



## ZUKUNFT DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

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

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

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

An der hausärztlichen Versorgung nehmen folgende Arztgruppen teil:

- Allgemeinärzte
- Kinderärzte
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung

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

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

von Vollzeitstellen repräsentieren. Demgegenüber stehen 4.246 Fachärzte und Psychotherapeuten, die einen Versorgungsumfang von 3.692 Vertragsarztsitzen umfassen. Von den 6.962 tätigen Vertragsärzten in Rheinland-Pfalz<sup>3</sup> sind also 39,1 Prozent dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen. Von den insgesamt 6.267 Vertragsarztsitzen sind 41,1 Prozent hausärztlich. Im Jahr 2012 versorgten die Hausärzte mit fast zehn Millionen kurativ ambulanten Fällen etwas mehr als 50 Prozent des gesamten ambulanten Fallvolumens.<sup>4</sup>

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

| KAPITEL 2.1

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

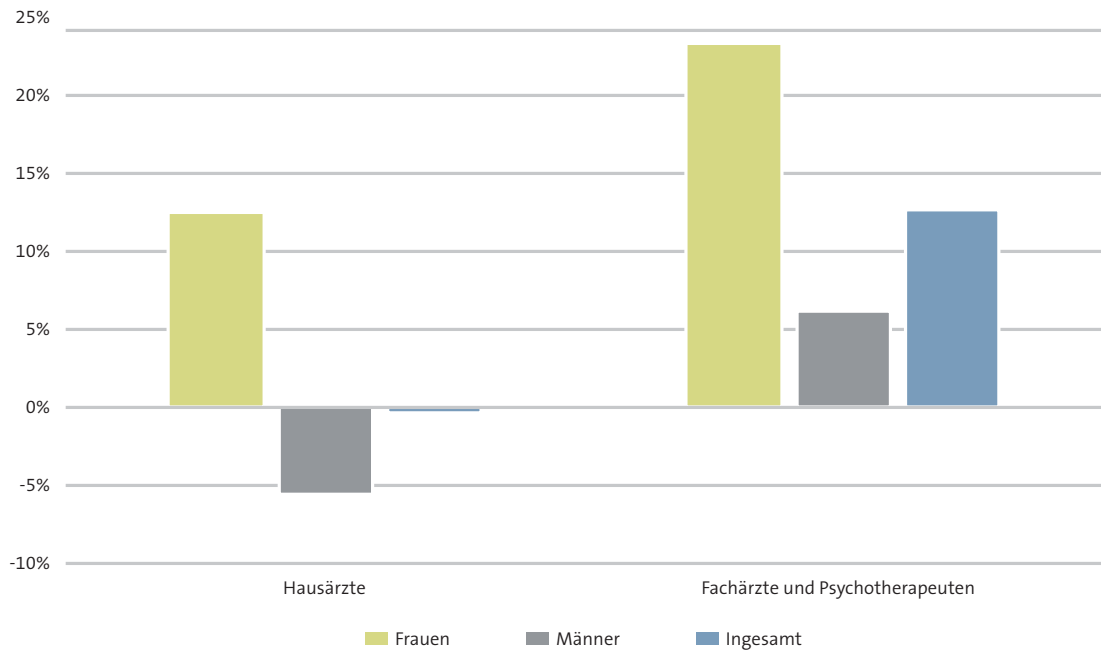
Vor diesem Hintergrund sollen im vorliegenden Versorgungsatlas 2014 folgende Aspekte der hausärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz intensiv betrachtet werden:

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

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

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

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



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

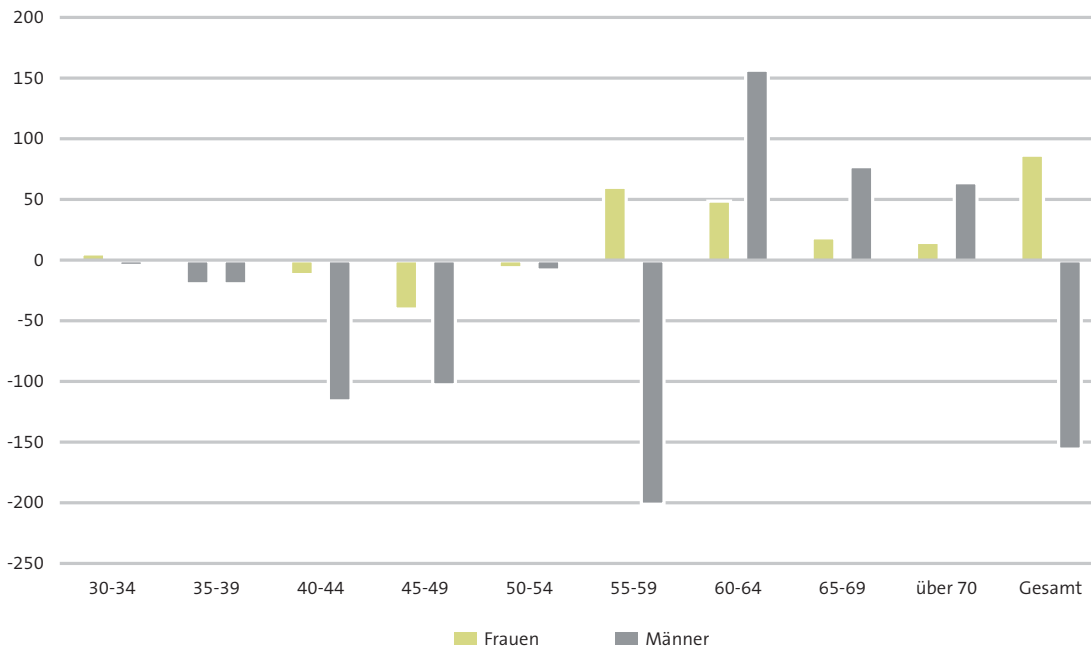
### 2.1 STRUKTURWANDEL DER HAUSÄRZTESCHAFT

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

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



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



**2.1.1 Wandel der Alters- und Geschlechterstrukturen**

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

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

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

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

| ABBILDUNG 2.1

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

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

| ABILDUNG 2.2

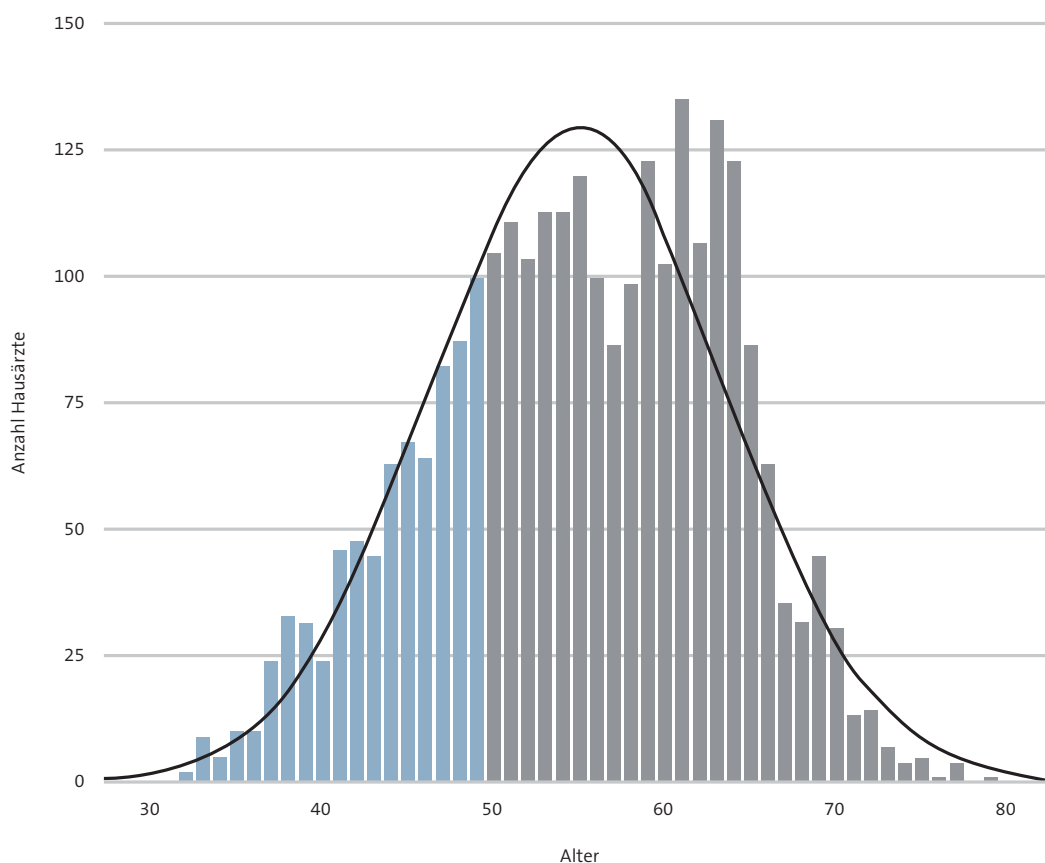
Bei der Verschiebung zwischen den Altersklassen der 55- bis 59-Jährigen und der 60- bis 64-Jährigen handelt es sich zumeist um Vertragsärzte des sogenannten „Seehofer-Bauches“. Durch angekündigte Zulassungssperren des damaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer kam es Anfang der 1990er-Jahre zu einem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

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

| ABILDUNGEN 2.3

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

ABBILDUNG 2.3: ALTERSVERTEILUNG VERTRAGSÄRZTLICH TÄTIGER HAUSÄRZTE 2013





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

| ABBILDUNG 2.5

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

| ABBILDUNG 2.4 UND 2.6

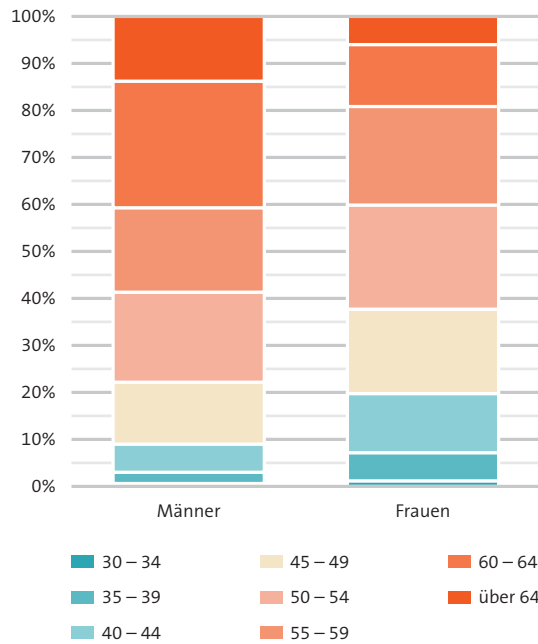
Diese 1.467 Hausärzte müssen altersbedingt bis 2020 ersetzt werden, damit der derzeitige Status quo der hausärztlichen Grundversorgung erhalten werden kann.

Die beschriebene Altersstruktur der Hausärzteschaft in Rheinland-Pfalz hat vor allem zwei Ursachen. Erstens fehlen immer häufiger junge Nachrücker für die ausscheidenden Vertragsärzte. Nur noch zehn Prozent der neuen Facharztanerkennungen entfielen 2012 auf die Allgemeinmedizin.<sup>5</sup> In Rheinland-Pfalz stand mit 239 Facharztanerkennungen zwischen 2006 – 2010<sup>6</sup> noch nicht einmal die Hälfte potenzieller Nachbesetzer den

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

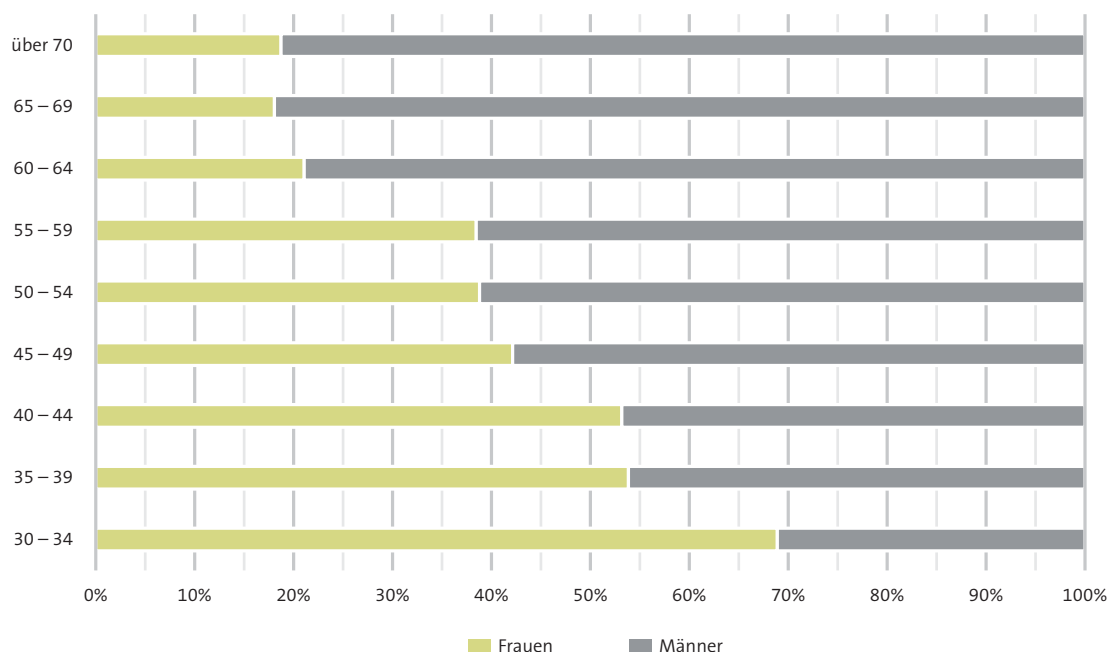
6 Datenquelle: Bezirksärztekammern Rheinland-Pfalz.

ABBILDUNG 2.4: ALTERSSTRUKTUREN DER HAUSÄRZTESCHAFT NACH GESCHLECHT 2013



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

ABBILDUNG 2.5: GESCHLECHTERANTEILE AN DER HAUSÄRZTESCHAFT NACH ALTERSKLASSEN 2013



### 2.1.2 Regionale Verteilung und altersbedingter Nachbesetzungsbedarf

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

| KAPITEL 2.1, 2.2 UND 2.2.1

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

| ABBILDUNGEN 2.7 UND 2.8

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



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

| TABELLE 2.1 UND KAPITEL 3.1

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

| TABELLE 2.2

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

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

| ABBILDUNG 2.9 UND TABELLE 2.3

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

| TABELLEN 2.3 UND 2.4

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

| ABBILDUNG 2.9

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

### 2.1.3 Wandel der Arbeits-, Organisations- und Praxisformen

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

ABBILDUNG 2.6: ALTERSSTRUKTUR DER VERTRAGSÄRZTLICHEN HAUS- UND FACHÄRZTESCHAFT 2013

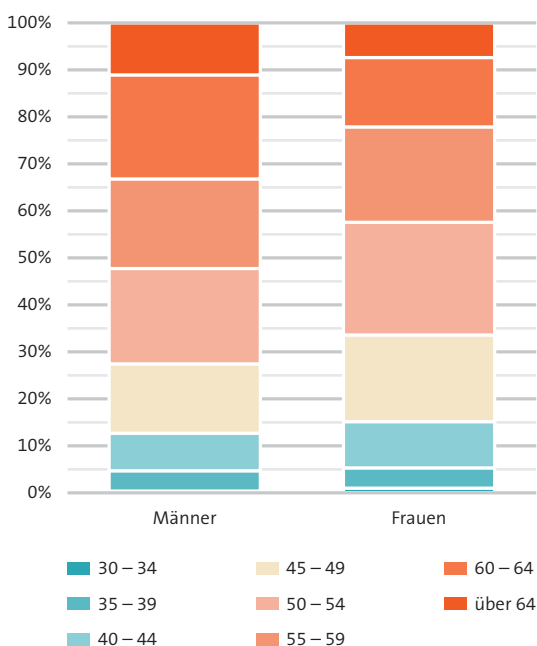
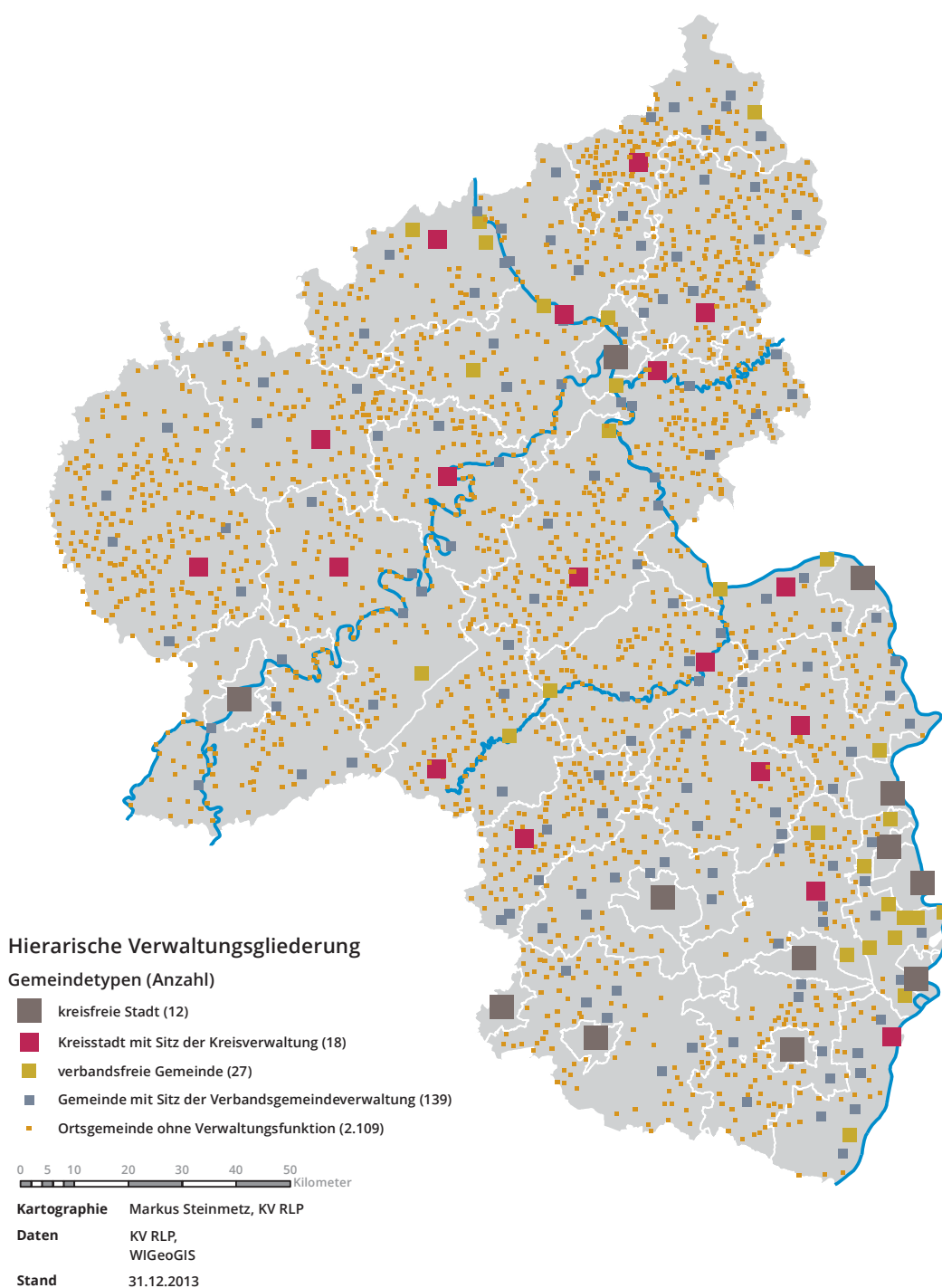


ABBILDUNG 2.7: RÄUMLICHE VERTEILUNG DER GEMEINDE TypEN







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

*Einzelpraxis*

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

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

*Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)*

Bei BAGs handelt es sich um den Zusammenschluss von zwei oder mehr zugelassenen Ärzten in Form einer gemeinsamen Haftungsgesellschaft. Diese kann fach-, orts- und sogar KV-gebietsübergreifend organisiert sein.

*Medizinische Versorgungszentren (MVZ)*

MVZ sind fachgebietsübergreifende vertragsärztliche Organisationsformen, in denen sowohl

TABELLE 2.1: VERTEILUNG DER HAUSARZTSITZE NACH GEMEINDE TypEN

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

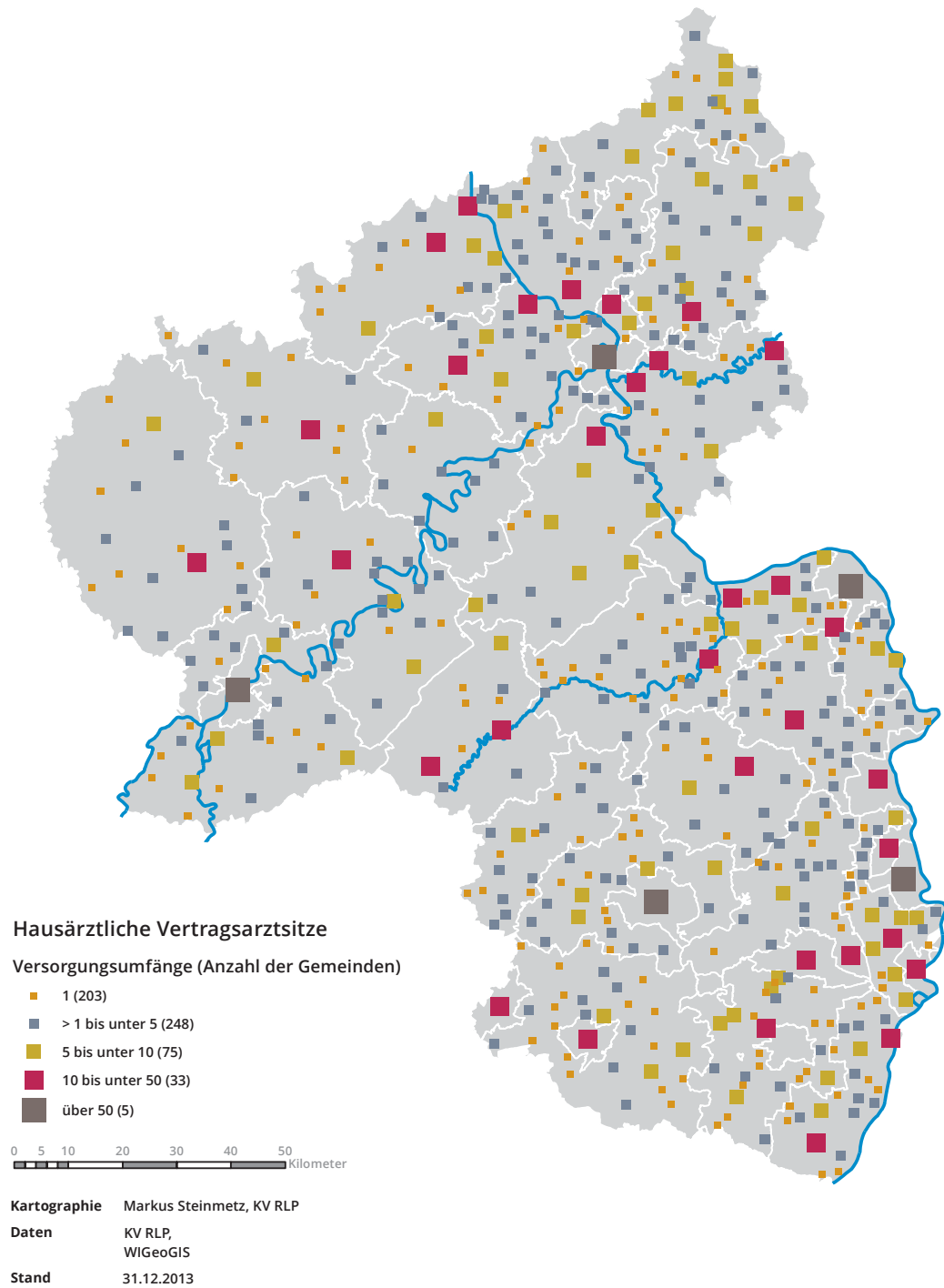
Datenquelle: Arztregister der KV RLP (Stichtag 31. Dezember 2013) und Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Stichtag 31. Dezember 2012)

TABELLE 2.2: ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF DER HAUSARZTSITZE

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

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

ABBILDUNG 2.8: RÄUMLICHE VERTEILUNG DER HAUSÄRZTLICHEN VERTRAGSARZTSITZE





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

*Zweigpraxen*

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

**TABELLE 2.3: PROZENTUALER ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF DER HAUSARZTSITZE: GEMEINDEN**

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

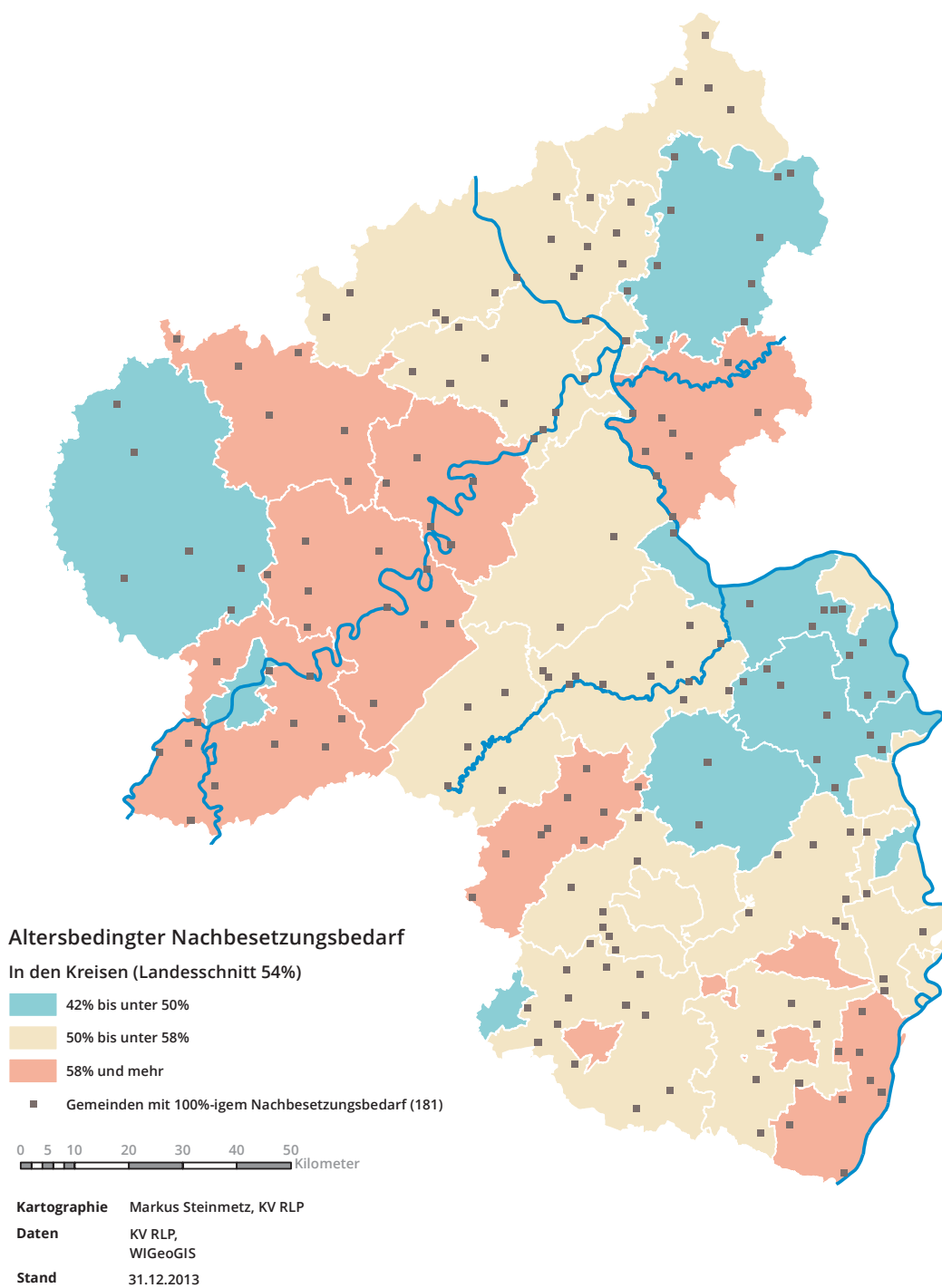
Datenquelle: Arztregister der KV RLP (Stichtag 31. Dezember 2013) und Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Stichtag 31. Dezember 2012)

**TABELLE 2.4: PROZENTUALER ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF DER HAUSARZTSITZE: EINWOHNER**

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

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

ABBILDUNG 2.9: ALTERSBEDINGTE NACHBESETZUNG DER HAUSÄRZTLICHEN VERTRAGSARZTSITZE BIS 2020





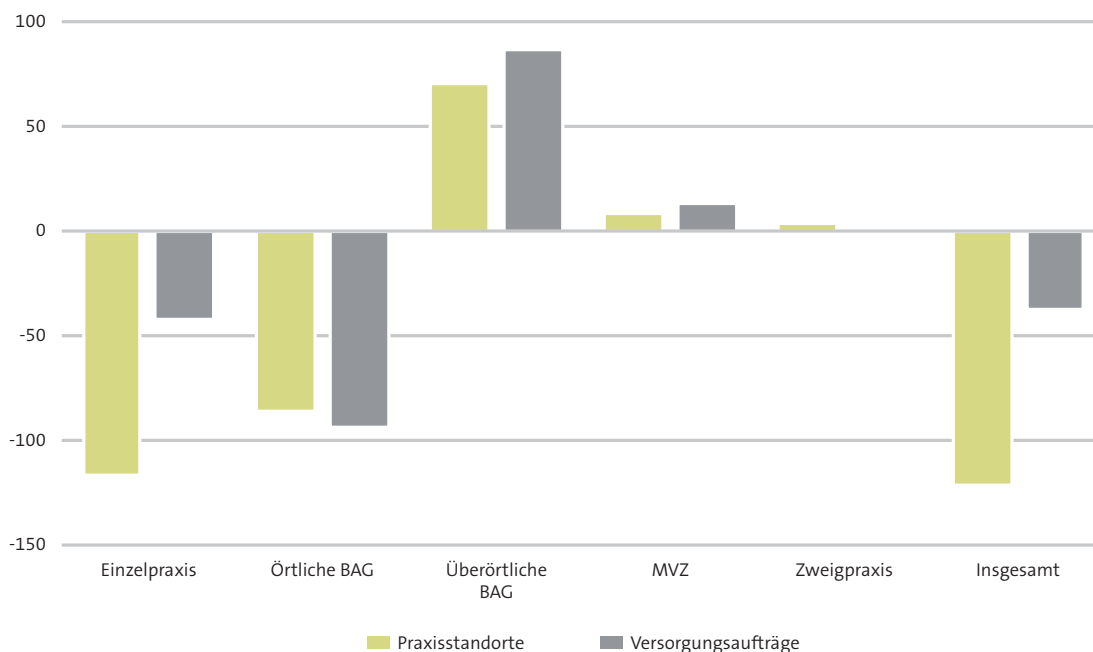
dadurch die Versorgungssituation vor Ort verbessert wird und sich andererseits die Versorgung am Hauptpraxissitz nicht verschlechtert. Ein Vertragsarzt kann an maximal zwei Orten außerhalb seines Praxissitzes in Zweigpraxen tätig werden oder dort weitere Vertragsärzte anstellen. Mit den Möglichkeiten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

| KAPITEL 1.3

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

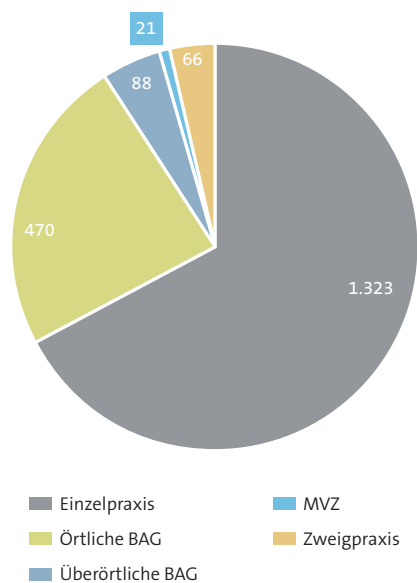
Zusätzlich bietet die Gründung von Nebenbetriebsstätten, insbesondere von Zweigpraxen, Möglichkeiten, auch zukünftig in peripheren und strukturschwachen Regionen eine hausärztliche Grundversorgung anzubieten. Perspektivisch werden auch immer mehr altersbedingt aufgegebenen Einzelpraxen in diesen Regionen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

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



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

ABBILDUNG 2.11:  
ORGANISATIONSFORMEN 2013: ANZAHL  
DER HAUSARZTPRAXISSTANDORTE

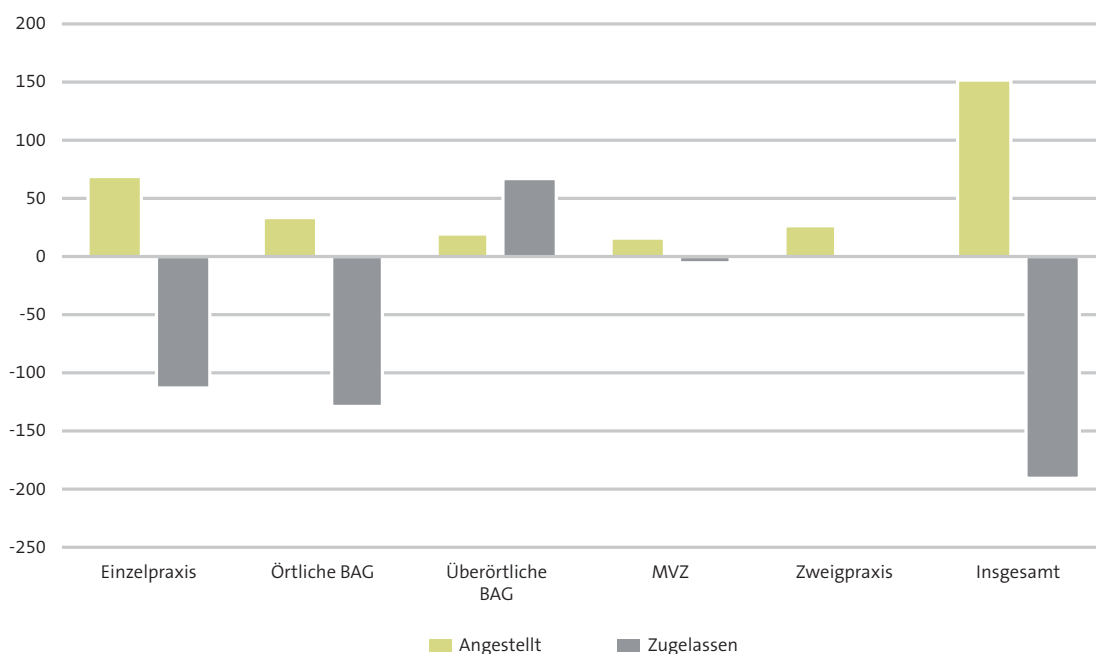


bis 2013 um 114 auf 1.323 gesunken, doch ist sie weiterhin mit 67 Prozent die vorherrschende Praxisform in der hausärztlichen Versorgung.

| ABBILDUNG 2.10 UND 2.11

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

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





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

| ABBILDUNGEN 2.12 UND 2.13

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

| ABBILDUNG 2.14

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

| KAPITEL 2.1

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

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

ABBILDUNG 2.13: ORGANISATIONSFORMEN 2013: VERSORGUNGSaufTRÄGE NACH STATUS

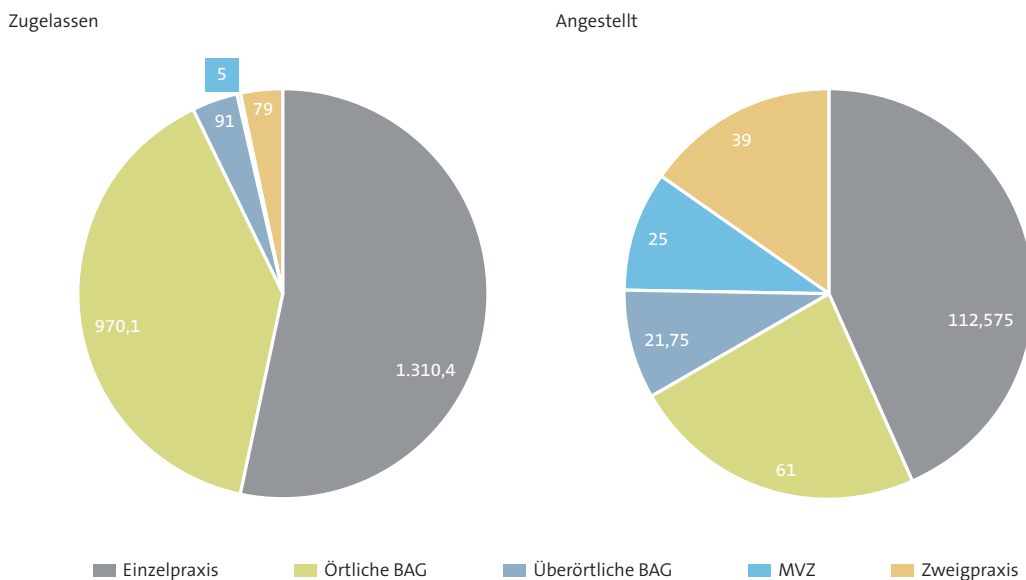
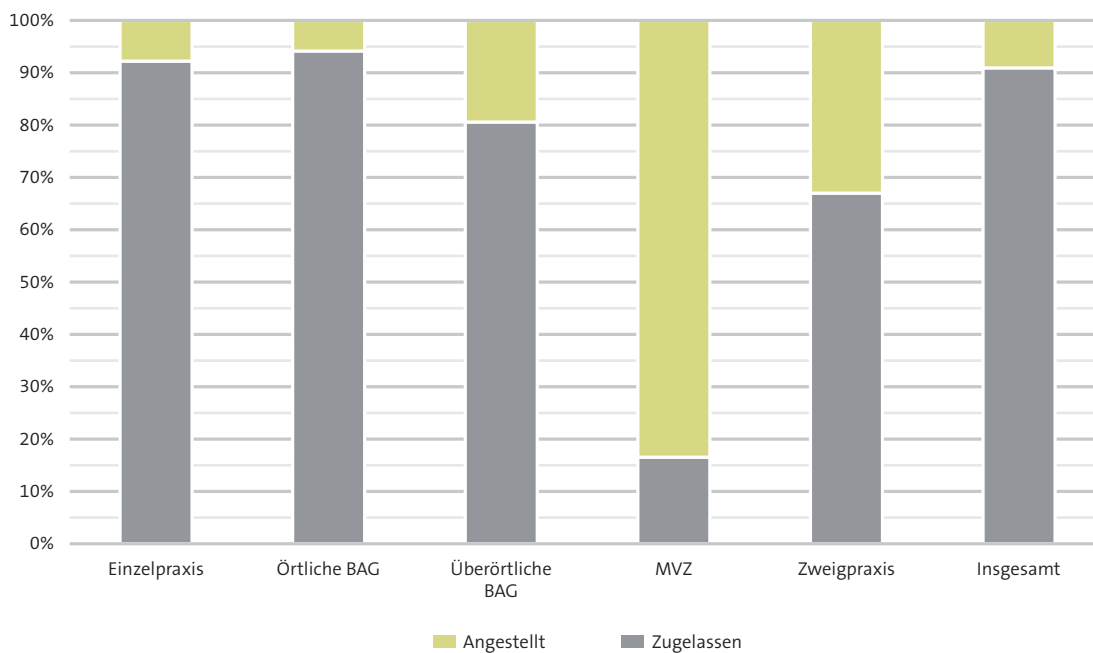


ABBILDUNG 2.14: TÄTIGKEITSSTATUS NACH ORGANISATIONSFORM 2013: ANTEILE AN DEN VERSORGUNGS-AUFTRÄGEN



Kollegen, doch liegt dieser Wert deutlich unter der weiblichen Teilzeitbeschäftigungsquote von 41,5 Prozent in Deutschland<sup>7</sup>. In der hausärztlichen Versorgung ist die Teilzeitbeschäftigung fast ausschließlich auf das weibliche Angestelltenverhältnis beschränkt.

| TABELLE 2.5

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

<sup>7</sup> Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Pressemitteilung Nr. 086 vom 07. März 2013

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

| ABBILDUNG 2.15

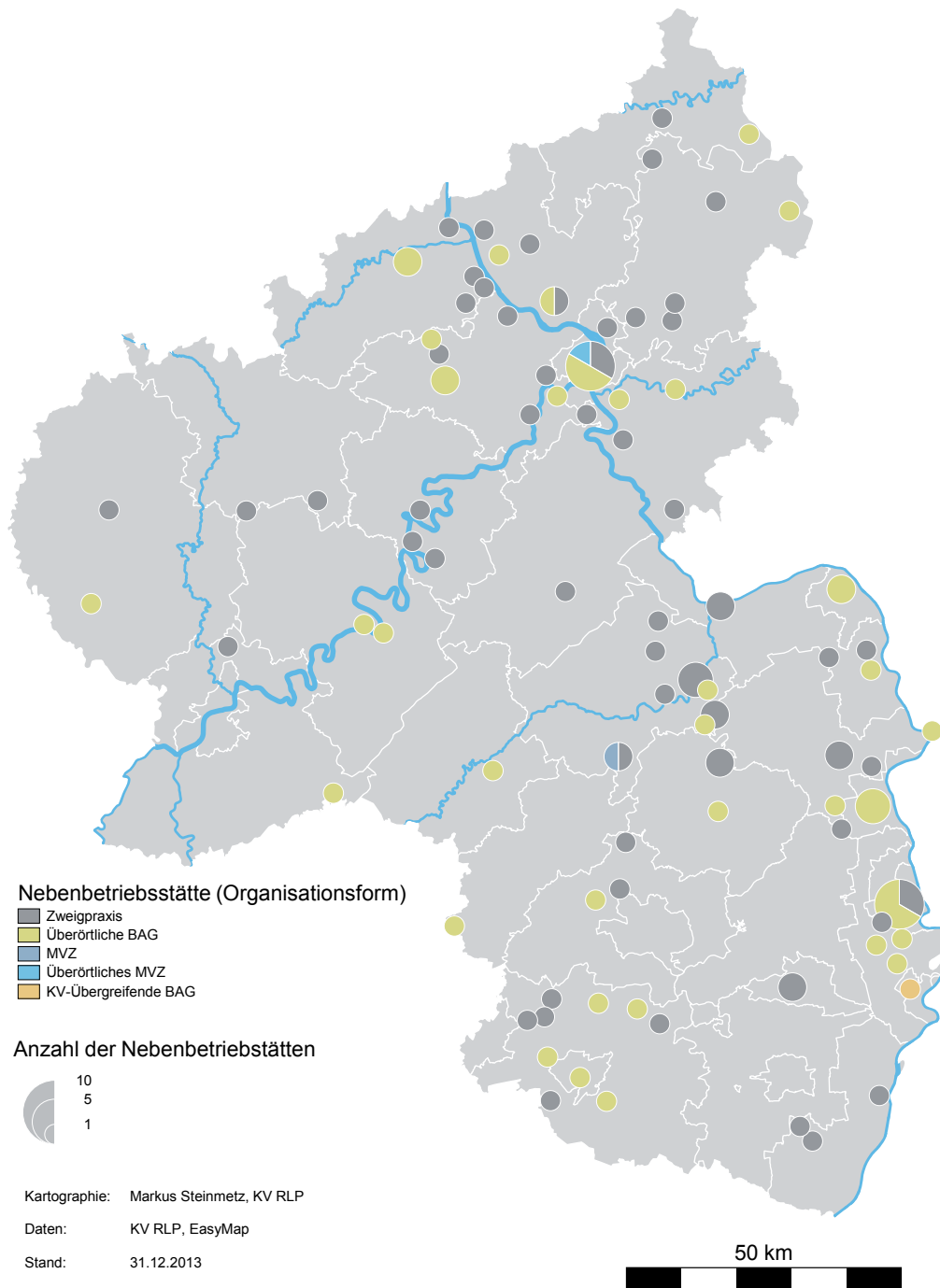
Zweigpraxen sind dabei die häufigste Form von Nebenbetriebsstätten, ihre Anzahl hat zwischen 2005 und 2013 von 41 auf 66 zugenommen. In zehn Gemeinden in Rheinland-Pfalz sind von 2005 bis 2013 alle bisher bestehenden Hausarztsitze in diese Praxisform umgewandelt worden. Perspektivisch werden wohl auch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

| ABBILDUNG 2.16





ABBILDUNG 2.15: HAUSÄRZTLICHE NEBENBETRIEBSSTÄTTEN IN DEN GEMEINDEN 2013



### 2.1.4 Attraktivität des vertragsärztlichen Engagements in der hausärztlichen Versorgung

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

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

 [www.kv-rlp.de/595665](http://www.kv-rlp.de/595665)

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

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

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

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

#### *Struktur der Zu- und Abgänger in der vertragsärztlichen Versorgung*

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

| TABELLE 2.6 UND KAPITEL 4.1.1

<sup>8</sup> Berufsmonitoring der Studenten der medizinischen Fakultät der Universität Mainz. Universität Trier 2010.



TABELLE 2.5: BESCHÄFTIGUNGSUMFANG UND TEILZEITBESCHÄFTIGUNG DER HAUSÄRZTE 2013

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

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

*Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen für die hausärztliche Versorgung*

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

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

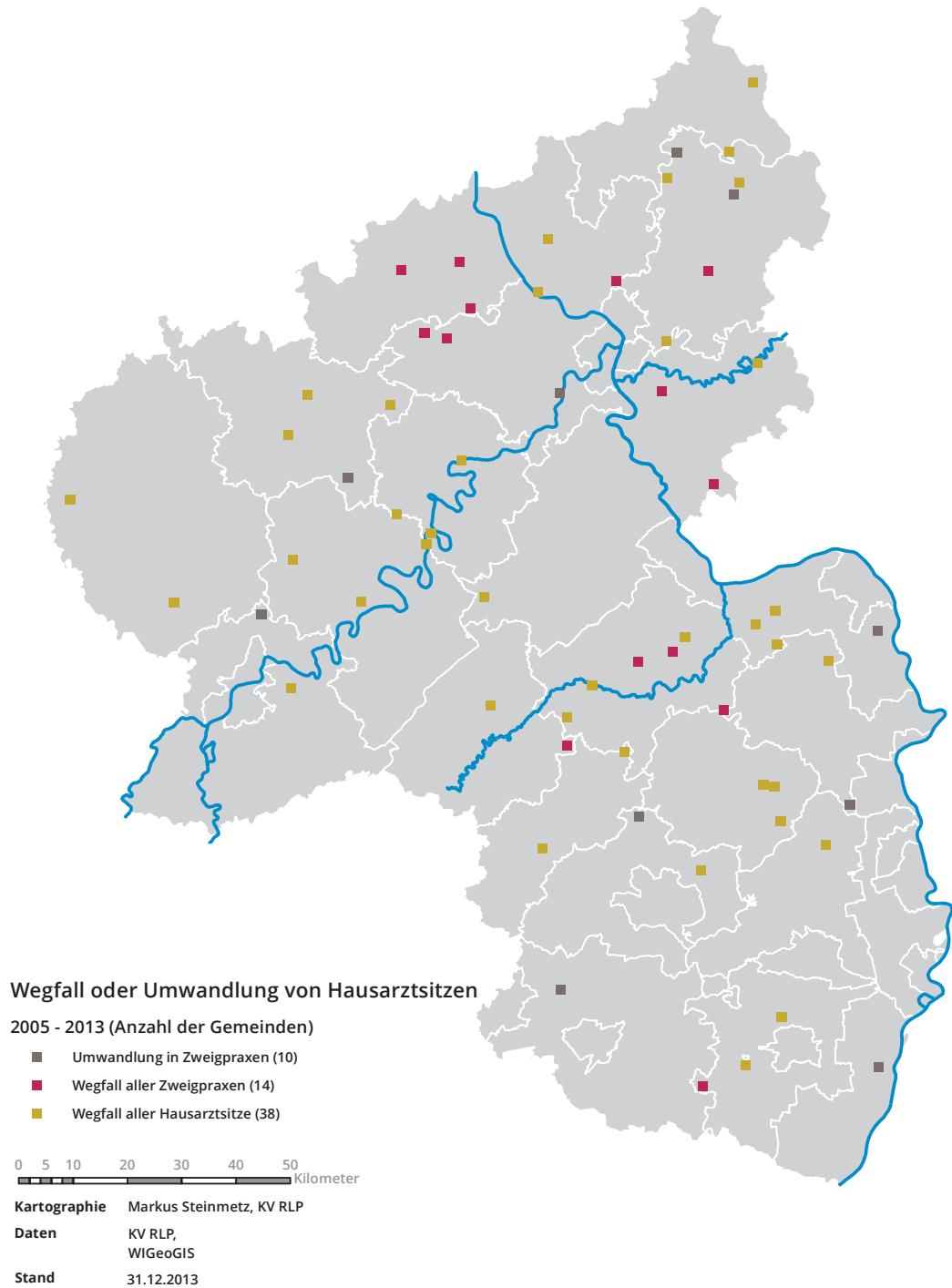
für Anfahrt und Unterkunft, insbesondere in ländlichen und schwächer versorgten Regionen, abdecken. Zusätzlich bietet die KV RLP für alle Medizinstudierenden, die ihre Famulatur in einer rheinland-pfälzischen Arztpraxis absolvieren möchten, eine Famulaturbörse mit einer Übersicht über die aktuell freien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

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

TABELLE 2.6: ZU- UND ABGANGSSTATISTIK 2009 BIS 2013

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

ABBILDUNG 2.16: UMWANDLUNG UND WEGFALL VON HAUSARZTSITZEN 2005 BIS 2013





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

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

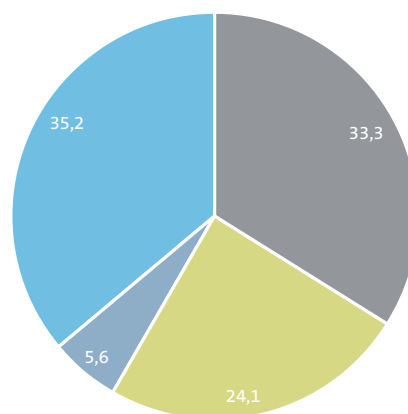
Von den 260 Weiterbildungsassistenten, deren Förderung in den Jahren 2011 bis 2013 beendet wurde, sind heute allerdings bereits 59 zugelassen oder angestellt tätig. Davon arbeitet mit 35 die Mehrheit in denselben Praxen, in denen sie auch als Weiterbildungsassistenten gearbeitet haben. Betrachtet man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

| ABBILDUNG 2.17

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

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

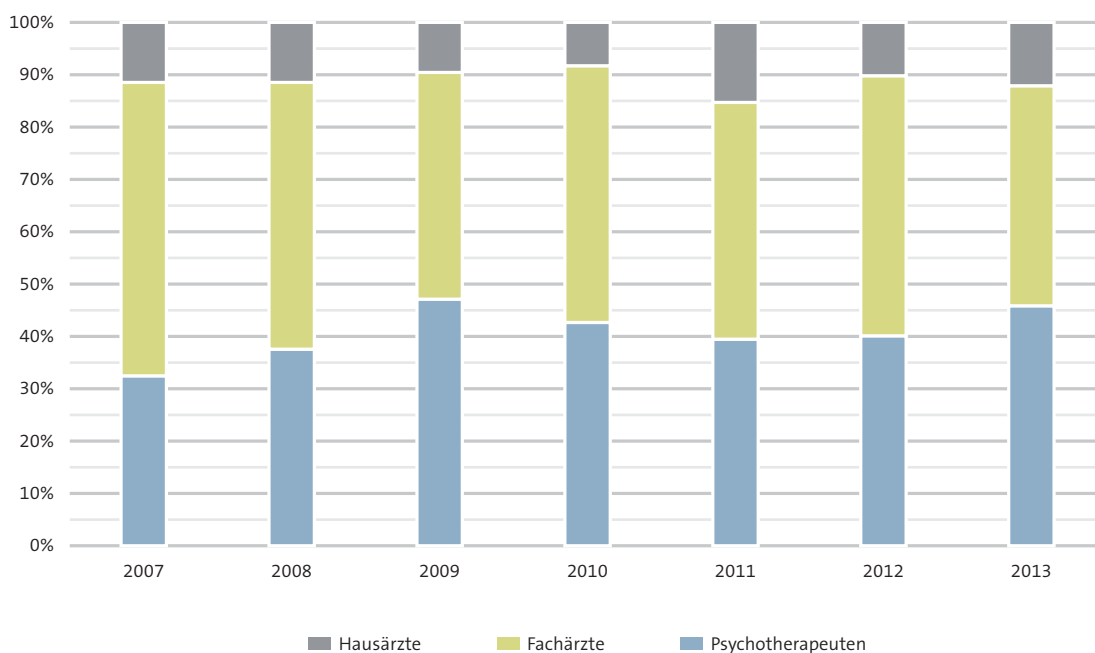
ABBILDUNG 2.17: STATUS DER WEITERBILDUNGSASSISTENTEN 2013: ABSCHLUSSJAHRGANG 2011



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

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

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



ländlich strukturierte Planungsregionen für die Niederlassung präferiert.

| ABBILDUNGEN 2.18 UND 2.19

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

## 2.2 DIE HAUSARZTPATIENTEN IN RHEINLAND-PFALZ

### 2.2.1 Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung

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

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

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

#### *Alters-, geschlechts- und regionsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme*

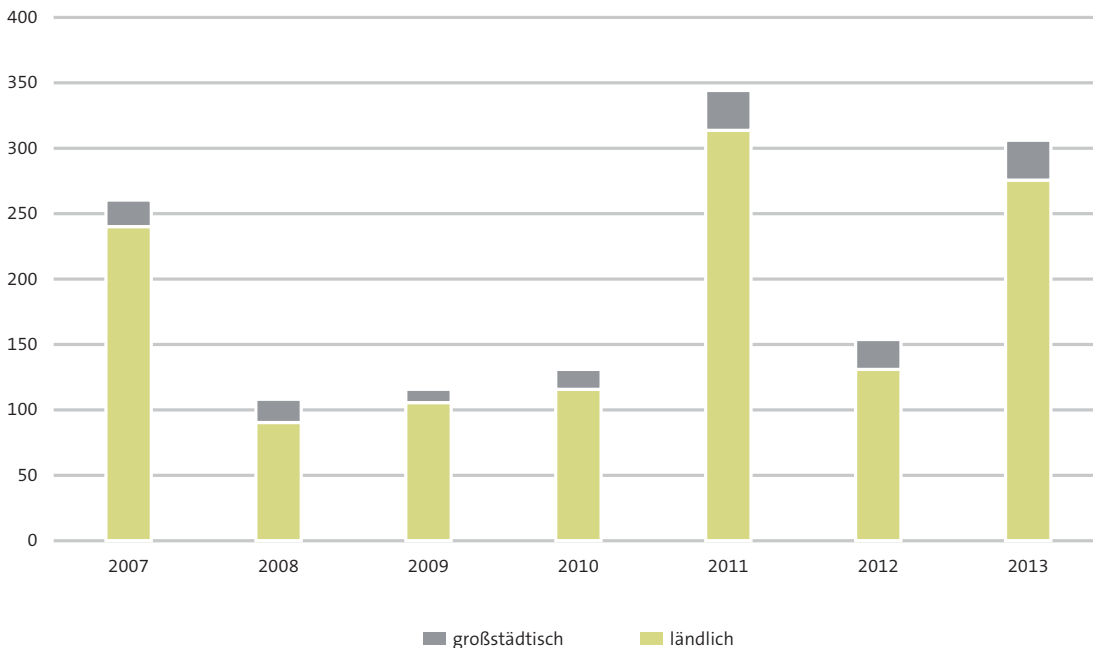
Insgesamt nahmen im betrachteten Untersuchungszeitraum<sup>10</sup> durchschnittlich knapp 2.072.000 Patienten<sup>11</sup> im Quartal Leistungen der ambulanten hausärztlichen Versorgung in Anspruch. Dies entspricht in etwa 52 Prozent der Bevölkerung. Die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung

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

<sup>11</sup> Gesetzlich Krankenversicherte und sonstige Kostenträger. Privatversicherte können nicht erfasst werden.



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



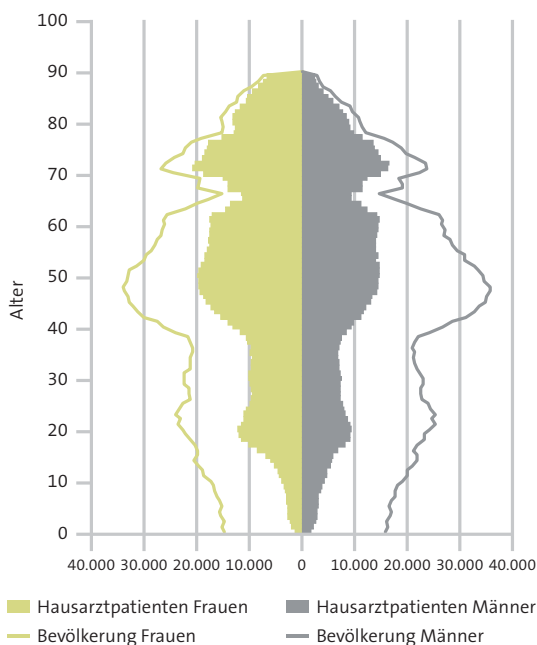
unterscheidet sich hierbei allerdings deutlich nach Lebensalter und Geschlecht.

| ABBILDUNG 2.20

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

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

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



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

Die Verfügbarkeit von Fachärzten beeinflusst nicht nur bei den Kindern und Jugendlichen die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung. Während 2012 landesweit im Quartalschnitt 51,4 Prozent des kurativ ambulanten Fallvolumens<sup>12</sup> der Wohnbevölkerung in Rheinland-Pfalz durch Hausärzte erbracht wurde, zeigt sich zwischen den Mittelbereichen regional zum Teil ein sehr unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten der hausärztlichen Versorgung durch die jeweilige Wohnbevölkerung.

| ABBILDUNG 2.21

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

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

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

#### *Altersspezifischer Behandlungsbedarf*

Wie bereits in Abbildung 2.16 dargestellt, steigt mit zunehmendem Lebensalter die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung kontinuierlich so weit an, dass in den höheren Altersjahrgängen im Quartalschnitt fast jeder gesetzlich Krankenversicherte mindestens einmal einen Hausarzt kontaktiert. Parallel dazu steigt auch die zeitliche Inanspruchnahme an. Je älter die Hausarztpatienten sind, desto höher ist ihr altersspezifischer Behandlungsbedarf. Dieser wird ermittelt, indem jedem abgerechneten Behandlungsfall der dafür nach dem EBM<sup>13</sup> erforderliche Zeitaufwand in Minuten zugeordnet wird.

| ABBILDUNG 2.22

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

| ABBILDUNG 2.23

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





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

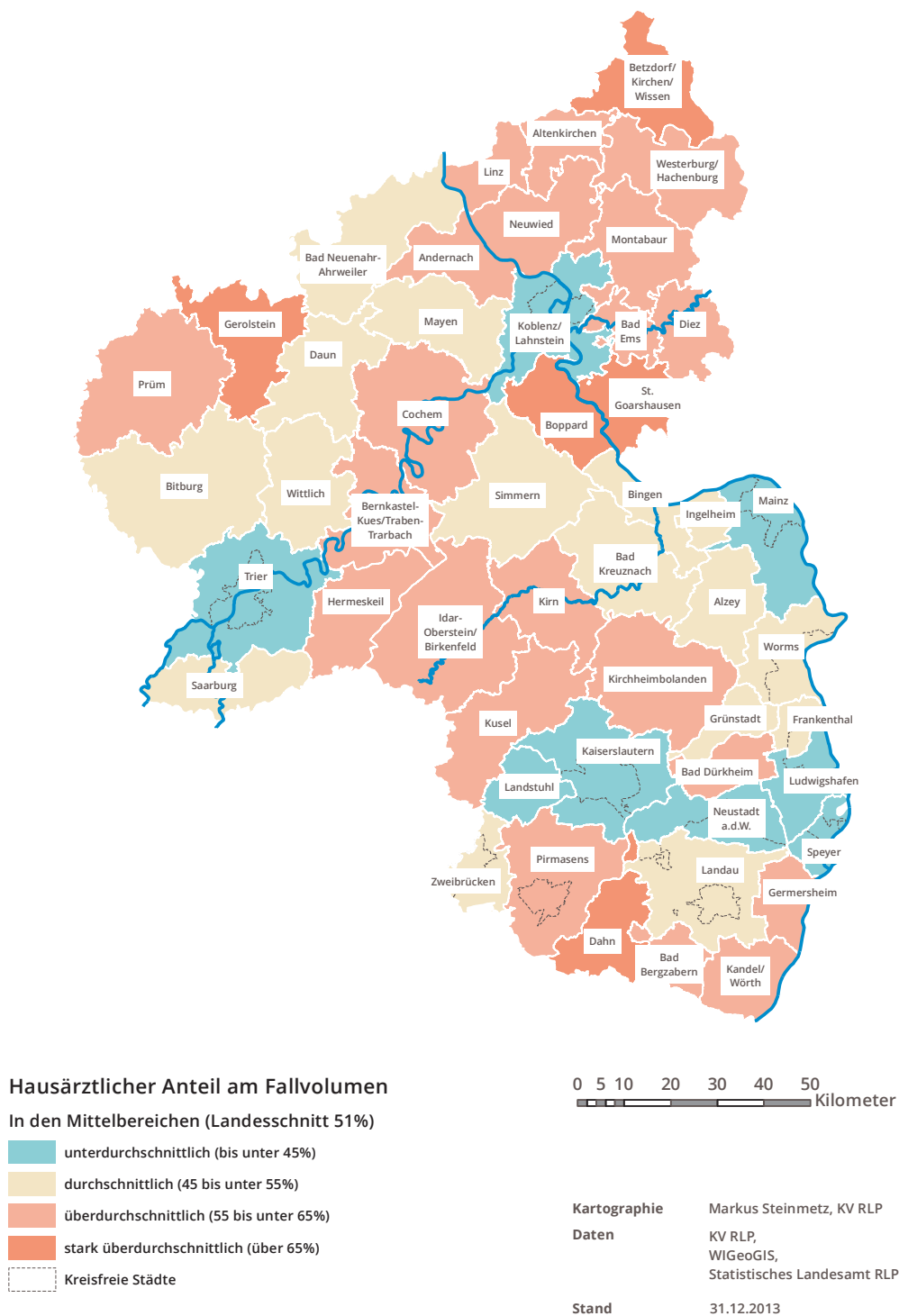


ABBILDUNG 2.22: BEHANDLUNGSBEDARF IN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG NACH LEBENSALTER, QUARTALSSCHNITT 3/2012 – 2/2013

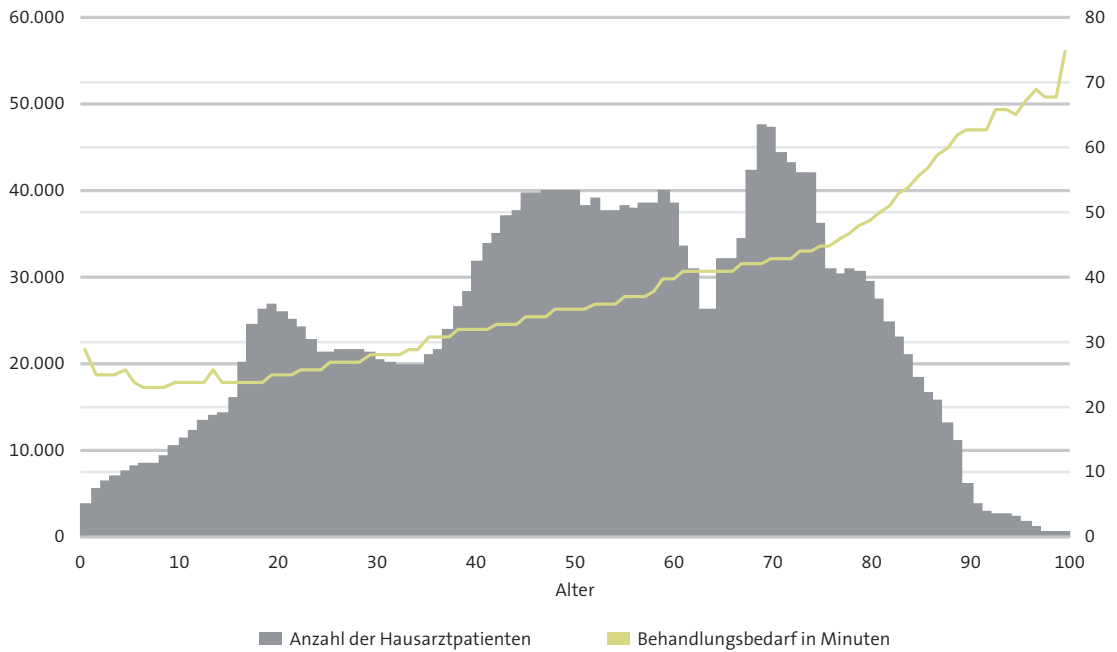
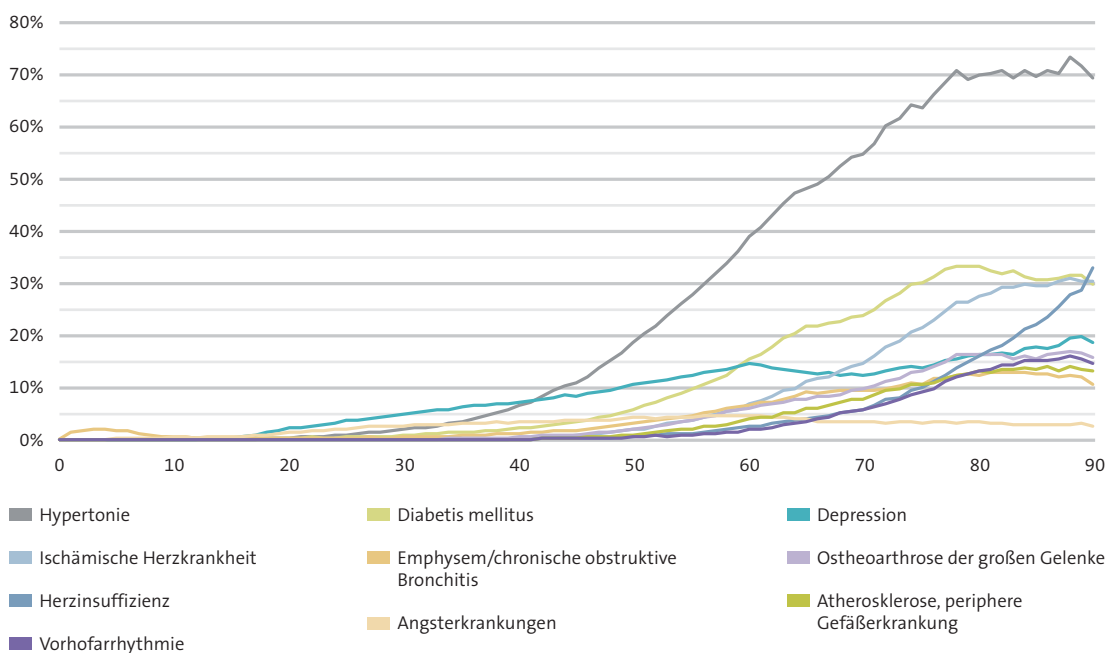


ABBILDUNG 2.23: DOKUMENTIERTE MORBIDITÄT: ALTERSSPEZIFISCHE DIAGNOSERATEN DER ZEHN HÄUFIGSTEN CHRONISCHEN KRANKHEITEN IN RHEINLAND-PFALZ 2011



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



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

### 2.2.2 Multimorbidität: Krankheitslast und Morbiditätsspektren

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

- Auswertung der vertragsärztlich gestellten Diagnosen im Jahr 2011
- Als multimorbid gezählt wurden nur diejenigen Patienten, bei denen mindestens drei chronische Krankheiten<sup>14</sup> in mindestens zwei Quartalen diagnostiziert wurden.
- Für die Berechnung der Krankheitslast in Form von Diagnoseraten wurde zur Bestimmung der zugrunde gelegten Grundgesamtheit die Mitgliederstatistik der gesetzlich Krankenversicherten<sup>15</sup> verwendet.

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

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

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

<sup>15</sup> KM-6 Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit 2011

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

| ABBILDUNG 2.24

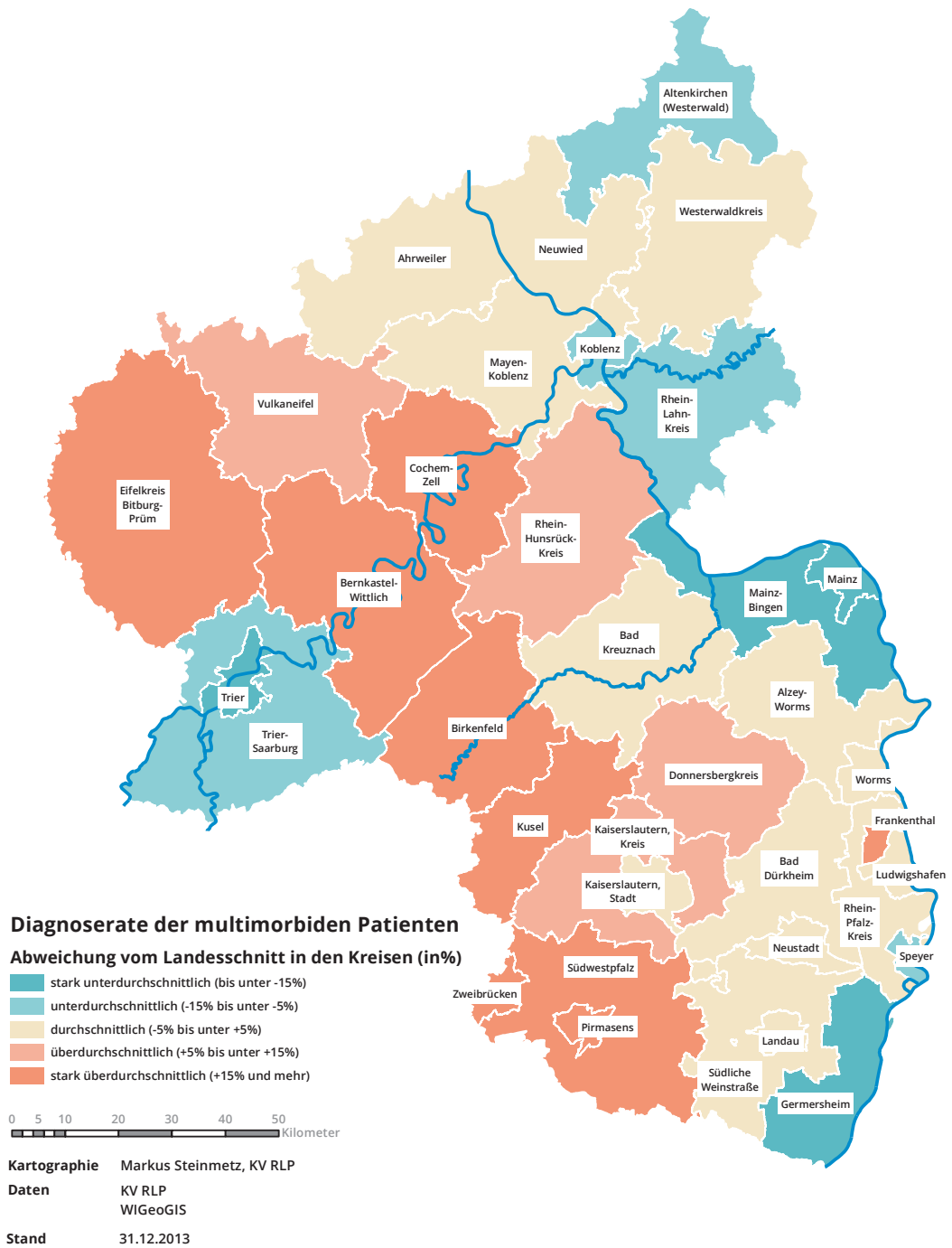
Die bei den multimorbiden Patienten in Rheinland-Pfalz dokumentierte Morbidität durch die zehn häufigsten chronischen Krankheiten ist überproportional höher als in der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung insgesamt. Während mit 752.233 Patienten bei 22 Prozent der gesetzlichen krankenversicherten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

| TABELLEN 2.7 UND 2.8

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

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

ABBILDUNG 2.24: DOKUMENTIERTE MORBIDITÄT: MULTIMORBIDE PATIENTEN 2011



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



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

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

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

### 2.3 PROGNOSEN ZUR ENTWICKLUNG DER HAUSARZTPATIENTEN

#### 2.3.1 Hausarztpatient 2030: Zur Problematik von Prognosen

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

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

| KAPITEL 4.1.2

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

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

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

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

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

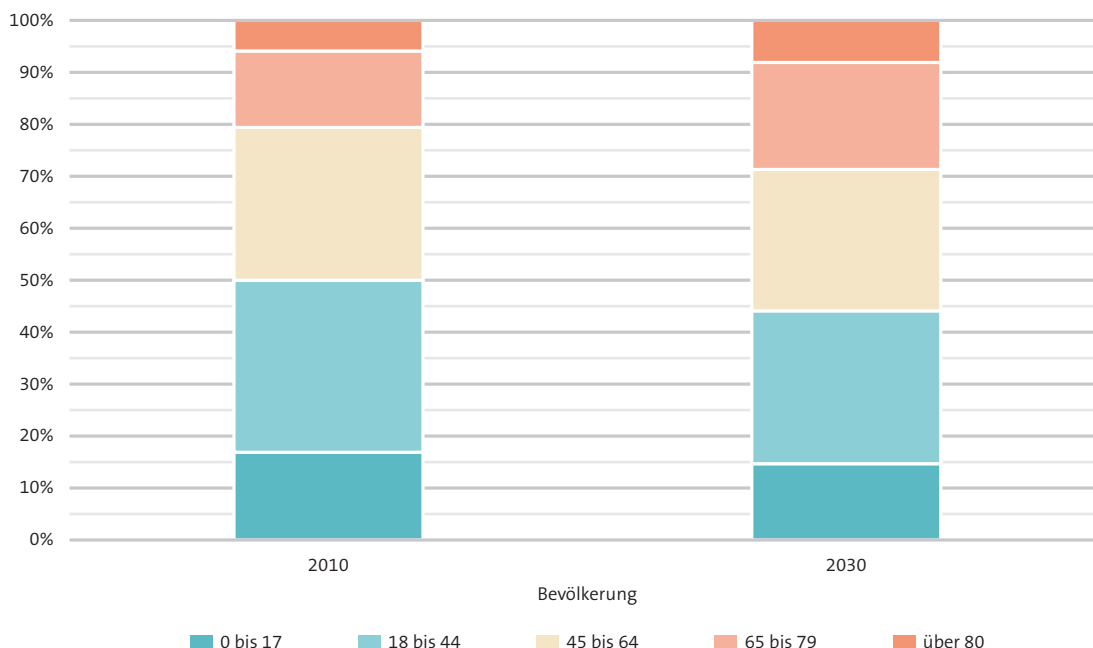
Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass es nicht nur eine absolute Zunahme der Zahl

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

<sup>16</sup> Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 40 vom 4. Oktober 2013



ABBILDUNG 2.25: ALTERSAUFBAU DER BEVÖLKERUNG 2010 UND 2030: ALTERSKLASSEN



Datenquelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

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

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

Das Morbiditätsspektrum und der daraus resultierende Behandlungsbedarf durch multimorbide

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

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

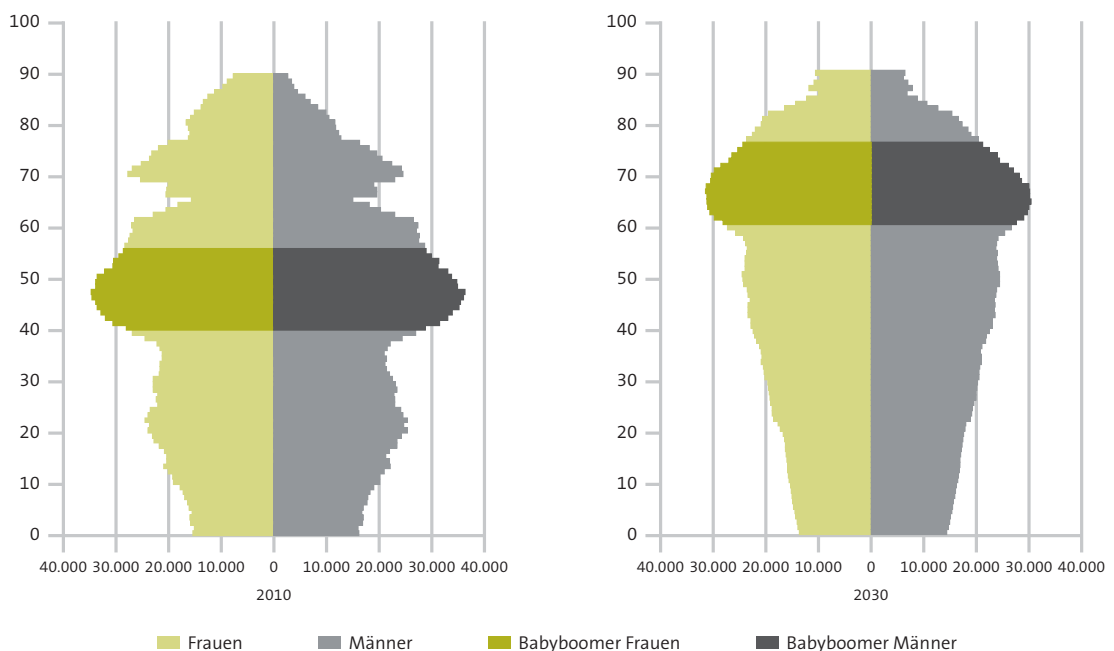
können die Altersstrukturveränderungen in den nächsten Jahrzehnten aller Voraussicht nach kaum beeinflussen. Die mittlere Variante der dritten regionalen Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz, die als eine Datengrundlage unserer Prognosen zur Hausarztpatientenzahl und ihres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

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

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

| ABBILDUNG 2.25

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

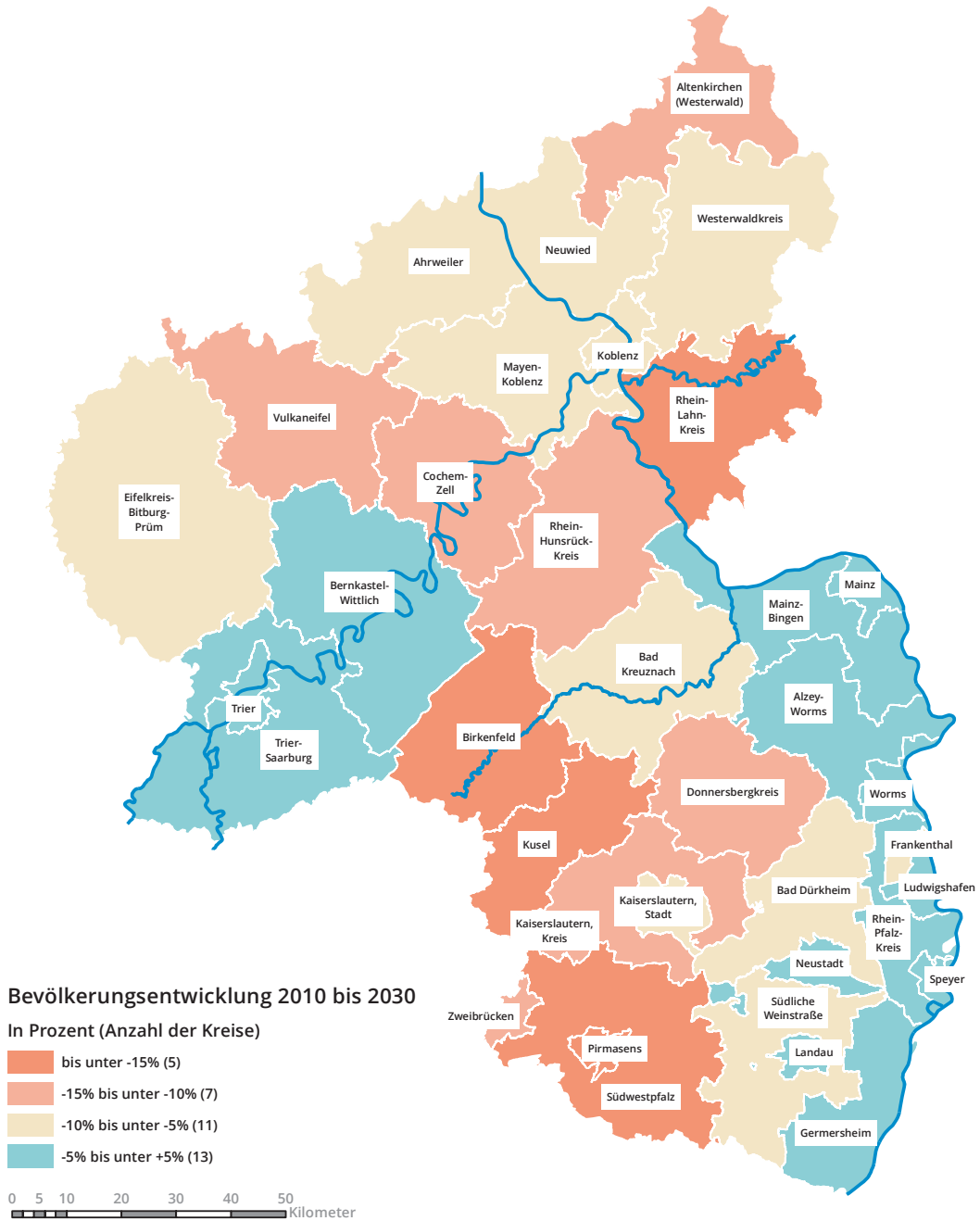


Datenquelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz





ABBILDUNG 2.27: BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG VON 2010 BIS 2030:  
MITTLERE VARIANTE



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

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

| ABBILDUNG 2.26

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

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

| ABBILDUNG 2.27

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

| ABBILDUNG 2.28

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

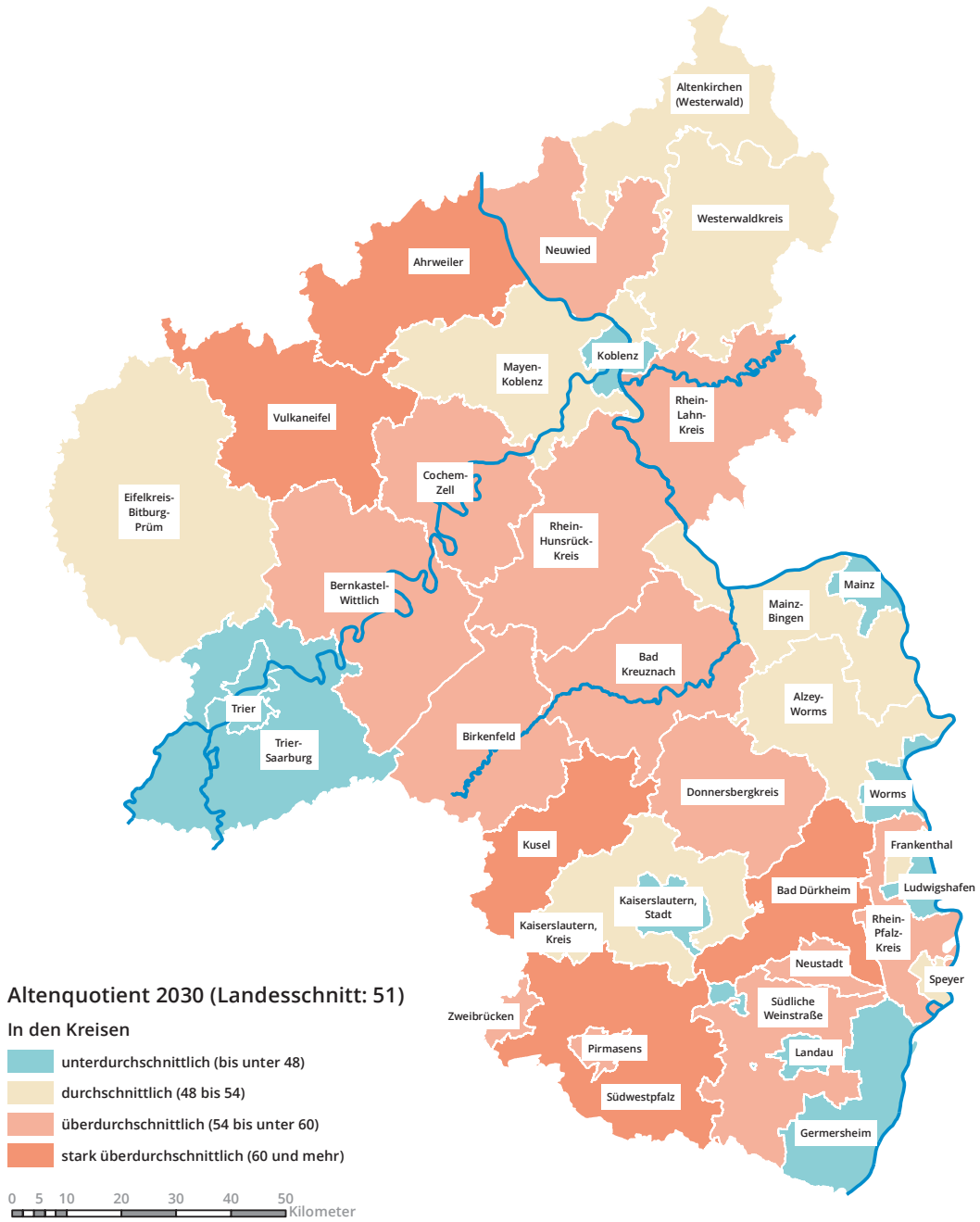
### 2.3.2 Prognose der Hausarztpatientenzahl und des Behandlungsbedarfs 2030

Um die Hausarztpatientenzahl und den damit verbundenen Behandlungsbedarf durch die Wohnbevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen von Rheinland-Pfalz für das Jahr 2030 prognostizieren zu können, wurden zunächst zwei Parameter für das Jahr 2010, das Basisjahr der Prognosen, bestimmt. Es wurden die Hausarztpatientenzahl und der zeitliche Behandlungsbedarf im Jahr 2010 getrennt nach fünf Altersklassen<sup>17</sup> für die 36 kreisfreien Städte und Kreise ermittelt. In Relation zu den Bevölkerungszahlen können so die altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmeraten und der

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



ABBILDUNG 2.28: ALTERSQUOTIENTEN 2030: MITTLERE VARIANTE



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

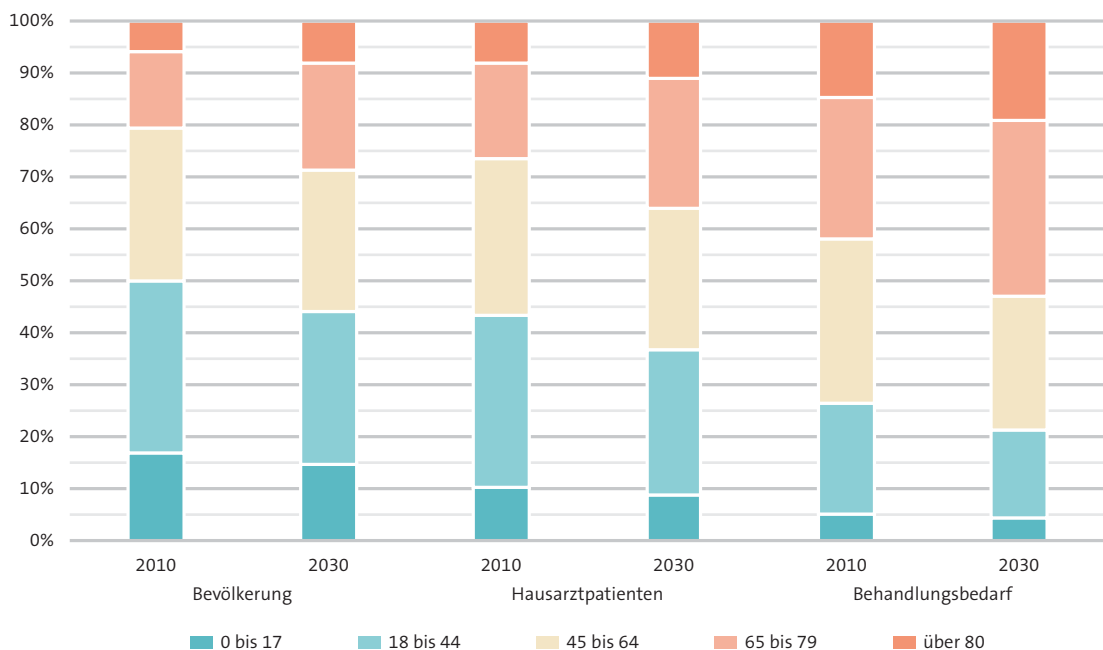
durchschnittliche Behandlungsbedarf für jede Altersklasse und Gebietseinheit separat ermittelt werden. Beide Parameter sind als altersgruppen-spezifische Quotienten aus der Hausarzt-patientenzahl beziehungsweise des Behandlungsbedarfs und der Bevölkerungsanzahl der jeweiligen Altersklasse zu verstehen.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

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

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

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

ABBILDUNG 2.29: ALTERSSTRUKTUREN VON BEVÖLKERUNG, HAUSARZTPATIENTEN UND BEHANDLUNGSBEDARF



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



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

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

| WEITER AUF SEITE 58

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

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

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

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

| ABBILDUNG 2.29

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

| TABELLE 2.9, ABBILDUNGEN 2.30 UND 2.31

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

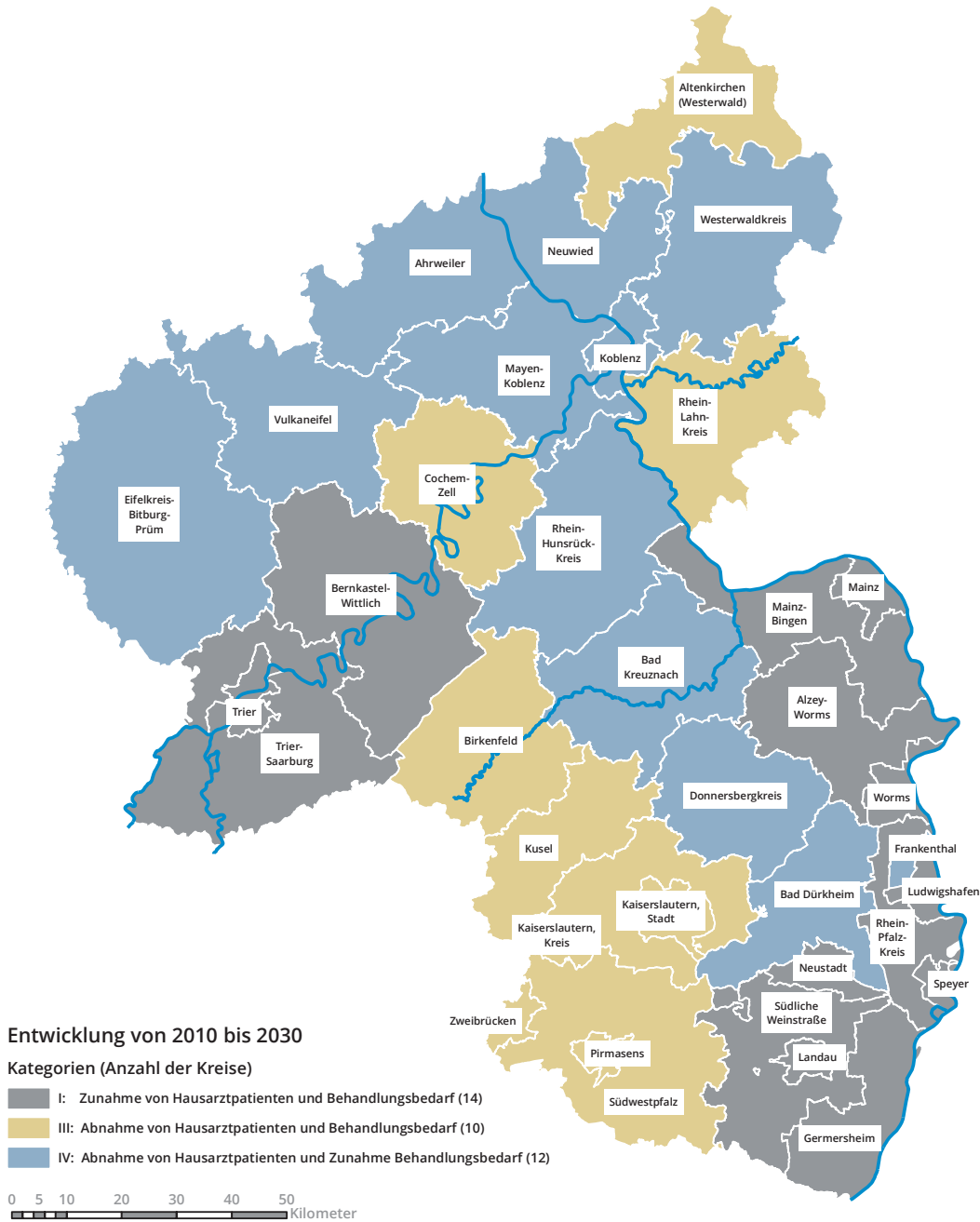
Bevölkerung nicht zu einem höheren Behandlungsbedarf führt. In der dritten Kategorie dagegen nimmt zwar die Anzahl der Hausarztpatienten in zehn kreisfreien Städten und Kreisen zum Teil deutlich ab, doch steigt der Behandlungsbedarf durch die überdurchschnittlich hohe Alterung der Bevölkerung trotzdem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

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

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



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



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

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

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

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

| ABBILDUNG 2.21

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

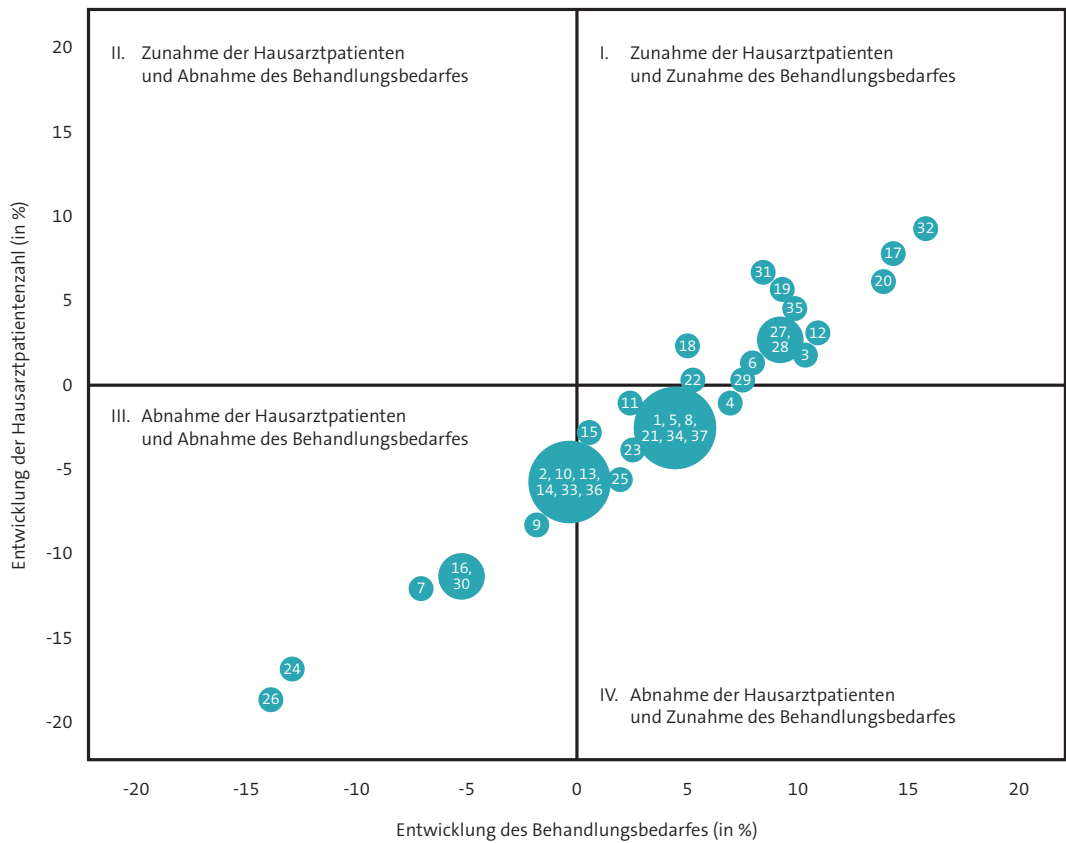
| ABBILDUNG 2.32

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



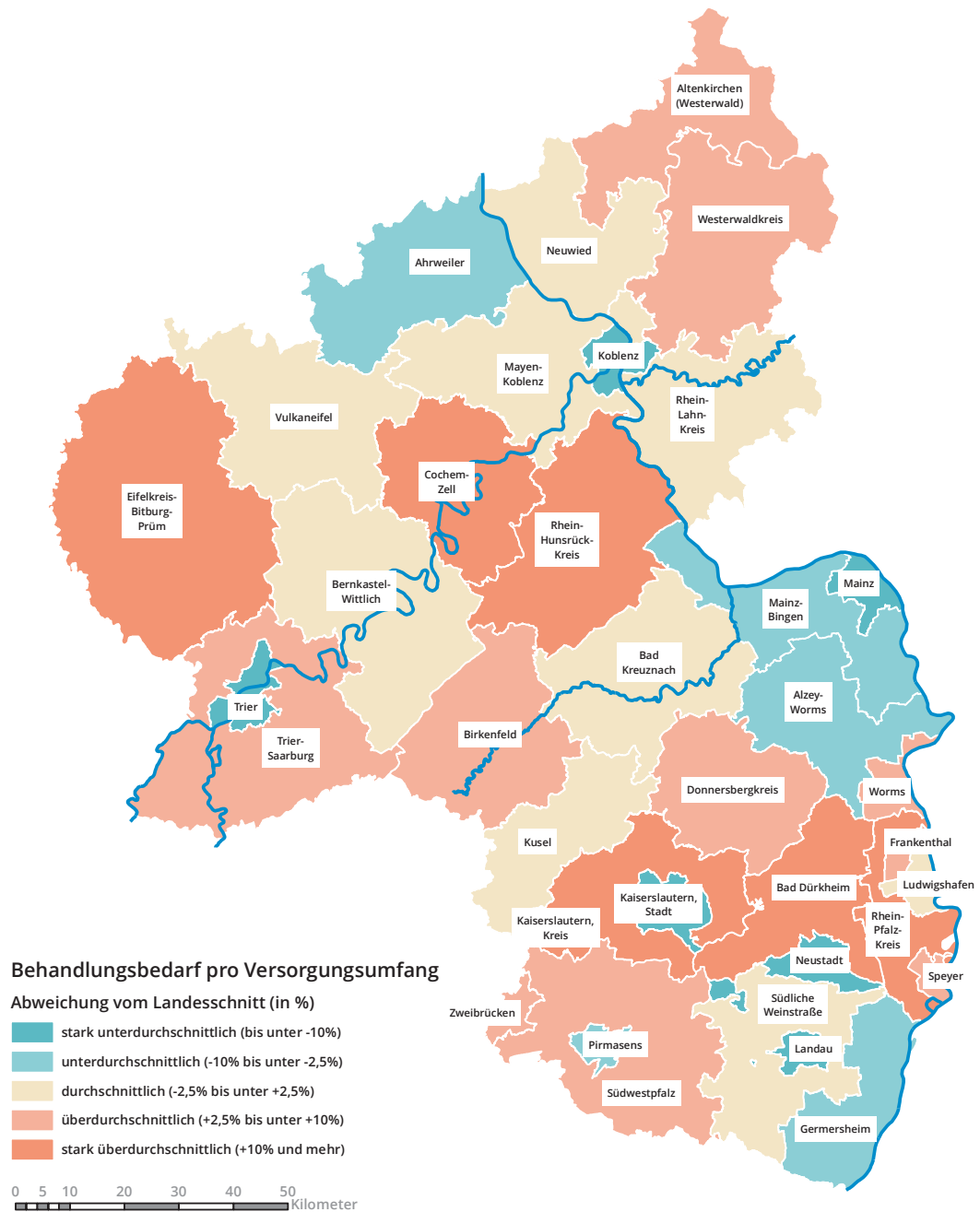


ABBILDUNG 2.31: ENTWICKLUNG DER HAUSARZTPATIENTENZAHL UND DES BEHANDLUNGSBEDARFS VON 2010 BIS 2030: KREISFREIE STÄDTE UND KREISE



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

ABBILDUNG 2.32: HAUSÄRZTLICHER BEHANDLUNGSBEDARF 2010



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