



RÄUMLICHE FRAGEN ZUM VERSORGUNGSGESCHEHEN

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

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

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

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

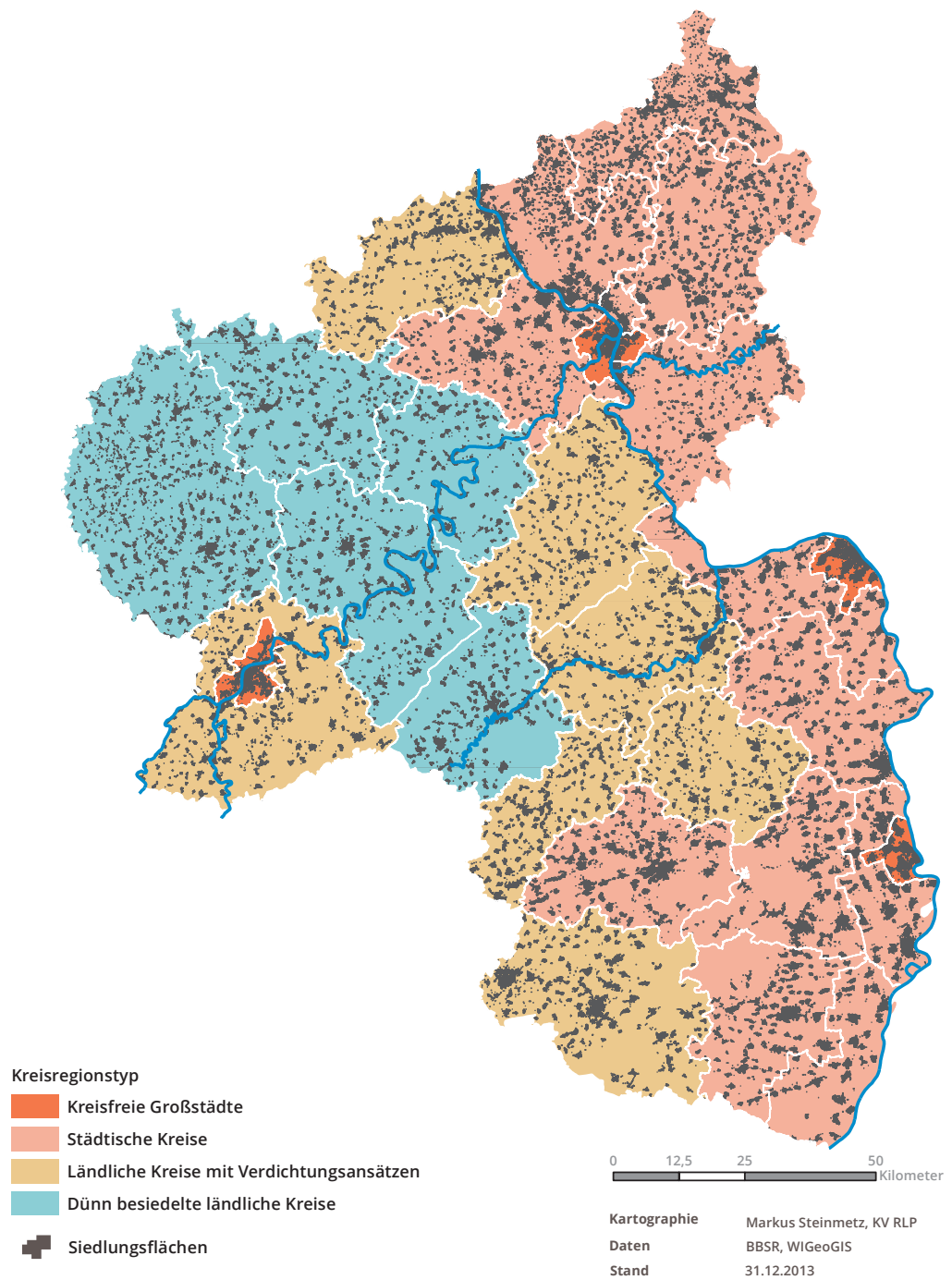
Fragestellungen aus den Bereichen Sicherstellung und Versorgungsforschung wird dieses Instrument intensiv eingesetzt:

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

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

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

ABBILDUNG 3.1: RAUMSTRUKTURGLIEDERUNG IN RHEINLAND-PFALZ





3.1 ZUGANG DER BEVÖLKERUNG ZUR VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

3.1.1 Erreichbarkeit der Vertragsärzte für die Bevölkerung von Rheinland-Pfalz

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

| ABBILDUNG 3.1 UND KAPITEL 2.1.2

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

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

| ABBILDUNG 3.2 UND KAPITEL 3.1.2

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

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

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

| TABELLE 3.1

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

3.1.2 Patientenwege in der vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz

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

| TABELLE 3.1

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

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

ABBILDUNG 3.2: ERREICHBARKEIT DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

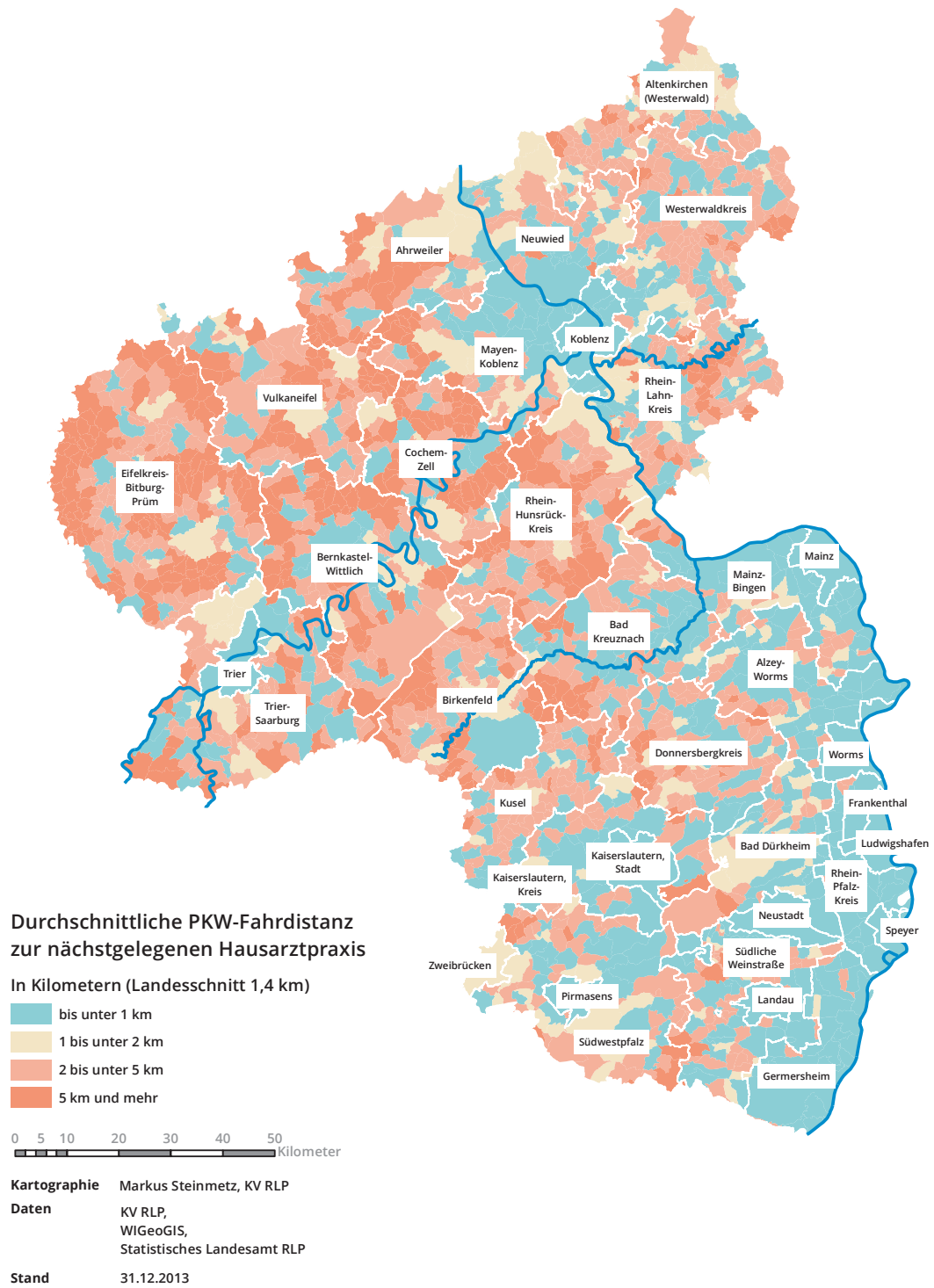




TABELLE 3.1: DISTANZEN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG: ARZTGRUPPEN

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

* Saldo aus Real- und Minimaldistanz

** 1 Praxisstandort entspricht einer geokodierten Adresse

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

| TABELLE 3.2

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

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

Verteilung der Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz erfordern würde.

| TABELLE 3.1

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

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

| ABBILDUNG 3.3

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

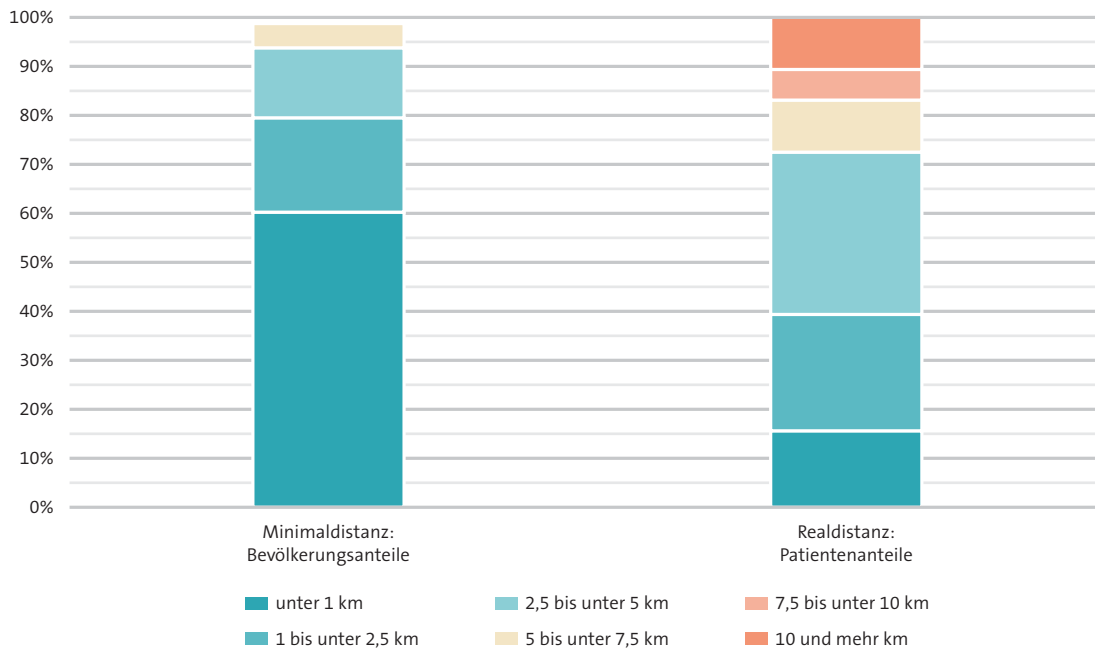
Der Zugang der Bevölkerung zur vertragsärztlichen Versorgung ist, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, aus Erreichbarkeitsgesichtspunkten in Rheinland-Pfalz auf einem hohen Niveau für alle Arztgruppen gegeben. Die räumliche Verteilung der Praxen ermöglicht es der Bevölkerung, in durchschnittlich weniger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

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

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



ABBILDUNG 3.3: DISTANZEN IN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG



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

| KAPITEL 3.2

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

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

Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bei zwei Parametern berücksichtigt:

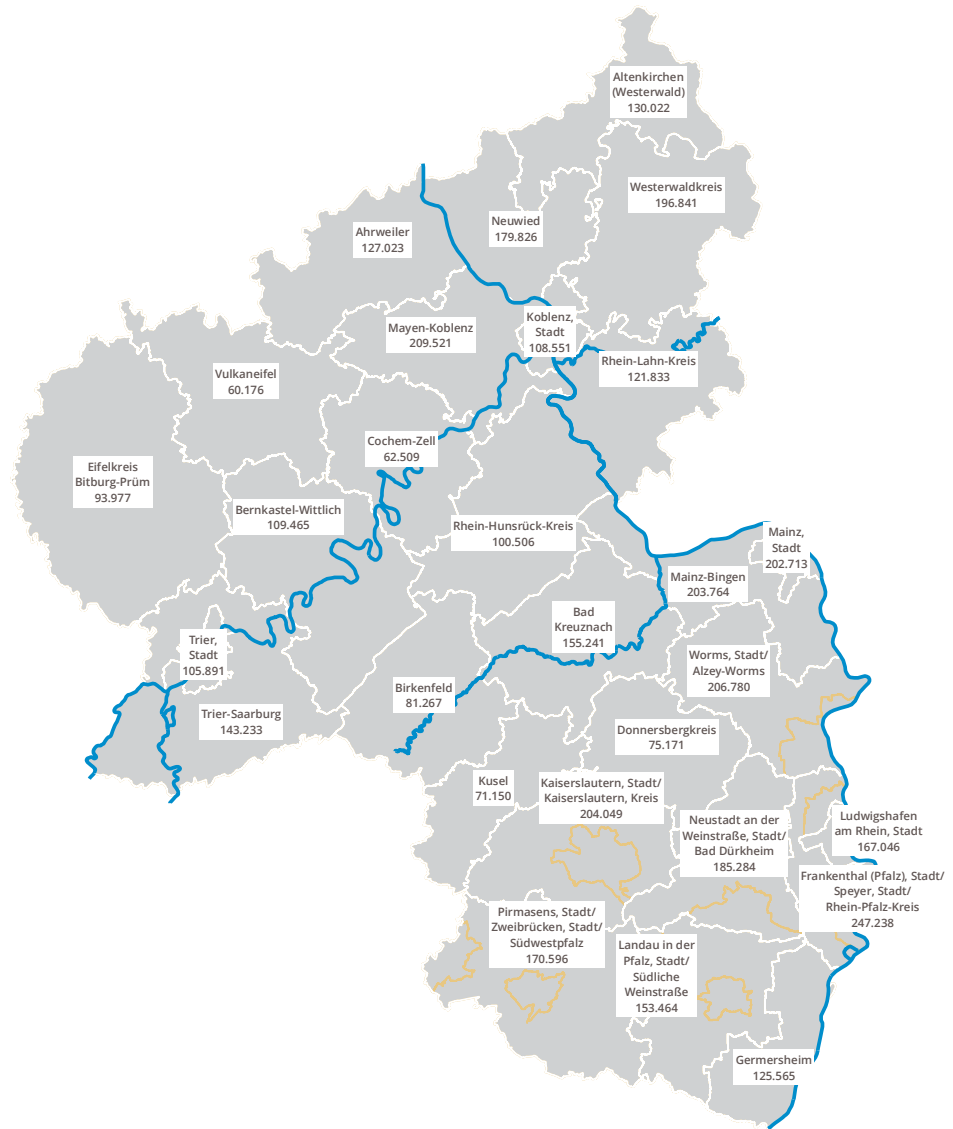
- Der Zuschnitt der Kreisregionen als Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fasst in einigen Fällen kreisfreie Städte mit ihren Umlandkreisen oder zusätzlich noch angrenzende kreisfreie Städte zusammen. Hierdurch werden Versorgungsregionen abgebildet, die Mitversorgungseffekte und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

| ABBILDUNG 3.4

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

| KAPITEL 1.2

ABBILDUNG 3.4: KREISREGIONEN ALS PLANUNGSBEREICH DER ALLGEMEINEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG



Planungsbereiche: Einwohner

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

0 5 10 20 30 40 50
Kilometer

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



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

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

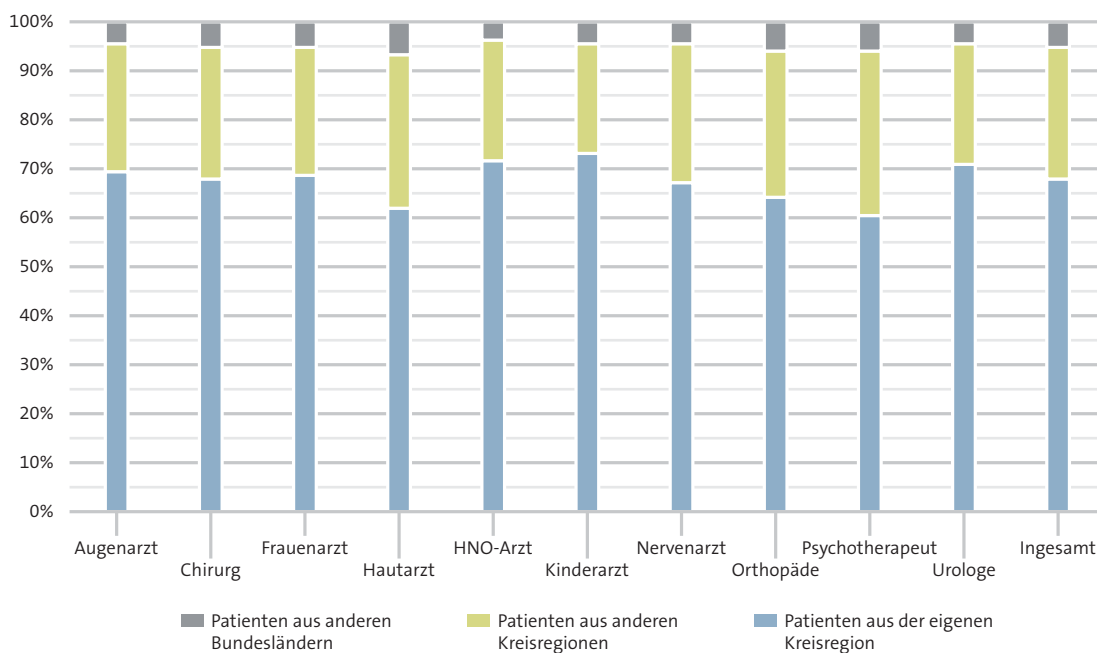
Im Landesdurchschnitt behandeln die Ärzte und Psychotherapeuten der allgemeinen fachärztlichen

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

| ABBILDUNG 3.5

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

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



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

Versorger in den kreisfreien Städten Mainz, Koblenz und Trier.

| ABBILDUNG 3.6

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

| ABBILDUNG 3.7

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

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

| ABBILDUNG 3.8 UND 3.9

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

| ABBILDUNG 3.10

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

| ABBILDUNG 3.11

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

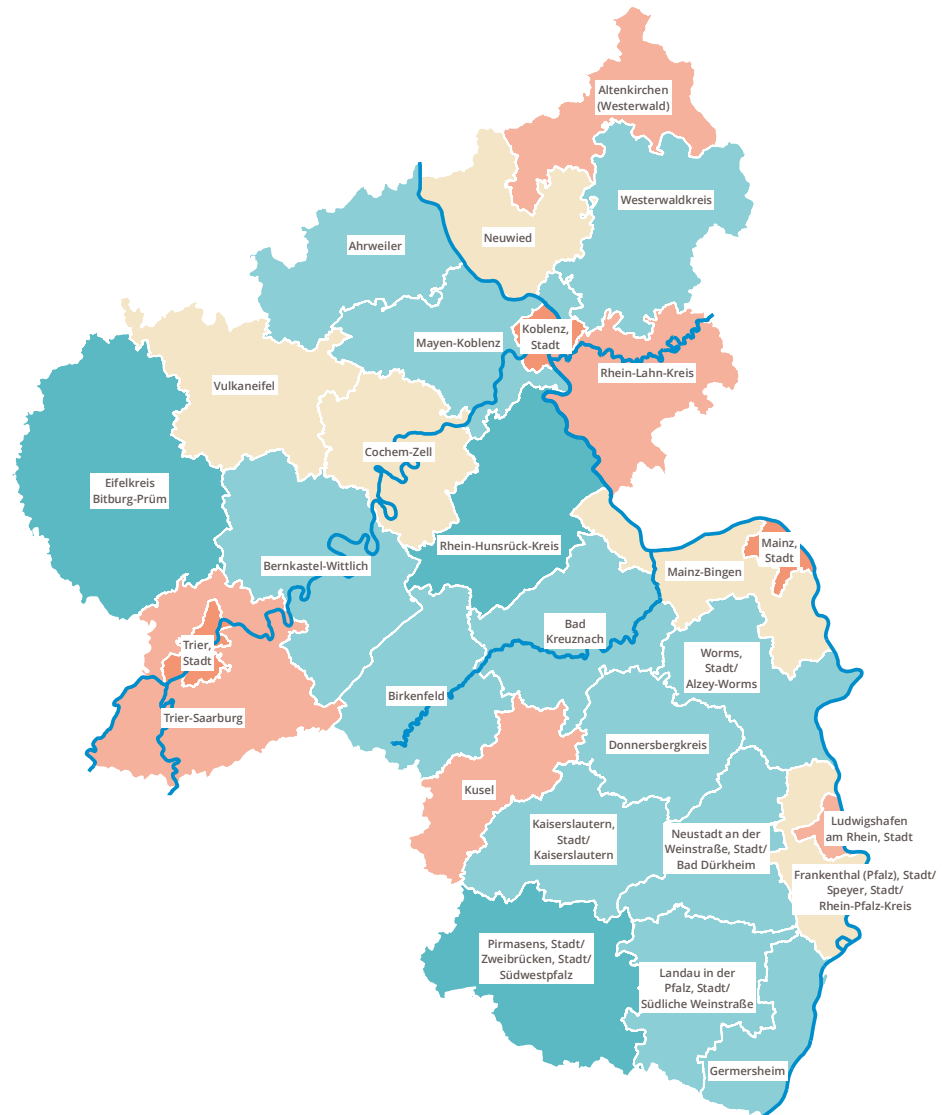


Von den 237.115 Patienten aus anderen Bundesländern im ersten Halbjahr 2013 wurde am häufigsten ein Haut- oder Frauenarzt in Rheinland-Pfalz aufgesucht, in 14 beziehungsweise 19 Prozent der Fälle. Am seltensten wurde die Ländergrenze überschritten, um einen Psychotherapeuten oder Urologen in Rheinland-Pfalz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

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

| ABBILDUNG 3.12

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



Anteil der auswärtigen Patienten (Landesschnitt: 32%)

In Prozent (Anzahl der Kreisregionen)

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

0 5 10 20 30 40 50
Kilometer

Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP

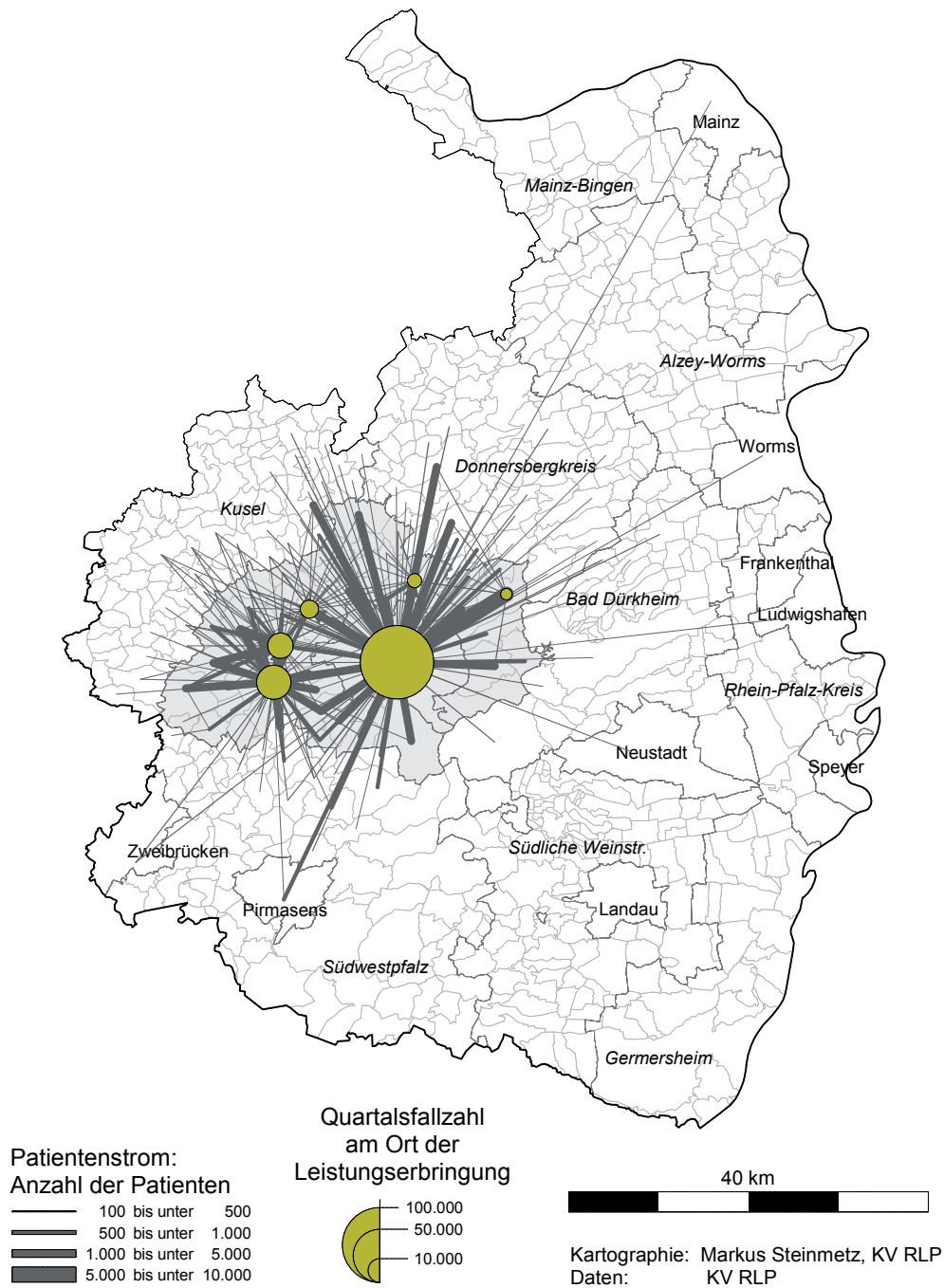
Daten KV RLP,
WIGeoGIS

Stand 31.12.2013

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

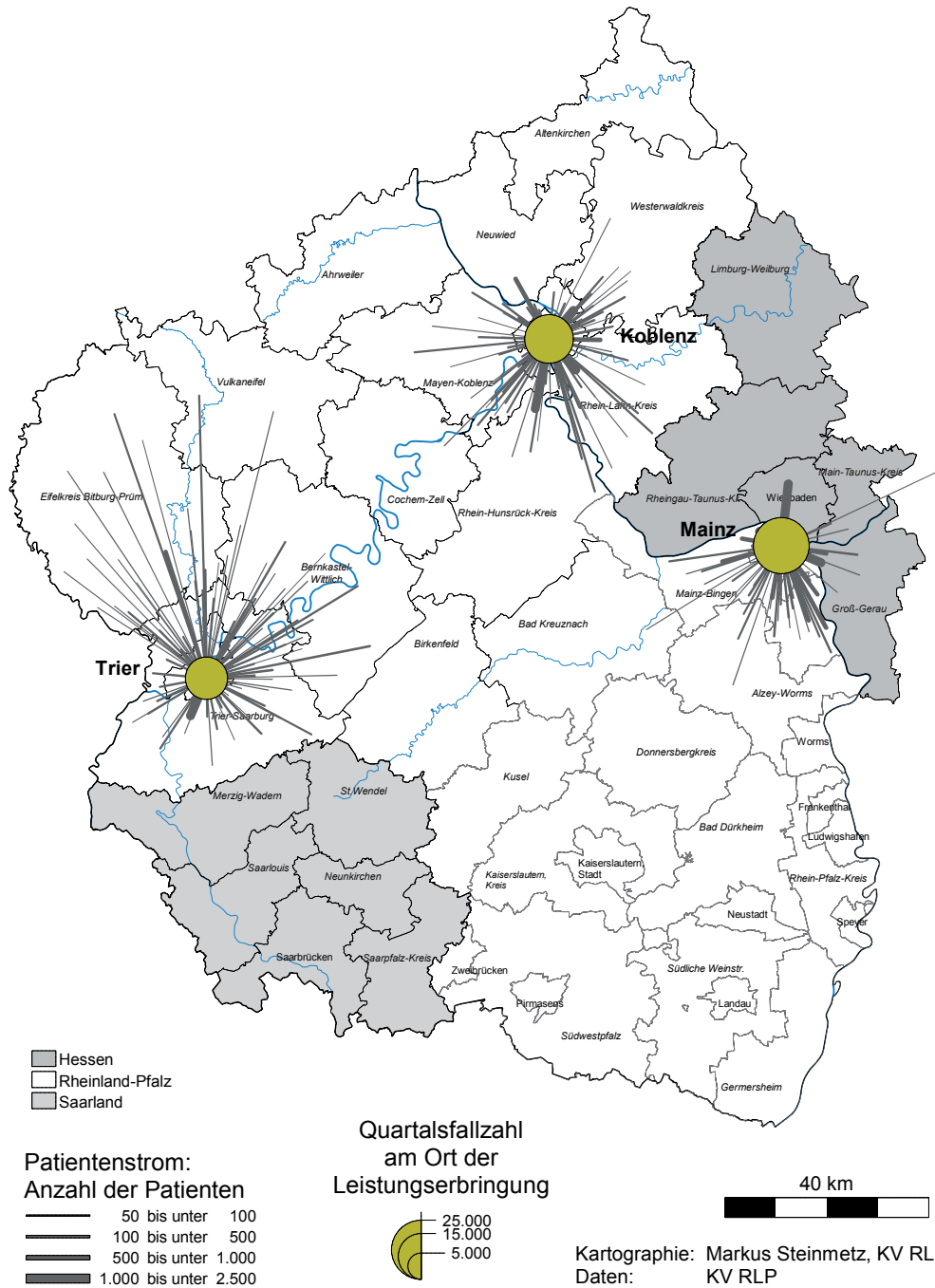


ABBILDUNG 3.7: ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG:
STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN DER KREISREGION KAISERSLAUTERN



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

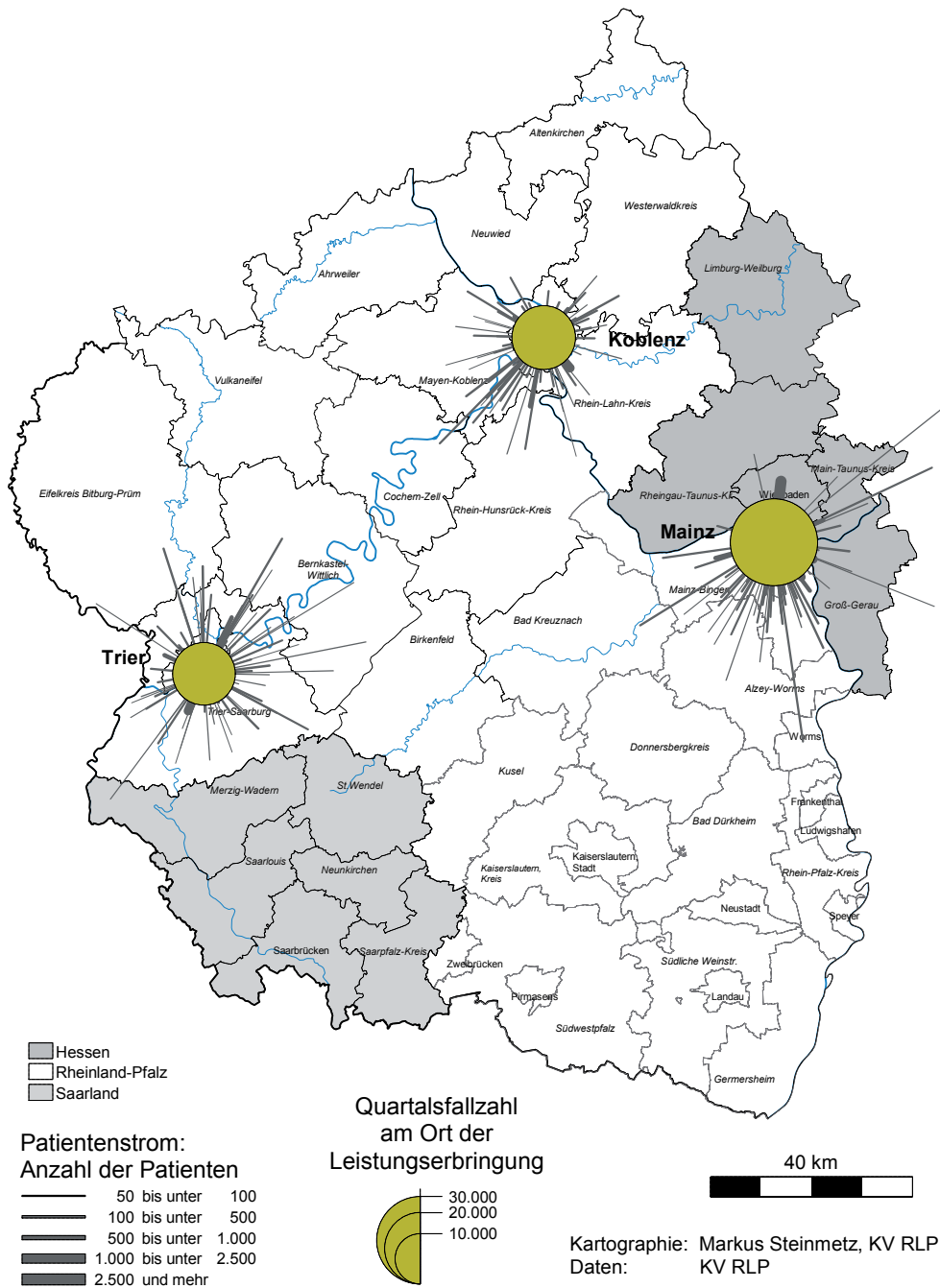
ABBILDUNG 3.8: AUGENÄRZTLICHE VERSORGER: STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN DER KREISFREIEN STÄDTE KOBLENZ, MAINZ UND TRIER



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

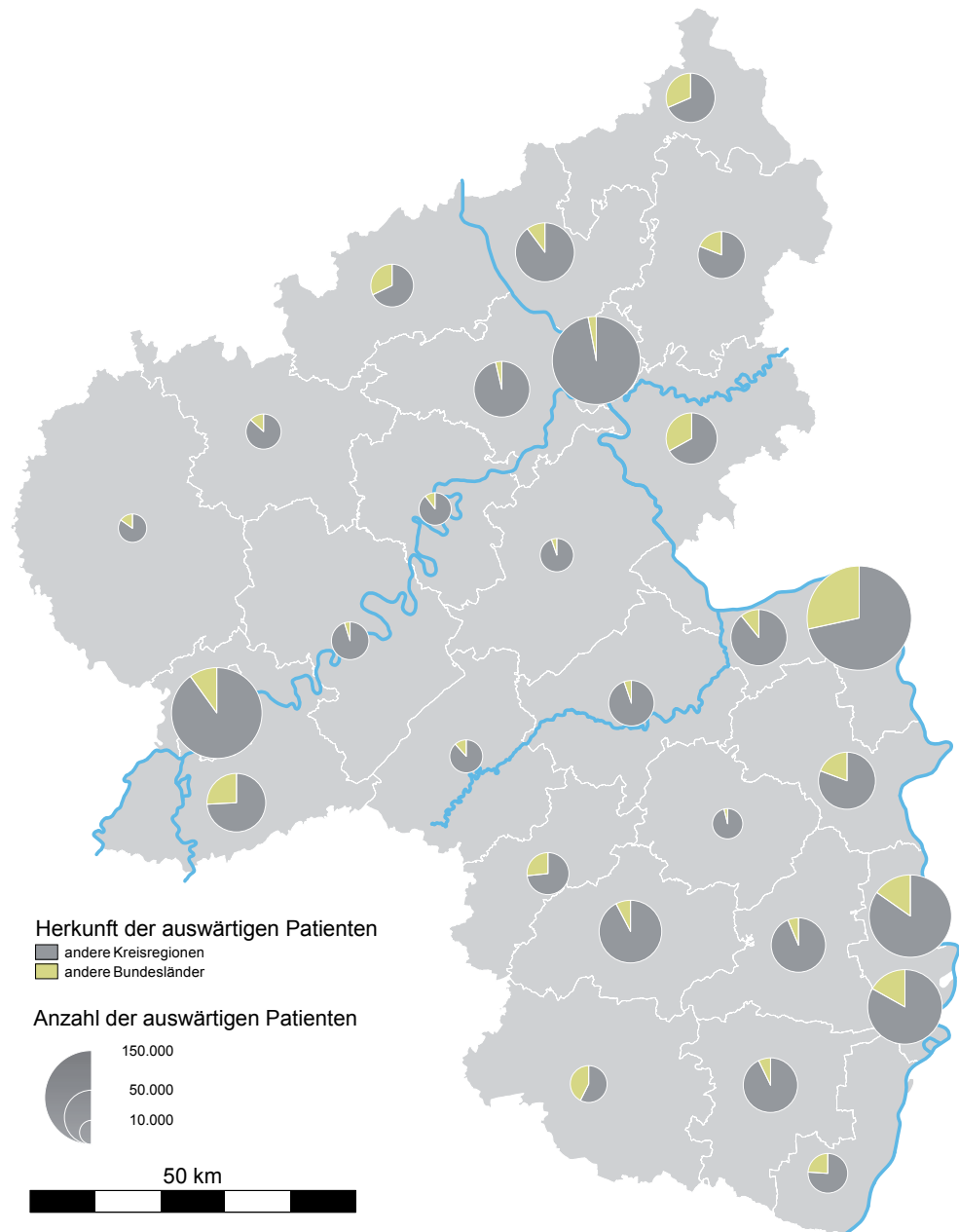


ABBILDUNG 3.9: FRAUENÄRZTLICHE VERSORGER: STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN IN DEN KREISFREIEN STÄDTEN KOBLENZ, MAINZ UND TRIER



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

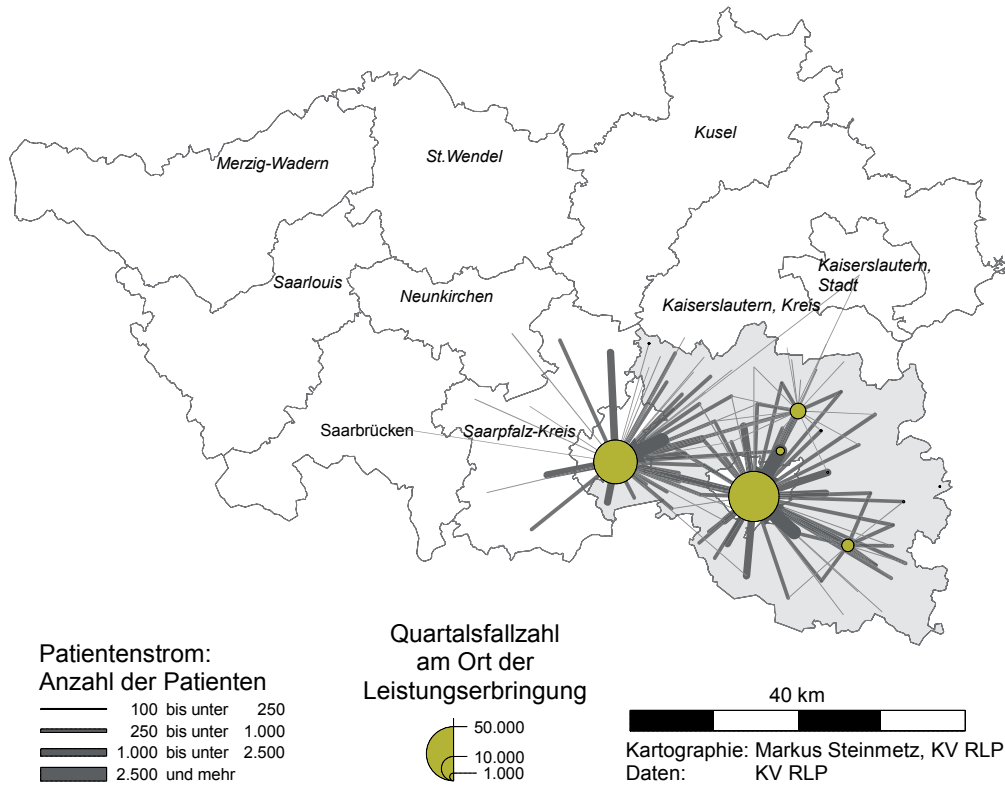
ABBILDUNG 3.10: MITVERSORGUNG IN DER ALLGEMEINEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG: ANZAHL UND HERKUNFT DER AUSWÄRTIGEN PATIENTEN



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

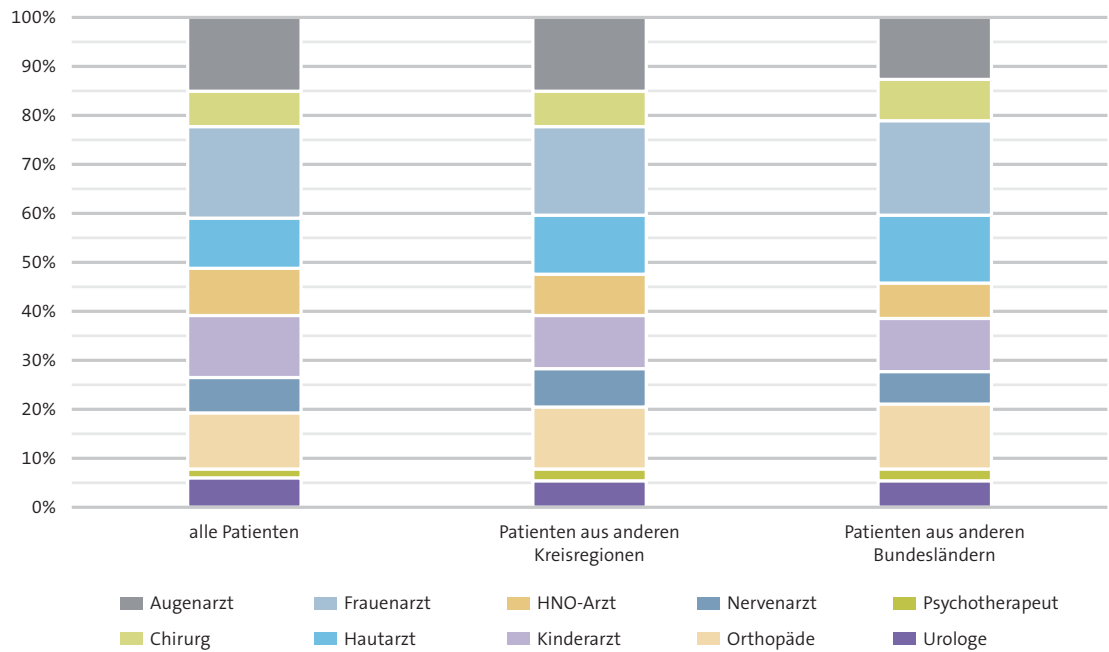


ABBILDUNG 3.11: ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG: STADT-UMLAND-BEZIEHUNGEN IN DER KREISREGION PIRMASENS/ZWEIBRÜCKEN/SÜDWESTPFALZ



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

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



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