von diesen erbrachten Versorgungsumfänge resultiert aus den Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes, das neben Formen der gemeinschaftlichen Berufsausübung von Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren insbesondere eine Ausweitung der Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten beinhaltet.



2.3.2 GESCHLECHTSSTRUKTUR

Der Anteil der Frauen an der Vertragsärzte- und Vertragspsychotherapeutenschaft in Rheinland-Pfalz stieg von 2006 bis 2010 von 32,1 auf 35,6 Prozent.¹³ Zwar war dieser Anstieg in allen Versorgungsbereichen mehr oder weniger deutlich, allerdings lassen sich nach wie vor erhebliche Niveauunterschiede feststellen. So liegt bei den Fach- und Hausärzten der Frauenanteil bei knapp unter einem Drittel, bei den Psychotherapeuten dagegen ist er in etwa doppelt so hoch (vgl. Abb. 2.1). Die Fachgruppen mit den höchsten Frauenanteilen sind neben den Psychologischen und den Ärztlichen Psychotherapeuten (68,8 Prozent beziehungsweise 56,5 Prozent) die Frauenärzte (52,9 Prozent) und Anästhesisten (47,4 Prozent). Fachgruppen mit geringer Beteiligung von Ärztinnen sind dagegen Orthopädie (6,4 Prozent), Urologie (9,4 Prozent), Chirurgie (14,9 Prozent) und die der fachärztlichen Internisten (17,9 Prozent). In der Gruppe der Zugelassenen beträgt der Anteil der Ärztinnen und Psychotherapeutinnen nach leichtem Anstieg aktuell ein Drittel (33,5 Prozent). In der zahlenmäßig stark angewachsenen Gruppe der Angestellten sank der Frauenanteil deutlich von 64 auf 53,1 Prozent, allerdings ist nach wie vor die Mehrheit der angestellten Ärzte weiblich.

Abbildung 2.1: Geschlechterverteilung in ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgungsbereichen



¹³ Stichtag: jeweils der 31. Dezember



Vielfach wird in der öffentlichen Diskussion das Argument angeführt, dass Ärztinnen häufig in geringerem Umfang an der Versorgung teilnehmen als ihre männlichen Kollegen. In der Tat ist der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Ärztinnen höher als der der Ärzte. Allerdings nehmen auch bei den Frauen 88,4 Prozent in Vollzeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil, im Vergleich zu 95,7 Prozent bei den Männern. In der Gruppe der Jüngeren (unter 40-Jährigen) nimmt die Zahl der in Teilzeit Tätigen mittlerweile auch bei den männlichen Ärzten und Psychotherapeuten stark zu: auf immerhin 14,5 Prozent. Dies belegt, dass sich flexible Arbeitszeitmodelle auch geschlechterübergreifend steigender Beliebtheit erfreuen.

2.3.3 ALTERSSTRUKTUR

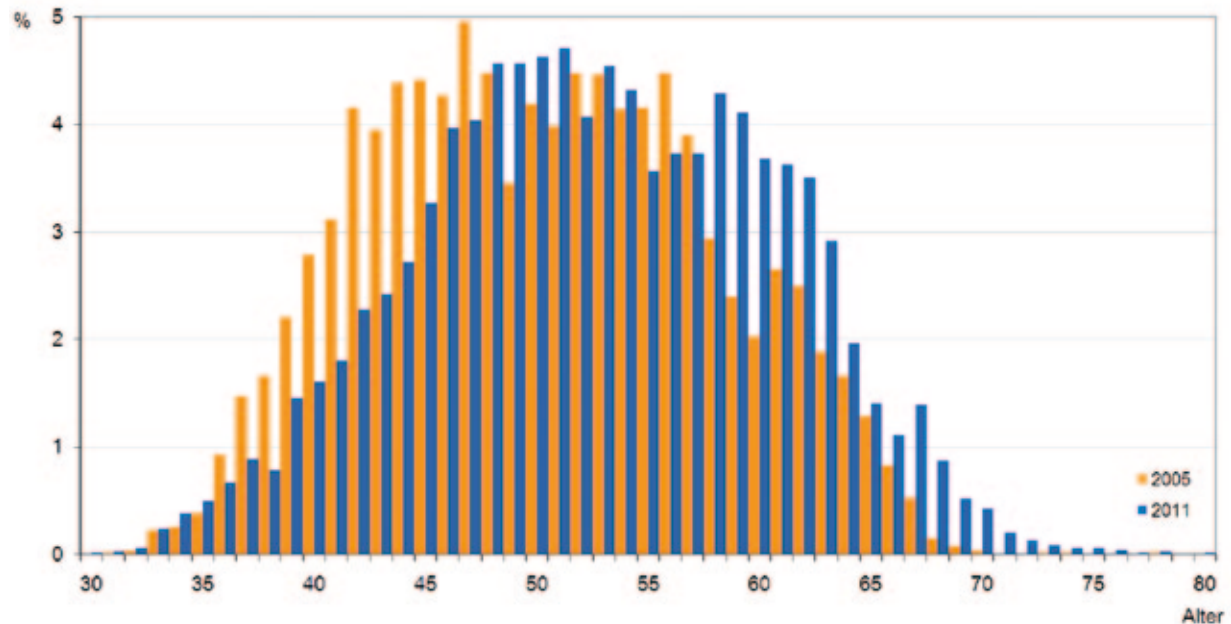
Das Alter der an der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden ist ein wichtiges Merkmal für die Beurteilung der zukünftig zu erwartenden Veränderungen und die Zahl der wieder zu besetzenden Stellen, die durch das Ausscheiden von Ärzten entstehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit dem 01. Oktober 2008 die vormals existierende gesetzliche Altersgrenze von 68 Jahren für eine vertragsärztliche Tätigkeit außer Kraft gesetzt wurde. Ärzte und Therapeuten können seitdem auch über dieses Alter hinaus tätig sein, was aus unterschiedlichen Gründen in manchen Fällen tatsächlich erfolgt. Für die Schätzung der zu erwartenden Anzahl an ausscheidenden Ärzten kann somit nicht mehr auf die Regelung des Maximalalters zurückgegriffen werden. Das tatsächliche Alter der Ärzte zum Zeitpunkt des Ausscheidens konnte jedoch auch zuvor nicht als mittels der gesetzlichen Vorgabe gegeben angesehen werden. In der Realität schieden auch vor dem 01. Oktober 2008 eine hohe Anzahl an Leistungserbringern vor Erreichen des 69. Lebensjahres aus der Versorgung aus. Allgemein wird in Prognosen häufig ein mittleres Alter von 65 Jahren als Zeitpunkt für das Ausscheiden angenommen. Eine Analyse des tatsächlichen Austrittsalters der zugelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz ergab jedoch, dass der Altersmedian der ausscheidenden Zugelassenen deutlich darunter lag und zwischen 2006 und 2010 zudem weiter sank: von 62 auf 60 Jahre.

Parallel dazu stieg das mittlere Alter der aktiven Ärzte und Psychotherapeuten seit 2005 von 50 auf aktuell 53 Jahre.¹⁴ Der Anteil jüngerer Vertragsärzte und -psychotherapeuten (bis 45 Jahre) nahm zwischen 2005 und 2011 von 30 Prozent auf 19,1 Prozent ab (vgl. Tab. 2.2). Gleichzeitig stieg der Anteil älterer Vertragsärzte und -psychotherapeuten: in der Gruppe der über 59-Jährigen von 13,7 auf 22,1 Prozent und bei den über 55-Jährigen von 31,6 auf 41,5 Prozent. Die deutlichen Veränderungen in der Altersstruktur veranschaulicht Abb. 2.2.

¹⁴ Stichtage: 31.12.2005, 30.09.2011



Abbildung 2.2: Altersstruktur der Vertragsärzte und -psychotherapeuten 2005 und 2011



Diese messbare Alterung der Vertragsärzteschaft ist sowohl auf die über den gesamten Untersuchungszeitraum aktiven Ärzte zurückzuführen als auch auf die Altersstruktur der ausgeschiedenen und der nachgefolgten Ärzte und Psychotherapeuten. Dabei ist einerseits festzustellen, dass die Fluktuation zuzunehmen scheint. So schieden in den Jahren 2009 und 2010 insgesamt 17,2 Prozent mehr Ärzte aus als im vorangegangenen Zweijahreszeitraum. Andererseits wandelt sich auch die Altersstruktur der zu ersetzenden wie der neu hinzukommenden Leistungserbringer. Das Alter derjenigen, die durch Zulassung oder Anstellung neu hinzukommen, stieg im Vergleich der beiden Zweijahreszeiträume im Median von 43 auf 44 Jahre. Der Anteil derjenigen, die erst in einem Alter von über 50 Jahren neu zugelassen oder angestellt wurden, wuchs im entsprechenden Zeitschnitt von 16,6 auf 22,6 Prozent. Wie bereits erwähnt, sank gleichzeitig das Alter der aus der vertragsärztlichen Versorgung Ausscheidenden im Median von 62 (2007/2008) auf 60 Jahre (2009/2010). Im Jahr 2010 hatten 27 Prozent der Abgänger das 50. Lebensjahr noch nicht überschritten. Gleichzeitig sank die Zahl derer, die erst in einem Alter von über 65 Jahren ausschieden um 10,6 Prozent. Vereinfacht kann daraus abgeleitet werden, dass Ärzte und Psychotherapeuten zunehmend in jüngeren Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden, während ihre Nachfolger erst in höherem Alter einsteigen.



Tabelle 2.2: Altersstruktur der Vertragsärzte nach Fachgruppen

Fachgruppe	mittleres Alter			Anteil der bis 45-Jährigen			Anteil der über 59-Jährigen		
	2005	2011	Veränderung	2005	2011	Veränderung	2005	2011	Veränderung
Anästhesisten	47,5	50	2,5	41,9	23,7	-18,2	6,5	10,8	4,3
Augenärzte	50	50	0	43,1	26,8	-16,3	12,2	15,3	3,1
Chirurgen	53	54	1	19	10,5	-8,5	16,8	28	11,2
Frauenärzte	51	52	1	30,4	20,2	-10,2	17,6	23,1	5,5
Hausärzte	50	54	4	26,8	17,4	-9,4	14,2	28	13,8
Hautärzte	47	50	3	41,4	30,8	-10,5	8	12,2	4,2
HNO-Ärzte	48	50,5	2,5	37,4	25	-12,4	11	18,6	7,6
Internisten	50	52	2	30,4	16,2	-14,3	10,6	17,4	6,8
Kinderärzte	48	51	3	33,2	24,1	-9,1	19,6	15,4	-4,2
Nervenärzte	50	53	3	28,8	12,3	-16,5	15,3	22,2	6,9
Orthopäden	49	51	2	34,6	26,1	-8,6	12,3	14,2	1,9
Psychotherapeuten	49	53	4	29	14,8	-14,2	9,1	21,9	12,8
Radiologen	49	50	1	33,1	22	-11,1	13,6	13,5	-0,1
Urologen	51	51	0	25,8	27,7	1,9	21,8	14,2	-7,6
Sonstige	46	49	3	45,5	25,1	-20,4	13,8	9,2	-4,5
Gesamt	50	53	3	30	19,1	-10,9	13,7	22,1	8,4

Stand und Entwicklung der Altersstruktur variieren je nach Fachgruppe deutlich (vgl. Tab. 2.2). Beim mittleren Alter der bedarfsplanungsrelevanten Fachgruppen reicht die aktuelle Spannweite von 50 (Anästhesisten, Augenärzte, Hautärzte, Radiologen) bis zu Werten von 54 Jahren (Chirurgen, Hausärzte). Im Vergleich zu 2005 kam es bei Hausärzten und Psychotherapeuten zu den deutlichsten Anstiegen, bei Augenärzten und Urologen dagegen ist das Medianalter unverändert. Ein Absinken dieses Kennwertes war in keiner Fachgruppe zu verzeichnen.

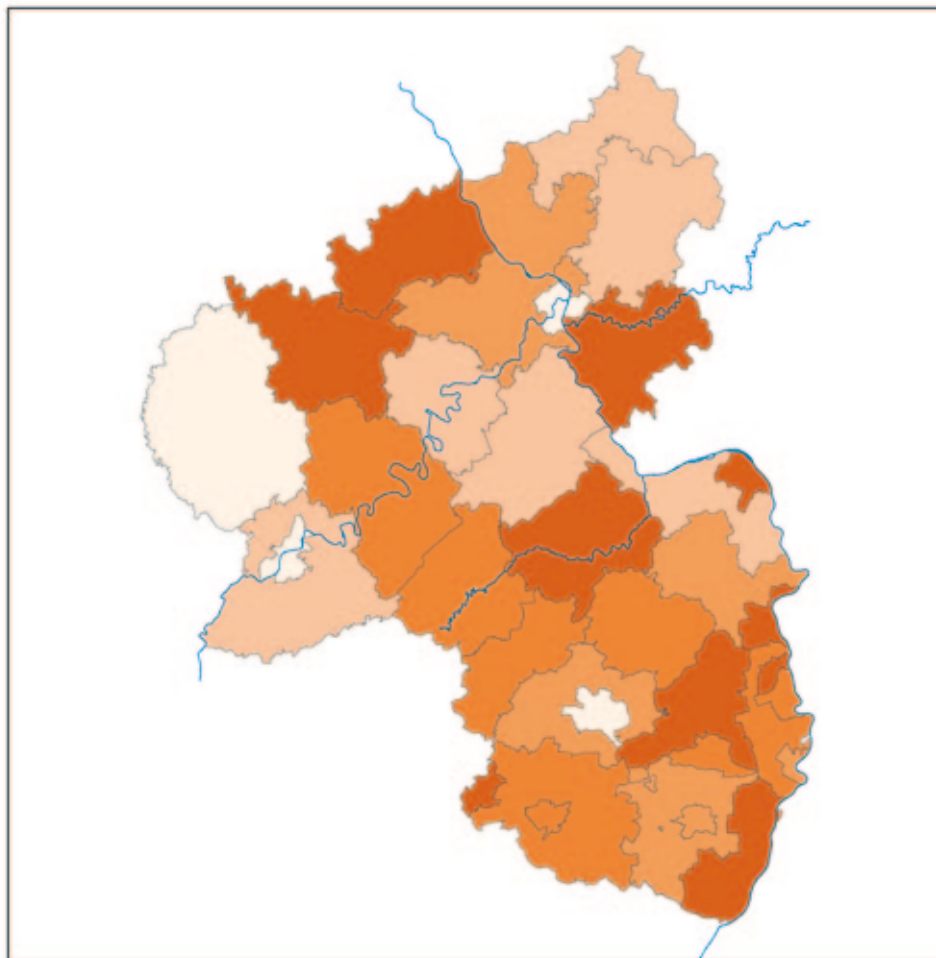
Auch hinsichtlich der numerischen Bedeutung verschiedener Altersklassen in der jeweiligen Ärzteschaft unterscheiden sich die Fachgruppen mitunter sehr deutlich. So schwankt der Anteil der bis 45-Jährigen zwischen 10,5 Prozent bei Chirurgen und 30,8 Prozent bei den Hautärzten. Die Bedarfsplanungsgruppe mit dem geringsten Anteil an Ärzten ab 60 ist die der Anästhesisten (10,8 Prozent), die höchsten entsprechenden Anteile verzeichnen die Hausärzte und Chirurgen, bei denen inzwischen mehr als jeder Vierte das 60. Lebensjahr erreicht oder überschritten hat (28 Prozent).

Berücksichtigt man sowohl mittleres Alter als auch die Verteilung nach Altersklassen, so können aktuell die Hautärzte, Urologen, Anästhesisten, Augenärzte und Orthopäden als Fachgruppen mit einer verhältnismäßig jungen Ärzteschaft bezeichnet werden. Im Vergleich sind die statistisch ältesten Gruppen die Chirurgen, Hausärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Frauenärzte.








Im Verlaufe der letzten Jahre haben sich aber auch in den heute im Vergleich zu anderen relativ jungen Fachgruppen zum Teil deutliche Veränderungen hin zu einer zunehmenden Alterung ergeben. So nahm beispielsweise die Zahl der jungen Ärzte unter den Anästhesisten und Augenärzten besonders stark ab, der Anstieg des mittleren Alters war auch bei Hautärzten sehr deutlich. Die einzige Facharztgruppe, bei der eine tendenzielle Verjüngung stattfand, war die der Urologen, wo bei gleichbleibendem Median ein leichter Zuwachs an jüngerer und ein deutlicher Rückgang älterer Ärzteschaft verfolgt werden konnte.

Abbildung 2.3: Anteil der über 59-jährigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz (Stand: 30.09.2011)



Altersstruktur der Ärzteschaft
Anteil der über 59-Jährigen

-  bis 17,5%
-  17,5 bis 20%
-  20 bis 22,5%
-  22,5 bis 25%
-  über 25%

0 10 20 40
Kilometer
Kartographie: T. Christ, KV RLP



Ein räumlicher Vergleich der Altersstrukturen der Ärzteschaft in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes zeigt, dass sich etwa ein Stadt-Land-Gefälle nicht nachweisen lässt. Auch die häufig als Indiz für den zukünftig zu erwartenden Wiederbesetzungsbedarf herangezogenen Anteile an Ärzten in höherem Alter zeigt dies (vgl. Abb. 2.3). Zwar zeichnen sich etwa die Städte Trier und Koblenz diesbezüglich durch recht niedrige Prozentsätze von zirka 15 Prozent für die Gruppe der über 59-Jährigen aus. In Mainz (25,3 Prozent) und Ludwigshafen (22,8 Prozent) dagegen sind deutlich mehr ältere Ärzte tätig als in einigen Landkreisen. Umgekehrt ist es eine ländliche Region, die den landesweit niedrigsten Wert verzeichnet: der Eifelkreis Bitburg-Prüm mit 14,9 Prozent. In einer ganzen Reihe weiterer Landkreise sind deutlich weniger als 20 Prozent der Vertragsärzte 60 Jahre oder älter.

2.3.4 DYNAMIK DER ENTWICKLUNG: AB- UND ZUGÄNGE

Die Entwicklung der Arztzahlen ist ein komplexes Geschehen, welches sich durch eine Reihe empirisch zu ermittelnder Parameter beschreiben lässt, dessen Ursachen jedoch vielfältig sind und das aufgrund sich wandelnder Rahmenbedingungen nur sehr schwer und mit einer hohen Fehleranfälligkeit zu prognostizieren ist. Unter den Messgrößen zur Beschreibung der Entwicklungen sind neben den Ausgangszahlen insbesondere die numerische Fluktuation sowie die Demographie und die Tätigkeitsstruktur der Zu- und Abgänger zu nennen.

Für Rheinland-Pfalz lässt sich über den Zeitraum seit 2006 feststellen, dass im Mittel etwa vier Prozent der zugelassenen und angestellten Vertragsärzte und -psychotherapeuten jährlich aus ihrer Tätigkeit ausscheiden und zur Aufrechterhaltung des Arztstandes ersetzt werden müssen (vgl. Tab. 2.3). Dabei lassen sich im Vergleich der Fachgruppen durchaus nicht unerhebliche Unterschiede feststellen: Von den Fachgruppen der Bedarfsplanung sind es die Chirurgen und Radiologen, die prozentual die höchste Fluktuation zu verzeichnen haben. Die niedrigsten jährlichen Abgangsquoten dagegen sind unter Psychotherapeuten und fachärztlichen Internisten festzustellen. Mit einem Wert von 3,8 Prozent ist die Abgangsrate bei den Hausärzten zwar leicht unterdurchschnittlich, angesichts der hohen Fallzahlen verbirgt sich jedoch auch hier ein ernsthaftes Problem für die Aufrechterhaltung des bisherigen Versorgungsstandes. Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund der Zahl an potenziellen Nachfolgern deutlich: Während seit 2006 insgesamt etwa 500 Hausärzte aus der Versorgung ausschieden, wurden im selben Zeitraum nur 239 „neuen“ Ärzten in Rheinland-Pfalz durch die zuständigen Bezirksärztekammern entsprechende Facharztanerkennungen erteilt. Konnten bislang durch das Ausscheiden von Ärzten freiwerdende Versorgungsaufträge (Vertragsarztsitze) in der Regel durch niederlassungswillige oder angestellte Nachrücker wiederbesetzt werden, so könnten die verhältnismäßig niedrigeren Zahlen der jungen Ärzte, die die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner erfolgreich abschließenden zukünftig zu einem wachsenden Problem bei der Wiederbesetzung beitragen.



Tabelle 2.3: Ab- und Zugangsstatistik der Vertragsärzteschaft nach Fachgruppen

Fachgruppe	Alters- median Abgänge	Alters- median Zugänge	Durchschnittl. jährliche Ab- gangsquote	Trend der jährlichen Ab- gangsquote	Anzahl Abgänge	Anzahl neuer Facharztaner- kennungen [*]
Anästhesisten	55	46	5,2	-1,3	31	210
Augenärzte	62	40,5	4,3	0,7	53	37
Chirurgen	62	46	5,8	1,1	53	209
Frauenärzte	64,5	42	4	-0,1	86	131
Hausärzte	62	42	3,8	0,1	501	239 ^{**}
Hautärzte	55	40	3,3	0	25	26
HNO-Ärzte	60	40,5	3,7	0,8	30	48
Internisten	62	44	2,8	-0,4	51	393
Kinderärzte	65	41	4,8	-0,1	65	104
Nervenärzte	63,5	44	3,5	-0,1	40	193
Orthopäden	60	41	4,9	-0,6	56	324
Psychotherapeuten	59	46	2,7	0,6	98	26 ^{***}
Radiologen	61	43	5,8	-0,7	33	72
Urologen	65	40,5	5,3	0,8	34	49
Sonstige	50,5	45	6,9	-0,7	82	159
Gesamt	61	43	4	0,1	1.238	2.220

^{*}: nach Angaben der Bezirksärztekammern in Rheinland-Pfalz

^{**}: Fachgebietsanerkennungen „Allgemeinmedizin“ und „Innere und Allgemeinmedizin“

^{***}: Gezählt wurden nur die Fachgebietsanerkennungen der ärztlichen Psychotherapie. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind nicht enthalten

Solange eine relativ hohe Abgangsrate durch Wiederbesetzung ausgeglichen werden kann, kann dies strukturell durchaus zu Effekten führen, die auch einer längerfristigen Sicherstellung der Bedarfsdeckung zuträglich sein können. Ein Beispiel hierfür ist die Fachgruppe der Urologen, bei der die relativ hohe Fluktuation zu einer strukturellen Verjüngung der Ärzteschaft führte. Die ausgeschiedenen Ärzte waren im Mittel 65 Jahre alt und damit älter als in der Gesamtärzteschaft. Diese wurden häufig durch recht junge Ärzte ersetzt. Daraus resultierend ergaben sich bei gleichbleibenden Medianalter rückläufige Anteile älterer und zunehmende Anteile jüngerer Leistungserbringer (vgl. Tab. 2.2). Zwar werden derzeit noch immer ausreichend Fachärzte für Urologie in Rheinland-Pfalz ausgebildet, die Wiederbesetzung von zukünftig freien Sitzen dürfte aber auch davon abhängen, wie viele dieser potenziellen Nachrücker tatsächlich willens sein werden, sich in Rheinland-Pfalz an der vertragsärztlichen Versorgung zu beteiligen. Die Faktoren, welche diese Entscheidung im individuellen Fall beeinflussen können, umfassen dabei neben persönlichen Aspekten auch wirtschaftliche, berufs- und zulassungsrechtliche Rahmenbedingungen, deren weitere Entwicklung nicht oder nur sehr eingeschränkt vorhersagbar sind. Insofern soll eine diesbezügliche Einschätzung an dieser Stelle nicht vorgenommen werden.

Eine deutlich andere Entwicklung als in der Fachgruppe der Urologen ist zum Beispiel bei den Hautärzten zu beobachten. Eine relativ geringe Abgangsquote (3,3 Prozent) bei einem unterdurchschnittlichen Abgangsalter (55 Jahre)



führte im Zusammenhang mit insgesamt leicht rückläufigen Arztzahlen (vgl. Tab. 2.1) zu einer spürbaren Alterung (im Median um drei Jahre). In dieser Fachgruppe ist darüber hinaus die Anzahl der Facharztanerkennungen im Verlauf der betrachteten fünf Jahre nahezu identisch mit der Zahl der aus der Versorgung ausgeschiedenen Ärzte. Insofern ist davon auszugehen, dass es bei Hautärzten zukünftig nicht mehr zu einer vollständigen Kompensation der Abgänge durch im Land selbst ausgebildete Mediziner kommen wird. Die bereits dargestellte Alterung der Ärzteschaft wird in vielen Fachgruppen und Regionen dazu führen, dass die Quote der aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidenden Leistungserbringer mittelfristig deutlich ansteigen wird.

Um dazu beizutragen, dass auch zukünftig eine ausreichende Zahl an Ärzten in Rheinland-Pfalz ihre Weiterbildung zum Facharzt der unterschiedlichen Fachgebiete erfolgreich abschließen kann, beteiligt sich die KV RLP organisatorisch und teilweise finanziell. Ärzte, deren Praxen von der Landesärztekammer als Weiterbildungsstätte anerkannt sind, können nach Genehmigung der KV Ärzte in Weiterbildung als Assistenten beschäftigen. In den vergangenen Jahren wurden jeweils über 300 Genehmigungen zur Beschäftigung solcher Weiterbildungsassistenten in Praxen von in Rheinland-Pfalz niedergelassenen Vertragsärzten erteilt. Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wird in vielen Fällen darüber hinaus durch die KV und die Landesverbände der Krankenkassen auch finanziell gefördert. Auf Grundlage der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung erhalten jährlich im Schnitt zwischen 130 und 150 Ärzte im Land einen monatlichen Zuschuss von bis zu 3.500 Euro für die Beschäftigung eines Assistenten.

2.4 ORGANISATIONS- UND PRAXISFORMEN

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in Praxen ausgeführt, deren Organisationsformen in den letzten Jahren mitunter gravierenden Veränderungen unterlagen. Vor Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes war die Ausübung in Einzelpraxen der absolute Regelfall. Daneben gab es die Möglichkeit des Zusammenschlusses von Vertragsärzten und -psychotherapeuten an identischem Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis sowie das Betreiben einer Zweigpraxis. Mit dem VÄndG wurden zahlreiche weitere Praxisformen ermöglicht, die seitdem in zunehmendem Maße die Versorgungslandschaft prägen. Die verschiedenen Kooperationsmodelle bieten Ärzten und Psychotherapeuten aus qualitativer, organisatorischer und wirtschaftlicher Sicht mitunter vorteilhafte Optionen zur Berufsausübung. Die Genehmigung zum Führen einer der im Folgenden kurz beschriebenen Organisationsformen erteilt dabei in der Regel der zuständige Zulassungsausschuss.

■ Einzelpraxis

Unter einer Einzelpraxis versteht man eine Praxis, die von einem einzelnen zugelassenen Vertragsarzt oder -psychotherapeuten betrieben wird. Dabei können innerhalb einer Einzelpraxis ein oder mehrere Ärzte angestellt werden, sofern dies durch den Zulassungsausschuss entsprechend genehmigt wird.

■ Berufsausübungsgemeinschaften

Der Terminus Gemeinschaftspraxis wurde mit dem VÄndG durch den Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft (abgekürzt: BAG) ersetzt. Es handelt sich hierbei um den Zusammenschluss von zwei oder mehr zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Leistungserbringern. Dies können sowohl Vertragsärzte und -psychotherapeuten als auch Medizinische Versorgungszentren sein. Die genehmigungspflichtige Kooperation bedarf der Gründung einer Gesellschaft mit gemeinsamer Haftung. Sofern die kooperierenden Leistungserbringer für unterschiedliche Fachgebiete zugelassen sind, spricht man von einer fachgebietsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft.



- **Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft**
In einer örtlichen BAG sind zwei oder mehr zugelassene Leistungserbringer zusammengeschlossen, deren Vertragsarztsitze sich am selben Ort befinden.
- **Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft**
Im Gegensatz zur örtlichen BAG verfügen die Betreiber einer überörtlichen BAG über räumlich getrennte Vertragsarztsitze. Die räumliche Trennung kann sich dabei über verschiedene Adressen innerhalb eines Ortes oder über verschiedene Gemeinden innerhalb eines KV-Zuständigkeitsbereiches, etwa des Landes Rheinland-Pfalz, erstrecken.
- **KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft**
Liegen die Vertragsarztsitze der innerhalb einer BAG zusammengeschlossenen Leistungserbringer in unterschiedlichen KV-Zuständigkeitsbereichen (also etwa in Rheinland-Pfalz sowie in einem anderen Bundesland), so spricht man von einer KV-übergreifenden BAG.
- **Teilberufsausübungsgemeinschaft**
In Teilberufsausübungsgemeinschaften können sich Vertragsärzte zusammenschließen, um gemeinschaftlich ein eingeschränktes definiertes Leistungsspektrum zu erbringen. Die Tätigkeit in einer Teilberufsausübungsgemeinschaft geschieht dabei ergänzend zur Tätigkeit in der regulären Praxis am Vertragsarztsitz. Beispiele für Teilberufsausübungsgemeinschaften sind etwa Zusammenschlüsse zur Erbringung hochspezialisierter Facharztleistungen, für deren Ausführung die zeitgleiche Gegenwart mehrerer Fachärzte gesetzlich vorgeschrieben ist.
- **Medizinische Versorgungszentren (MVZ)**
Neben zugelassenen und ermächtigten Ärzten und Psychotherapeuten können auch von einem Zulassungsausschuss zugelassene Medizinische Versorgungszentren an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Die Ausübung der ärztlichen oder therapeutischen Tätigkeit geschieht dabei entweder durch zugelassene oder durch angestellte Ärzte oder Psychotherapeuten. Auch diese Anstellungen bedürfen der Genehmigung des zuständigen Zulassungsausschusses. Träger eines MVZs können neben Vertragsärzten beispielsweise auch Krankenhausträger sein. Voraussetzung zur Anerkennung eines MVZs ist unter anderem, dass mehrere Fachgebiete abgedeckt werden.
MVZs können sowohl am Einzelstandort tätig werden als auch als überörtliche Versorgungszentren mit mehreren räumlich getrennten Standorten. Zudem können MVZs mit Vertragsärzten Berufsausübungsgemeinschaften gründen, die ihrerseits beispielsweise überörtlich oder KV-übergreifend sein können.
- **Weitere Kooperationsmodelle**
Darüber hinaus existieren eine Reihe weiterer, nicht genehmigungspflichtiger Kooperationsmodelle, die den beteiligten Ärzten wie den durch diese versorgten Patienten durch Synergieeffekte verschiedene Vorteile bringen können. Hierzu zählen zum Beispiel Praxisgemeinschaften, in denen etwa Räumlichkeiten, Geräte oder Personal durch mehrere Praxen gemeinsam genutzt werden.

Eine weitere, für die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung insbesondere in strukturschwächeren Regionen mitunter relevante Möglichkeit der Berufsausübung stellt die Zweigpraxis dar. Es handelt sich hierbei um einen zusätzlich zum Vertragsarztsitz betriebenen Praxisstandort, der unter der Prämisse genehmigt werden kann, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt, durch die Tätigkeit an einem anderen Ort dort aber die Versorgungssituation der Patienten verbessert wird.

Insbesondere für Vertreter einzelner Facharztgruppen besitzt darüber hinaus die Tätigkeit als Belegarzt eine Bedeutung für das Gesamtspektrum ihrer vertragsärztlichen Arbeit. Als Belegarzt behandelt der jeweilige Arzt Patienten in



einem Krankenhaus, mit welchem er einen entsprechenden Vertrag geschlossen hat und rechnet diese Leistungen mit der zuständigen KV ab. Voraussetzung hierfür ist eine entsprechende Genehmigung, deren Erteilung unter anderem davon abhängt, dass die Belegarztstätigkeit die Vertragsarztstätigkeit nicht übersteigt.

Tabelle 2.4: Entwicklung der Anzahl unterschiedlicher Praxen in Rheinland-Pfalz

Organisationsform	2006	2008	2010
Einzelpraxen	3.699	3.605	3.531
Örtliche Berufsausübungsgemeinschaften	1.065	1.040	981
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften *		24	62
		Nebenbetriebsstätten	26 75
KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften *		8	19
		Standorte in RLP	9 22
Medizinische Versorgungszentren **	24	42	58
		Nebenbetriebsstätten	1 2 3
Teilberufsausübungsgemeinschaften			4
		Nebenbetriebsstätten	2
Zweigpraxen	79	141	177
Belegarztstätigkeiten	259	283	265

*: Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Vertragsärzten sowie zwischen Vertragsärzten und MVZs
 **: MVZs als Einzelstandorte sowie überörtliche MVZs

Im zeitlichen Vergleich ist festzustellen, dass seit der Flexibilisierung der Möglichkeiten zur Ausübung der Vertragsarztstätigkeit die Anzahlen der Einzelpraxen und der örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften rückläufig sind. Dem steht ein deutlicher Zuwachs bei Überörtlichkeiten und Medizinischen Versorgungszentren gegenüber. Zwar sind die absoluten Zahlen dieser Praxisformen im Vergleich nach wie vor gering, die stark steigenden Zahlen der dort arbeitenden Ärzte und Psychotherapeuten belegt jedoch die wachsende Bedeutung für die Versorgung in Rheinland-Pfalz. Waren Ende des Jahres 2006 noch insgesamt 95 Ärzte in MVZs in Rheinland-Pfalz tätig, so stieg diese Zahl bis Oktober 2011 auf 402. Dass diese Entwicklung bundesweit zu verfolgen ist, zeigen Zahlen der KBV, die für den Vierjahreszeitraum zwischen den jeweils vierten Quartalen 2006 und 2010 einen Anstieg der in MVZs tätigen Ärzte um mehr als das Dreifache ausweisen.¹⁵

Die Relevanz, die verschiedene Kooperationsformen für die Ärzteschaft besitzen, ist je nach Fachgruppe höchst unterschiedlich (vgl. Tab. 2.5). Dabei spielen offenbar insbesondere Fragen der Kostenintensität von Praxiseinrichtung und -betrieb eine maßgebliche Rolle. So sind 91,5 Prozent aller Psychotherapeuten in Einzelpraxen tätig, eine gemeinsame Berufsausübung geschieht nur recht selten und in erster Linie auf örtlicher Ebene. Auch die Tätigkeit in Medizinischen Versorgungszentren bildet in dieser Fachgruppe die Ausnahme. Ähnlich stellt sich die Lage bei Hautärzten dar, wo immerhin mehr als 70 Prozent in Einzelpraxen und fast jeder Vierte in einer örtlichen BAG tätig sind.

¹⁵ Nach: KBV: Ergebnisse der Quartalsauswertungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Stichtag 31.12.2010



Tabelle 2.5: Relative Häufigkeit verschiedener Praxisformen nach Fachgruppen

Fachgruppe	Einzelpraxis	Örtliche BAG	Überörtliche BAG	KV-übergreifende BAG	Medizinisches Versorgungszentrum	Teil-BAG	Zweigpraxis	Belegarzt im Krankenhaus
Anästhesisten	48,3	17,2	6,6	9,7	15,2	0	6,9	2,1
Augenärzte	54,7	33,7	9,7	0	2,3	1,2	7,8	11,6
Chirurgen	48	34,2	6,4	1,2	4,5	0	7,4	5,9
Frauenärzte	62,1	30,6	2,3	0,8	2,2	0	3,6	11,1
Hausärzte	55,1	41,2	1,5	0,1	0,4	0	4,1	0
Hautärzte	72,9	24,7	2,4	0	0	0	0,6	0
HNO-Ärzte	52	32,7	4,7	1,8	7	0	9,9	44,4
Internisten	33,5	55,3	3,6	2,9	4,3	1	14,7	3,1
Kinderärzte	52,2	43,1	2	0,3	2	0	4	1,3
Nervenärzte	69,8	20,9	0,4	1,7	5,8	0	2,3	0
Orthopäden	40,5	39	3,4	2,5	8,7	0	4,9	12,1
Psychotherapeuten	91,5	6,9	0	0,2	1,2	0	0,8	0
Radiologen	4,9	59,7	27,1	6,9	1,4	0	13,2	0
Urologen	48,2	44,6	1,8	0	3,6	12,9	5	33,8
Sonstige Fachgruppe	30	21,2	5,2	5,2	19,4	0	2,9	4,9
Gesamt	67	35,5	3,9	1,5	4,6	0,4	4,9	4,2

Ein vollkommen anderes Bild bietet dagegen die Gruppe der Radiologen. Modelle gemeinsamer Berufsausübung sind insbesondere vor dem Hintergrund der geräte- und kostenintensiven Anforderungen an Praxen organisatorisch und wirtschaftlich offenbar hoch attraktiv. Weit über 90 Prozent aller Ärzte dieser Fachgruppe sind dementsprechend in Berufsausübungsgemeinschaften tätig. Ein ebenfalls sehr hoher Kooperationsgrad ist bei den fachärztlichen Internisten zu verzeichnen.

Die Kooperation über KV-Grenzen hinaus spielt in erster Linie bei Anästhesisten und Radiologen eine Rolle, in MVZs sind neben Anästhesisten und Orthopäden auch HNO-Ärzte in nennenswertem Umfang beschäftigt. Der Betrieb von Zweigpraxen ist besonders weit verbreitet unter Internisten und Radiologen. Die Fachgruppen, in denen ein hoher Anteil der Ärzte Belegbetten in Krankenhäusern betreuen, sind die HNO-Ärzte sowie die Urologen, bei denen mehr als jeder Dritte in dieser Form tätig ist.

Eine Möglichkeit zur lokalen Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen ist die Einrichtung von Zweigpraxen. Diese in der Regel über eine begrenzte Wochenstundenzahl geöffneten Praxisstandorte werden durch die zuständige KV genehmigt. Die Zahl der Zweigpraxen hat sich in Rheinland-Pfalz seit 2006 mehr als verdoppelt. Das Spektrum, welches aktuell durch Zweigpraxen abgedeckt wird, reicht dabei von der hausärztlichen Grundversorgung in Orten, in denen keinerlei Vertragsarztsitze existieren, bis hin zur fachärztlichen Praxis zur Ergänzung des Fachgruppenspektrums auch in Mittel- und Oberzentren. Für die Patienten positive Aspekte dieser Einrichtungen, deren räum-



liche Verbreitung in Abb. 2.4 wiedergegeben ist, sind insbesondere kürzere Fahrtwege zur nächstgelegenen Praxis sowie die Bereitstellung von Leistungen, welche ohne diese Praxen vor Ort nicht angeboten würden.

2.5 BEREITSCHAFTSDIENST

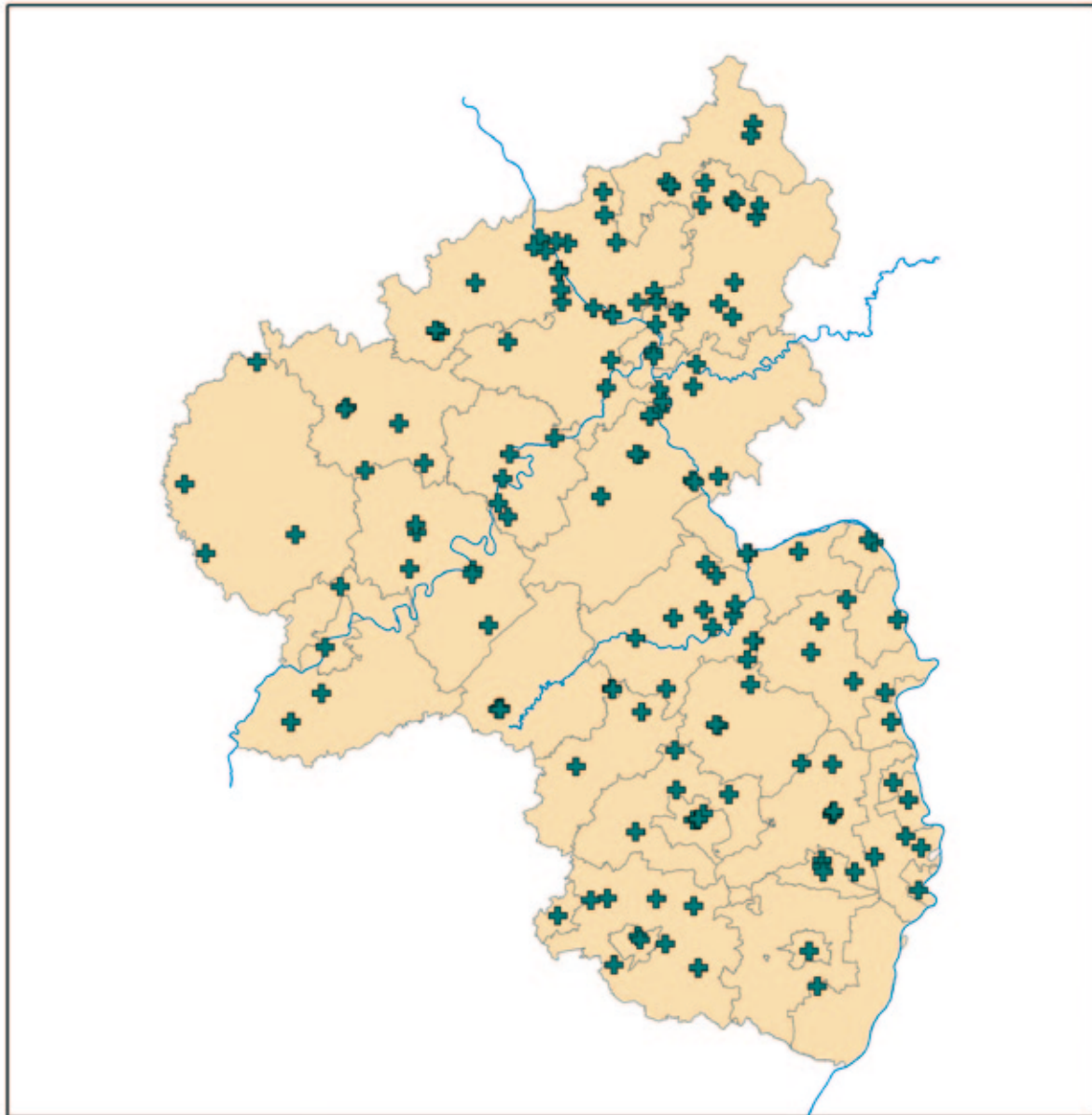
Die niedergelassenen Vertragsärzte gewährleisten während ihrer Sprechstundenzeiten die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz. Außerhalb der Sprechstunden, etwa mittwochs, an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen, ist hierfür der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig, dessen Organisation in den Zuständigkeitsbereich der KV RLP fällt.

In den übrigen sprechstundenfreien Zeiten erfolgt 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. Im organisierten Bereitschaftsdienst wird im Gegensatz dazu die Versorgung durch die jeweils zum Dienst eingeteilten Ärzte geleistet. Hierbei kann es sich sowohl um vor Ort niedergelassene als auch um eigens für den Dienst engagierte Ärzte handeln.

Jeder niedergelassene Vertragsarzt nimmt am Bereitschaftsdienst teil. Von dieser Aufgabe kann er nur auf Antrag und beim Vorliegen schwerwiegender Gründe befreit werden, etwa gesundheitlicher Art oder besonderer familiärer Belastungen. 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, insbesondere in Regionen, in denen durch eine geringe Arztdichte die Frequenz zu leistender Dienste hoch ist.



Abbildung 2.4: Räumliche Verteilung der Zweigpraxen in Rheinland-Pfalz



✚ Zweigpraxen (Stand 31.12.2010)

0 10 20 40 Kilometer
Kartographie: T. Christ, KV RLP



Prinzipiell können in Rheinland-Pfalz zwei Organisationsmodelle unterschieden werden:

■ Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ)

Die Bereitschaftsdienste werden in einer Zentrale durchgeführt, gegebenenfalls nötige Hausbesuche werden aus dieser getätigt. Vielerorts sind die Zentralen an Krankenhäusern eingerichtet. Die Zentrale stellt in der Regel alle infrastrukturellen Voraussetzungen, wie etwa Praxisausstattung, Personal oder Fahrzeug. Die Dienste in der Zentrale werden entweder durch die niedergelassenen Ärzte des jeweiligen Zuständigkeitsbereiches oder durch eigens hierzu engagierte externe Ärzte erbracht. Zusätzlich zu den Diensthabenden existiert unter Umständen eine Rufbereitschaft für Niedergelassene, die als Hintergrundärzte fungieren.

Die Vergütung der Patientenbehandlung richtet sich nach den einschlägigen vertragsärztlichen Bestimmungen wie Honorarverteilungsvertrag und Gebührenordnung. Die diensthabenden Ärzte erhalten eine Stundenhonorierung gemäß der Richtlinie der Bereitschaftsdienst-Ordnung. Die anfallenden Kosten tragen die niedergelassenen Ärzte in Form einer solidarisch zu entrichtenden Umlage.

In Rheinland-Pfalz sind derzeit 42 Bereitschaftsdienstzentralen eingerichtet, die für insgesamt 1.441 Gemeinden zuständig sind. Damit werden die Bereitschaftsdienste für 82,2 Prozent aller Rheinland-Pfälzer in Zentralen erbracht. 35 dieser Zentralen befinden sich in Trägerschaft der KV. Dies bedeutet, dass für diese die Regelung des Dienstes auf Basis der Bereitschaftsdienst-Ordnung erfolgt und Aufgaben wie etwa Beschaffung oder Vertragsangelegenheiten durch die KV wahrgenommen werden.

■ Dezentrale Bereitschaftsdienst-Bereiche

Liegt eine Region nicht im Zuständigkeitsbereich einer BDZ, so erfolgt die Erbringung von Bereitschaftsdiensten direkt durch die in der Region niedergelassenen Ärzte in deren eigenen Praxen. Die Dienste erbringen die Niedergelassenen im Wechsel. Dabei ist zwar eine ständige Präsenz nicht zwingend, eine permanente Erreichbarkeit etwa durch eine Anrufweiterleitung muss aber gewährleistet sein.

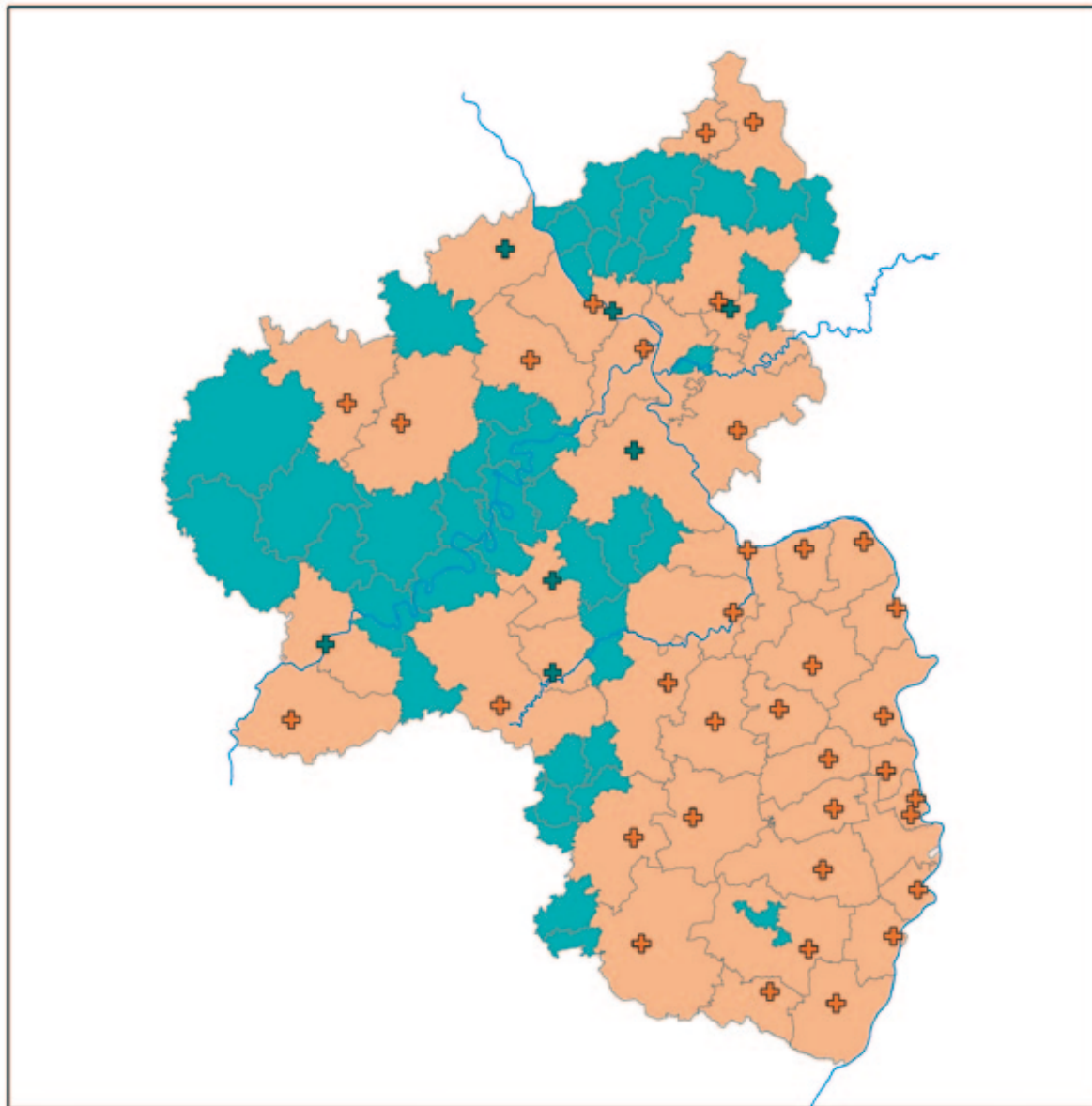
Im Unterschied zu durch eine BDZ versorgten Bereichen entfällt zwar die Einrichtung und Unterhaltung einer Zentrale, laufende Kosten, etwa für Infrastruktur, fallen dagegen in den beteiligten Praxen an. Vielerorts ist dieses Modell zudem mit häufiger Dienstpflicht und somit einer Mehrbelastung der Ärzte verbunden. Auch Patienten haben keine feste Anlaufstelle außerhalb der Sprechstundenzeiten.

Gegenwärtig sind dezentrale Bereitschaftsdienste in Rheinland-Pfalz für 865 Gemeinden mit insgesamt 710.790 Einwohnern zuständig, was einem Anteil von 17,8 Prozent an der Gesamtbevölkerung des Landes entspricht.

Die Organisation der Bereitschaftsdienste in Rheinland-Pfalz befindet sich derzeit in einem Prozess der Neustrukturierung, der zur Einrichtung weiterer Zentralen führen soll. Die aktuellen Zuständigkeitsbereiche zeigt Abbildung 2.5.





Abbildung 2.5: Bereitschaftsdienst-Organisation in Rheinland-Pfalz (Stand 01.01.2012)





Bereitschaftsdienstzentralen

Trägerschaft

-  KV
-  sonstige

Bereitschaftsdienst-Bereiche

-  Bereitschaftsdienstzentralen
-  dezentrale Bereitschaftsdienst-Bereiche

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



2.6 FAZIT

Die ambulante medizinische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten wird in Rheinland-Pfalz von 5.948 zugelassenen, 871 angestellten und 702 ermächtigten Ärzten und Psychotherapeuten erbracht. Zwar steigen seit Jahren die Zahlen der in Rheinland-Pfalz tätigen Vertragsärzte, die durch diese für die Versorgung der Patienten erbrachten Vollzeitäquivalente (Versorgungsaufträge) nehmen jedoch nur in einem deutlich geringeren Umfang zu. Dies zeigt, dass die existierenden Möglichkeiten zu einer Teilzeittätigkeit von einem zunehmenden Anteil der Ärzte wahrgenommen werden. Es handelt sich hierbei um ein geschlechterübergreifendes Phänomen. Zunehmende Bedeutung gewinnt die Tätigkeit in Anstellungsverhältnissen bei Vertragsärzten oder in Medizinischen Versorgungszentren sowie Modelle der gemeinsamen Berufsausübung. Auch das Betreiben von Zweigpraxen leistet für die flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten einen wachsenden Beitrag.

Generell ist festzustellen, dass das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sinkt, während das Einstiegsalter steigt. Dies trägt zu einer zunehmenden Alterung der Ärzte- und Therapeuten-schaft bei, die nahezu alle Fachgruppen betrifft. Mittelfristig wird dies dazu führen, dass ein hoher Anteil der derzeit vertragsärztlich oder -therapeutisch Tätigen aus der Versorgung ausscheiden und die Wiederbesetzung der vakanten Versorgungsaufträge zu einem Problem von zunehmender Relevanz werden wird. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund der Zahlen an abgeschlossenen Facharzt-Weiterbildungen, die in manchen Fachgebieten deutlich unter der Zahl der ihre Tätigkeit beendenden Ärzte liegt.

Die zukünftige Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz stellt somit eine Herausforderung dar, die es über die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen zu bewältigt gilt.



3. Die vertragspsychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz – aktueller Stand und Schätzung des Bedarfs bis 2020

3.1 EINLEITUNG

Bereits im Rahmen des Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz¹⁶ wurde der Versuch unternommen, die zukünftige Entwicklung der Patientenzahlen für verschiedene Fachgruppen abzuschätzen. Die seinerzeit publizierten Berechnungen basierten auf der Annahme, dass ein aktuell beobachtetes Konsultationsverhalten auch für zukünftige Zeiträume als konstant angenommen werden kann. Unberücksichtigt blieben dabei dynamische Effekte.

Insbesondere für die Fachgruppe der Vertragspsychotherapeuten muss aber davon ausgegangen werden, dass die Inanspruchnahme in der Vergangenheit erheblichen Veränderungen unterlag und dies auch zukünftig weiterhin der Fall sein wird. Aus diesem Grunde erfolgte nun eine erneute Analyse, die die bisherigen Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeraten berücksichtigte und hinsichtlich der Schätzung des zukünftigen Bedarfs den in der Vergangenheit festgestellten dynamischen Effekten Rechnung trägt.

So wurde über den Zeitraum 2006 bis 2011 im Rahmen einer Zeitreihenanalyse ermittelt, wie sich die Inanspruchnahme von Leistungen entwickelte.¹⁷ Basierend auf Veränderungen hinsichtlich der Anzahl sowie der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten wurde durch Fortschreibung von Trends eine dynamisierte Hochrechnung erstellt, welche mitunter zu deutlich von den Zahlen des Versorgungsatlas abweichenden Ergebnissen führt.

3.2 DATENGRUNDLAGE UND METHODIK

Datengrundlage für die durchgeführten Analysen sind die vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Abrechnungsdaten aus dem Zeitraum zwischen den jeweils ersten Quartalen 2006 bis 2011. Für die Betrachtung der Fachgruppe Psychotherapie wurden die folgenden Gebührenordnungspositionen selektiert:

- Grundpauschalen (GOP 23210 bis 23214)
- antragspflichtige Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GOP 35200 bis 35225)
- probatorische Sitzungen (GOP 35150).

Patientenseitig wurden die Daten in anonymisierter Form mit Angaben zu Alter, Geschlecht und Wohnort in die Analyse aufgenommen und aggregiert. In die Untersuchung eingeflossen sind sowohl die von zugelassenen psycholo-

¹⁶ KV Rheinland-Pfalz (2010): Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz.

¹⁷ Der Referenzzeitraum von fünf Jahren ergab sich aus der vorliegenden Datenlage und dem Bemühen, möglichst aktuelle und in sich vergleichbare Daten zur Analyse heranzuziehen.



gischen oder ärztlichen Psychotherapeuten als auch die durch „fachgruppenfremde“ Ärzte erbrachten Leistungen aus dem genannten Spektrum. Zur Gruppe der fachfremden Leistungserbringer zählen alle Haus- und Fachärzte, die nicht als Psychotherapeuten zugelassen sind, aufgrund nachgewiesener Qualifikationen und erteilter Genehmigungen aber zur Durchführung verschiedener der genannten Leistungen berechtigt sind. In einem zweiten Schritt erfolgte eine weitere Eingrenzung auf die Leistungsziffern der genehmigungspflichtigen Psychotherapie. Diese Form der Datenauswahl ermöglichte sowohl eine spezifische Betrachtung der Psychotherapie im engeren Sinne als auch eine umfassendere Analyse, die alle therapeutischen Leistungen für die Patienten im weiteren Sinne umfasst. Die Angaben zu den Leistungserbringern stammen aus den Arzt- und Praxisstammdaten des Arztregisters der KV RLP.

Ausgehend von der über die genannten Aufgreifkriterien erfassten Patientenschaft wurde deren Geschlechts- und Altersstruktur analysiert und über eine Zeitreihenanalyse Veränderungen dieser Struktur über den Untersuchungszeitraum identifiziert. Ausgehend von den festgestellten Veränderungen wurde eine mittlere jährliche Veränderungsrate des Anteils von Patienten an der Gesamtbevölkerung von Rheinland-Pfalz innerhalb einer Altersgruppe ermittelt. Die Relation zwischen ambulanten GKV-Patienten und Gesamtbevölkerung wird in der Folge als „Inanspruchnahme-“ oder „Patientenrate“ bezeichnet. Die Verwendung des Begriffes „Prävalenz“ wurde vermieden, da aus Sicht der Verfasser aus Codierungen im Rahmen ambulanter Abrechnungsdaten nicht auf tatsächliche Krankheitslasten in der Gesamtbevölkerung rückgeschlossen werden kann.

Die festgestellte mittlere Veränderung der Patientenrate pro Altersklasse wurde für den Zeitraum der nächsten Jahre als konstant angenommen und bildet die Grundlage der Schätzung des Anteils von Psychotherapiepatienten an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2020.¹⁸ Die Einbeziehung regionaler Unterschiede in den Patientenraten wurde bewusst vermieden, da die bestehenden Differenzen in der regionalen Versorgungsstruktur angebotsseitige Determinanten darstellen, die nicht als Unterschiede in der Nachfragestruktur fehlgedeutet werden sollten. Daneben weist auch die Bundespsychotherapeutenkammer darauf hin, dass etwa die regionalen Unterschiede in den Prävalenzen psychischer Erkrankungen in der Vergangenheit mitunter deutlich überschätzt wurden: Die Differenzen zwischen den Prävalenzen in städtischen und ländlichen Regionen seien deutlich geringer als angenommen.¹⁹

Die in der Folge ebenfalls dargestellten regionalen Differenzierungen der Schätzungen auf Kreisebene basieren auf den landesweit festgestellten Trends bei der lebensalterabhängigen Inanspruchnahmerate und den vom Statistischen Landesamt vorgelegten Bevölkerungsvorausberechnungen für die Landkreise und kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz.

3.3 DIE LEISTUNGSERBRINGER

3.3.1 ANZAHLN UND VERSORGUNGSSTAND: BEDARFSPLANUNG

Die gemäß der derzeitigen Systematik der Bedarfsplanung vorliegenden Zahlen weisen für alle Planungsbereiche in Rheinland-Pfalz eine Voll- bis Überversorgung im Bereich der Psychotherapie aus. Die rechnerischen Versorgungsgrade liegen zwischen 116 und 263 Prozent.²⁰

¹⁸ Die der Schätzung zugrundeliegende Bevölkerungszahl für 2020 stammt aus der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes; zur Anwendung kam das mittlere Szenario der Bevölkerungsentwicklung.

¹⁹ BPTK (2011): Wartezeiten in der Psychotherapie.

²⁰ Stand: September 2011



Tabelle 3.1: Therapeutenzahlen und Versorgungsgrade nach Bedarfsplanung, Stand September 2011, Fachgruppe Psychotherapeuten

Planungsbereich	Anzahl Einwohner	Anzahl Psychotherapeuten	Versorgungsgrad (Prozent)
Ahrweiler	127.443	18,2	128,2
Altenkirchen	131.952	20,2	134,3
Bad Kreuznach	155.544	31,1	176,5
Birkenfeld	83.243	7	149,3
Cochem-Zell	63.409	4,5	126,1
Koblenz, Stadt	106.417	41	131
Mayen-Koblenz	210.269	31,5	130,8
Neuwied	180.995	29,3	142,7
Rhein-Hunsrück	102.145	12	204,1
Rhein-Lahn	123.601	19,7	142,3
Westerwald	198.580	27,5	120
Landkreis Vulkaneifel	61.267	6	173,7
Eifelkreis Bitburg-Prüm	94.008	13	238,5
Bernkastel-Wittlich	111.073	16,7	262,8
Trier-Saarburg	141.646	18	216,2
Trier, Stadt	105.260	44	135,1
Mainz, Stadt	199.237	104,5	168
Mainz-Bingen	202.310	29,4	124,5
Alzey-Worms / Worms, Stadt	206.496	38	157,3
Donnersbergkreis	75.878	7	157,5
Kreis Bad Dürkheim / Neustadt, Stadt	185.612	40,7	236,8
Kreis Germersheim	124.838	17	139,6
Kaiserslautern, Stadt / Kreis Kaiserslautern	204.612	49,4	209,6
Kreis Kusel	72.602	8	194
Südliche Weinstraße / Landau, Stadt	152.617	33,5	232,2
Ludwigshafen, Stadt	164.351	71,4	116
Frankenthal, Stadt / Speyer, Stadt / Rhein-Pfalz-Kreis	245.125	37,9	132,4
Pirmasens, Stadt / Zweibrücken, Stadt / Kreis Südwestpfalz	173.215	29	150,7



Die den Versorgungsgraden zugrundeliegenden Anzahlen an Therapeuten, angegeben in Vollzeitäquivalenten sind der Tabelle 3.1 zu entnehmen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Zählung von Vollzeitäquivalenten nach der Bedarfsplanungssystematik neben Akteuren mit ausschließlich psychotherapeutischem Leistungsspektrum (psychologische und ärztliche Psychotherapeuten) auch solche Leistungserbringer berücksichtigt, die in variablen Anteilen psychotherapeutisch tätig sind (etwa Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzte oder aufgrund von Zusatzqualifikationen zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen berechnete Ärzte anderer Fachgruppen). Für diese fachgruppenfremden Leistungserbringer erfolgt die Quantifizierung des Tätigkeitsumfanges für Psychotherapie anhand von in der Vergangenheit getätigten Abrechnungen.

Hinsichtlich der Bedeutung der unterschiedlichen Fachgruppen für die Versorgung der Patienten mit psychotherapeutischen Leistungen lässt sich feststellen, dass aktuell etwa zwei Drittel aller Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden (63 Prozent) sowie weitere 20 Prozent von Ärztlichen Therapeuten. Der Anteil der fachgruppenfremden Ärzte liegt in 2011 bei 17 Prozent, während 2006 noch 22 Prozent aller psychotherapeutische Leistungen von Ärzten dieser Gruppe erbracht worden waren.

Die aktuelle Systematik der Bedarfsplanung steht vielerorts und zunehmend in der Kritik. Daher ist zu erwarten, dass auch nach jüngsten Korrekturen wie etwa der Einführung des Demographiefaktors auch zukünftig deutliche Änderungen vorgenommen werden müssen, um ein Planungsinstrument zu schaffen, das den tatsächlichen regionalen wie lokalen Versorgungsrealitäten sowie den weiteren Entwicklungen im Gesundheitswesen gerecht wird.

Einige der Hauptkritikpunkte an der gegenwärtigen Bedarfsplanung sind etwa:

- Die räumlichen Einheiten (Planungsbereiche) sind vielerorts zu groß, um eine tatsächlich flächendeckende Versorgung zu gewährleisten und der Heterogenität der örtlichen Strukturen gerecht zu werden. In Rheinland-Pfalz existieren nach jüngsten Änderungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss insgesamt 28 Planungsbereiche mit einer Flächenausdehnung von bis zu 1.579 Quadratkilometern. 18 Planungsbereiche stimmen überein mit Landkreisen, vier mit kreisfreien Städten und sechs Planungsbereiche setzen sich aus jeweils einem Landkreis und einer bis zwei kreisfreien Städten zusammen. Innerhalb dieser Planungsbereiche erfolgt keine weitere räumliche Differenzierung, was zu mitunter sehr deutlichen Disparitäten in der räumlichen Verteilung der Ärzte innerhalb der großen Raumeinheiten führen kann.
- Die räumliche Betrachtung der einzelnen Planungsbereiche erfolgt isoliert. Das bedeutet, dass Versorgungsstrukturen in benachbarten Regionen und damit gegebenenfalls einhergehende sogenannte Mitversorgereffekte unberücksichtigt bleiben.
- Die der Planung zugrundeliegenden Fachgruppen sind mitunter undifferenziert. So werden beispielsweise alle fachärztlichen Internisten zu einer Gruppe zusammengefasst und sowohl Neurologen als auch Psychiater in der Gruppe der Nervenärzte subsummiert. Die Planung auf Basis dieser mitunter in sich heterogenen Fachgruppen kann somit dazu führen, dass einzelne Fachgebiete innerhalb eines Planungsbereiches deutlich über- oder unterrepräsentiert sind.
- Die der Berechnung von Versorgungsgraden zugrundeliegenden arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen ergeben sich aus der Einwohner-Arzt-Relation der Bundesrepublik zu einem definierten Bezugszeitpunkt aus den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Die Versorgungssituation zu diesem Stichtag wurde somit als Sollzustand für die weitere Planung festgeschrieben und dient seither als Referenz. Für die Fachgruppe der Psychotherapeuten wurde auf diese Weise der Ist-Zustand vom 01. Januar 1999 als künftiger Soll-Zustand definiert. Zwischenzeitliche Veränderungen wie beispielsweise morbiditätsbedingte Anstiege von Patienten- oder Konsultationszahlen bleiben somit für die Planung unberücksichtigt.



3.3.2 VERSORGUNGSDICHTE

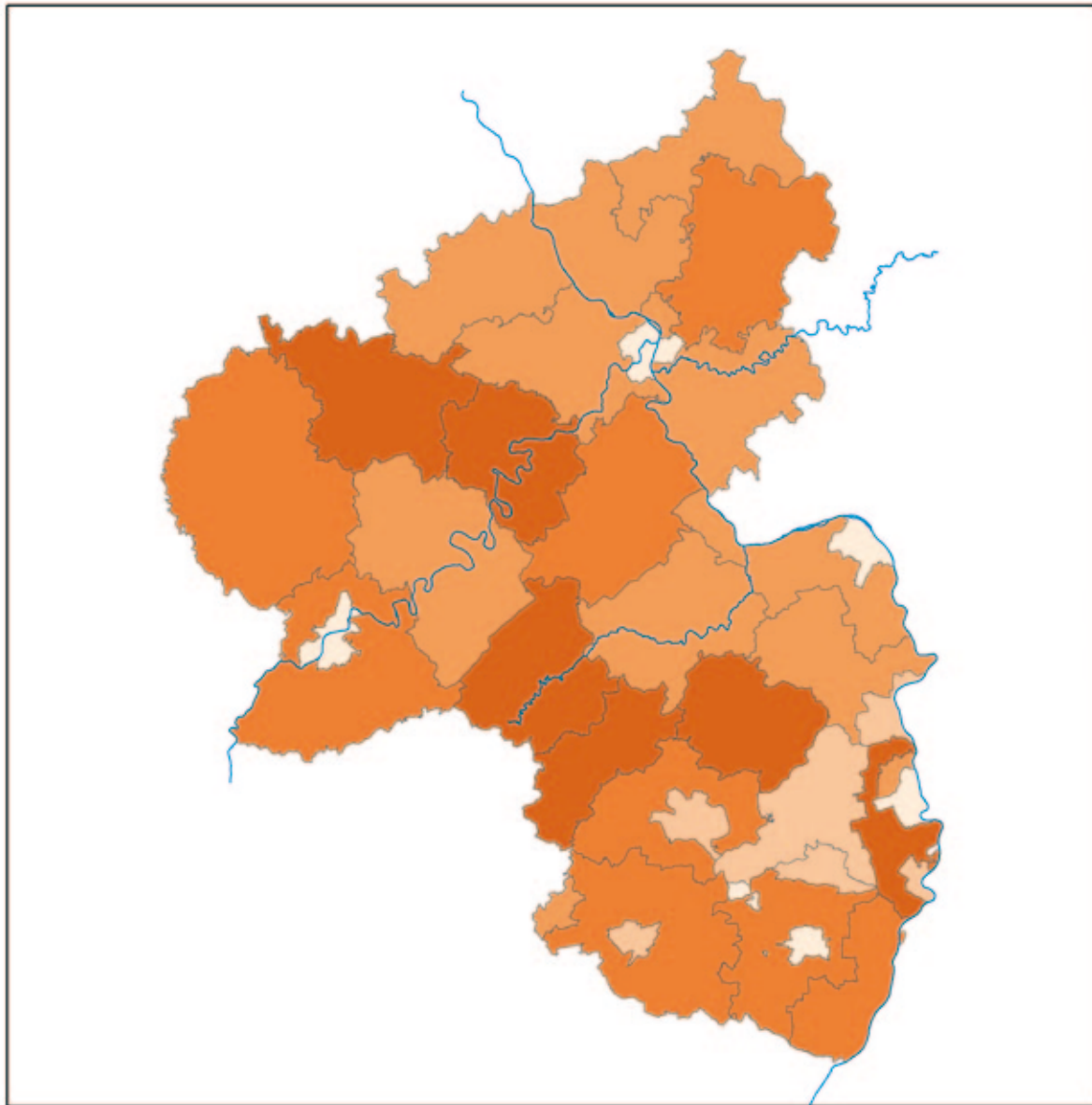
Zum Ende des ersten Quartals 2011 waren in Rheinland-Pfalz 645 psychologische und 170 ärztliche Vertragspsychotherapeuten tätig. Diese bekleideten 590,75 beziehungsweise 147,5 Versorgungsaufträge (Vollzeitäquivalente). Die in die Berechnung der Anzahlen nach Bedarfsplanung eingeflossenen Abrechnungsdaten ergeben, dass weitere 65,55 Vollzeitäquivalente in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung durch fachgruppenfremde Ärzte erbracht wurden. In Realität dürfte diese Zahl jedoch höher anzusetzen sein, da Ärzte, bei denen der Anteil der abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen an den Gesamtleistungen weniger als 50 Prozent beträgt, hier keine Berücksichtigung finden. Für die Betrachtung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie dagegen kann diese Gruppe nebst den entsprechenden Versorgungsumfängen unberücksichtigt bleiben, da die betreffenden Ärzte keine genehmigungspflichtigen Therapien erbringen.

Im Verlauf des Untersuchungszeitraumes seit 2006 war bei den ärztlichen und psychologischen Therapeuten ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Kopfzahlen (+ 12 Prozent) als auch für die Versorgungsaufträge (+ 20 Prozent). Die Anzahl der fachgruppenfremden Erbringer nahm im selben Zeitraum deutlich ab (von 208 auf 169 Ärzte). Für die folgende Betrachtung der Therapeutendichten und der räumlichen Verteilung wurden lediglich die „reinen“ Vertragspsychotherapeuten berücksichtigt.






Im ersten Quartal 2011 lag die Psychotherapeutendichte landesweit bei 20 Psychotherapeuten (in Kopfzählung) pro 100.000 Einwohner. Gemessen in Vollzeitäquivalenten ergab sich ein Wert von 18 Therapeuten je 100.000 Einwohner. Auf Kreisebene variiert die Therapeutendichte zwischen fünf und 50 Vollzeitäquivalenten, wobei die Maximalwerte durchweg in Agglomerationsräumen und Kernstädten erreicht werden. Regionen mit geringen Dichten sind hingegen im ländlichen Raum und im Umkreis von Kernstädten zu finden.



Abbildung 3.1: Psychotherapeutendichte in Rheinland-Pfalz (Quartal 04-2010)

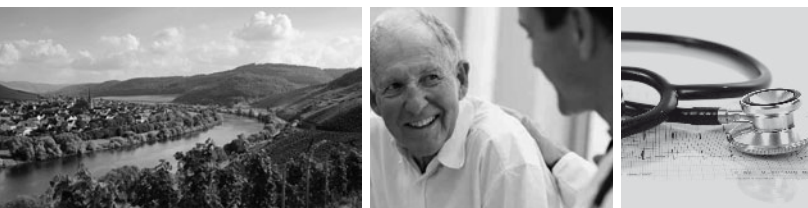


Einwohner pro Therapeut

-  bis 3.000
-  3.001 bis 5.000
-  5.001 bis 7.500
-  7.501 bis 10.000
-  über 10.000

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



Ein inverses Maß für die Versorgungsdichte ist die Verhältniszahl, die auch in die Bedarfsplanung als Berechnungsgröße einfließt und die Anzahl an Einwohnern je Arzt beziehungsweise Psychotherapeut darstellt. Dabei basieren die Vorgaben für die Bedarfsplanung auf der Prämisse, dass die Soll-Verhältniszahl, welche einem Versorgungsgrad von 100 Prozent zugrunde liegt, in ländlichen Kreisen deutlich höher anzusetzen ist als in stärker urban strukturierten Räumen. Somit stellt das auch in Rheinland-Pfalz zu beobachtende Stadt-Land-Gefälle in der Therapeutendichte eine Konsequenz bedarfsplanerischer Vorgaben dar. Es kann aber, insbesondere in kleinräumiger Betrachtung sowie in Planungsbereichen, die sich aus mehreren Kreisen/kreisfreien Städten zusammensetzen, darüber hinaus auf push- und pull-Faktoren zurückgeführt werden, insbesondere in hinsichtlich ihrer Attraktivität und infrastrukturell wie sozioökonomisch unterschiedlich ausgestatteten Regionen.

Die tatsächlichen Verhältniszahlen variieren zwischen Werten von 2.009 (Mainz) bis zu 20.811 Einwohner pro Therapeut (Kreis Birkenfeld). Eine Darstellung auf Kreisebene ist in Abbildung 3.1 wiedergegeben.

Neben den rein numerischen Dichtemaßen muss die räumliche Verteilung der Leistungserbringer und die daraus resultierenden, für den Patienten zurückzulegenden Distanzen als weitere Größe zur Beschreibung der Versorgungssituation berücksichtigt werden. Hierbei gilt generell, dass die sich aus der Verteilung von Praxissitzen und Bevölkerungsverteilung ergebende Minimaldistanz unter Umständen von der tatsächlich zurückzulegenden beziehungsweise zurückgelegten Entfernung abweichen kann. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und können unter anderem sowohl in fehlenden freien Kapazitäten der ortsnahen Ärzte-/Therapeutenpraxis als auch in Präferenzen der Patienten begründet sein.

Die durchschnittliche Fahrtstrecke zwischen Wohnort und Sitz der nächstgelegenen Psychotherapeutenpraxis (Minimaldistanz) beträgt pro Einwohner in Rheinland-Pfalz aktuell 3,9 Kilometer.²¹ Für 69 Prozent aller Rheinland-Pfälzer beträgt die Entfernung zur nächsten Praxis maximal fünf Kilometer, für 92,4 Prozent liegt sie bei weniger als zehn Kilometern. Die höchsten Distanzen finden sich im Eifelkreis Bitburg-Prüm, wo die Einwohner mehrerer Gemeinden mehr als 30 Kilometer bis zum nächsten Psychotherapeuten zurücklegen müssen. Dieser Kreis zeichnet sich auch durch die größten durchschnittlichen Distanzen pro Einwohner (10,2 Kilometer) sowie den höchsten Anteil an Bevölkerung mit über zehn Kilometern Minimalentfernung aus (48,7 Prozent, vgl. Tabelle 3.2).

Insgesamt lässt sich hinsichtlich der räumlichen Nähe der Wohnbevölkerung zur nächstgelegenen Psychotherapiepraxis ein deutliches Ost-West- und Stadt-Land-Gefälle feststellen. Demnach sind neben den größeren und kreisfreien Städten auch die Landkreise der östlichen Eifel, des Westerwaldes, Rheinhessens und der östlichen Pfalz mit einem engmaschigeren Therapeutennetz versorgt als die Kreise der Westeifel, des Hunsrücks sowie der Westpfalz.

Anhand der Abrechnungsdaten kann nachvollzogen werden, dass die tatsächlich zurückgelegten Distanzen zwischen Patienten in genehmigungspflichtiger Psychotherapie und der jeweils aufgesuchten Praxis (Realdistanzen) im Schnitt jedoch sehr deutlich über den rechnerisch erforderlichen Minimaldistanzen liegen. So legten die Patienten im ersten Quartal 2011 in Rheinland-Pfalz im Mittel elf Kilometer zurück. Die niedrigsten zurückgelegten Realdistanzen ließen sich für Ludwigshafen (5,1 Kilometer), die höchsten für den Kreis Cochem-Zell (22,5 Kilometer) beobachten.²²

²¹ Stand: 30.09.2011. Berechnet wurde die Fahrdistanz auf Basis der Bevölkerungsverteilung in Rastern zu 125 Metern Kantenlänge, den geocodierten Anschriften der Praxen sowie dem aktuellen Straßennetz unter Berücksichtigung von Nutzungseinschränkungen (wie etwa Einbahnregelungen oder permanenten Sperrungen für den automobilen Straßenverkehr).

²² Da die pseudonymisierten Patientendaten keine exakten Adressangaben, sondern nur die Wohnsitzgemeinde enthalten, wurde die Berechnung der Realdistanzen auf Basis von bevölkerungsgewichteten Ortsmittelpunkten durchgeführt.



Tabelle 3.2: Minimal- und Realdistanzen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Rheinland-Pfalz

Kreis	Durchschnitt	Minimaldistanz			Realdistanz
		Anteil Einwohner			
		bis 5 Kilometer	5 bis 10 Kilometer	über 10 Kilometer	
Speyer, Stadt	0,89	100	0	0	5,21
Ludwigshafen, Stadt	0,95	100	0	0	5,11
Landau, Stadt	0,99	100	0	0	7,51
Mainz, Stadt	1,03	99,9	0,1	0	5,29
Frankenthal, Stadt	1,22	99,8	0,2	0	7,98
Koblenz, Stadt	1,5	99,2	0,8	0	6,17
Trier, Stadt	1,52	99	1	0	6,52
Pirmasens, Stadt	1,59	96,1	3,9	0	6,24
Kaiserslautern, Stadt	1,62	93,6	5,4	1	6,73
Neustadt a.d.W., Stadt	1,75	92,2	7,8	0	7,71
Worms, Stadt	2,04	89,8	8,9	1,3	6,97
Zweibrücken, Stadt	2,18	89,1	10,9	0	8,93
Bad Dürkheim	2,32	93,3	4,7	2	10,77
Rhein-Pfalz-Kreis	2,98	82,1	17,8	0	10,25
Mainz-Bingen	3,33	75,2	21,3	3,6	11,31
Germersheim	3,7	65,3	32,3	2,4	11,91
Südliche Weinstraße	3,73	68,4	31,6	0	11,29
Bad Kreuznach	3,84	67,5	27,5	5,1	12,07
Mayen-Koblenz	3,9	66,6	25,7	7,7	11,92
Westerwaldkreis	4,07	62	37,3	0,7	11,73
Rhein-Lahn-Kreis	4,22	64	28,7	7,3	12,98
Altenkirchen	4,27	60,5	36,5	3	10,42
Neuwied	4,48	60,6	34,3	5,2	11,64
Ahrweiler	4,49	71,8	16,5	11,7	12,32
Donnersbergkreis	4,61	52,5	46,4	1,1	15,48
Alzey-Worms	4,85	55,7	36,3	8	13,4
Kaiserslautern	4,86	53,3	36,4	10,3	12,82
Trier-Saarburg	5,21	50,1	36,8	13,2	13,12
Birkenfeld	6,36	41,7	41,7	16,6	18,62
Südwestpfalz	6,4	33,9	48,6	17,5	13,76
Rhein-Hunsrück-Kreis	6,57	48	27,5	24,5	21,53
Kusel	6,72	35	46,5	18,5	16,85



Kreis	Durchschnitt	Minimaldistanz			Realdistanz
		Anteil Einwohner			
		bis 5 Kilometer	5 bis 10 Kilometer	über 10 Kilometer	
Bernkastel-Wittlich	6,96	38,7	36	25,3	15,67
Cochem-Zell	7,28	31,1	41,5	27,4	22,52
Vulkaneifel	8,34	32,2	29,8	37,9	17,64
Eifelkreis Bitburg-Prüm	10,2	25,5	25,8	48,7	17,76
RLP gesamt	3,91	68,9	23,5	7,6	11,03

3.3.3 ALTERSSTRUKTUR DER PSYCHOTHERAPEUTEN

Zur Abschätzung, wie viele der aktuell tätigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten mittelfristig aus der Versorgung ausscheiden, wird das Lebensalter herangezogen. Mit dem Wegfall der bis zum 30. September 2008 geltenden Altersgrenze von 68 Jahren für die vertragsärztliche Tätigkeit existiert inzwischen keine definierte Vorgabe zum Austrittsalter mehr. Auch die vormalige Begrenzung stellte jedoch lediglich ein maximal zulässiges Höchstalter, keinesfalls aber das tatsächlich zu erwartende Lebensalter für das Ausscheiden aus der Versorgung dar, wie eine Analyse des Austrittsalters der zugelassenen Vertragsärzte und -therapeuten in Rheinland-Pfalz ergab. Der Altersmedian der ausscheidenden Zugelassenen sank demnach von 2006 bis 2010 von ursprünglich 62 auf 60 Jahre. Diese Werte liegen noch deutlich unter dem im Allgemeinen für die Schätzung der zu erwartenden Ausscheidequoten angenommenen mittleren Alters von 65 Jahren. Allerdings ist der Zeitpunkt für den Eintritt in den Altersruhestand nicht nur höchst individuell, sondern auch von vielfältigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig, so dass an dieser Stelle keine exakte Festlegung erfolgen soll. Die in der Folge dargestellte Altersstruktur kann folglich nur näherungsweise wiedergeben, wie hoch die Anzahlen und Anteile mittelfristig potenziell aus der Versorgung ausscheidender Psychotherapeuten tatsächlich sein könnten. Sie soll überdies nicht als Indikator für qualitative Aspekte der Therapeutenschaft missverstanden werden.

Landesweit liegt das Medianalter der Vertragspsychotherapeuten im ersten Quartal 2011 bei 53 Jahren, wobei die ärztlichen Therapeuten mit 55 Jahren im Median zwei Jahre älter sind als ihre psychologischen Kollegen (vgl. Tabelle 3.3). Im Vergleich zu 2006 kam es zu einer Erhöhung des mittleren Alters, was sich entsprechend auch in den Anteilen der Therapeuten in höheren Altersklassen widerspiegelt. Aktuell sind fast zwei Drittel aller Psychotherapeuten älter als 50 Jahre, 2006 waren es noch deutlich weniger als 50 Prozent. Ebenso deutlich erhöhten sich die Anteile der über 55-Jährigen (von 22,7 Prozent auf 37,6 Prozent) und der über 60-Jährigen (von 7,7 Prozent auf 17,4 Prozent).



Tabelle 3.3: Kennzahlen zur Altersstruktur der Vertragspsychotherapeuten in Rheinland-Pfalz

	2006	2011
PSYCHOTHERAPEUTEN GESAMT		
Medianalter	50	53
Anteil der > 50-Jährigen	45,4	64,7
Anteil der > 55-Jährigen	22,7	37,6
Anteil der > 60-Jährigen	7,7	17,4
Anteil der > 65-Jährigen	1,8	4,8
ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPEUTEN		
Medianalter	51	55
Anteil der > 50-Jährigen	52,5	74,3
Anteil der > 55-Jährigen	31,9	46,1
Anteil der > 60-Jährigen	13,5	25,1
Anteil der > 65-Jährigen	1,4	9
PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN		
Medianalter	49	53
Anteil der > 50-Jährigen	43,5	62,1
Anteil der > 55-Jährigen	20,3	35,3
Anteil der > 60-Jährigen	6,1	15,3
Anteil der > 65-Jährigen	1,9	3,6

Die zahlenmäßig größere Gruppe der psychologischen Therapeuten weist insgesamt eine deutlich jüngere Altersstruktur auf als die der ärztlichen Therapeuten, bei denen fast drei Viertel aller Leistungserbringer älter sind als 50 Jahre.

Hinsichtlich der räumlichen Variabilität der Altersstruktur der Psychotherapeuten können keine generellen Differenzen zwischen städtischen und ländlichen Regionen festgestellt werden (vgl. Abbildung 3.2). Regionen, in denen die Altersstruktur durch relativ hohe mittlere Alterswerte sowie hohe Anteile älterer Psychotherapeuten gekennzeichnet sind, sind etwa die Kreise Germersheim und Bad Dürkheim, wo über 60 Prozent aller Therapeuten älter als 55 Jahre sind. Knapp unter der 60-Prozent-Marke finden sich in dieser Statistik die Kreise Cochem-Zell und Ahrweiler, wo mit 59 Jahren das höchste Medianalter auftritt. Aber auch in kreisfreien Städten wie etwa Landau, Frankenthal und in der Landeshauptstadt Mainz sind etwa die Hälfte aller Therapeuten älter als 55 Jahre und mindestens jeder Vierte älter als 60 Jahre. Die übrigen größeren Städte des Landes dagegen weisen leicht unterdurchschnittliche Altersanteile auf. So sind etwa in Kaiserslautern, Ludwigshafen und Trier 30 bis 32 Prozent der Therapeuten über 55 und 12 bis 19 Prozent über 60 Jahre alt. Die statistisch jüngste Therapeutenschaft (bei allerdings geringer absoluter Anzahl) findet sich im Eifelkreis Bitburg-Prüm. Weitere Kreise mit vergleichsweise hohen Anteilen jüngerer Therapeuten sind der Landkreis Vulkaneifel, Trier-Saarburg, Alzey-Worms und Südwestpfalz.

Mit Ausnahme von Neustadt an der Weinstraße gilt für alle Kreise und kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz, dass im Verlauf der letzten fünf Jahre eine Alterung der tätigen Vertragspsychotherapeutenschaft festzustellen war und dass der Anteil der aufgrund ihres Lebensalters in den kommenden Jahren ausscheidenden Leistungserbringer überall gestiegen ist.



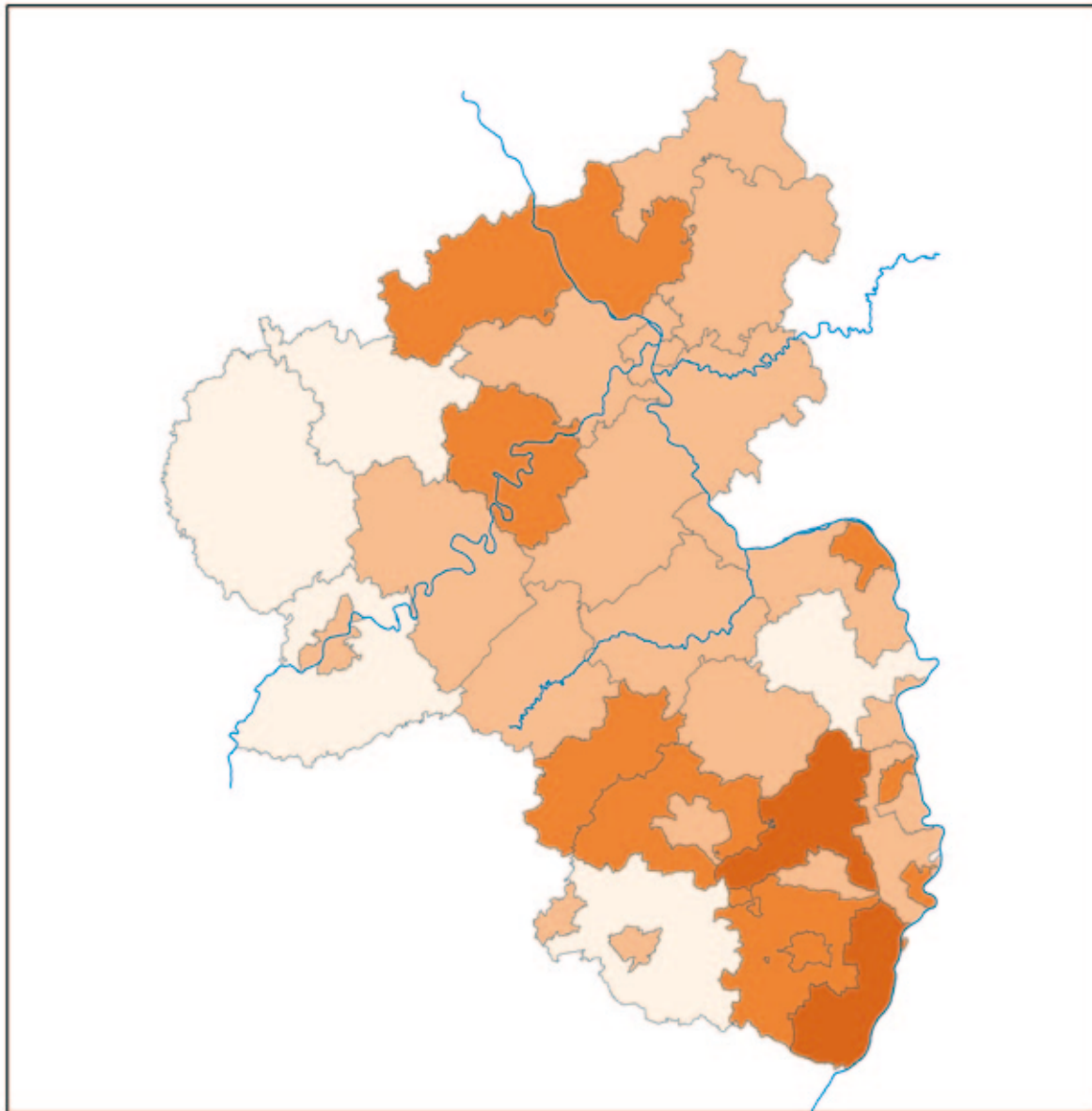
3.3.4 FALLZAHLEN

Neben der Anzahl und räumlichen Verteilung von Leistungserbringern muss deren Auslastung als ein weiterer wichtiger Aspekt in der Analyse von Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. Als Bezugsgröße soll an dieser Stelle die Fallzahl herangezogen werden. Landesweit weist Rheinland-Pfalz eine Fallzahl pro Therapeut von 180 bis 309 Fällen pro Jahr auf. Bei einem von der KBV errechneten Bundesdurchschnitt von 187 Fällen pro Jahr und Psychotherapeut spricht dies für eine vergleichsweise höhere Auslastung der rheinland-pfälzischen Psychotherapeuten.





Auf Quartalsbasis beträgt die Fallzahl je Therapeut landesweit im Schnitt 56. Eine zur Beschreibung der tatsächlichen Auslastung besser geeignete Kennzahl stellt jedoch die Fallzahl je Vollzeitäquivalent (Versorgungsauftrag) dar. Diese beträgt aktuell im Mittel 62 im Quartal, bei einer Standardabweichung von 28 und Maximalwerten von bis zu 183 Fällen.



Abbildung 3.2: Alter der Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz: Anteil der über 55-Jährigen



Anteil der über 55-Jährigen

-  bis 20%
-  >20 bis 40%
-  >40 bis 60%
-  über 60%

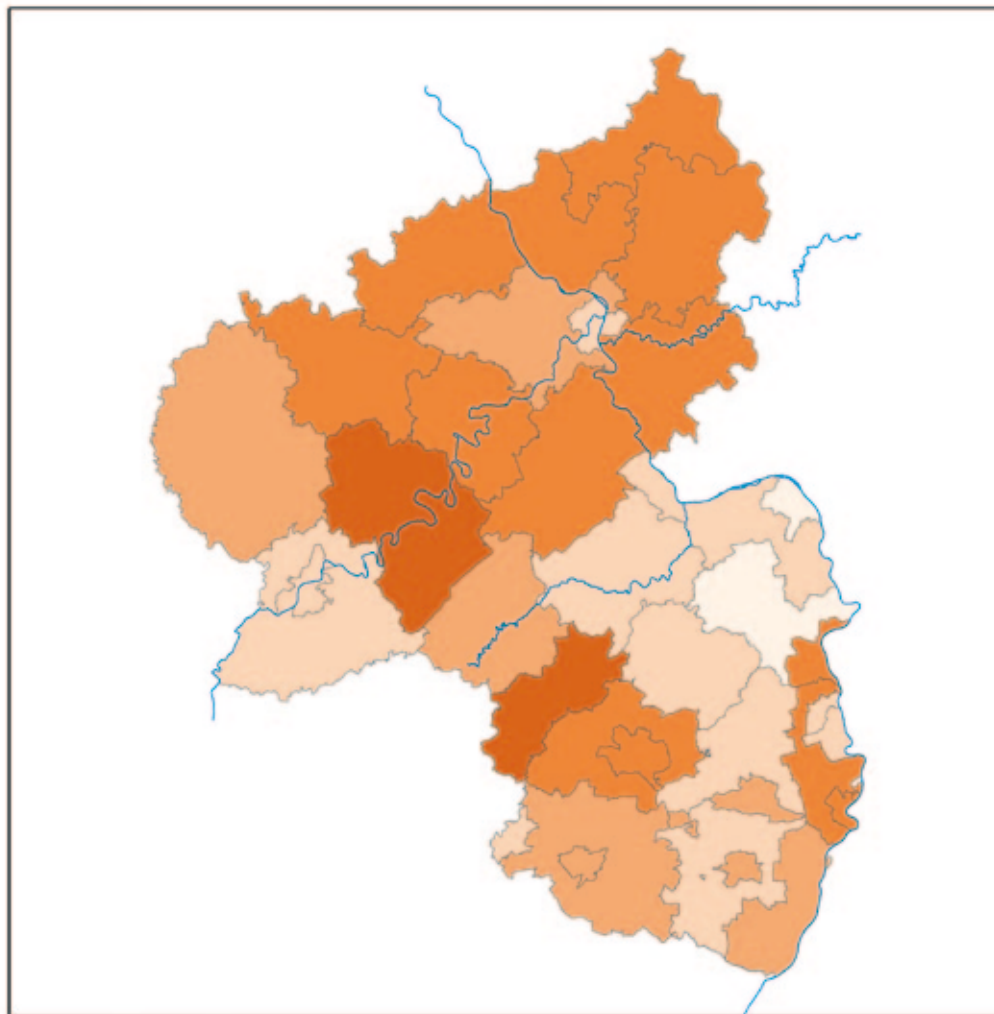
0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP








Eine regional differenzierte Betrachtung auf Kreisebene zeigt eine Spannweite zwischen Werten von 46 bis 84 in den mittleren Quartalsfallzahlen je Vollzeitäquivalent. Deutlich unterdurchschnittliche Fallzahlen treten dabei sowohl in Städten (Mainz, Trier, aber auch Zweibrücken und Frankenthal) als auch ländlichen Regionen auf (zum Beispiel im Donnersbergkreis oder in Trier-Saarburg).

Abbildung 3.3: Durchschnittliche Quartalsfallzahlen je Versorgungsauftrag (Vollzeitäquivalent), Psychotherapeuten



Quartalsfallzahl je Versorgungsauftrag

-  bis 50
-  51 bis 60
-  61 bis 70
-  71 bis 80
-  über 80

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP

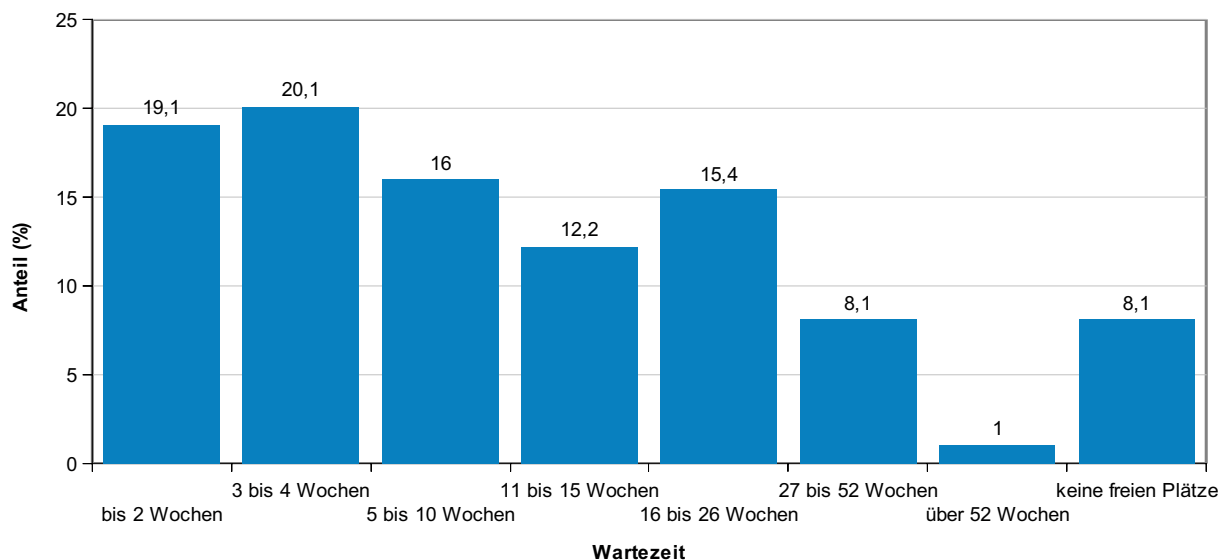


Erheblich überdurchschnittliche Auslastungen verzeichnen dagegen in erster Linie die Psychotherapeuten in ländlichen Kreisen wie Kusel, Bernkastel-Wittlich, dem Rhein-Hunsrück-Kreis oder dem Westerwaldkreis. Dabei ist festzustellen, dass Fallzahlen und Verhältniszahlen nur gering korrelieren. Das Bestimmtheitsmaß einer entsprechenden Regressionsrechnung beträgt 0,095. Dies deutet darauf hin, dass kein direkter Zusammenhang zwischen der Therapeutendichte und der Auslastung der Therapeuten vor Ort besteht. Tendenziell sind die Fallzahlen in Rheinhessen und den umgebenden Landkreisen sowie in Trier und Umland niedriger als speziell in Eifel, Westerwald, Hunsrück und der westlichen Pfalz (vgl. Abbildung 3.3).

3.3.5 WARTEZEITEN

Ein viel diskutiertes Indiz für Mängel in der tatsächlichen vertragspsychotherapeutischen Versorgung sind die Wartezeiten, welche Patienten bis zu einem Erstgespräch oder der Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie in Kauf nehmen müssen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ermittelte bundesweit eine durchschnittliche Wartezeit von drei Monaten bis zum Erstgespräch.²³

Abbildung 3.4: Wartezeiten auf ein Erstgespräch bei Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz



Zwar ergeben regelmäßige Abfragen des Gesundheits-Informations-Services (GIS) der KV RLP bei den niedergelassenen Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz aktuell geringere Wartezeiten von im Mittel sechs Wochen, jedoch beziffern auch hier immerhin 25,7 Prozent der im ersten Halbjahr 2011 befragten Therapeuten die Wartezeit in ihrer Praxis mit mehr als zwölf Wochen, weitere 8,1 Prozent geben an, zum Zeitpunkt der Befragung überhaupt keine Plätze vergeben zu können, auch nicht auf der Warteliste (vgl. Abbildung 3.4).²⁴

²³ BPTK (2011): Wartezeiten in der Psychotherapie.

²⁴ Die angegebenen Zahlen basieren auf Selbstauskünften als Rücklauf zu regelmäßigen Abfragen an alle niedergelassenen Psychotherapeuten. In die Statistik eingeflossen sind die Antworten von 507 Therapeuten, die von Januar bis Juli 2011 aktuelle Angaben zu Wartezeiten machten.



Die Anteile der Therapeuten, bei denen die Wartezeit mehr als drei Wochen beträgt, liegen laut BPTK in den auch in Rheinland-Pfalz auftretenden Kreistypen bundesweit zwischen 63,5 Prozent (Kernstädte) und 80,5 Prozent (ländliche Kreise). Hier ergeben die Abfrageergebnisse für Rheinland-Pfalz mit 74 Prozent einen durchaus vergleichbaren Wert.

3.4 DIE PATIENTEN

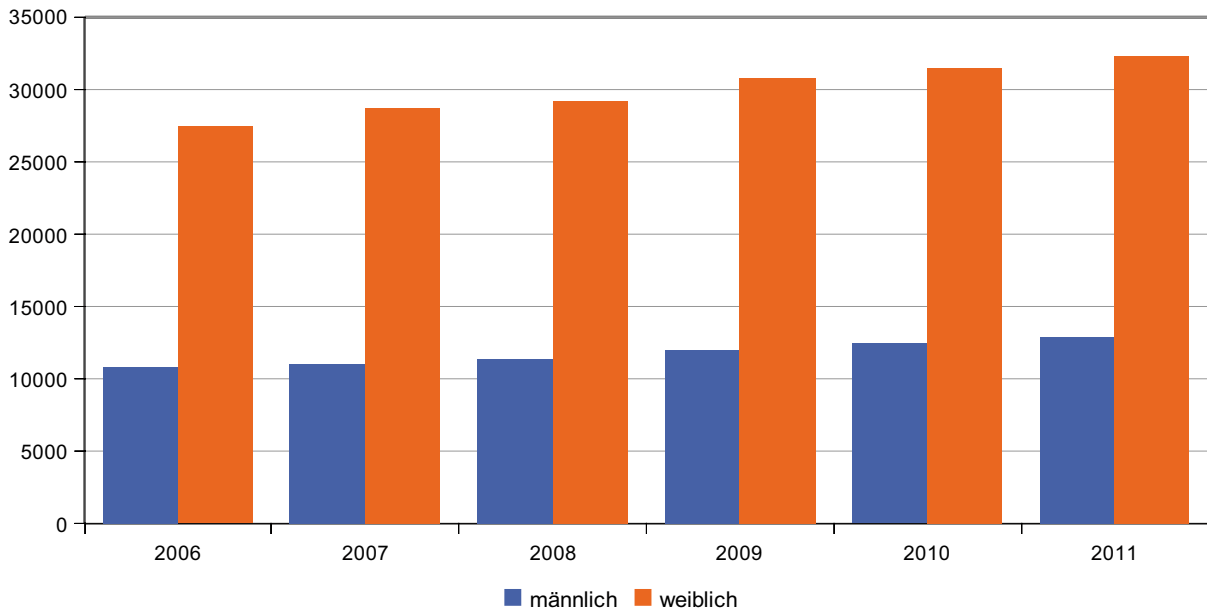
3.4.1 ANZAHL, GESCHLECHT

Die Anzahl der Patienten, welche jeweils im ersten Abrechnungsquartal des Jahres psychotherapeutische Leistungen im weiteren Sinne in Anspruch genommen haben, stieg von 38.273 im Jahr 2006 kontinuierlich und nahezu linear um durchschnittlich 3,4 Prozent per annum auf 45.266 im Jahr 2011. Insgesamt erfolgte damit eine Steigerung der Patientenzahl um 18,3 Prozent in fünf Jahren. Dabei ist festzustellen, dass die Anzahl der Frauen mehr als doppelt so hoch ist wie die der Männer (vgl. Abbildung 3.5). Zwar stieg die Zahl männlicher Patienten im Beobachtungszeitraum etwas stärker als die der weiblichen (um 18,8 Prozent beziehungsweise 18,1 Prozent), allerdings waren diese Differenzen zu gering, um eine spürbare Angleichung der Geschlechteranteile in der therapeutischen Patientenschaft zu bewirken. So waren im ersten Quartal 2011 noch 71,4 Prozent aller Patienten weiblichen Geschlechts.

Auch für die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Spektrum der genehmigungspflichtigen Psychotherapie ist im selben Zeitraum ein Anstieg zu verzeichnen: von 27.639 Patienten im ersten Quartal 2006 auf 31.503 in 2011 (+ 14 Prozent). Die mittlere jährliche Zuwachsrate betrug 2,7 Prozent und lag damit etwas niedriger als in der Gesamtgruppe. Im Verhältnis nahm die Zahl der Männer (+ 16,6 Prozent) allerdings deutlicher zu als die der Frauen (+ 13 Prozent).



Abbildung 3.5: Patienten in psychotherapeutischer Behandlung, 1. Quartal 2006 bis 1. Quartal 2011



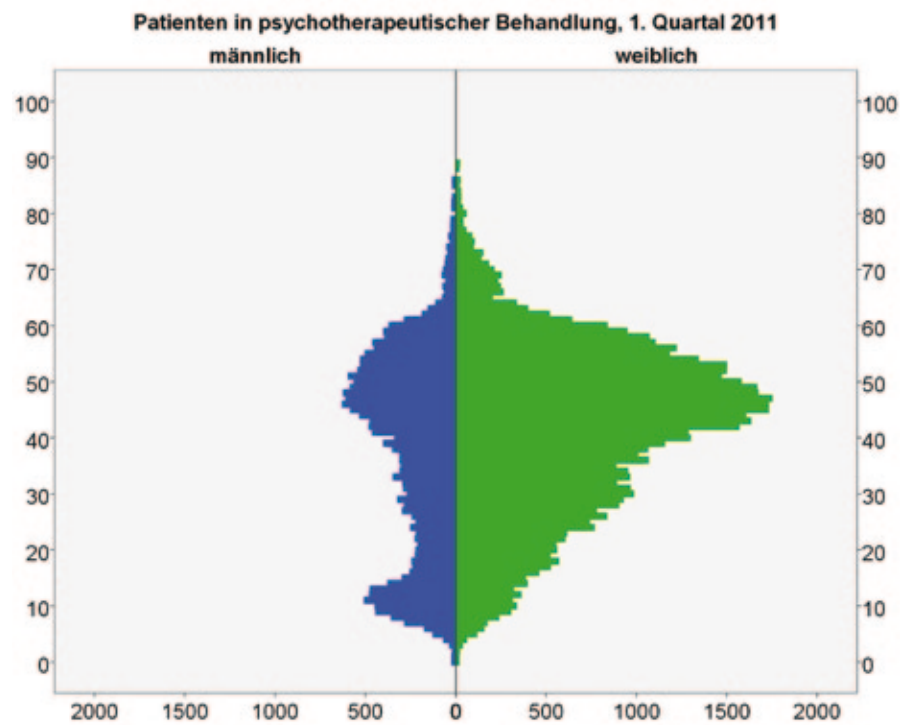
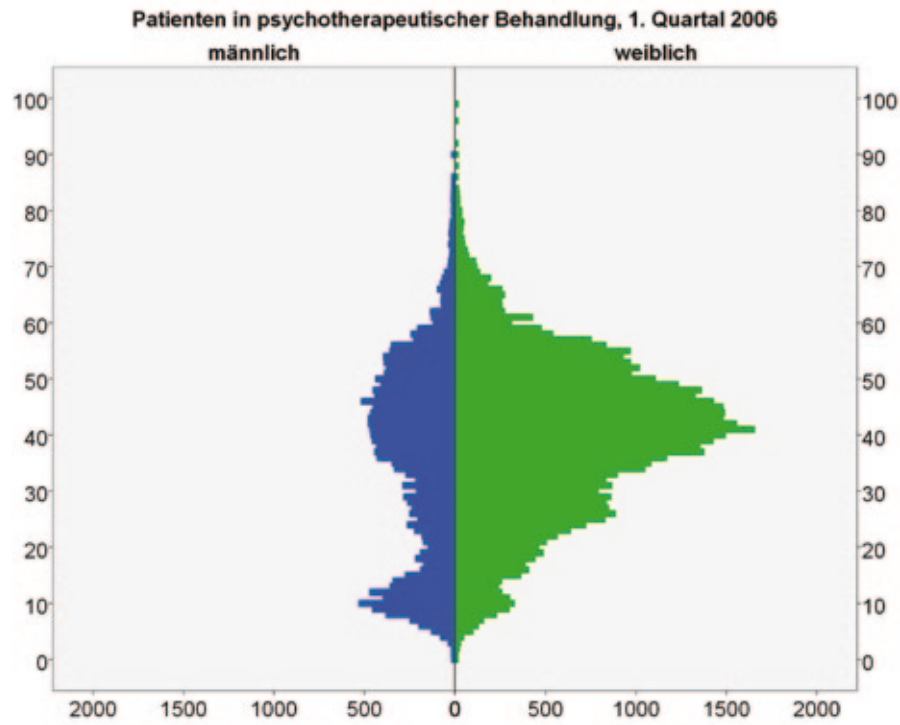
3.4.2 ALTERSSTRUKTUR

Die Betrachtung der Altersstruktur der aktuellen Patientenschaft ergibt, dass etwa die Hälfte der Patienten (52 Prozent), die psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, zwischen 35 und 55 Jahren alt sind. Deutlich geringer ist die Zahl von Patienten im Kindes- und Jugendalter sowie im Alter von über 65 Jahren. Während sich jedoch bei der Gruppe der Patienten jenseits des erwerbsfähigen Alters eine kontinuierliche Abnahme der Patientenzahl mit dem Lebensalter feststellen lässt, gibt es unter den Kindern und Jugendlichen eine deutliche Häufung im Bereich zwischen acht und 15 Jahren, und dies insbesondere bei den Jungen (vgl. Abbildung 3.6). Dies ist umso bemerkenswerter, da in den übrigen Lebensaltern die relative Verteilung zwischen den Geschlechtern nahezu parallel verläuft. Es handelt sich hierbei um die einzige Altersgruppe, in denen der überwiegende Teil der Patienten männlich ist.

Im Zeitvergleich zwischen 2006 und 2011 bleibt zwar die grundlegende Form der jeweiligen Alterspyramide nahezu konstant, allerdings ist insgesamt eine Verschiebung der maximalen Häufigkeiten unter den erwachsenen Patienten in ein höheres Lebensalter zu verzeichnen. Vereinfacht ließe sich die Entwicklung als Alterung der Patientenschaft bezeichnen. Da auch die Gesamtzahlen der Patienten wie bereits erwähnt deutlich zugenommen haben, lässt dies den Schluss zu, dass in zunehmendem Maße auch Patienten höheren Alters psychotherapeutische Leistungen erstmals in Anspruch nehmen. Insbesondere vor dem Hintergrund einer ebenfalls alternden Gesamtbevölkerung handelt es sich hierbei um eine für die Schätzung des weiteren Leistungsbedarfs überaus bedeutende Feststellung.



Abbildung 3.6: Altersstruktur der Patienten in psychotherapeutischer Behandlung 2006 und 2011





Statistisch äußert sich dieser Prozess sowohl im mittleren Alter aller Psychotherapiepatienten (dieses stieg von 39 auf 42 Jahre) als auch in der absoluten und prozentualen Verteilung auf unterschiedliche Altersgruppen. Bei den unter 18-Jährigen stieg die Zahl der Patienten zwar um 11,4 Prozent an, gemessen an der Gesamtheit der Patienten in psychotherapeutischer Behandlung nahm ihr Anteil aber leicht ab (von 11,9 auf 11,2 Prozent, vgl. Tabelle 3.4). Die Gruppe der über 65-Jährigen verzeichnete zwar einen deutlichen Anstieg hinsichtlich der absoluten Zahl (um zirka 40 Prozent auf 1.660 Patienten), auch die relative Bedeutung dieser Altersgruppe innerhalb der Patientenschaft wuchs leicht, blieb bei inzwischen 3,7 Prozent aller Patienten allerdings weiterhin von nachgeordneter, wenngleich nicht zu vernachlässigender Bedeutung.

Sehr viel gravierender dagegen war die Entwicklung der Patientenzahlen in den Altersklassen im erwerbsfähigen Alter. Die Gruppe der 18- bis 44-Jährigen, aus welcher sich noch 2006 mit über 51 Prozent die Mehrheit aller Patienten rekrutierte, stagnierte hinsichtlich der Anzahl und umfasst aktuell nur mehr 43,3 Prozent aller psychotherapeutisch behandelte Patienten. Überproportional an Bedeutung gewann hingegen die Gruppe der zwischen 45- und 64-Jährigen. Ihre Zahl stieg um 48,2 Prozent von 12.787 auf 18.956 Personen. Aktuell sind fast 42 Prozent aller Psychotherapiepatienten in dieser Altersklasse (in 2006 waren es nur 33,4 Prozent). Sofern sich dieser Trend fortsetzen sollte, wird im Jahr 2012 diese Gruppe zur nominell stärksten anwachsen. Für die Patienten in genehmigungspflichtiger Psychotherapie ist dies bereits in 2011 der Fall: Dort waren im ersten Quartal erstmals mehr Patienten dieser Altersgruppe in Behandlung als solche zwischen 18 und 44 Jahren.

Tabelle 3.4: Entwicklung der Patientenzahlen 2006 bis 2011 nach Altersklassen, Fachgruppe Psychotherapie

Altersklasse	2006		2011		ENTWICKLUNG	
	Anzahl der Patienten	Anteil der Altersklasse	Anzahl der Patienten	Anteil der Altersklasse	absolut	prozentual
psychotherapeutische Leistungen gesamt						
0 bis U18	4.555	11,9	5.072	11,2	517	11,35 Prozent
18 bis U45	19.744	51,59	19.578	43,25	-166	-0,84 Prozent
45 bis U65	12.787	33,41	18.956	41,88	6169	48,24 Prozent
65+	1.187	3,1	1.660	3,67	473	39,85 Prozent
Gesamt	38.273		45.266		18	18,27 Prozent
genehmigungspflichtige Psychotherapie						
0 bis U18	2.772	10,03	3.175	10,08	403	14,54 Prozent
18 bis U45	14.386	52,05	13.631	43,27	-755	-5,26 Prozent
45 bis U65	9.686	35,04	13.663	43,37	3977	41,06 Prozent
65+	795	2,88	1.034	3,28	239	30,06 Prozent
Gesamt	27.639		31.503			13,98 Prozent



Die festgestellten Entwicklungen hinsichtlich der Altersstruktur der Patientenschaft und deren Veränderung legt unter der Annahme einer Fortführung dieser Trends den Schluss nahe, dass vor dem Hintergrund der allgemeinen demographischen Entwicklung der Bevölkerung zukünftig ein deutlich verstärkter Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen erwartet werden darf. Aus diesem Grunde wurden in der vorliegenden Analyse eben diese Trends in der Schätzung der zu erwartenden Patientenzahlen berücksichtigt.

3.4.3 REGIONALE DIFFERENZIERUNG

In den Jahren 2006 bis 2011 entwickelte sich die Zahl der Patienten in den Kreisen und kreisfreien Städten in Rheinland-Pfalz mitunter deutlich unterschiedlich. Für die Gruppe der Patienten, welche therapeutische Leistungen im weiteren Sinne in Anspruch nahmen, verzeichnen alle Kreise Zuwächse, wenn auch in sehr verschiedenen Umfängen: von 2,6 Prozent im Rhein-Hunsrück-Kreis bis 52 Prozent im Landkreis Vulkaneifel (vgl. Tabelle 3.5). Die Variabilität der Größenordnungen geht dabei quer durch alle Kreistypen und großräumigeren Regionen, so dass sich keine Hinweise darauf ergeben, dass beispielsweise die Entwicklungen zwischen Stadt und Land signifikant voneinander abweichen.

Ähnliches gilt in der Betrachtung der Entwicklung der Patientenzahlen in genehmigungspflichtiger Psychotherapie. Auch hier ergeben sich keine Hinweise auf mit dem Raumordnungstyp korrelierende unterschiedliche Trends. Im Gegensatz zu den allgemeinen psychotherapeutischen Leistungen existieren in der genehmigungspflichtigen Psychotherapie jedoch auch Kreise mit rückläufigen Patientenzahlen. Hierzu zählen beispielsweise die Stadt Zweibrücken (- 21,3 Prozent) und der Rhein-Hunsrück-Kreis (- 11,7 Prozent). Dem gegenüber stehen Kreise mit sehr deutlichen Zuwächsen, wie etwa Altenkirchen (+ 65,8 Prozent).

Das Fehlen nachweisbarer raumstrukturell in sich homogener Cluster von Regionen mit ähnlichen Entwicklungsmustern legt den Schluss nahe, dass die räumliche Variabilität eng mit den jeweiligen existierenden und gegebenenfalls sich verändernden kleinräumigen Versorgungsstrukturen in Beziehung steht. Insofern konnten diese aus der Zeitreihenanalyse auf regionaler Ebene erzielten Ergebnisse nicht als geeignete Parameter für eine nachfrageorientierte Schätzung des zu erwartenden Bedarfs erachtet werden und flossen somit nicht in die Schätzung ein.

3.4.4 INANSPRUCHNAHMERATEN

Unter der Inanspruchnahmerate (Patientenrate) im Sinne dieser Untersuchung ist der altersgruppenspezifische Quotient der Zahl an GKV-Patienten und der entsprechenden Bevölkerungsgruppe in Rheinland-Pfalz zu verstehen. Die Inanspruchnahmerate in ihrer zeitlichen Veränderung bildet den zentralen Parameter der durchgeführten Schätzung der zukünftigen Patientenzahl.

Im ersten Quartal 2006 nahmen 0,94 Prozent aller Rheinland-Pfälzer vertragspsychotherapeutische Leistungen in Anspruch, 0,68 Prozent befanden sich in einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie. Im ersten Quartal 2011 lagen die entsprechenden Raten bei 1,13 Prozent beziehungsweise 0,79 Prozent. Wie auch bei den bereits beschriebenen absoluten Zunahmen der Patientenzahlen nach Altersgruppen lassen sich auch bei den altersspezifischen Inanspruchnahmeraten deutliche Unterschiede feststellen. Die in 2011 höchsten Patientenraten sowie die mit Abstand stärksten Anstiege innerhalb des Betrachtungszeitraumes verzeichnet die Altersklasse der 45- bis 64-Jährigen. Aktuell beträgt der Anteil der Patienten dieses Alters an der entsprechenden Altersgruppe der rheinland-pfälzischen Gesamtbevölkerung 1,61 Prozent für alle Leistungen beziehungsweise 1,16 Prozent für genehmigungspflichtige Therapie. Es erfolgte ein mittlerer jährlicher Anstieg der Rate um 0,08 beziehungsweise 0,05 Prozent.



Ebenfalls bei über einem Prozent liegen die aktuellen Inanspruchnahmeraten der 18- bis 44-Jährigen (1,47 Prozent für alle Leistungen, 1,02 Prozent für genehmigungspflichtige Psychotherapie). Die Raten bei Kindern und Jugendlichen sowie den Patienten im Rentenalter sind zwar im Niveau deutlich niedriger (0,76 Prozent beziehungsweise 0,2 Prozent für alle Leistungen), stiegen aber im Verlauf der vergangenen Jahre ebenfalls erheblich.

Tabelle 3.5: Entwicklung der Patientenzahlen 2006 bis 2011 nach Kreisen (ausgewählt wurden jeweils die fünf Kreise mit den stärksten Zuwächsen beziehungsweise geringsten Zuwächsen/deutlichsten Rückgängen)

	PATIENTENZAHL		VERÄNDERUNG	
	2006	2011	prozentual	absolut
psychotherapeutische Leistungen gesamt				
Vulkaneifel	404	615	52,20 Prozent	211
Kaiserslautern	953	1.300	36,40 Prozent	347
Südwestpfalz	901	1.201	33,30 Prozent	300
Altenkirchen (Westerwald)	841	1.115	32,60 Prozent	274
Neuwied	1.506	1.938	28,70 Prozent	432
				(...)
Ahrweiler	1.112	1.183	6,40 Prozent	71
Zweibrücken, kreisfreie Stadt	199	210	5,50 Prozent	11
Cochem-Zell	475	501	5,50 Prozent	26
Worms, kreisfreie Stadt	966	1.009	4,50 Prozent	43
Rhein-Hunsrück-Kreis	980	1.005	2,60 Prozent	25
genehmigungspflichtige Psychotherapie				
Altenkirchen (Westerwald)	509	844	65,80 Prozent	335
Vulkaneifel	296	452	52,70 Prozent	156
Kaiserslautern	694	923	33,00 Prozent	229
Rhein-Lahn-Kreis	618	787	27,30 Prozent	169
Südwestpfalz	657	817	24,40 Prozent	160
				(...)
Worms, kreisfreie Stadt	614	616	0,30 Prozent	2
Birkenfeld	407	375	-7,90 Prozent	-32
Cochem-Zell	347	317	-8,60 Prozent	-30
Rhein-Hunsrück-Kreis	656	579	-11,70 Prozent	-77
Zweibrücken, kreisfreie Stadt	160	126	-21,30 Prozent	-34



3.5 SCHÄTZUNG DER PATIENTENZAHLEN 2020

3.5.1 LAND RHEINLAND-PFALZ: ANZAHL, VERÄNDERUNGSRATEN

Basierend auf der Annahme, dass die in der Vergangenheit festgestellten Veränderungen der altersklassenspezifischen Inanspruchnahmeraten sich in den kommenden Jahren fortsetzen werden, erfolgte eine Schätzung der Bevölkerungsanteile, die im Jahre 2020 psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen werden. Diese wurden mit der Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz verrechnet und so die Anzahl der Psychotherapiepatienten hochgerechnet. Die dargestellten Ergebnisse sollten dabei aus folgenden Gründen lediglich als Schätzung, nicht als hochvalide Prognose bezeichnet werden:

- Die Schätzung erfolgt auf der Annahme eines linear sich fortsetzenden Trends der weiteren Inanspruchnahme. Inwiefern diese Annahme berechtigt ist, können erst die kommenden Jahre belegen.
- Die vom Statistischen Landesamt vorgelegte Prognose der Bevölkerungszahlen erfolgte im Jahr 2007 auf Basis der Daten von 2006 unter anderem für die Prognosejahre 2010 und 2020. Die zugrunde gelegten Annahmen hinsichtlich der Entwicklung von Geburtenraten, Lebenserwartung und insbesondere Wanderungssalden entsprachen dabei aber offenbar bereits in den Jahren bis 2010 nicht den tatsächlichen Entwicklungen und führten so zu teilweise deutlich von der Realität abweichenden Ergebnissen, insbesondere auf regionaler oder lokaler Ebene.²⁵ Für die rheinland-pfälzische Gesamtbevölkerung lag die tatsächliche Anzahl 2010 geringfügig unter der Prognose. Die Entwicklung der Einwohnerzahlen der Städte, vor allem der Hochschulstandorte, wurde deutlich zu negativ eingeschätzt. Die tatsächlichen Bevölkerungsrückgänge in ländlichen Regionen hingegen waren mitunter deutlich stärker als prognostiziert. So lagen die realen Einwohnerzahlen etwa in Trier 2010 um 4,7 Prozent über der Prognose, im Rhein-Hunsrück-Kreis um 1,9 Prozent darunter. In Ermangelung genauerer Daten mussten für die vorliegende Schätzung dennoch diese Bevölkerungszahlen herangezogen werden.

Bei einer linearen Fortschreibung des Trends 2006 bis 2011 ergeben sich für Rheinland-Pfalz im Jahr 2020 Inanspruchnahmeraten von 1,46 Prozent für alle psychotherapeutischen Leistungen und 0,97 Prozent für genehmigungspflichtige Psychotherapie. Die höchsten Raten sind in der Altersklasse der 45- bis 64-Jährigen zu erwarten (2,34 Prozent). Angesichts der sich abzeichnenden demographischen Veränderungen innerhalb der Bevölkerung, die einhergeht mit einer deutlichen Zunahme der Zahl der älteren Bevölkerung bei sehr deutlichen Rückgängen in der jüngeren Bevölkerung, resultiert ein erheblicher Anstieg der absoluten Patientenzahlen. Insgesamt wird geschätzt, dass sich die Anzahl an Patienten, die psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen werden, um etwa 26 Prozent, die der Patienten in genehmigungspflichtiger Therapie um zirka 20 Prozent erhöhen dürfte.

Deutliche Steigerungen sind bei Kindern und Jugendlichen sowie den Personen im Rentenalter zu erwarten, allerdings in absoluten Zahlen auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Die bislang sowohl in der Bevölkerung als auch in der Patientenschaft zahlenstärkste Gruppe der 18- bis 44-Jährigen verliert tendenziell an Bedeutung gegenüber der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen, die gemäß Bevölkerungsprognose 2020 mehr als 30 Prozent der Einwohnerzahlen und gemäß Patientenschätzung etwa die Hälfte aller Patienten auf sich vereinigen wird.

²⁵ Vgl. hierzu: Kapitel 1.3.1.



Tabelle 3.6: Geschätzte Inanspruchnahmeraten und Patientenzahlen 2020 nach Altersklasse, Psychotherapie

Altersklasse	INANSPRUCHNAHMERATE			PATIENTENZAHL		ENTWICKLUNG	
	2011	2020	mittlere jährliche Veränderung	2011	2020	absolut	prozentual
Psychotherapeutische Leistungen gesamt							
0 bis U18	0,757	1,023	0,03	5.072	6.228	1.156	22,79
18 bis U45	1,466	1,664	0,022	19.578	20.217	639	3,26
45 bis U65	1,614	2,337	0,08	18.956	27.969	9.013	47,55
65+	0,202	0,297	0,011	1.660	2.688	1.028	61,94
Gesamt	1,131	1,455	0,038	45.266	57.102	11.836	26,15
genehmigungspflichtige Psychotherapie							
0 bis U18	0,474	0,66	0,021	3.175	4.015	840	26,45
18 bis U45	1,021	1,08	0,007	13.631	13.116	-515	-3,78
45 bis U65	1,163	1,605	0,049	13.663	19.201	5.538	40,53
65+	0,126	0,172	0,005	1.034	1.561	527	50,97
Gesamt	0,787	0,965	0,021	31.503	37.892	6.389	20,28

3.5.2 ANZAHL, VERÄNDERUNGSRATEN NACH KREISEN

Die Schätzung der Patientenzahlen auf Kreisebene erfolgt auf Basis der für das Land Rheinland-Pfalz hochgerechneten altersklassenabhängigen Inanspruchnahmeraten und der Bevölkerungsprognose für die Kreise und kreisfreien Städte. Wie bereits erwähnt, zeigen die vorhergesagten Einwohnerzahlen regional deutliche Unschärfen. Dies impliziert, dass der methodische Fehler bei einer regional differenzierten Betrachtung deutlich höher anzusetzen sein dürfte als auf Landesebene. Darüber hinaus geht diese Betrachtung davon aus, dass es keine Unterschiede zwischen den Inanspruchnahmeraten in unterschiedlichen Räumen gibt. Zwar lassen sich aktuell diesbezüglich Unterschiede feststellen, es besteht aber der Verdacht, dass diese nicht zwingend dem tatsächlichen Bedarf entsprechen, sondern zumindest teilweise aktuellen Versorgungsstrukturen geschuldet sind. Da es sich bei den geschätzten Patientenzahlen um eine Abbildung des zu erwartenden Bedarfs handeln soll, wurden derartige, durch das Leistungsangebot beeinflusste Größen außer Acht gelassen.

In den folgenden Karten werden die Veränderungen der Patientenzahlen von 2011 bis 2020 dargestellt.



Abbildung 3.7: Geschätzte Veränderung der Patientenzahlen bis 2020 (alle psychotherapeutischen Leistungen)

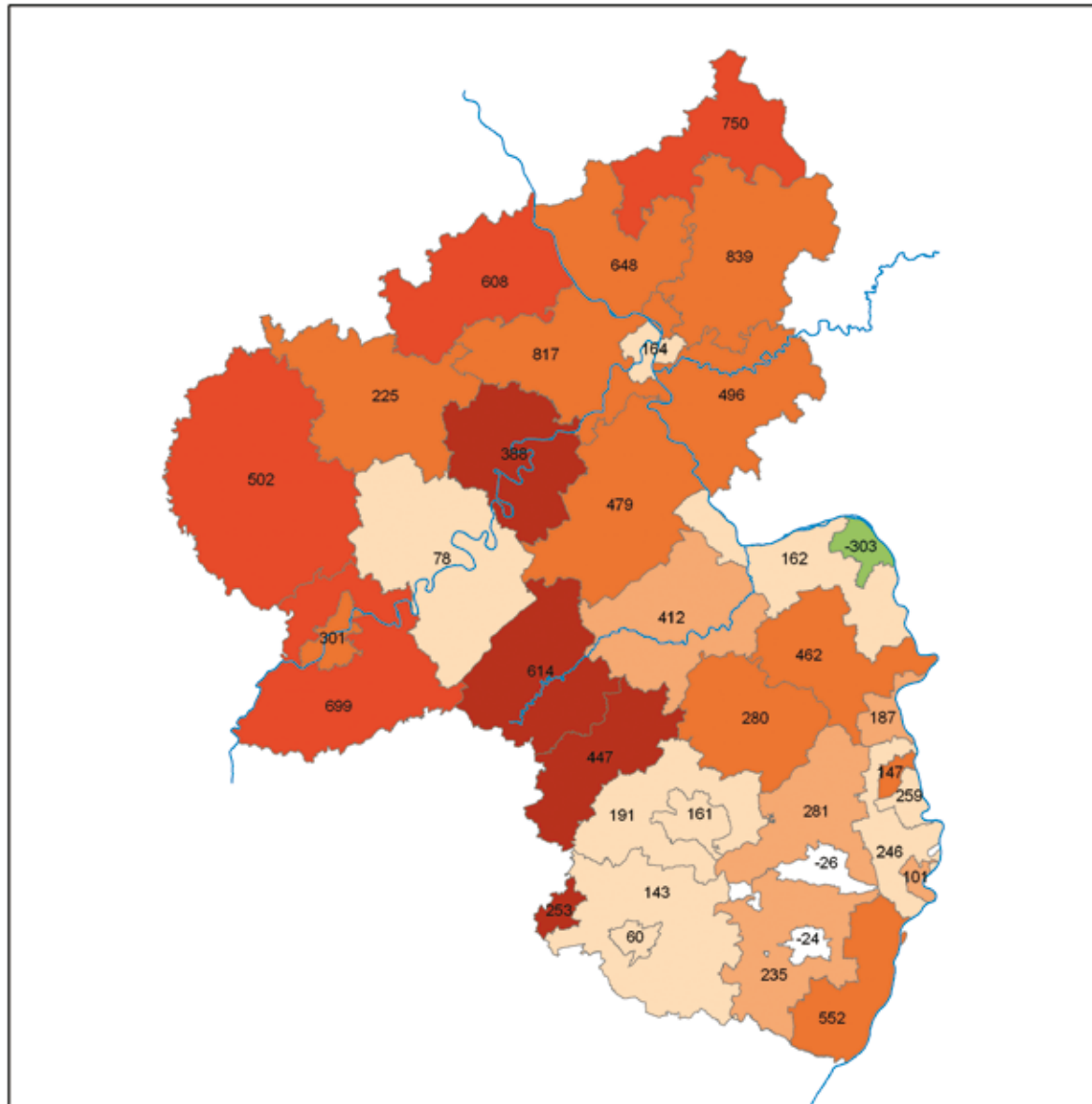
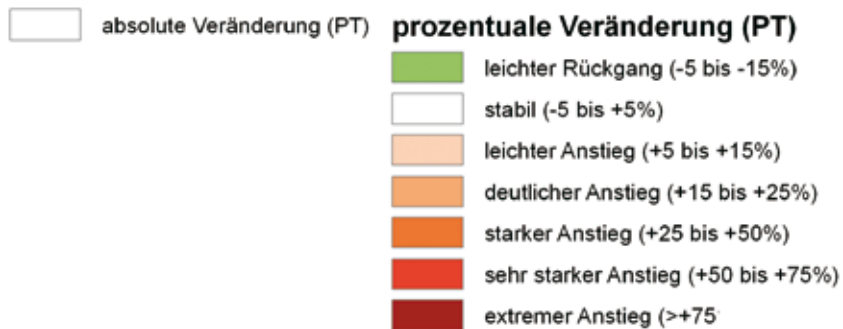
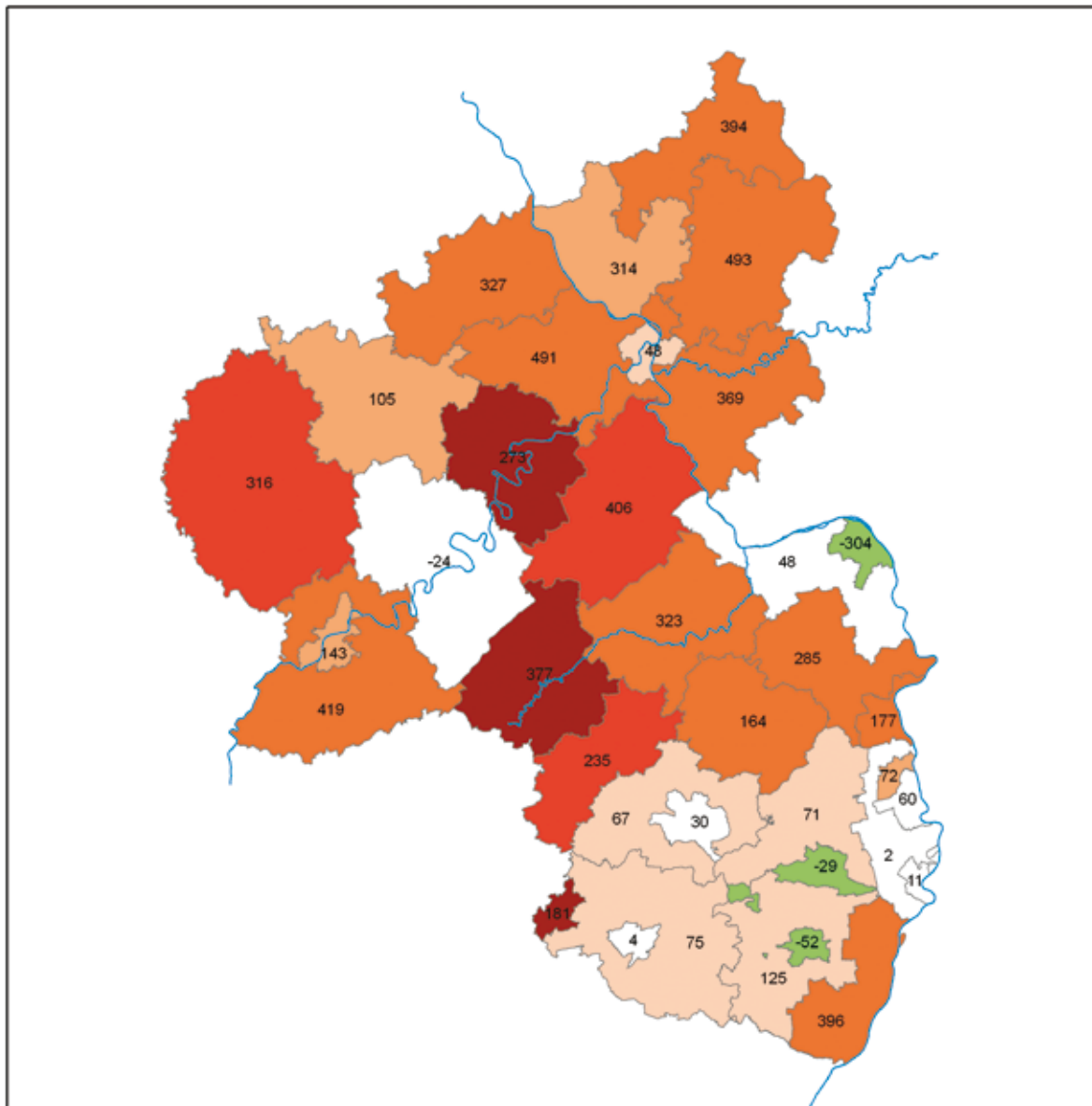




Abbildung 3.8: Geschätzte Veränderung der Patientenzahlen bis 2020 (genehmigungspflichtige Psychotherapie)





Sowohl für den Bereich der psychotherapeutischen Leistungen im Allgemeinen als auch für die genehmigungspflichtige Psychotherapie ergibt sich ein regional sehr unterschiedliches Bild. Tendenziell fallen die zu erwartenden Anstiege in weiten Teilen der Pfalz geringer aus als in den nördlicheren Landesteilen. Im Vergleich zum Umland ergeben die Schätzungen für die Patientenzahlen in größeren Städten geringere Zuwachsraten. In Mainz und hinsichtlich der genehmigungspflichtigen Psychotherapie darüber hinaus in Landau und Neustadt werden sogar leichte Rückgänge ausgewiesen. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die Bevölkerungsprognose für die Städte als mitunter deutlich zu negativ herausgestellt hat. Bei real höheren Einwohnerzahlen etwa in Mainz, Koblenz, Trier oder Kaiserslautern werden hier somit die zu erwartenden Patientenzahlen ebenfalls tendenziell unterschätzt.

Relativ geringe Zuwächse der Patientenzahlen treten methodisch bedingt in erster Linie in Kreisen auf, welche sich bereits aktuell durch hohe Inanspruchnahmeraten auszeichnen. Hierzu zählen neben den bereits genannten Städten Mainz, Landau und Neustadt auch Landkreise wie etwa Mainz-Bingen, Bernkastel-Wittlich oder der Rhein-Pfalz-Kreis. Die aktuell niedrigsten Patientenraten und dementsprechend die höchsten Zuwächse finden sich in Zweibrücken sowie den Kreisen Birkenfeld, Kusel und Cochem-Zell.

3.6 FAZIT

Auf Grundlage der Daten des Arzt- und Psychotherapeutenregisters der KV RLP, der ambulanten Abrechnungsdaten der Jahre 2006 bis 2011 sowie demographischer Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz wurde eine Analyse der Versorgungsstrukturen sowie der potenziellen und der realen Patientenschaft in Rheinland-Pfalz vorgenommen. Basierend auf den Ergebnissen einer Zeitreihenanalyse zur Patientenzahlentwicklung erfolgte darüber hinaus eine Schätzung der zukünftigen Patientenzahlen.

Die gegenwärtige Bedarfsplanung weist für alle Planungsbereiche des Landes eine Voll- bis Überversorgung aus. Angesichts methodischer Mängel in der Bedarfsplanungssystematik wurden zur Beschreibung des tatsächlichen Versorgungsstandes weitere Parameter ermittelt. Nach deutlichen Steigerungen der Therapeutenzahlen seit 2006 beträgt die aktuelle Therapeutendichte landesweit im Schnitt 18 Vollzeitäquivalente pro 100.000 Einwohner, wobei die Werte regional sehr deutlich variieren (zwischen fünf und 50 Vollzeitäquivalenten). Die tatsächlichen Verhältniszahlen auf Kreisebene betragen zirka 2.000 bis zirka 21.000 Einwohner pro Therapeut.

Durchschnittlich ist in Rheinland-Pfalz die nächstgelegene Psychotherapiepraxis 3,9 Kilometer vom Wohnort entfernt. Tatsächlich zurückgelegt werden von Patienten in genehmigungspflichtiger Psychotherapie jedoch im Schnitt zirka elf Kilometer.

Aufgrund der Altersstruktur der derzeitigen Therapeutenschaft ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahren sehr viele der aktuellen Leistungserbringer aus der Versorgung ausscheiden werden. Mehr als ein Drittel aller Therapeuten ist bereits heute älter als 55 Jahre. In einzelnen Regionen fallen bereits heute mehr als 60 Prozent in diese Altersgruppe.

Die Auslastung der rheinland-pfälzischen Psychotherapeuten liegt über dem Bundesdurchschnitt und variiert je nach Kreis zwischen mittleren Quartalszahlen von 46 bis 84 Fällen pro vollem Versorgungsauftrag. Die mitgeteilten Wartezeiten vor einem Erstgespräch liegen in der Regel bei etwa sechs Wochen, in einem erheblichen Umfang müssen Patienten jedoch auch wesentlich längere Wartezeiten in Kauf nehmen.



Deutlich mehr als die Hälfte aller Psychotherapiepatienten sind weiblich. Hinsichtlich der absoluten Patientenzahlen konnte in den Jahren 2006 bis 2011 ein deutlicher Anstieg festgestellt werden, wobei insbesondere in der Altersklasse der 45- bis 64-Jährigen erhebliche Zuwächse zu verzeichnen waren. Über alle Altersgruppen nahmen die Patientenzahlen im Untersuchungszeitraum deutlich zu, jedoch erfolgte die bei weitem stärkste Steigerung wiederum in der Gruppe zwischen 45 und 64 Jahren.

Unter der Annahme einer linearen Fortsetzung der festgestellten Trends in der altersklassenspezifischen Inanspruchnahme und der prognostizierten demographischen Veränderungen ergeben sich für das Jahr 2020 geschätzte Zuwächse der Patientenzahlen von 26 Prozent (alle psychotherapeutischen Leistungen) beziehungsweise 20 Prozent (genehmigungspflichtige Psychotherapie).

Diese Ergebnisse kontrastieren deutlich mit zuvor publizierten Hochrechnungen wie etwa derjenigen des Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz oder des ZI²⁶, welches beispielsweise für Thüringen einen Rückgang der Patientenzahlen prognostizierte. Die vorgestellten Resultate entsprechen dagegen insbesondere Trends etwa in Morbiditätsdaten psychischer Erkrankungen und können für die Herausforderung aktueller und zukünftiger Versorgungsplanung als Anstoß dienen.

²⁶ Schallock et al. (2009): Zukünftige vertragsärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen Thüringens.



4. Die vertragsärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz: Fachgruppe Urologie – aktueller Stand und Schätzung bis 2020

4.1 EINLEITUNG

Das Tätigkeitsfeld der Urologie sind Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane. Das frühere Teilgebiet der Chirurgie hat sich im Laufe der Zeit und mit dem medizinischen Fortschritt als eigenständige Fachrichtung etabliert und diversifiziert. Onkologische Urologie, Steinuropologie, Andrologie, Transplantations-, Neuro- oder Kinderurologie oder auch die Urologie der Frau stellen mittlerweile weit entwickelte Spezialgebiete innerhalb des Faches dar.

Im Folgenden sollen Anzahl, Verteilung und Altersstruktur der Leistungserbringer, also der Fachärzte für Urologie in Rheinland-Pfalz sowie deren Patientenschaft beschrieben werden. Anhand der Bevölkerungsvorausberechnung und der Entwicklungen der Leistungs-Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren soll darüber hinaus der Versuch unternommen werden, eine Schätzung des zukünftigen Versorgungsbedarfs vorzunehmen.

4.2 DATENGRUNDLAGE UND METHODIK

Analog zur in Kapitel 3 vorgestellten Analyse der vertragspsychotherapeutischen Versorgung basiert auch die folgende Untersuchung aus dem Bereich der Urologie auf den Arzt- und Praxisstammdaten des Arztregisters der KV RLP sowie den Abrechnungsdaten der jeweils ersten Quartale der Jahre 2006 bis 2011. Als Aufgreifkriterium zur Erfassung der jeweiligen Abrechnungsfälle wurden jedoch im Gegensatz zur Betrachtung der psychotherapeutischen Versorgung nicht Leistungsziffern herangezogen, sondern eine Arztgruppenklassifikation. Dies bedeutet, dass alle Leistungen berücksichtigt wurden, die von Ärzten erbracht wurden, welche über ihre fachlichen Qualifikationen und genehmigten Tätigkeitsfachgebiete als Urologen gekennzeichnet sind.

Leistungen, die von fachfremden Ärzten erbracht wurden, blieben unberücksichtigt. Umgekehrt floss dagegen das gesamte Leistungsspektrum der Fachgruppe in die Analyse ein, so dass jeder Patient, welcher durch einen der berücksichtigten Fachärzte erbrachte Leistungen in Anspruch nahm, im jeweiligen Zeitraum zu den Urologiepatienten gezählt wurde.

Analog zur Schätzung des zukünftigen Patientenaufkommens für die Psychotherapie fußt auch die Schätzung für die Urologiepatienten auf der Analyse der Patientenzahl und -struktur der Jahre 2006 bis 2011. Ausgehend von den in diesem Beobachtungszeitraum festgestellten Veränderungen und der Annahme, dass die mittlere jährliche Veränderungsrate je Altersklasse in den Jahren bis 2020 in etwa konstant bleiben wird, wurde eine Inanspruchnahmerate hochgerechnet, aus welcher sich in Verbindung mit der altersspezifischen Bevölkerungsprognose die Zahl der unter diesen Grundannahmen zu erwartenden Patientenzahl errechnen ließ.



Der Versuch, auf Grundlage einer Schätzung des Patientenaufkommens und der Gegenüberstellung einer zu erwartenden Zahl an Leistungserbringern den künftigen Versorgungsstand zu prognostizieren, scheitert an der mangelnden Vorhersagbarkeit der Entwicklung der Arztzahlen. Zwar kann anhand der Altersstruktur der aktuell tätigen Ärzte eine Quote an potenziell altersbedingt aus der Versorgung ausscheidenden Urologen abgeleitet werden. Die Aussagekraft einer solchen Quote kann insbesondere vor dem Hintergrund der relativ geringen absoluten Zahlen an Leistungserbringern allerdings nur sehr beschränkt sein. Für die urologische Versorgung der Patienten gilt wie für die in einer ganzen Reihe weiterer Fachgebiete, dass das Ausscheiden einzelner Ärzte weitreichende und flächenwirksame Konsequenzen für das Versorgungsgeschehen vor Ort, unter Umständen für größere Regionen nach sich ziehen kann. Insofern kann eine Vorhersage selbst dann, wenn sie den tatsächlich eintretenden Entwicklungen nahe kommt, im Einzelfall und auf regionaler Ebene zu weitgehend realitätsfernen Ergebnissen führen.

4.3 DIE LEISTUNGSERBRINGER

4.3.1 ANZAHLEN UND VERSORGUNGSSTAND: BEDARFSPLANUNG

Die den Versorgungsgraden der aktuellen Bedarfsplanung zugrundeliegenden Verhältniszahlen zeigen, welche Bedeutung in einer Fachgruppe wie der Urologie den einzelnen Leistungserbringern für die Versorgung der Patienten zukommt. Darüber hinaus verdeutlichen sie die Ungleichgewichtung unterschiedlich strukturierter Regionen. Das in der Bedarfsplanungssystematik als Soll-Zustand definierte Verhältnis zwischen Arzt- und Einwohnerzahl variiert für die Fachgruppe der Urologen in Rheinland-Pfalz zwischen zirka 1:23.889 (Ludwigshafen, Kernstadt eines Agglomerationsraumes) und 1:69.695 (ländliche Kreise wie etwa Cochem-Zell, der Rhein-Hunsrück-Kreis, Vulkaneifel, Bernkastel-Wittlich oder Kusel).²⁷ Im Kreis Kusel beispielsweise bedeutet die Anwendung dieser Verhältniszahl bei einer Einwohnerzahl von 72.206, dass bei zwei Fachärzten eine deutliche „Übersorgung“ mit einem Versorgungsgrad von über 190 Prozent vorliegt, während durch das Ausscheiden eines einzigen Arztes der Versorgungsgrad auf unter 100 Prozent sinken würde. Zwar gilt ein Planungsbereich erst bei einem Versorgungsgrad von weniger als 50 Prozent als „unterversorgt“ (für die Fachgruppe der Hausärzte bei weniger als 75 Prozent), allerdings dokumentiert dieses Beispiel anschaulich, wie sensibel das Versorgungsgeschehen in einem solchen Falle auf bereits geringe Änderungen der absoluten Arztzahlen reagiert.

²⁷ Die Verhältniszahlen wurden teilweise gemäß des Demographiefaktors angepasst, der Anwendung findet, sofern die durchschnittliche Behandlungsfallzahl eines Jahres über dem Bundesdurchschnitt liegt. Dabei erfolgt eine Korrektur der jeweiligen Verhältniszahl anhand der Altersstruktur der Bevölkerung sowie des empirisch aus der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermittelten Leistungsbedarfs.



Tabelle 4.1: Arztzahlen und Versorgungsgrade nach Bedarfsplanung, Stand September 2011, Fachgruppe Urologie

Planungsbereich	Anzahl Einwohner	Anzahl Urologen	Versorgungsgrad (Prozent)
Ahrweiler	127.443	3	103,7
Altenkirchen	131.952	3	119,6
Bad Kreuznach	155.544	5	169,1
Birkenfeld	83.243	2	140,5
Cochem-Zell	63.409	2	219,8
Koblenz, Stadt	106.417	6	146,7
Mayen-Koblenz	210.269	6	150,1
Neuwied	180.995	6	174,4
Rhein-Hunsrück	102.145	3	204,7
Rhein-Lahn	123.601	4	170,2
Westerwald	198.580	5	132,5
Vulkaneifel	61.267	2	227,5
Eifelkreis Bitburg-Prüm	94.008	3	198,5
Bernkastel-Wittlich	111.073	3	188,2
Trier-Saarburg	141.646	4	181,1
Trier, Stadt	105.260	7	173
Mainz, Stadt	199.237	9	117,5
Mainz-Bingen	202.310	5	130
Alzey-Worms / Worms, Stadt	206.496	7	178,3
Donnersbergkreis	75.878	2	167,8
Kreis Bad Dürkheim / Neustadt, Stadt	185.612	6	160,1
Kreis Germersheim	124.838	2	79,4
Kaiserslautern, Stadt / Kreis Kaiserslautern	204.612	10	257,1
Kreis Kusel	72.602	2	192
Südliche Weinstraße / Landau, Stadt	152.617	4	114,6
Ludwigshafen, Stadt	164.351	7,5	109
Frankenthal, Stadt / Speyer, Stadt / Rhein-Pfalz-Kreis	245.125	6	105,5
Pirmasens, Stadt / Zweibrücken, Stadt / Kreis Südwestpfalz	173.215	5	151,8



Bei den in die Bedarfsplanung eingerechneten Arztzahlen werden neben den zum jeweiligen Stichtag tatsächlich aktiven Ärzten auch zwischenzeitlich unbesetzte Vertragsarztsitze berücksichtigt, deren Übernahmefrist noch nicht verstrichen ist. Dies ist ein Grund dafür, dass die Zahlen der Bedarfsplanung von der Summe der aktiven Ärzte abweichen kann. Ein weiterer Grund für derartige Differenzen sind mitunter unterschiedliche Stichtage.

Mit Stand September 2011 verzeichnete die Bedarfsplanung für Rheinland-Pfalz 129,5 Urologen. Die Versorgungsgrade lagen je nach Planungsbereich zwischen 79,4 (Germersheim) und 257,1 Prozent (Kaiserslautern). Als unterversorgt kann demzufolge keiner der Planungsbereiche bezeichnet werden. Bei den in Tabelle 4.1 dokumentierten geringen Arztzahlen ist es jedoch naheliegend, dass die räumliche Verteilung nicht nur recht weitmaschig, sondern unter Umständen auch sehr inhomogen ist. Eine Steuerung hin zu einer möglichst engmaschigen räumlichen Verteilung der Vertragsarztsitze ist mittels des Instrumentes der Bedarfsplanung in der aktuellen Form nicht möglich.

4.3.2 VERSORGUNGSDICHTE

Die Zahl der zum Stichtag 30. September 2011 tatsächlich im Rahmen einer Zulassung oder Anstellung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Urologen betrug 141. Diese dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzurechnenden Ärzte erbrachten zusammen insgesamt 128 Versorgungsaufträge. Der Anteil der Urologen an der gesamten Vertragsärzteschaft in Rheinland-Pfalz lag somit bei zirka zwei Prozent. Die Summe der Angestellten innerhalb der Fachgruppe betrug 19 Ärzte beziehungsweise 10,5 Vollzeitäquivalente. Die Angestelltenquote betrug 8,2 Prozent aller Versorgungsaufträge, was geringfügig über dem landesweiten Durchschnitt für die gesamte Vertragsärzteschaft (7,95 Prozent) liegt. Die Frauenquote bei den Urologen ist mit 9,4 Prozent zwar etwas höher als im Bundesdurchschnitt (7,3 Prozent), im Vergleich aller Fachgruppen in Rheinland-Pfalz jedoch eine der niedrigsten. Lediglich in der Orthopädie sind mit 6,4 Prozent noch weniger Ärztinnen tätig als in der Urologie.

Nach Statistiken der KBV ist die Zahl der in der Bundesrepublik vertragsärztlich tätigen Urologen zwischen 1999 und 2008 von 2.519 auf 2.672 gewachsen, was einem mittleren jährlichen Anstieg von 0,6 Prozent entspricht.²⁸ In Rheinland-Pfalz konnten von 2005 bis 2011 sogar noch etwas stärkere Steigerungsraten verzeichnet werden: So stieg die Zahl der Ärzte um durchschnittlich 2,2 Prozent jährlich, die der Versorgungsaufträge um 0,9 Prozent.

In der Fachgruppe der Urologen sind vergleichsweise viele Ärzte in Kooperationen mit Kollegen tätig, insbesondere der Anteil der örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften liegt mit 44,6 Prozent deutlich über dem Vergleichswert aller Vertragsärzte (35,5 Prozent). Im Gegenzug dazu ist nur etwas weniger als die Hälfte der Urologen in Rheinland-Pfalz in Einzelpraxen tätig. Die Zahl der in Medizinischen Versorgungszentren Beschäftigten stieg bis zum 30. September 2011 auf insgesamt neun, es existieren sieben Zweigpraxen und 33,8 Prozent aller Fachärzte der Gruppe betreuen neben dem regulären Praxisbetrieb Patienten in Belegbetten an Krankenhäusern.

Probleme der räumlichen Verteilung der Urologen in Rheinland-Pfalz wurden bereits im Rahmen der Beschreibung der Bedarfsplanungsdaten erwähnt. Da pro Planungsbereich nur eine relativ geringe Anzahl an Vertragsarztsitzen zu besetzen ist, kann eine engmaschige Verteilung über die Gesamtfläche nicht erfolgen. In der Betrachtung von Landkreisen ist zudem zu berücksichtigen, dass es in Rheinland-Pfalz eine Reihe von Planungsbereichen gibt, welche sich jeweils aus einem Landkreis und mitunter mehreren kreisfreien Städten zusammensetzen. Auf diesen Umstand ist es zurückzuführen, dass zum Beispiel im Kreis Südwestpfalz kein urologischer Vertragsarztsitz zu finden ist. Neben die-

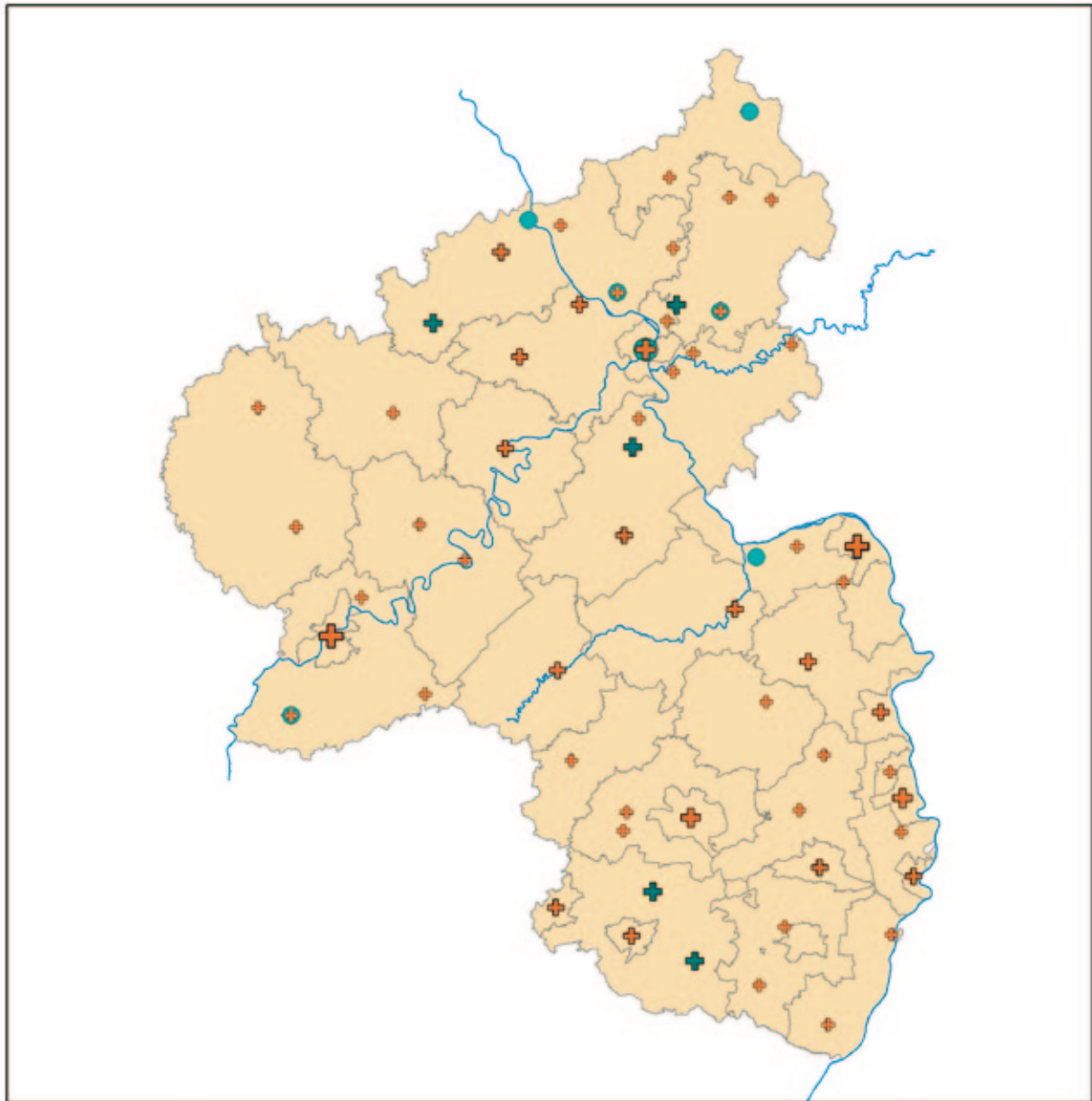
²⁸ Nach KBV: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009



sem Kreis sind die Städte Pirmasens und Zweibrücken Bestandteile desselben Planungsbereiches. Die insgesamt fünf urologischen Sitze, die zu einem rechnerischen Versorgungsgrad von 151,8 Prozent führen, befinden sich allesamt in diesen beiden kreisfreien Städten. Da zur Berechnung der Arztdichten und Verhältniszahlen lediglich Vertragsarztsitze herangezogen werden können, führt dies in der Betrachtung auf Kreisebene dazu, dass für den Kreis Südwestpfalz keine Angaben gemacht werden können. Zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung der Patienten werden im Kreis jedoch zwei urologische Zweigpraxen betrieben, die faktisch dazu beitragen, die existierenden räumlichen Disparitäten auszugleichen. Eine Übersicht über die zum genannten Stichtag in Rheinland-Pfalz betriebenen urologischen Praxissitze gibt Abb. 4.1.



Abbildung 4.1: Urologische Praxissitze in Rheinland-Pfalz: Praxisstandorte (Stand: 30.09.2011)



- | | | |
|---|---|---|
|  | Urologische Zweigpraxen | Urologen in MVZs |
| Urologische Vertragsarztsitze |  |  1 |
|  | 1 |  2 |
|  | 2-3 | |
|  | 4-5 | |
|  | >5 | |

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



Landesweit liegt die Urologendichte bei 3,2 Vollzeitärzten pro 100.000 Einwohner. Die höchsten Dichten treten in den kreisfreien Städten auf. Alle zwölf kreisfreien Städte liegen über dem Landesmittel, die höchste Dichte verzeichnet Neustadt an der Weinstraße mit 7,6 Urologen (Versorgungsaufträge) pro 100.000 Einwohner. In Kaiserslautern, Landau und Trier sind es immerhin noch 6,7 bis 7,1, während beispielsweise in den Landkreisen Rhein-Pfalz-Kreis und Südliche Weinstraße nur jeweils weniger als ein Versorgungsauftrag auf die gleiche Einwohnerzahl entfällt.

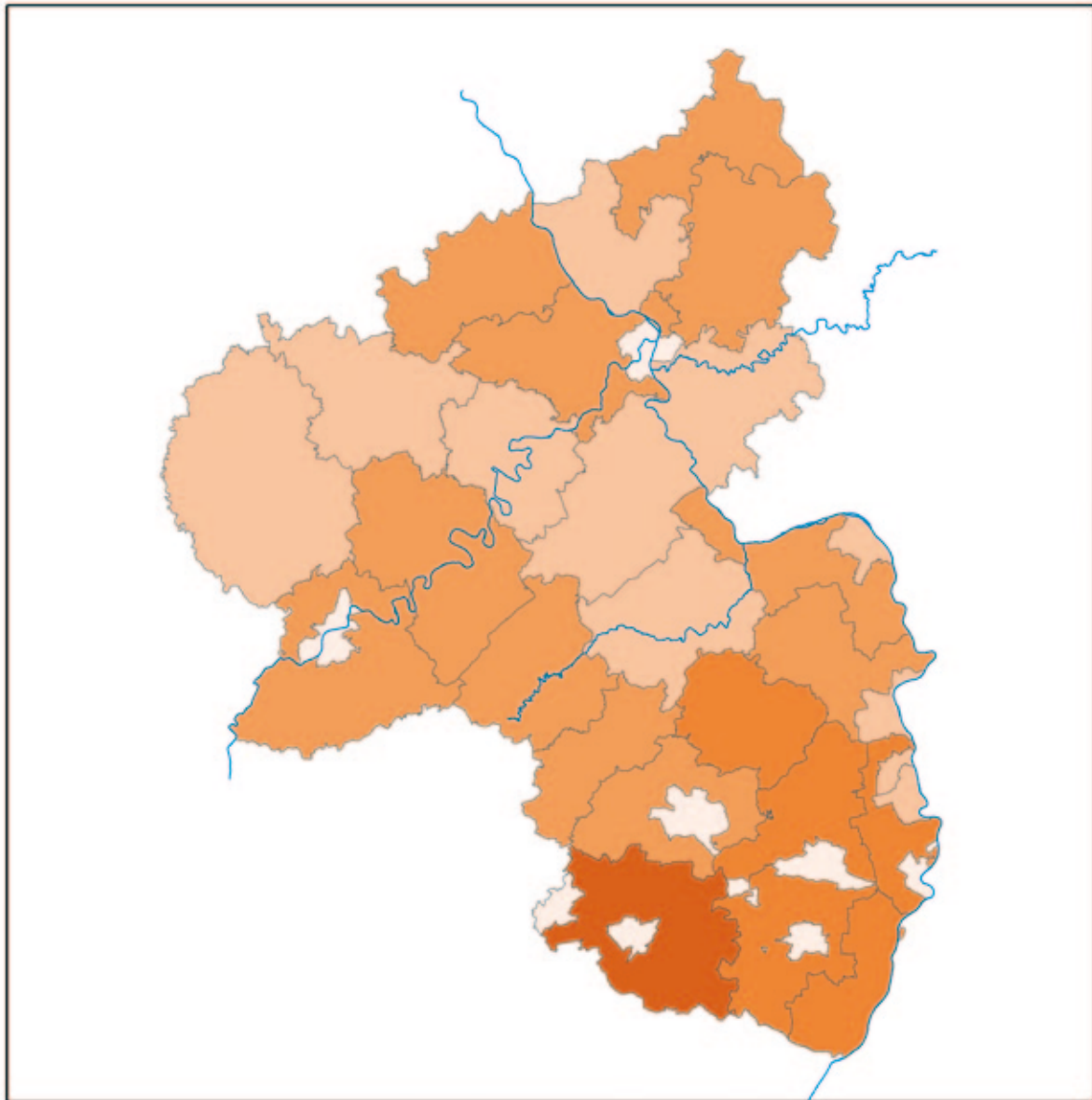
Die sich bei der Verbreitung der urologischen Vertragsarztsitze in ähnlicher Weise wie bei den Psychotherapeuten zeigenden Disparitäten im Sinne eines Stadt-Land-Gefälles drücken sich auch in den tatsächlichen Verhältniszahlen, also der Anzahl an Einwohnern pro Arzt, aus. Für das Land liegt die reale Verhältniszahl bei 31.279 Einwohnern je Vollzeituropologe, in einigen Kreisen steigt die Relation jedoch bis auf Werte von deutlich mehr als 100.000:1 an. Die festzustellenden Unterschiede sind dabei auch ein Resultat der Bedarfsplanung, die, wie bereits erwähnt, sehr unterschiedliche Soll-Vorgaben je nach Gebietstyp macht. Dass in einigen Kreisen die tatsächliche Verhältniszahl mitunter deutlich über den jeweiligen Zielvorgaben liegt, jedoch trotzdem keine Unterversorgung festgestellt werden kann, ist auf die Zusammensetzung der Planungsbereiche zurückzuführen. Das Beispiel Südwestpfalz wurde in diesem Zusammenhang bereits beschrieben. Auch in den Landkreisen Rhein-Pfalz-Kreis, Südliche Weinstraße, und Bad Dürkheim ist die Verteilung der existierenden Vertragsarztsitze innerhalb des jeweiligen Planungsbereiches dafür verantwortlich, dass die tatsächlichen Verhältniszahlen über den zur Ermittlung des Versorgungsgrades vorgegebenen liegen. In allen Landesteilen ist zu beobachten, dass die Verhältniszahlen in Städten deutlich niedriger sind als im jeweiligen Umland (vgl. Abb. 4.2). Generell ist neben dem Stadt-Land- ein Nord-Süd-Gefälle zu konstatieren.

Nicht nur hinsichtlich der numerischen Dichte, sondern auch im Hinblick auf die räumliche Verteilung der urologischen Praxisstandorte lassen sich deutliche Unterschiede im Land feststellen. So können anhand der Verteilung von Praxen und Wohnbevölkerung Regionen sehr unterschiedlicher räumlicher Dichte identifiziert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die durch Patienten tatsächlich zurückgelegte Fahrdistanz (Realdistanz) nicht der mindestens zurückzulegenden Minimaldistanz entsprechen muss.






Im Durchschnitt ist die nächstgelegene urologische Praxis zirka sieben Kilometer vom Wohnort eines Rheinland-Pfälzers entfernt. Unter Berücksichtigung geltender Verkehrsregeln und realistischer Geschwindigkeiten benötigt er im Mittel 8,9 Minuten, um die Strecke zur nächsten Praxis mit dem Automobil zurückzulegen. Für 1.083.623 Einwohner beträgt die Minimaldistanz maximal 2,5 Kilometer, etwa drei Viertel aller Rheinland-Pfälzer wohnen in maximal zehn Kilometern Entfernung zum nächsten Urologen. Vergleicht man diese Werte etwa mit den entsprechenden Maßzahlen in der Fachgruppe der Psychotherapeuten, so ergibt sich für die Urologie eine auch in räumlicher Hinsicht deutlich geringere Dichte in der Verteilung.



Abbildung 4.2: Tatsächliche Verhältniszahlen in Rheinland-Pfalz, Fachgruppe Urologie (Stand: 30.09.2011)

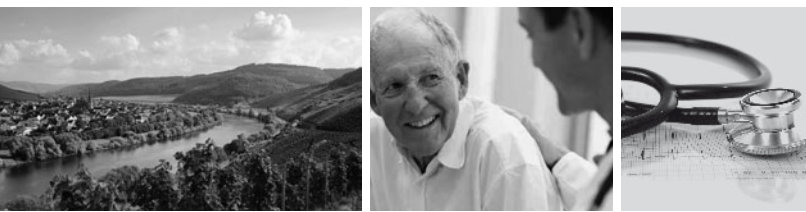


Einwohner pro Urologe

-  bis 20.000
-  20.001 bis 35.000
-  35.001 bis 50.000
-  über 50.000
-  kein Vertragsarztsitz vorhanden

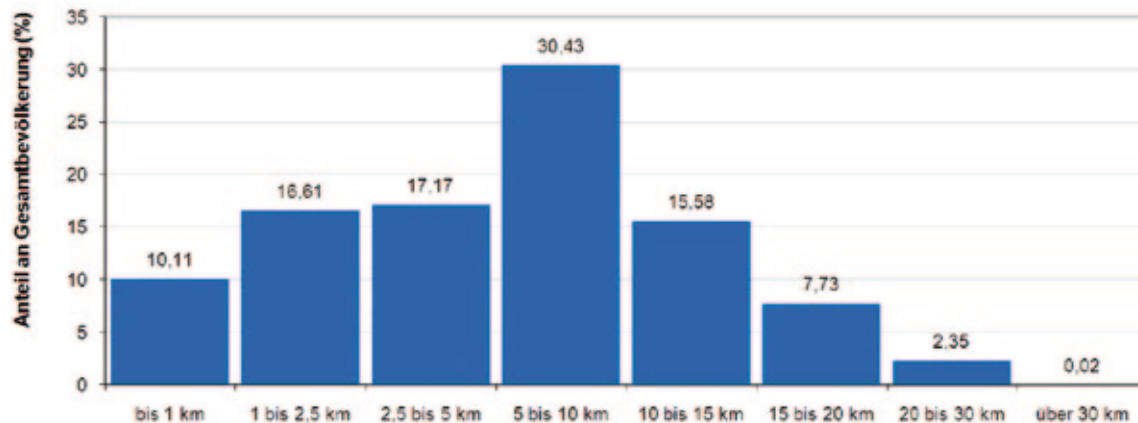
0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



Wie Abb. 4.3 zeigt, findet sich die höchste relative Häufigkeit in der Minimaldistanzverteilung in der Klasse zwischen fünf und zehn Kilometern. Mehr als 20 Kilometer haben insgesamt 96.402 Personen zurückzulegen.

Abbildung 4.3: Entfernung zur nächstgelegenen Urologiepraxis nach Entfernungsklassen



Da, wie bereits gesehen, die Anzahl der in kreisfreien Städten niedergelassenen Urologen ungleich höher ist als in Landkreisen, fallen auch die durchschnittlichen Minimaldistanzen dort durchweg niedriger aus. In Pirmasens, Frankenthal und Speyer werden mit 1,7 bis zwei Kilometern die geringsten Entfernungen gemessen (vgl. Tab. 4.2). Für alle kreisfreien Städte gilt, dass mehr als 95 Prozent aller ihrer Einwohner keine zehn Kilometer zurückzulegen haben, um in die nächste Praxis zu gelangen.

Die höchsten mittleren Entfernungen treten, wie nicht anders zu erwarten, in ländlichen Regionen auf. So wohnen die Einwohner der Kreise Cochem-Zell, Vulkaneifel, Kusel und des Eifelkreises Bitburg-Prüm im Schnitt mehr als zwölf Kilometer von der nächstgelegenen Urologenpraxis entfernt. Der Anteil der Bevölkerung mit einer zurückzulegenden Entfernung von mehr als zehn Kilometern steigt dabei auf bis zu 79 Prozent (Cochem-Zell). Es muss jedoch erwähnt werden, dass in dieser Analyse lediglich Praxen in Rheinland-Pfalz berücksichtigt werden konnten. Dies bedeutet, dass die faktische Minimaldistanz in Regionen in Grenznähe zu Nachbarländern niedriger liegen kann als dies anhand der hier vorgestellten Daten ermittelt werden konnte.

Das festgestellte generelle Stadt-Land-Gefälle zeigt sich auch hinsichtlich der von den Patienten zum Besuch einer urologischen Praxis tatsächlich zurückgelegten Entfernung. Diese in der Folge als Realdistanz bezeichnete Fahrtentfernung beträgt im Landesdurchschnitt aller Patienten, die im vierten Quartal 2010 einen Urologen aufgesucht haben, 9,7 Kilometer. Zwar gilt für 75 Prozent aller Rheinland-Pfälzer eine Minimalentfernung von weniger als zehn Kilometern. Der Anteil derer, deren aufgesuchte Praxis sich innerhalb dieses Umkreises befindet, liegt mit 63 Prozent jedoch deutlich niedriger. Während nur etwa 2,3 Prozent einen Weg von mehr als 20 Kilometern auf sich nehmen müssten, um zur nächsten Praxis zu gelangen, legten im Bezugsquartal aber tatsächlich 10,6 Prozent aller Patienten eine solche Entfernung zurück.

Auf Kreisebene sind die kürzesten zurückgelegten Distanzen wiederum in den kreisfreien Städten feststellbar. Insbesondere jene Städte, in denen sich der Großteil der Bevölkerung auf eine kleinere Fläche verteilt, haben landesweit die



niedrigsten Werte. Hierzu zählen Pirmasens, Zweibrücken oder auch Speyer mit mittleren Realdistanzen von 2,9 bis 3,4 Kilometern. Die einwohnerstärkeren und von der Ausdehnung der Wohnbebauung größeren Städte wie Koblenz, Trier oder Mainz liegen mit durchschnittlichen Realdistanzen von fünf bis 5,5 Kilometern deutlich darüber. Die höchsten mittleren Realdistanzen treten in den Landkreisen Vulkaneifel, Cochem-Zell, Donnersbergkreis und Bitburg-Prüm auf, wo Patienten im Schnitt mehr als 15 Kilometer zurücklegten.

Die geringe Zahl an Praxen ist maßgeblich dafür verantwortlich, dass der Anteil der Patienten mit einer absolvierten Fahrstrecke von unter zehn Kilometern teilweise nur ein Viertel beträgt (Vulkaneifel), während das Zurücklegen von mehr als 20 Kilometern für bis zu 30 Prozent aller Patienten Realität ist (Cochem-Zell).

Die in der Folge als Zusatzdistanz bezeichnete Differenz zwischen Minimal- und Realdistanz kann als Maß dafür herangezogen werden, in welchem Umfang das nächstgelegene Versorgungsangebot tatsächlich von den Patienten vor Ort genutzt wird beziehungsweise deren Versorgung zu leisten vermag. In weiten Teilen des Landes ist dies der Fall (vgl. Abb. 4.4). Es gibt jedoch auch Regionen, in denen die Patienten in erheblichem Umfang Zusatzdistanzen zurücklegen. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Neben lebensweltlichen Parametern wie etwa dem Aufsuchen von Praxen am Arbeitsort bei Berufspendlern treten hierbei auch Effekte zutage, die belegen, dass beispielsweise eine Zweigpraxis zwar die Versorgung in ansonsten strukturell schlecht versorgten Regionen verbessert, den Versorgungsumfang einer in Vollzeit betriebenen Praxis aber naturgemäß nicht erbringen kann. Das bereits angesprochene Beispiel des Kreises Südwestpfalz sei hier genannt oder auch die mittels Zweigpraxen ausgestatteten Regionen des westlichen Kreises Ahrweiler (Adenau) sowie des nördlichen Teils des Rhein-Hunsrück-Kreises (Emmelshausen).



Abbildung 4.4: Durchschnittliche Zusatzdistanzen der Urologiepatienten (4. Quartal 2010)



Urologiepatienten: Zusatzdistanz

-  bis 2,5 km
-  2,5 bis 5 km
-  5 bis 7,5 km
-  7,5 bis 10 km
-  über 10 km

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



Tabelle 4.2: Minimal-, Real- und Zusatzdistanzen in der vertragsurologischen Versorgung in Rheinland-Pfalz

Kreis / Kreisfreie Stadt	durchschnittliche Realdistanz (Kilometer)	durchschnittliche Minimaldistanz (Kilometer)	durchschnittliche Zusatz- distanz (Kilometer)	Anteil Patienten mit einer Realdistanz von maximal 10 Kilometern (Prozent)	Anteil Patienten mit einer Minimaldistanz von maximal 10 Kilometern (Prozent)
Ahrweiler	10,7	7,4	3,3	55,7	70,4
Altenkirchen	11,5	8,7	2,8	46,5	60,9
Alzey-Worms	10,1	8,2	1,9	52,4	68
Bad Dürkheim	10,7	6,8	3,9	61,9	80,2
Bad Kreuznach	11,9	9,9	2	53,3	57,7
Berncastel-Wittlich	14	10	4	43,7	50,4
Birkenfeld	12,2	9,5	2,7	49,9	52,3
Bitburg-Prüm	15,4	12	3,4	36,5	41
Cochem-Zell	16,9	14	2,9	26,4	21,1
Donnersbergkreis	15,7	11,2	4,5	26,7	46,5
Frankenthal, Stadt	4,7	2	2,7	77,8	100
Germersheim	9,6	6,9	2,7	62	76,2
Kaiserslautern	9,8	8,3	1,5	52,5	62,6
Kaiserslautern, Stadt	3,8	2,6	1,1	98,3	98,9
Koblenz, Stadt	5	3,1	2	96,2	100
Kusel	13,4	12,8	0,6	42	37,9
Landau, Stadt	3,7	3	0,7	92,3	100
Ludwigshafen, Stadt	4,6	2,5	2	97,4	100
Mainz, Stadt	5,5	2,5	2,9	90,4	100
Mainz-Bingen	10,4	7,2	3,2	53,9	74,6
Mayen-Koblenz	9,6	7	2,6	65,5	77,8
Neustadt a. d. W., Stadt	4	2,9	1,1	96	96,5
Neuwied	9	7,4	1,6	66,6	72,8
Pirmasens, Stadt	2,9	1,7	1,3	96,5	100
Rhein-Hunsrück-Kreis	13,7	9,1	4,6	42,1	54,5
Rhein-Lahn-Kreis	11,6	9,3	2,4	53,8	58,4
Rhein-Pfalz-Kreis	9	6,2	2,8	62,3	92,4
Speyer, Stadt	3,4	2	1,4	94,1	100
Südliche Weinstraße	10,4	8,3	2,2	51,7	73,7
Südwestpfalz	13,6	8,1	5,4	37,3	71,4



Kreis / Kreisfreie Stadt	durchschnittliche Realdistanz (Kilometer)	durchschnittliche Minimaldistanz (Kilometer)	durchschnittliche Zusatz- distanz (Kilometer)	Anteil Patienten mit einer Realdistanz von maximal 10 Kilometern (Prozent)	Anteil Patienten mit einer Minimaldistanz von maximal 10 Kilometern (Prozent)
Trier, Stadt	5,1	3	2	92,4	99,9
Trier-Saarburg	10,3	8,4	1,9	52,7	60,7
Vulkaneifel	17,7	13,6	4	25,7	28,3
Westerwaldkreis	11,6	6,1	5,4	50,5	86,9
Worms, Stadt	4,1	2,6	1,5	96,4	99,1
Zweibrücken, Stadt	3,4	2,3	1,1	98,1	99,9
RLP gesamt	9,7	7	2,7	62,7	74,5

4.3.3 ALTERSSTRUKTUR DER UROLOGEN

Das Medianalter der aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen und angestellten Urologen beträgt 51 Jahre. Es handelt sich hierbei um eine der wenigen Fachgruppen, in deren Ärzteschaft es zwischen dem 31. Dezember 2005 und dem 30. September 2011 zu keinem Anstieg des mittleren Alters kam.

Wie in Kapitel 2.3.3 bereits dargestellt, kann für die Fachgruppe eine strukturelle Verjüngung der Ärzteschaft im genannten Zeitraum konstatiert werden. Zurückzuführen ist dies darauf, dass im Verlaufe der vergangenen Jahre eine relativ hohe Anzahl an Ärzten in fortgeschrittenem Alter ausschied und durch junge Ärzte ersetzt wurde. Das Alter zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Vertragsarztstätigkeit lag im Mittel höher als in anderen Fachgruppen und das Alter der Nachrückenden war unterdurchschnittlich. In einer Ärzteschaft, in der die unterschiedlichen Altersgruppen ungleich verteilt sind, vollziehen sich Verjüngungsprozesse jedoch häufig nicht kontinuierlich, sondern zyklisch. Hierauf deutet auch die Entwicklung bei den Urologen hin. Zwar nahmen die Anteile der Ärzte im Alter von über 60 Jahren deutlich ab, die der bis 40-Jährigen dagegen stark zu. Jedoch vollzog sich eine Verschiebung der prozentual am häufigsten vertretenen Altersklassen. Im Jahr 2005 waren dies die 41- bis 50-Jährigen, aktuell sind es die 46- bis 55-Jährigen. Sollte das Ausstiegsalter in etwa konstant bleiben, so würde dies dazu führen, dass in den nächsten Jahren die Fluktuation innerhalb der Fachgruppe deutlich abnähme und erst etwa ab 2020 wieder in erheblichem Maße Vertragsarztsitze neu besetzt werden müssten. Die geringen Absolutzahlen an Ärzten bewirken allerdings, dass auch bei nur relativ wenigen Ausscheidenden in den kommenden Jahren bereits Engpässe in der Versorgung entstehen beziehungsweise sich verschärfen könnten.



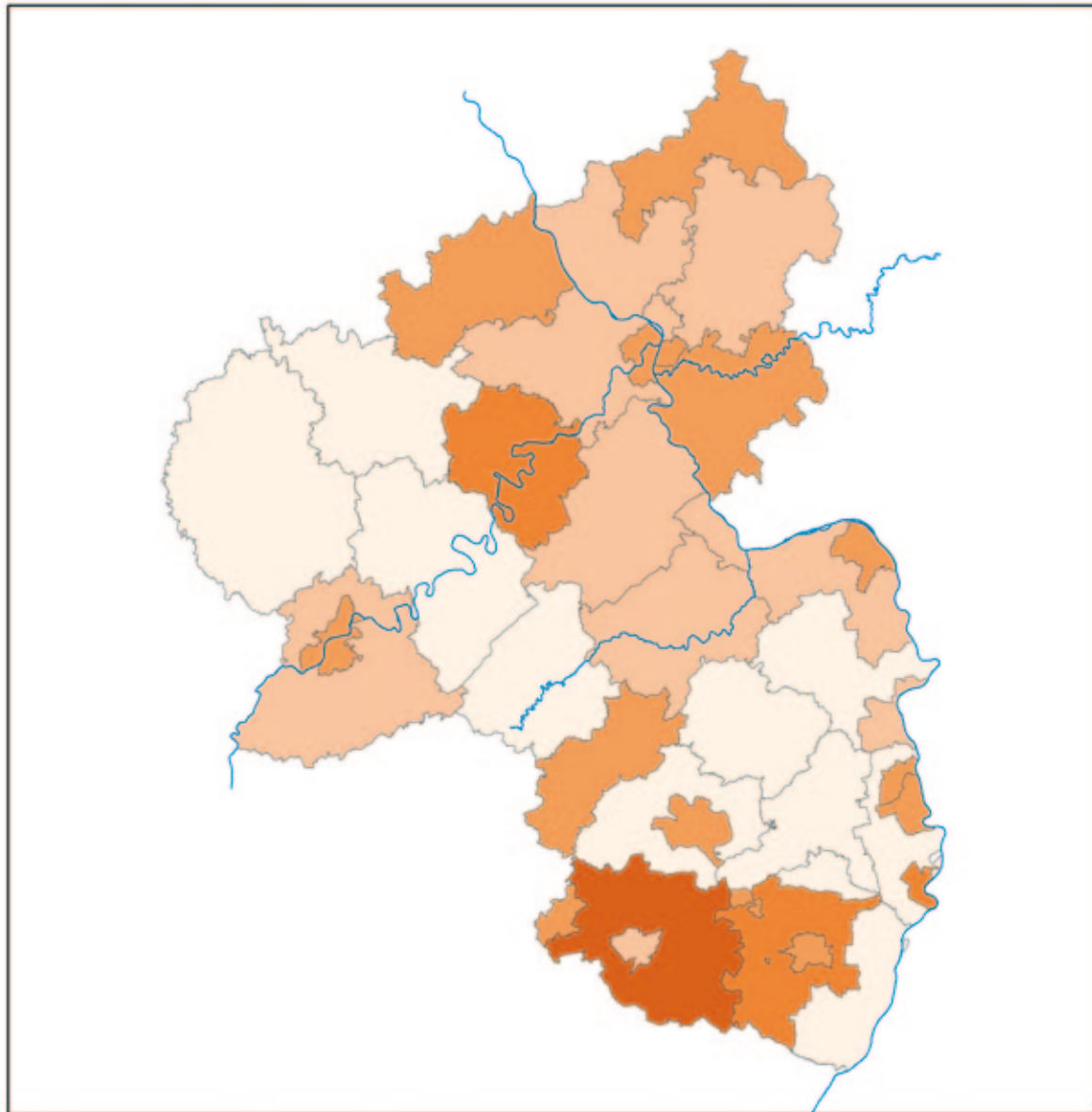
Tabelle 4.3: Kennzahlen zur Altersstruktur der Vertragsurologen in Rheinland-Pfalz

	31.12.2005	30.09.2011
Medianalter	51	51
Anteil der bis 45-Jährigen	25,8	27,7
Anteil der über 50-Jährigen	52,4	50,4
Anteil der über 55-Jährigen	35,5	28,4
Anteil der über 60-Jährigen	20,2	12,1
Anteil der über 65-Jährigen	0,8	4,3






In keiner kreisfreien Stadt und in keinem Kreis besteht die urologische Ärzteschaft aktuell ausschließlich aus Ärzten, die bereits ein Alter von über 60 Jahren erreicht haben. In einer Reihe von Kreisen ist keiner der aktuell tätigen Vertragsurologen älter als 55 Jahre (vgl. Abb. 4.5). Die Altersstruktur in ländlichen Kreisen ist derzeit im Vergleich zu Kernstädten oder verdichteten bis hochverdichteten Kreisen als tendenziell jünger zu bezeichnen, was sich sowohl im etwas niedrigeren mittleren Alter wie auch in den geringeren Altenquotienten ausdrückt. Eine weitergehende Betrachtung von statistischen Parametern der Altersstruktur auf regionaler Ebene ist allerdings aufgrund der geringen Absolutzahlen wenig aussagekräftig.



Abbildung 4.5: Alter der Urologen in Rheinland-Pfalz – Anteil der über 55-Jährigen (Stand: 30.09.2011)



Anteil der über 55-Jährigen

-  0%
-  bis 25%
-  25 bis 50%
-  über 50%
-  kein Vertragsarztsitz vorhanden

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



4.3.4 FALLZAHLEN

Hinsichtlich der Fallzahlen, die einen Indikator für die Auslastung der Versorgungskapazitäten darstellen, ist im Fachgebiet der Urologie ein deutlicher Anstieg festzustellen. Zur Gewährleistung eines realistischen Vergleichswertes wird in der Folge jeweils die Anzahl im Verlaufe eines Quartals abgerechneter Fälle je Vollzeitäquivalent betrachtet. Die durchschnittliche Quartalsfallzahl je urologischem Versorgungsauftrag nahm vom ersten Abrechnungsquartal 2009 zum ersten Quartal 2011 um fünf Prozent zu (von 1.053 auf 1.106 Patienten). Mehr als 50 Prozent aller Ärzte der Fachgruppe behandelten in 2011 demnach zwischen 800 und 1.200 Patienten im Quartal. Nur 18 Prozent der Urologen sahen weniger als 800 Patienten, während die Quartalsfallzahl bei immerhin 11,5 Prozent der Ärzte bei mehr als 1.500 lag.

In der regionalen Betrachtung auf Kreisebene (vgl. Abb. 4.6) ergeben sich keine Hinweise auf signifikante Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Die durchschnittliche Fallzahl korreliert weder mit dem Kreistyp noch mit den Altenquotienten der jeweiligen Region. Tendenziell zeichnet sich jedoch ein deutliches Süd-Nord-Gefälle ab. Die Urologen mit Sitz im Norden des Landes, mit Ausnahme des Eifelkreises Bitburg-Prüm, verzeichnen im Schnitt deutlich niedrigere Fallzahlen als die Kollegen im Süden. Die niedrigsten Werte treten in den Kreisen Cochem-Zell, Westerwaldkreis, Mayen-Koblenz und Mainz-Bingen sowie der Stadt Koblenz auf. Im Mittel mehr als 1.300 Fälle je Quartal verzeichnen die Urologen im Eifelkreis Bitburg-Prüm, in den Landkreisen Kusel und Alzey-Worms sowie in den kreisfreien Städten Landau, Pirmasens, Kaiserslautern und Ludwigshafen.

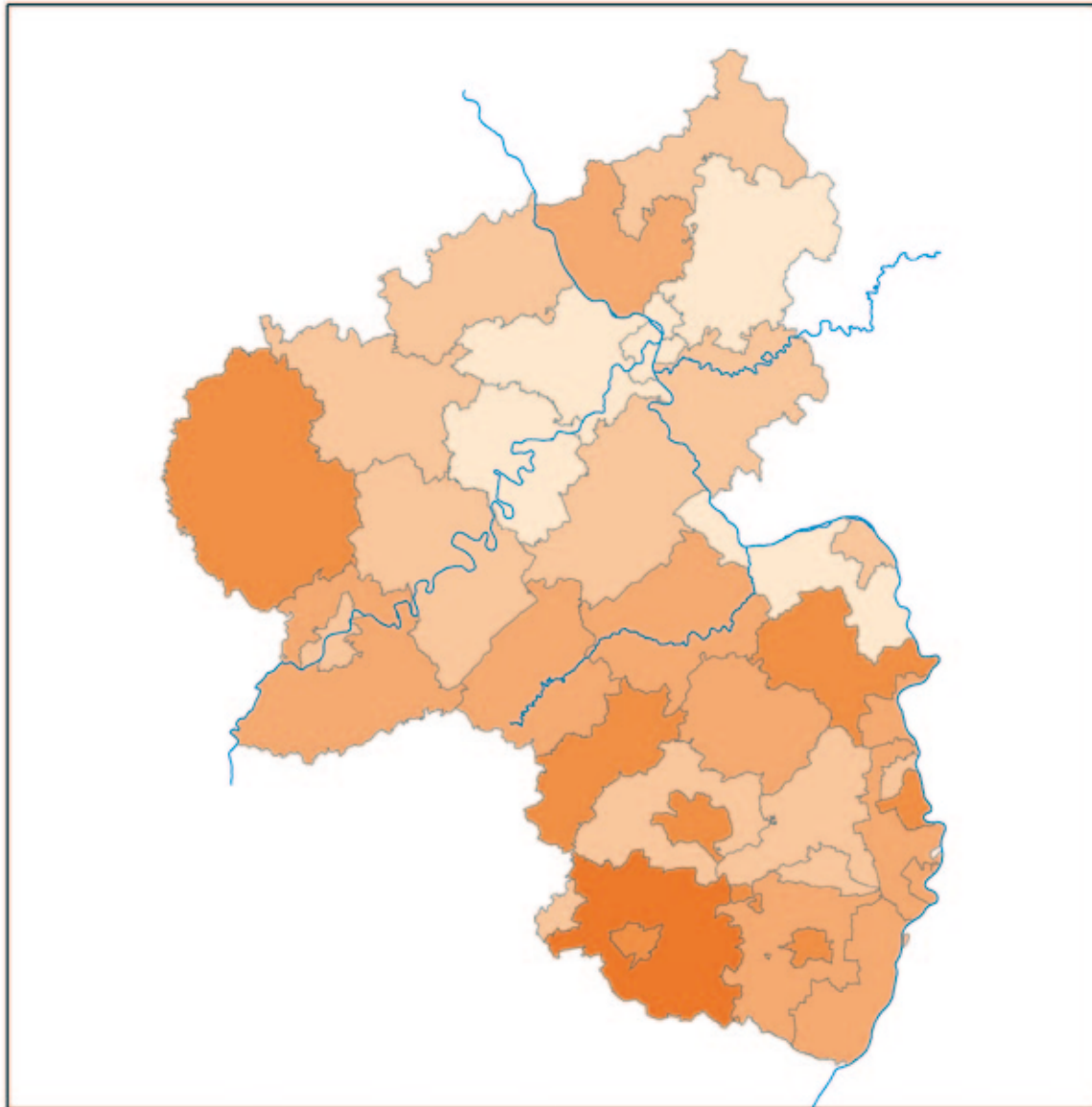
4.3.5 BESONDERE TÄTIGKEITSFORMEN UND LEISTUNGSSPEKTREN

Für einen im Vergleich zu anderen Fachgruppen sehr hohen Anteil an Urologen ist die Betreuung von Belegbetten und das Erbringen stationärer Leistungen in Krankenhäusern ein bedeutender Bestandteil ihrer ärztlichen Tätigkeit. Aktuell sind 47 rheinland-pfälzische Vertragsurologen als Belegärzte tätig, ein Drittel der gesamten Fachgruppe. Insgesamt betreuen diese 248 Betten. Die im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit stationär behandelten Fälle umfassen insgesamt etwa zwei Prozent der Gesamtfallzahl der Fachgruppe. Gemessen an den durch die Urologen mit der KV abgerechneten Gesamtvolumina entfallen durchschnittlich elf Prozent je Quartal auf die stationären Leistungen.






Bestandteil des urologischen Leistungsspektrums sind unter anderem auch operative Leistungen, die neben sogenannten kleinchirurgischen Eingriffen auch größere Eingriffe, teils endoskopisch oder mit Bildwandlertechnologie umfassen. Von kleinchirurgischen Operationen abgesehen, können diese Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht werden. Im Verlaufe der letzten Jahre wurden im Schnitt je Quartal 1.825 solcher Leistungen erbracht (bei einer Standardabweichung von 118), davon 70 Prozent belegärztlich (stationär).



Abbildung 4.6: Durchschnittliche Quartalsfallzahlen je Versorgungsauftrag (Vollzeitäquivalent), Fachgruppe Urologie (Stand: 1. Quartal 2011)



Quartalsfallzahl pro Versorgungsauftrag

-  bis 900
-  901 bis 1.100
-  1.101 bis 1.300
-  über 1.300
-  kein Vertragsarztsitz vorhanden

0 10 20 40 Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



Einen weiteren Schwerpunkt im Leistungsspektrum einiger Vertragsurologen bildet die Betreuung von krebskranken Patienten. Zum Ziel der Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung von Krebspatienten als Alternative und Ergänzung der stationären Versorgung wurde auf Bundesebene eine Onkologievereinbarung erarbeitet.²⁹ Diese bildet einen Anhang zu den die vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung regelnden Bundesmantelverträgen. Den beteiligten Vertragsärzten, welche über besondere Qualifikationen verfügen, kommen dabei Aufgaben sowohl in der Durchführung onkologischer Behandlung als auch in deren Koordination und Leitung entsprechend eines Therapieplanes zu. Ergänzend zu diesen bundesweiten Regelungen hat die KV RLP mit den rheinland-pfälzischen Kassenverbänden eine Vereinbarung getroffen, die es unter anderem auch Urologen ermöglicht, als onkologisch qualifizierte Ärzte weiterhin tätig zu sein. Mit Stand Oktober 2011 nahmen auf dieser Basis insgesamt 91 Urologen an der ambulanten onkologischen Versorgung teil.

4.4 DIE PATIENTENSCHAFT

4.4.1 ANZAHL, GESCHLECHT

Im ersten Abrechnungsquartal 2011 nahmen insgesamt 124.504 Patienten durch Vertragsurologen in Rheinland-Pfalz erbrachte Leistungen in Anspruch. Im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum des Jahres 2006 erfolgte eine Steigerung von durchschnittlich 2,1 Prozent jährlich, wobei diese Steigerung jedoch nicht kontinuierlich und linear, sondern mit deutlichen Schwankungen verlief.³⁰ Mit Ausnahme von 2008, als es einen leichten Rückgang zu verzeichnen gab, erfolgte aber in allen Jahren eine Steigerung gegenüber den Vorjahreszahlen. So wurden im ersten Quartal 2011 insgesamt 12.157 Patienten mehr gezählt als fünf Jahre zuvor (vgl. Abb. 4.7).

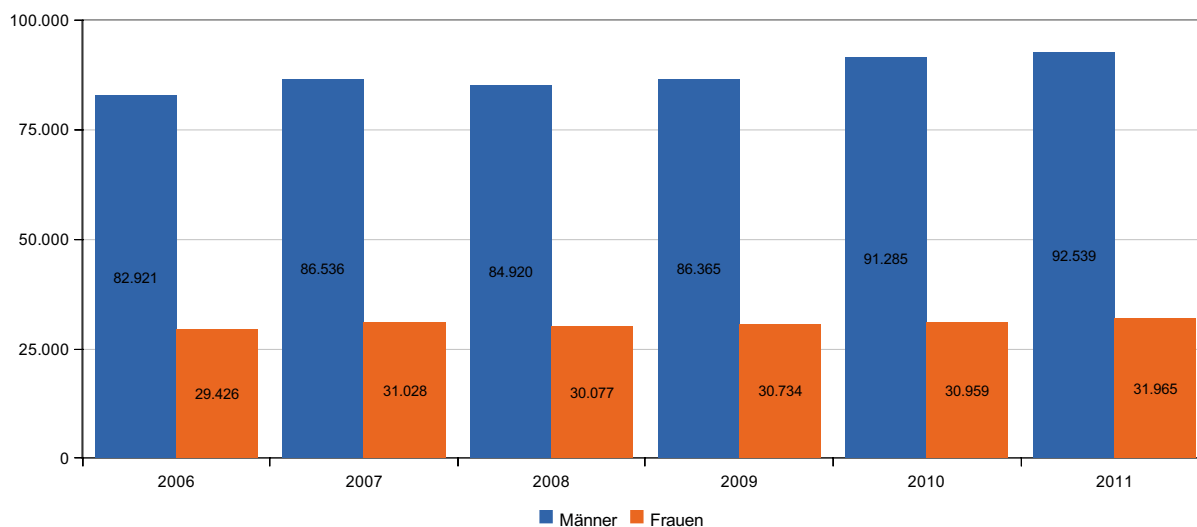
Dass die Fachgruppe keineswegs eine ausschließlich männliche Patientenschaft betreut, belegt ein Anteil von etwa 26 Prozent Frauen gemessen an der Gesamtheit der Urologiepatienten. Dieser Anteil blieb über die letzten fünf Jahre nahezu konstant, was bedeutet, dass die absolute Anzahl an Frauen, die einen Urologen aufsuchten, in vergleichbarem Maße wuchs wie die der Männer.

²⁹ GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten. Berlin.

³⁰ Die Begrenzung des Betrachtungszeitraumes auf ein Quartal bewirkt eine Minimierung der sogenannten „Verdünnungsquote“. Diese bezeichnet den Anteil der etwa durch den Wechsel der Krankenkasse innerhalb des Untersuchungszeitraumes bedingt mehrfach gezählten Patienten, was zu mitunter gegenüber der Realität deutlich überhöhten Patientenzahlen führen kann. Eine exakte Quantifizierung dieses Fehlers kann zwar nicht erfolgen, dürfte aber in der Betrachtung von einzelnen Quartalen vernachlässigt werden.



Abbildung 4.7: Entwicklung der Patientenzahlen von 2006 bis 2011, Fachgruppe Urologie



4.4.2 ALTERSSTRUKTUR

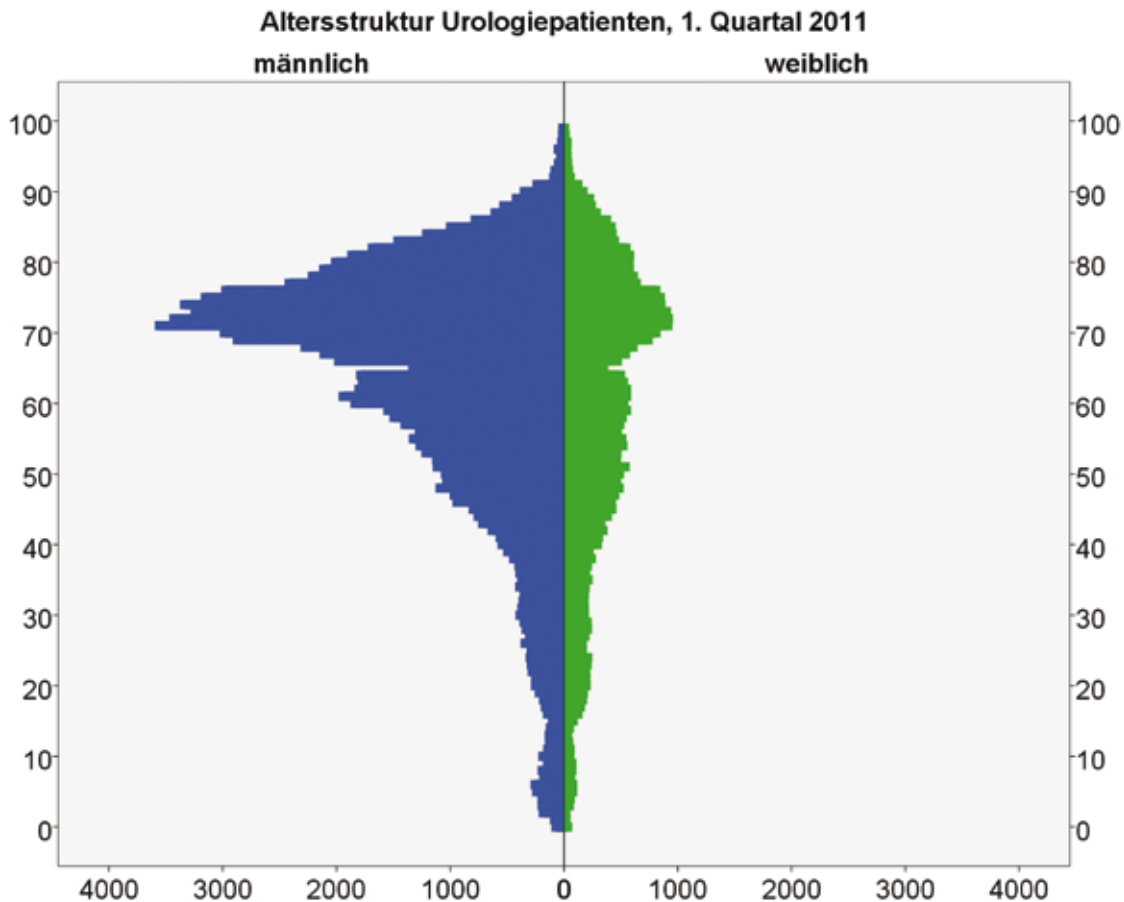
Die Alterspyramide der Patienten zeigt sehr deutlich, wie ausgeprägt die altersbedingte Zunahme der Inanspruchnahme urologischer Versorgung ist (vgl. Abb. 4.8). Lediglich zehn Prozent aller Patienten, die im ersten Quartal 2011 einen Urologen aufsuchten, waren Personen in einem Alter bis 35 Jahre. Die Hälfte aller Patienten dagegen war zwischen 60 und 80 Jahre alt. Alleine auf die Gruppe der 70- bis 79-Jährigen entfielen 29,9 Prozent. Die deutliche Abnahme der absoluten Häufigkeiten ab einem Alter jenseits des 75. Lebensjahres ist in erster Linie den Häufigkeiten in der entsprechenden Grundgesamtheit der Bevölkerung geschuldet, wie sich im Rahmen der Betrachtung der Inanspruchnahmeraten noch zeigen wird.

Eine grundlegende Veränderung der Altersstruktur über den Untersuchungszeitraum von 2006 bis 2011 konnte nicht festgestellt werden. Allerdings trat, ähnlich wie in der psychotherapeutisch versorgten Patientenschaft, eine messbare Alterung ein. So stieg binnen fünf Jahren das mittlere Alter (Median) der Patienten von 65 auf 67 Jahre. Die bereits genannte Zunahme der absoluten Patientenzahlen ist vor allem auf einen erheblichen numerischen Anstieg der Patienten höheren Alters, namentlich ab dem 70. Lebensjahr zurückzuführen. So nahmen 2011 im Vergleich zu fünf Jahren zuvor alleine in dieser Altersgruppe 13.023 Personen mehr urologische Versorgung in Anspruch, was einem Zuwachs von 31,5 Prozent entspricht. Die größten Steigerungen gab es dabei in der Altersklasse der 80- bis 89-Jährigen (+ 41,6 Prozent, vgl. Tab. 4.4). Im Gegenzug war die Zahl der jüngeren Patienten deutlich rückläufig: Bei den unter 40-Jährigen sank die Patientenzahl um 2.011 Personen (- 11,5 Prozent).

Diese Daten zeigen, wie bedeutsam die Versorgung älterer bis hochbetagter Patienten in der Fachgruppe ist und umgekehrt, welche Bedeutung der Fachgruppe für die medizinische Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung bereits heute zukommt und in Zukunft noch zukommen wird.



Abbildung 4.8: Altersstruktur der Urologiepatienten



4.4.3 INANSPRUCHNAHMERATEN

Die Inanspruchnahme- oder Patientenrate ist das Maß dafür, wie hoch der Anteil der GKV-Patienten an der Einwohnerzahl einer Altersklasse ist. Diese Quote stellt nicht nur den zentralen Parameter für die anschließend dargestellte Schätzung der zukünftigen Patientenzahlen dar, sondern eignet sich auch zur Beschreibung des Versorgungsbedarfs in Gegenwart und Vergangenheit.

Insgesamt nahmen im ersten Quartal 2011 3,1 Prozent aller Rheinland-Pfälzer Leistungen durch Vertragsurologen in Anspruch, gegenüber einer Rate von 2,8 Prozent im Jahr 2006. Der mittlere jährliche Anstieg über die Gesamtbevölkerung betrug in diesem Zeitraum 0,07 Prozent, was in etwa der Größenordnung der auch für die psychotherapeutischen Leistungen festgestellten Bedarfssteigerung entspricht.

Wie bereits in der Beschreibung der absoluten Patientenzahlen deutlich wurde, ist die altersspezifische Leistungsanspruchnahme sehr unterschiedlich. In der bis 20 Jahre alten Bevölkerung sind weniger als ein Prozent aller Einwohner als Urologiepatienten zu bezeichnen. Dieser Anteil steigt in der Folge mit zunehmendem Lebensalter jedoch erheblich. In der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen konsultierten im ersten Abrechnungsquartal 2011 9,3 Prozent der Rheinland-



Pfälzer einen Urologen. In einzelnen Jahrgängen liegt die jahresspezifische Patientenrate sogar bei über zehn Prozent der Gesamtbevölkerung, in Bezug auf die männliche Einwohnerschaft gar bei nahezu 20 Prozent.

Ein leichter Rückgang der Inanspruchnahme war seit 2006 bei den numerisch weniger bedeutenden jüngeren Personen, und darüber hinaus nur in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen zu verzeichnen. In allen anderen Altersklassen stieg die Rate mehr oder weniger deutlich an.

Für die nachfolgende Schätzung wurde aufgrund der insbesondere auf regionaler Ebene mit entsprechend geringeren Fallzahlen gegebenen Unsicherheiten hinsichtlich der zu erwartenden Altersverteilung innerhalb der Bevölkerung des Jahres 2020 eine Klassifizierung in lediglich vier Gruppen zugrunde gelegt. Für diese ergaben sich seit 2006 mittlere jährliche Veränderungen von - 0,01 Prozent (unter 18 Jahre) bis hin zu + 0,17 Prozent (65 Jahre und älter).

Tabelle 4.4: Entwicklung der Patientenzahlen und Inanspruchnahmeraten 2006 bis 2011 nach Altersklassen, Fachgruppe Urologie

Altersklasse	2006			2011			Entwicklung der Patientenzahl	
	Anzahl der Patienten	Anteil der Altersklasse	Inanspruchnahmerate	Anzahl der Patienten	Anteil der Altersklasse	Inanspruchnahmerate	absolut	prozentual
0 bis 9	2.966	2,64	0,78	2.239	1,8	0,67	-727	-24,51
10 bis 19	2.608	2,32	0,56	2.412	1,94	0,56	-196	-7,52
20 bis 29	4.800	4,27	1,06	4.882	3,92	1,04	82	1,71
30 bis 39	7.073	6,3	1,27	5.903	4,74	1,31	-1.170	-16,54
40 bis 49	10.939	9,74	1,63	11.893	9,55	1,78	954	8,72
50 bis 59	14.762	13,14	2,82	17.784	14,28	2,99	3.022	20,47
60 bis 69	27.879	24,82	5,93	25.048	20,12	5,84	-2.831	-10,15
70 bis 79	28.991	25,8	8,35	37.262	29,93	9,31	8.271	28,53
80 bis 89	11.044	9,83	6,92	15.641	12,56	8,12	4.597	41,62
90+	1.285	1,14	4,01	1.440	1,16	4,44	155	12,06
Gesamt	112.347		2,77	124.504		3,11	12.157	10,82

4.4.4 REGIONALE DIFFERENZIERUNG

Die räumliche Variabilität der aktuellen Patientenraten umfasst eine Spannweite von 3,8 Prozent. Der Kreis mit der niedrigsten Inanspruchnahme ist der Kreis Altenkirchen (2,02 Prozent), der höchste Wert wird im Eifelkreis Bitburg-Prüm gemessen (5,83 Prozent, vgl. Tab. 4.5).

Regressionsanalysen ergaben erstaunlich geringe Determinationskoeffizienten zwischen der Inanspruchnahmerate und der Altersstruktur oder der Raumordnungstypisierung der jeweiligen Kreise. Dies bedeutet, dass auf regionaler Ebene ein eindeutiger linearer Zusammenhang zwischen dem Anteil der Urologiepatienten in der Bevölkerung und



den genannten Charakteristika der Bevölkerungs- oder Raumstruktur nicht nachgewiesen werden konnte. Erneut ergibt sich ein überregionales Verteilungsmuster im Sinne überdurchschnittlich hoher Patientenraten im Süden und im äußersten Westen des Landes, während die nordöstlichen Landesteile verhältnismäßig geringe Anteile an Urologiepatienten beheimaten.

Tabelle 4.5: Patientenzahl und Patientenrate nach Kreisen, Fachgruppe Urologie

Kreis	Patientenzahl		Veränderung 2006 bis 2011		Inanspruchnahmerate	
	2006	2011	prozentual	absolut	2006	2011
Koblenz, Stadt	2.530	2.691	6,4	161	2,38	2,53
Ahrweiler	3.323	3.563	7,2	240	2,55	2,8
Altenkirchen	2.759	2.661	-3,6	-98	2,02	2,02
Bad Kreuznach	3.317	4.291	29,4	974	2,1	2,76
Birkenfeld	2.187	2.310	5,6	123	2,49	2,78
Cochem-Zell	1.629	2.179	33,8	550	2,48	3,44
Mayen-Koblenz	5.062	5.894	16,4	832	2,37	2,8
Neuwied	4.700	4.982	6	282	2,54	2,75
Rhein-Hunsrück-Kreis	2.175	2.697	24	522	2,06	2,64
Rhein-Lahn-Kreis	2.690	2.842	5,7	152	2,1	2,3
Westerwaldkreis	4.732	5.120	8,2	388	2,32	2,58
Trier, Stadt	3.391	3.590	5,9	199	3,4	3,41
Bernkastel-Wittlich	3.057	3.420	11,9	363	2,68	3,08
Bitburg-Prüm	4.418	5.480	24	1.062	4,6	5,83
Vulkaneifel	1.375	1.665	21,1	290	2,16	2,72
Trier-Saarburg	4.861	5.501	13,2	640	3,47	3,88
Frankenthal, Stadt	1.306	1.402	7,4	96	2,77	3
Kaiserslautern, Stadt	3.907	4.349	11,3	442	3,97	4,38
Landau, Stadt	1.068	1.143	7	75	2,54	2,62
Ludwigshafen, Stadt	6.289	6.528	3,8	239	3,85	3,97
Mainz, Stadt	4.787	5.485	14,6	698	2,46	2,75
Neustadt a.d.W., Stadt	1.628	1.596	-2	-32	3,04	3,02
Pirmasens, Stadt	1.595	1.662	4,2	67	3,7	4,12
Speyer, Stadt	1.377	1.362	-1,1	-15	2,73	2,73
Worms, Stadt	2.577	2.692	4,5	115	3,16	3,29
Zweibrücken, Stadt	1.080	1.206	11,7	126	3,07	3,55
Alzey-Worms	4.401	4.553	3,5	152	3,48	3,65
Bad Dürkheim	3.622	3.918	8,2	296	2,68	2,95
Donnersbergkreis	2.434	2.776	14,1	342	3,09	3,66
Germersheim	2.235	3.138	40,4	903	1,78	2,51



Kreis	Patientenzahl		Veränderung 2006 bis 2011		Inanspruchnahmerate	
	2006	2011	prozentual	absolut	2006	2011
Kaiserslautern	3.839	4.564	18,9	725	3,52	4,33
Kusel	1.880	2.454	30,5	574	2,46	3,38
Südliche Weinstraße	3.172	3.176	0,1	4	2,87	2,91
Rhein-Pfalz-Kreis	4.484	4.835	7,8	351	3,01	3,26
Mainz-Bingen	4.881	5.373	10,1	492	2,43	2,66
Südwestpfalz	2.852	3.406	19,4	554	2,76	3,44
RLP gesamt	111.620	124.504	11,5	12.884	2,75	3,11

Im Verlaufe der zurückliegenden Jahre entwickelten sich die Patientenzahlen und -raten landesweit mitunter recht unterschiedlich. In einer Vielzahl an Kreisen und kreisfreien Städten war eine mehr oder weniger deutliche Zunahme der Patientenzahlen festzustellen. Die höchsten Steigerungen erfolgten in den Kreisen Germersheim (+ 40,4 Prozent), Cochem-Zell (+ 33,8 Prozent) und Kusel (+ 30,5 Prozent). Dem gegenüber verzeichneten der Kreis Altenkirchen (- 3,6 Prozent) sowie die Städte Neustadt an der Weinstraße (- 2 Prozent) und Speyer (- 1,1 Prozent) leichte Rückgänge. In insgesamt 23 Kreisen und Städten waren Anstiege von bis zu 15 Prozent feststellbar.

Dementsprechend variierte auch die Entwicklung der Inanspruchnahmerate. Abgesehen von geringen Rückgängen in Neustadt und dem Kreis Altenkirchen kam es in allen übrigen Regionen zu einer Steigerung der relativen Häufigkeit der Urologiepatienten. Am deutlichsten waren diese Anstiege im Eifelkreis Bitburg-Prüm (+ 1,23 Prozent) sowie in Cochem-Zell und Kusel mit jeweils mehr als 0,9 Prozent Zunahme. Insgesamt ist die Variabilität der Patientenrate größer geworden. Unterschiede scheinen sich zu manifestieren zwischen Regionen, in denen ein geringerer Anteil der Bevölkerung urologische Leistungen in Anspruch nimmt und jenen, in denen relativ viele Bewohner einen Urologen aufsuchen.

4.5 SCHÄTZUNG DER PATIENTENZAHLEN 2020

Analog zur Schätzung der Patientenzahlen für die Fachgruppe der Psychotherapeuten erfolgt auch die in der Folge dargestellte Hochrechnung der für das Jahr 2020 zu erwartenden Patientenzahlen auf Basis der altersklassenspezifischen Patientenrate, deren zwischen 2006 und 2011 festgestellte mittlere jährliche Veränderung für den Schätzzeitraum als konstant angenommen wird. Es erfolgt eine Klassifizierung in vier Altersklassen. Auf Grundlage der somit interpolierten Patientenraten 2020 und der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes wird das zukünftige landesweite Patientenaufkommen geschätzt.³¹

4.5.1 LAND RLP: ANZAHL, VERÄNDERUNGSRATEN

Die Inanspruchnahmerate für die Fachgruppe der Urologen entwickelte sich in den vergangenen Jahren in den vier Altersklassen sehr unterschiedlich. Im Gegensatz zu den übrigen Lebensaltern sank der Anteil der Urologiepatienten unter Kindern und Jugendlichen leicht. Unter Fortschreibung dieses Trends ist zu erwarten, dass im Jahr 2020 nur etwas

³¹ Zur Problematik der in diese Schätzung eingeflossenen Parameter und der zugrunde gelegten Modellannahmen: siehe Kapitel 3.5.



weniger als 0,5 Prozent der entsprechenden Bevölkerungsgruppe durch Vertragsurologen zu erbringende Leistungen in Anspruch nehmen werden. In Verbindung mit dem für diese Altersklasse prognostizierten deutlichen Bevölkerungsrückgang ergeben sich sehr deutlich abnehmende Patientenzahlen: Der Rückgang wird auf etwa 25 Prozent geschätzt. Es resultiert eine Patientenzahl von zirka 2.900 Kindern und Jugendlichen. Wie bereits in der Vergangenheit wird diese Altersklasse für die urologische Gesamtpatientenschaft eine untergeordnete Rolle spielen.

Unter den 18- bis 44-Jährigen war zwischen 2006 und 2011 zwar ein leichter Anstieg der Patientenrate zu verzeichnen, bedingt durch den deutlichen Bevölkerungsrückgang in diesem Bereich resultierten daraus jedoch geringere absolute Patientenzahlen. Da sich laut Statistischem Landesamt das Sinken der Einwohnerzahlen dieser Altersklasse bis 2020 sogar noch leicht beschleunigen dürfte, ist damit zu rechnen, dass auch in dieser Gruppe die Patientenzahlen rückläufig sein werden, wenn auch in deutlich moderaterem Umfang als bei Kindern und Jugendlichen. Selbst bei einer auf einen Wert von 1,23 Prozent steigenden Inanspruchnahme dürfte die Zahl der Urologiepatienten unter den 18- bis 44-Jährigen um 8,6 Prozent auf eine Summe von knapp 15.000 zurückgehen.

Eine gänzlich andere Entwicklung charakterisiert die beiden höheren Altersklassen. Es ist mit steigendem Lebensalter nicht nur eine Erhöhung der Inanspruchnahmerate zu verzeichnen, sondern auch ein im Zeitverlauf sehr deutlicher weiterer Anstieg dieser Rate. In der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen, von denen im ersten Quartal 2006 noch 2,9 Prozent der Rheinland-Pfälzer entsprechenden Alters einen Urologen konsultierten, erfolgte in den anschließenden Jahren eine Steigerung der Patientenrate um 0,04 Prozent. Hochgerechnet ergibt sich daraus ein Patientenanteil von nahezu 3,5 Prozent an der Altersklassenbevölkerung im Jahr 2020. Es handelt sich hierbei um eine gemäß Bevölkerungsvorausberechnung weiterhin wachsende Altersgruppe. Die Anzahl an Patienten pro Quartal dürfte somit auf über 41.000 steigen.

Die bei weitem stärksten Zunahmen jedoch wird es in der Gruppe der über 64-Jährigen geben. Die Bevölkerungsprognose sieht in dieser Altersklasse die am stärksten wachsende Einwohnergruppe. Es wird erwartet, dass 2020 die Zahl der Rheinland-Pfälzer dieses Alters etwa zehn Prozent über dem heutigen Wert liegen wird. Bei einer Inanspruchnahmerate von 7,4 Prozent (2006) und festgestellten jährlichen Steigerungen dieser Rate um 0,165 Prozent ergibt die durchgeführte Schätzung, dass im Schätzzeitraum die Inanspruchnahme auf 9,7 Prozent, die Patientenzahl gar um fast 30 Prozent auf eine Zahl von etwa 88.000 Patienten pro Quartal steigen dürfte. Voraussichtlich werden 2020 fast 60 Prozent aller urologischen Patienten ein Alter von 65 Jahren erreicht oder überschritten haben.

Aus den geschilderten Entwicklungen und Schätzungen auf Ebene der Altersklassen ergibt sich für die Gesamtzahl der zu erwartenden Patienten eine Zahl von zirka 147.000, was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung um etwa zwei Prozent entspricht.



Tabelle 4.6: Geschätzte Inanspruchnahmeraten und Patientenzahlen 2020 nach Altersklassen, Fachgruppe Urologie

		Altersklasse				Gesamtbevölkerung
		0 bis U18	18 bis U45	45 bis U65	65+	
Patientenrate	2006	0,643	1,221	2,917	7,385	2,768
	2011	0,585	1,225	3,118	8,212	3,11
	2020	0,481	1,232	3,479	9,7	3,753
	mittlere jährliche Änderung	-0,012	0,001	0,04	0,165	0,068
Patientenzahl	2006	4.813	17.784	30.771	58.979	112.347
	2011	3.922	16.358	36.615	67.609	124.504
	2020	2.928	14.959	41.625	87.795	147.308
Entwicklung 2011 bis 2020	absolut	-994	-1.399	5.010	20.186	22.804
	prozentual	-25,34	-8,55	13,68	29,86	18,32

4.5.2 ANZAHL, VERÄNDERUNGSRATEN NACH KREISEN

Im Vergleich zur Schätzung der Patientenzahlen auf Landesebene ist die Detailbetrachtung auf Kreisebene mit einer sehr viel größeren Unsicherheit behaftet bezüglich der zu erwartenden Eingangsparameter wie zukünftiger Einwohnerzahl und -struktur sowie der räumlichen Variabilität der Inanspruchnahmeraten.

Während bei der Schätzung der Psychotherapiepatienten bewusst existierende räumliche Unterschiede in den aktuellen Inanspruchnahmeraten für die Hochrechnung außer Acht gelassen wurden, werden in der Analyse für die Urologiepatienten derzeit festzustellende regionale Charakteristika berücksichtigt. Grund hierfür ist in erster Linie die deutlich größere Streuung der aktuellen urologischen Patientenraten. Diese regionalen Unterschiede unterlagen in den vergangenen Jahren zwar Veränderungen hinsichtlich ihrer Höhe, die räumlichen Muster jedoch blieben manifest, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich diese auch im Verlaufe der nächsten Jahre nicht vollkommen nivellieren dürften. Die Ursachen der räumlichen Variabilität werden im Rahmen weiterer Untersuchungen zu klären sein.

Die Schätzung der kreisweiten zukünftigen Patientenzahlen erfolgte deshalb mittels einer mehrstufigen Methodik. Zunächst wurden Patientenzahlen für alle Kreise anhand der landesweit ermittelten altersklassenspezifischen Inanspruchnahmeraten und der Bevölkerungsvorausberechnung ermittelt. Diese entsprechen methodisch der im Kapitel zur psychotherapeutischen Versorgung vorgestellten Schätzung und wurden mittels folgender Systematik ermittelt:

$$PK_{2020_n} = \sum_{Ak=1}^4 EK(Ak)_{2020} / 100 * \frac{PL_{2020}(Ak)}{EL_{2020}(Ak) * 100}$$

(mit: P=Patientenzahl; E=Einwohnerzahl; L=Land; K=Kreis; Ak=Altersklasse; _n=nicht adjustiert)

In einem zweiten Schritt wurde eine regionaladjustierte Schätzung vorgenommen, die die aktuell festzustellenden regionalen Unterschiede der Inanspruchnahmeraten weiterhin fortschreibt. Dabei wurde die geschätzte Patientenzahl ermittelt über das Produkt der prognostizierten altersklassenübergreifenden Gesamt-Einwohnerzahl mit der aktuellen relativen Abweichung der kreisweiten von der landesweiten Gesamtinanspruchnahmerate:



$$PK_{2020_a} = \frac{EK_{2020}}{100} * \left(RL_{2020_n} + RL_{2020_n} * \frac{RK_{2011} - RL_{2011}}{RL_{2011}} \right)$$

(mit: R=Inanspruchnahmerate; _a=regionaladjustiert)

In einem dritten Schritt wurde der Mittelwert zwischen nicht adjustierter und adjustierter kreisweiter Patientenzahl ermittelt. Anschließend wurden Rundungsdifferenzen zwischen der Patientenzahl auf Landesebene und der Summe der Kreispatientenschaften anhand der relativen Bedeutung der Zahl der Patienten im Kreis für die Gesamtzahl auf Landesebene korrigiert. Das erzielte Ergebnis ist eine Schätzung auf der Annahme, dass sich landesweit feststellbare Veränderungen in der Inanspruchnahmerate auch in den Kreisen auswirken, gleichzeitig sich aktuell feststellbare räumliche Unterschiede zwar verringern, aber nicht gänzlich nivellieren werden.

Die Patientenraten in den rheinland-pfälzischen Kreisen und kreisfreien Städten werden gemäß dieses Schätzmodells im Jahr 2020 zwischen 3,1 und 5,4 Prozent liegen. Weiterhin die höchsten Inanspruchnahmeraten werden demnach der Eifelkreis Bitburg-Prüm, Pirmasens sowie Stadt und Landkreis Kaiserslautern aufweisen. Aufgrund der postulierten landesweiten Entwicklung wird in Bitburg-Prüm (- 11 Prozent) und der Stadt Kaiserslautern (- 5 Prozent) mit Rückgängen der absoluten Patientenzahlen zu rechnen sein. Die hochgerechneten Veränderungen in Ludwigshafen, Pirmasens und dem Landkreis Kaiserslautern werden nur sehr gering sein (weniger als 2,5 Prozent gegenüber 2011). Alle übrigen Regionen werden Anstiege der Patientenzahlen zu verzeichnen haben, die jedoch sehr unterschiedlich ausfallen werden. Während etwa in Trier, Trier-Saarburg und Zweibrücken nur leichte Steigerungen von unter zehn Prozent erwartet werden, können im Osten des Landes Zuwächse von mitunter deutlich über 30 Prozent erreicht werden. Im Kreis Altkirchen sowie im Rhein-Lahn-Kreis ergeben die Schätzungen für das Jahr 2020 sogar um mehr als 40 Prozent höhere Patientenzahlen als aktuell. Die höchsten Steigerungen der absoluten Zahlen sind in den bevölkerungsreichen Kreisen Mainz-Bingen, Mayen-Koblenz und dem Westerwaldkreis zu erwarten, wo der Schätzung zufolge pro Quartal jeweils über 1.500 Patienten mehr einen Urologen aufsuchen werden als dies noch 2011 der Fall war.

Auch bei weiterhin bestehenden Niveauunterschieden in den Inanspruchnahmeraten kann generell davon ausgegangen werden, dass, von Ausnahmen abgesehen, die Anstiege der Patientenzahlen in den östlichen Landesteilen deutlicher ausfallen werden als im Westen (vgl. Abb. 4.9). In den größeren Städten des Landes werden die Zunahmen nur in wenigen Fällen höher als 20 Prozent sein. Die bereits geschilderten möglichen Abweichungen zwischen realer und prognostizierter Bevölkerungsentwicklung können jedoch zu weiteren Verschiebungen führen. So könnten beispielsweise die sich abzeichnenden stärkeren Rückgänge der Bevölkerung in ländlichen Räumen und die mitunter deutlich positivere Entwicklung in Hochschulstandorten, vor allem bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen, zu regional von dieser Schätzung abweichenden Resultaten führen.

4.6 FAZIT

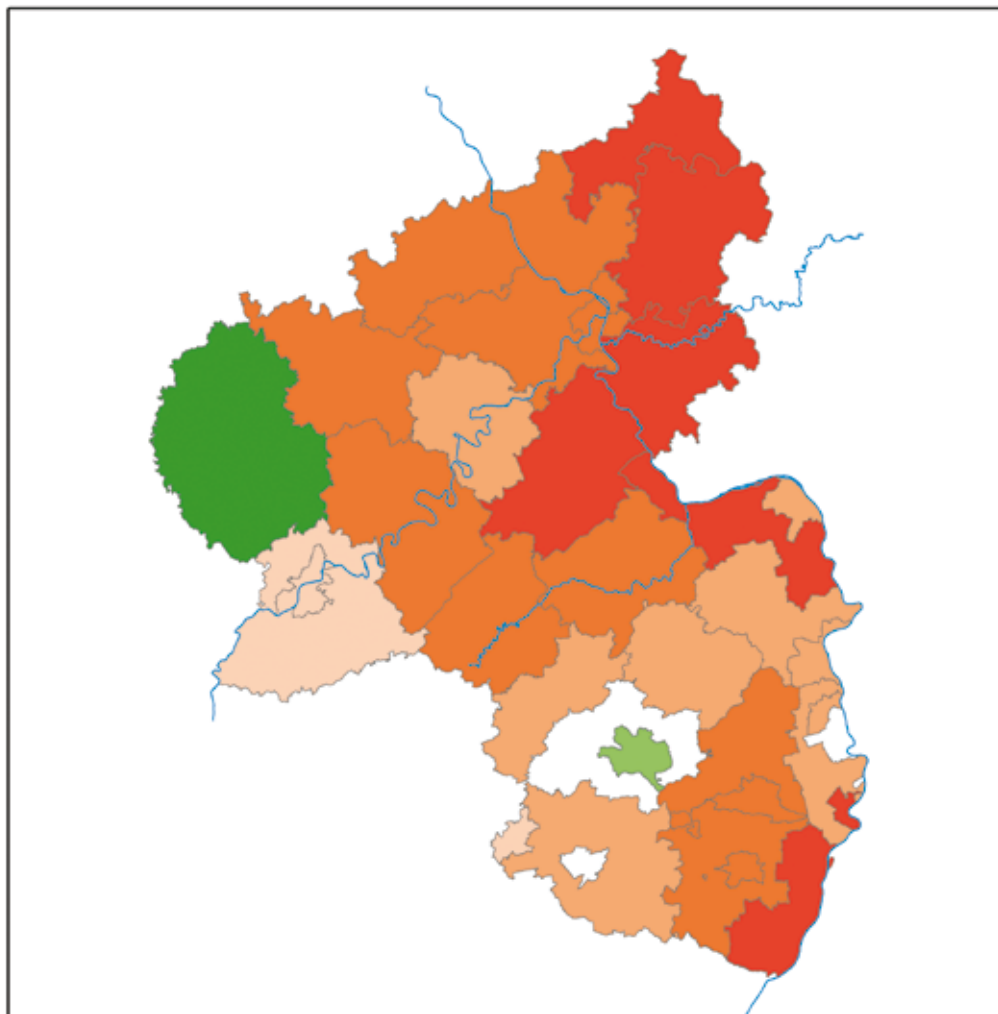
Es wurde eine detaillierte Analyse der aktuellen vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen sowie der Patientenschaft für die Fachgruppe der Urologen durchgeführt und unter Berücksichtigung von Veränderungstendenzen im Verlaufe der vergangenen fünf Jahre eine Schätzung der im Jahre 2020 zu erwartenden Patientenzahlen ermittelt.

Zwar kann auf Basis der derzeitigen Bedarfsplanung für keinen der rheinland-pfälzischen Planungsbereiche eine Unterversorgung festgestellt werden, aufgrund der relativ geringen absoluten Arztzahlen ist allerdings sowohl die



Spannweite der Versorgungsgrade als auch die Auswirkung von möglicherweise eintretenden Veränderungen groß. Bei einer Zahl von mitunter zwei Urologen pro Planungsbereich könnte ein nicht ersetztes Ausscheiden einzelner Ärzte zu Versorgungsproblemen führen. Systembedingt gibt es bereits heute Regionen, in denen kein urologischer Vertragsarztsitz vertreten ist. Zur Verbesserung der Versorgung in solchen Regionen dienen beispielsweise Zweigpraxen.

Abbildung 4.9: Geschätzte Veränderung der Patientenzahlen bis 2020, Fachgruppe Urologie (regionalkorrigierte Schätzung)



Patientenschätzung Urologie (regionalkorrigiert)

-  deutlicher Rückgang (-10 bis -20%)
-  leichter Rückgang (-2,5 bis -10%)
-  stabil (-2,5 bis +2,5%)
-  leichter Anstieg (+2,5 bis +10%)
-  deutlicher Anstieg (+10 bis +20%)
-  starker Anstieg (+20 bis +30%)
-  sehr starker Anstieg (+30 bis +50%)

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP

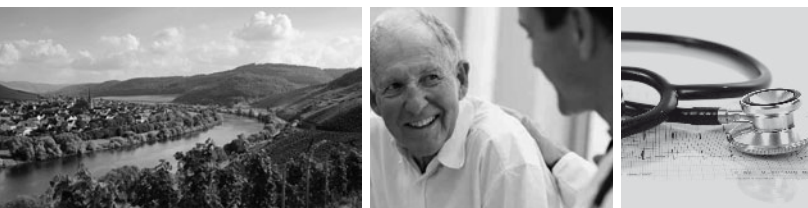


Hinsichtlich der Arztdichten existiert ein sehr deutlich ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle. Dies drückt sich sowohl in den tatsächlichen Verhältniszahlen als auch in der Entfernung zwischen dem Wohnort des Patienten und dem nächstgelegenen sowie dem tatsächlich aufgesuchten Praxisstandort aus. In der Altersstruktur der derzeit tätigen Vertragsärzte zeichnen sich die Urologen im Vergleich zu anderen Fachgruppen durch eine relativ junge Ärzteschaft aus, was sich beispielsweise im hohen Anteil jüngerer Ärzte ausdrückt.

Der überwiegende Teil der Patientenschaft ist männlich. Die Frauenquote beträgt jedoch immerhin 26 Prozent. Die Anzahl der Patienten, die urologische Leistungen in Anspruch nehmen, stieg in den vergangenen Jahren deutlich. Bei mit steigendem Lebensalter deutlich zunehmenden Patientenzahlen und Inanspruchnahmeraten korrespondiert dies mit der festzustellenden Alterung der Gesamtbevölkerung.

Bei den vorhergesagten Zuwächsen der entsprechenden Bevölkerungsgruppen bis 2020 und unter der Annahme, dass die festgestellten Trends sich in den kommenden Jahren fortsetzen werden, muss davon ausgegangen werden, dass die Gesamtzahl der durch Urologen zu versorgenden Patienten sich weiter deutlich erhöhen wird. Auf Landesebene ergibt die durchgeführte Schätzung eine Steigerung um 18,3 Prozent. Regional können hierbei deutliche Abweichungen erwartet werden, von möglicherweise leichten Rückgängen in einzelnen Kreisen bis hin zu Zunahmen um über 40 Prozent in anderen Regionen.

Eine möglichst wohnortnahe, qualitativ hochwertige ambulante Versorgung dürfte somit nur dann gewährleistet werden können, wenn eine Verknappung der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen vermieden werden kann. Angesichts des zu erwartenden Bedarfs scheint im Gegenteil sogar ein weiterer Ausbau dieser Versorgungsstrukturen angezeigt zu sein.



ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1.1 Rheinland-Pfalz.....	6
Abbildung 1.2 Verwaltungseinheiten in Rheinland-Pfalz.....	8
Abbildung 1.3 Bevölkerungsdichten in Rheinland-Pfalz.....	10
Abbildung 1.4 Alterspyramide der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz 2010.....	12
Abbildung 1.5 Altenquotienten in Verbandsgemeinden (2010).....	16
Abbildung 1.6 Entwicklung der Altersstruktur in Rheinland-Pfalz 1950 bis 2020.....	22
Abbildung 2.1: Geschlechterverteilung in ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgungsbereichen.....	28
Abbildung 2.2 Altersstruktur der Vertragsärzte und -psychotherapeuten 2005 und 2011.....	30
Abbildung 2.3: Anteil der über 59-jährigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz (Stand: 30.09.2011).....	32
Abbildung 2.4 Räumliche Verteilung der Zweigpraxen in Rheinland-Pfalz.....	40
Abbildung 2.5: Bereitschaftsdienst-Organisation in Rheinland-Pfalz (Stand 01.01.2012).....	42
Abbildung 3.1: Psychotherapeutendichte in Rheinland-Pfalz (Quartal 04-2010).....	49
Abbildung 3.2 Alter der Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz: Anteil der über 55-Jährigen.....	55
Abbildung 3.3 Durchschnittliche Quartalsfallzahlen je Versorgungsauftrag (Vollzeitäquivalent), Psychotherapeuten.....	56
Abbildung 3.4 Wartezeiten auf ein Erstgespräch bei Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz.....	57
Abbildung 3.5 Patienten in psychotherapeutischer Behandlung, 1. Quartal 2006 bis 1. Quartal 2011.....	59
Abbildung 3.6 Altersstruktur der Patienten in Psychotherapeutischer Behandlung 2006 und 2011.....	60
Abbildung 3.7 Geschätzte Veränderung der Patientenzahlen bis 2020 (alle psychotherapeutischen Leistungen).....	66
Abbildung 3.8 Geschätzte Veränderung der Patientenzahlen bis 2020 (genehmigungspflichtige Psychotherapie).....	67
Abbildung 4.1 Urologische Praxissitze in Rheinland-Pfalz (Stand: 30.09.2011).....	75
Abbildung 4.2 Tatsächliche Verhältniszahlen in Rheinland-Pfalz, Fachgruppe Urologie (Stand: 30.09.2011).....	77
Abbildung 4.3 Entfernung zur nächstgelegenen Urologiepraxis nach Entfernungsklassen.....	78
Abbildung 4.4 Durchschnittliche Zusatzdistanzen der Urologiepatienten (4. Quartal 2010).....	80
Abbildung 4.5: Alter der Urologen in Rheinland-Pfalz: Anteil der über 55-Jährigen (Stand: 30.09.2011).....	84
Abbildung 4.6: Durchschnittliche Quartalsfallzahlen je Versorgungsauftrag (Vollzeitäquivalent), Fachgruppe Urologie (Stand: 1. Quartal 2011).....	86
Abbildung 4.7 Entwicklung der Patientenzahlen von 2006 bis 2011, Fachgruppe Urologie.....	88
Abbildung 4.8 Altersstruktur der Urologiepatienten.....	89
Abbildung 4.9: Geschätzte Veränderung der Patientenzahlen bis 2020, Fachgruppe Urologie (regionalkorrigierte Schätzung).....	96



TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1.1 Städte mit mehr als 50.000 Einwohnern (Stand: 31.12.2010) 9

Tabelle 1.2 Kennzahlen zur Bevölkerungsstruktur der Kreise / kreisfreien Städte (Stand: 31.12.2010)..... 14

Tabelle 1.3 Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen / kreisfreien Städten 2005 bis 2020..... 20

Tabelle 2.1 Versorgungsaufträge nach Fachgruppen 27

Tabelle 2.2 Altersstruktur der Vertragsärzte nach Fachgruppen..... 31

Tabelle 2.3 Ab- und Zugangsstatistik der Vertragsärzteschaft nach Fachgruppen 34

Tabelle 2.4 Entwicklung der Anzahl unterschiedlicher Praxen in Rheinland-Pfalz 37

Tabelle 2.5 Relative Häufigkeit verschiedener Praxisformen nach Fachgruppen 38

Tabelle 3.1 Therapeutenzahlen und Versorgungsgrade nach Bedarfsplanung, Stand September 2011,
 Fachgruppe Psychotherapeuten..... 46

Tabelle 3.2 Minimal- und Realdistanzen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Rheinland-Pfalz..... 51

Tabelle 3.3 Kennzahlen zur Altersstruktur der Vertragspsychotherapeuten in Rheinland-Pfalz 53

Tabelle 3.4 Entwicklung der Patientenzahlen 2006 bis 2011 nach Altersklassen, Fachgruppe Psychotherapie 61

Tabelle 3.5 Entwicklung der Patientenzahlen 2006 bis 2011 nach Kreisen 63

Tabelle 3.6 Geschätzte Inanspruchnahmeraten und Patientenzahlen 2020 nach Altersklasse, Psychotherapie..... 65

Tabelle 4.1 Arztzahlen und Versorgungsgrade nach Bedarfsplanung, Stand September 2011, Fachgruppe Urologie.. 72

Tabelle 4.2 Minimal-, Real- und Zusatzdistanzen in der vertragsurologischen Versorgung in Rheinland-Pfalz..... 81

Tabelle 4.3 Kennzahlen zur Altersstruktur der Vertragsurologen in Rheinland-Pfalz..... 83

Tabelle 4.4 Entwicklung der Patientenzahlen und Inanspruchnahmeraten 2006 bis 2011 nach Altersklassen,
 Fachgruppe Urologie 90

Tabelle 4.5 Patientenzahl und Patientenrate nach Kreisen, Fachgruppe Urologie..... 91

Tabelle 4.6 Geschätzte Inanspruchnahmeraten und Patientenzahlen 2020 nach Altersklassen,
 Fachgruppe Urologie 94



LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

AZ Direct (2009):

AZDR-Soziodemographie Extra Pro.

Barmer GEK (Hrsg.) (2010):

BARMER GEK Arztreport. Schwäbisch Gmünd.

Bausch, F. et al. (2010):

Kooperationen. Möglichkeiten und Wege für Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten. – Beratungsservice für Ärzte 03. Köln.

Bausch, F. et al. (2011):

Gut informiert für den Start in die Praxis. Rahmenbedingungen und Empfehlungen für Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten. – Beratungsservice für Ärzte 01. Köln.

BptK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2011):

Wartezeiten in der Psychotherapie. BptK-Spezial, Juni 2011. Berlin.

Diehl, M. und B. Hartz (2007):

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. – KBV-Fortbildungshefte, Heft 4. Berlin.

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2010):

Bedarfsplanungs-Richtlinie.

GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011):

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten. Berlin.

Günster, C., J. Klose und N. Schmacke (Hrsg.) (2011):

Versorgungs-Report 2011. Stuttgart.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011):

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen. Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2009):

Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 2008. Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2010):

Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009. Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011):

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Berlin.

KV RLP (2010):

Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz. Mainz.



LpB (Landeszentrale für politische Bildung Rheinland-Pfalz) (2009):
Rheinland-Pfalz. Unser Land im Überblick. Mainz.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.) (2009):
GeriatRIekonzept des Landes Rheinland-Pfalz. Mainz.

Pfaff, H. et al. (2011):
Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart.

RKI (Robert Koch Institut) (Hrsg.) (2010):
Depressive Erkrankungen. – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 51. Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009):
Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Berlin

Sarcinelli, U. und J. Stopper (2006):
Demographischer Wandel und Kommunalpolitik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 21-22/2006. Bonn.

Schallock, M., T. Czihal und D. Graf von Stillfried (2009):
Zukünftige vertragsärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen Thüringens. Eine kleinräumige Analyse zum Jahr 2020. Gutachten. Berlin.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder:
Statistikportal. (www.statistikportal.de)

Statistisches Bundesamt Deutschland:
Genesis-Online Datenbank. (www-genesis.destatis.de)

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2007):
Rheinland-Pfalz 2050 – Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung. Bad Ems.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2010):
Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz. Ein Vergleich in Zahlen. Bad Ems.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2010):
Statistisches Jahrbuch 2010. Bad Ems.

Impressum

Herausgeber

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

Konzeption & Text

Thomas Christ,
Ressort Versorgungsforschung,
Abteilung Sicherstellung

Kontakt

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

Bildnachweis

KV RLP,
©Fotolia/LianeM /Alexander Raths
/WavebreakMediaMicro
©iStockphoto/blackwaterimages

Auflage

1000 Exemplare

Umsetzung

4iMEDIA Agenturgruppe
Inhaber: Kay A. Schönewerk
Internet www.4iMEDIA.com

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.

Stand

April 2012