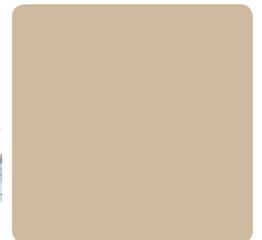
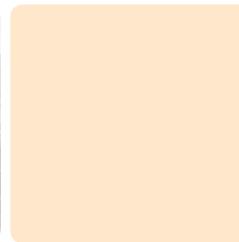


Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2012

Bevölkerung

Ärzterschaft

Versorgungsstrukturen





2. Die rheinland-pfälzische Vertragsärzteschaft

2.1 AKTEURE IM GESUNDHEITSWESEN

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

Zu den Leistungserbringern im Gesundheitssystem zählen insbesondere folgende Gruppen:

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

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

2.2 DIE VERTRAGSÄRZTE- UND -PSYCHOTHERAPEUTENSCHAFT: STATUSFORMEN UND FACHGRUPPEN

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

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

¹¹ § 95 Abs.1 Satz 1 SGB V.



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

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

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

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

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

¹² Zur kritischen Betrachtung der Bedarfsplanungssystematik: siehe Kapitel 3.3.1



2.3 ARZTZAHLN

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

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

2.3.1 ARZT- UND THERAPEUTENZAHLEN IN RHEINLAND-PFALZ

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

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



Tabelle 2.1: Versorgungsaufträge nach Fachgruppen

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

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

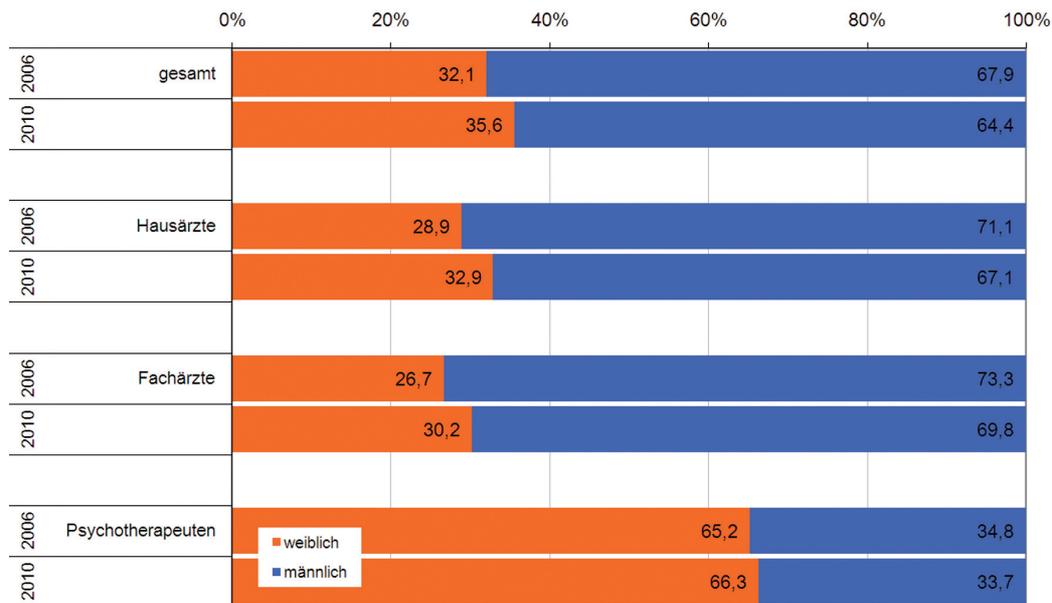
Der enorme Anstieg der Zahl an Angestellten und der von diesen erbrachten Versorgungsumfänge resultiert aus den Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes, das neben Formen der gemeinschaftlichen Berufsausübung von Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren insbesondere eine Ausweitung der Möglichkeiten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



2.3.2 GESCHLECHTSSTRUKTUR

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

Abbildung 2.1: Geschlechterverteilung in ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgungsbereichen



¹³ Stichtag: jeweils der 31. Dezember



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

2.3.3 ALTERSSTRUKTUR

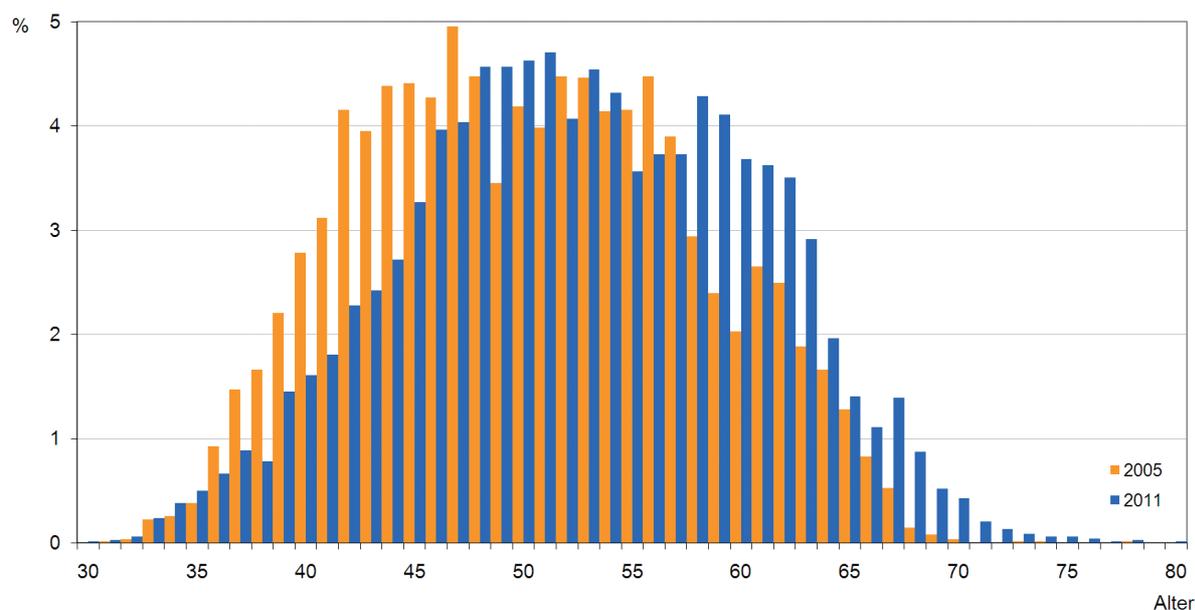
Das Alter der an der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden ist ein wichtiges Merkmal für die Beurteilung der zukünftig zu erwartenden Veränderungen und die Zahl der wieder zu besetzenden Stellen, die durch das Ausscheiden von Ärzten entstehen. Dabei ist zu berücksichtigen,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

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

¹⁴ Stichtage: 31.12.2005, 30.09.2011



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



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



Tabelle 2.2: Altersstruktur der Vertragsärzte nach Fachgruppen

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

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

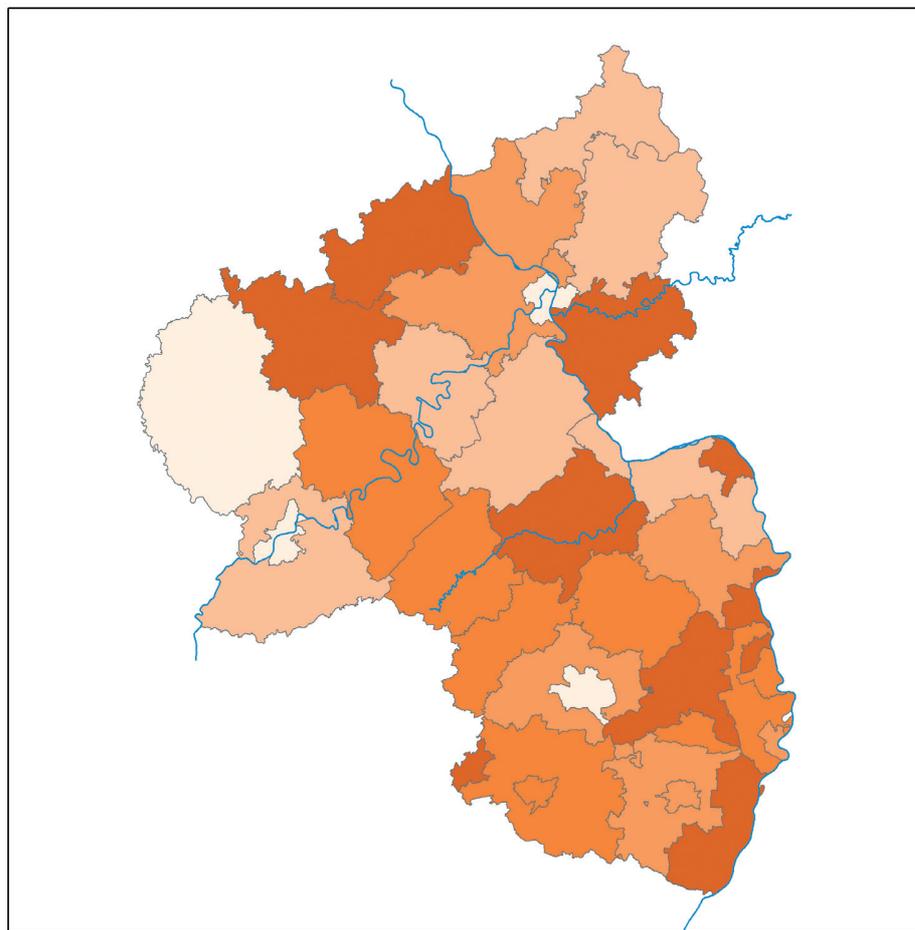
Auch hinsichtlich der numerischen Bedeutung verschiedener Altersklassen in der jeweiligen Ärzteschaft unterscheiden sich die Fachgruppen mitunter sehr deutlich. So schwankt der Anteil der bis 45-Jährigen zwischen 10,5 Prozent bei Chirurgen und 30,8 Prozent bei den Hautärzten. Die Bedarfsplanungsgruppe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

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



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

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



Altersstruktur der Ärzteschaft

Anteil der über 59-Jährigen

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

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



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

2.3.4 DYNAMIK DER ENTWICKLUNG: AB- UND ZUGÄNGE

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

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



Tabelle 2.3: Ab- und Zugangsstatistik der Vertragsärzteschaft nach Fachgruppen

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

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

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

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

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

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



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

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

2.4 ORGANISATIONS- UND PRAXISFORMEN

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

■ Einzelpraxis

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

■ Berufsausübungsgemeinschaften

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



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



Tabelle 2.5: Relative Häufigkeit verschiedener Praxisformen nach Fachgruppen

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

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

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

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



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

2.5 BEREITSCHAFTSDIENST

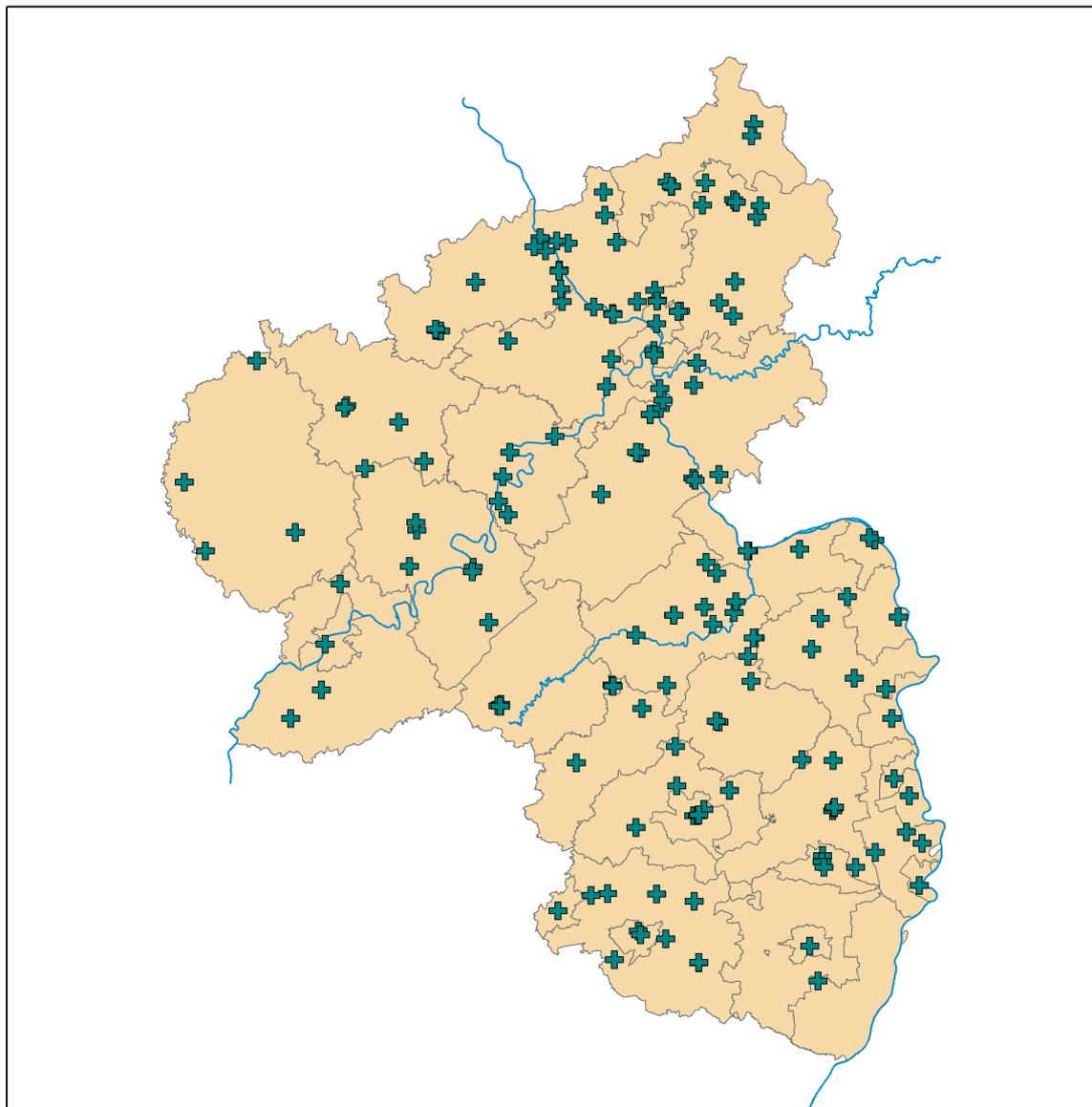
Die niedergelassenen Vertragsärzte gewährleisten während ihrer Sprechstundenzeiten die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz. Außerhalb der Sprechstunden, etwa mittwochs, an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen, ist hierfür der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig, dessen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

In den übrigen sprechstundenfreien Zeiten erfolgt eine kollegiale Vertretung der Vertragsärzte, während derer der behandelnde Arzt zwar nicht von der Verpflichtung zur Behandlung seiner Patienten entbunden ist, diese aber zusammen mit Kollegen erbringt. Im organisierten Bereitschaftsdienst wird im Gegensatz dazu die Versorgung durch die jeweils zum Dienst eingeteilten Ärzte geleistet. Hierbei kann es sich sowohl um vor Ort niedergelassene als auch um eigens für den Dienst engagierte Ärzte handeln.

Jeder niedergelassene Vertragsarzt nimmt am Bereitschaftsdienst teil. Von dieser Aufgabe kann er nur auf Antrag und beim Vorliegen schwerwiegender Gründe befreit werden, etwa gesundheitlicher Art oder besonderer familiärer Belastungen. Die Erbringung von Wochenend- und Feiertagsdiensten ist somit ein Aspekt vertragsärztlicher Arbeit, der für den einzelnen Arzt neben der Tätigkeit in der eigenen Praxis ein zusätzliches Arbeitsaufkommen mit sich bringt. Insbesondere in Regionen, in denen hierdurch für den Einzelnen erhebliche Mehrbelastungen entstehen, stellt dies einen maßgeblichen Faktor dar, der Ärzte davon abhält, vakante Vertragsarztsitze zu übernehmen. Die Optimierung der Organisationsstrukturen im Bereitschaftsdienst ist somit ein wichtiges Instrument, um die Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit zu steigern, insbesondere in Regionen, in denen durch eine geringe Arztdichte die Frequenz zu leistender Dienste hoch ist.



Abbildung 2.4: Räumliche Verteilung der Zweigpraxen in Rheinland-Pfalz



✚ Zweigpraxen (Stand 31.12.2010)

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



Prinzipiell können in Rheinland-Pfalz zwei Organisationsmodelle unterschieden werden:

■ Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ)

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

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

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

■ Dezentrale Bereitschaftsdienst-Bereiche

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

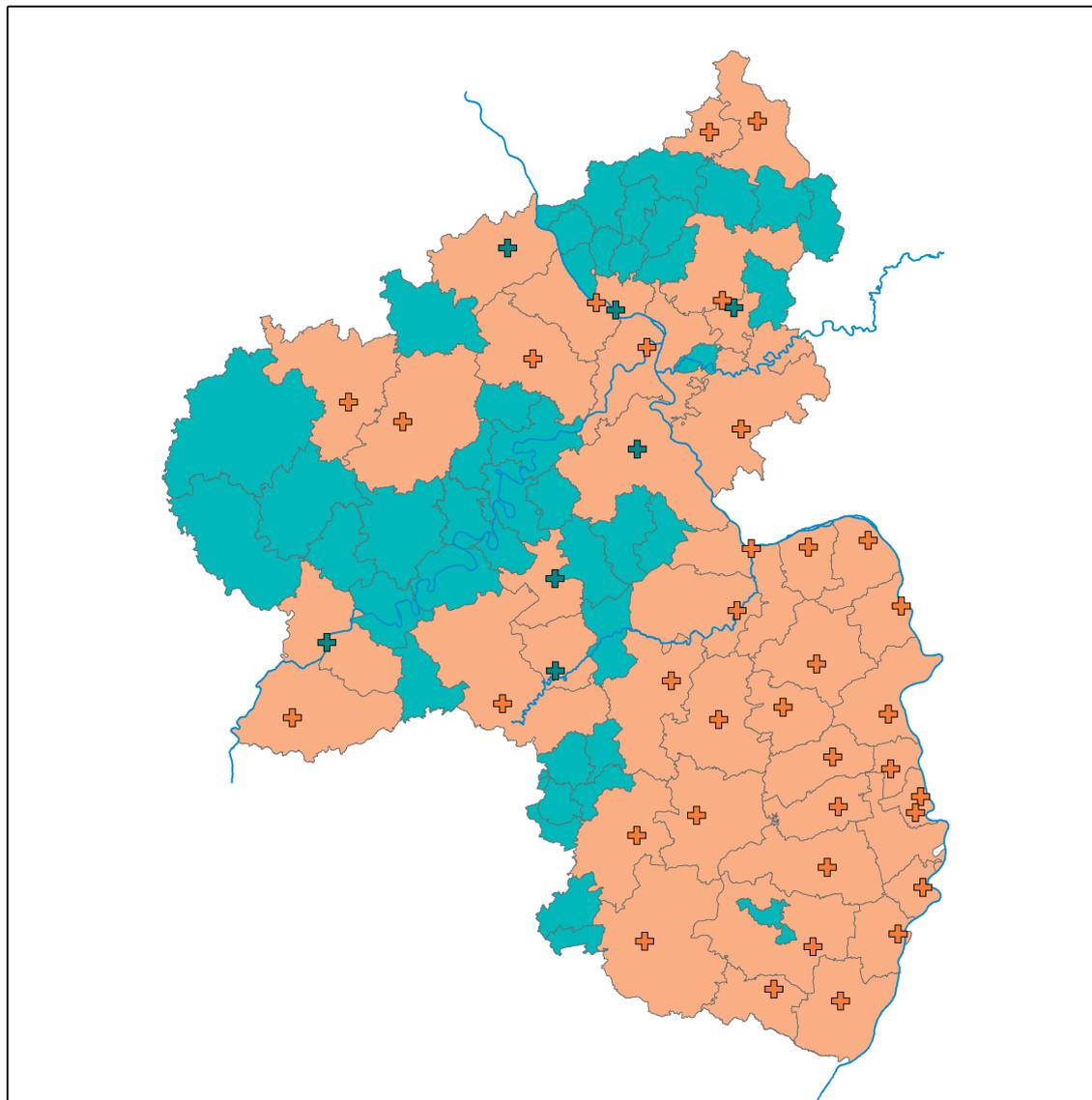
Im Unterschied zu durch eine BDZ versorgten Bereichen entfällt zwar die Einrichtung und Unterhaltung einer Zentrale, laufende Kosten, etwa für Infrastruktur, fallen dagegen in den beteiligten Praxen an. Vielerorts ist dieses Modell zudem mit häufiger Dienstpflicht und somit einer Mehrbelastung der Ärzte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

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

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



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



Bereitschaftsdienstzentralen

Trägerschaft

-  KV
-  sonstige

Bereitschaftsdienst-Bereiche

-  Bereitschaftsdienstzentralen
-  dezentrale Bereitschaftsdienst-Bereiche

0 10 20 40
Kilometer

Kartographie: T. Christ, KV RLP



2.6 FAZIT

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

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

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

Impressum

Herausgeber

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

Konzeption & Text

Thomas Christ,
Ressort Versorgungsforschung,
Abteilung Sicherstellung

Kontakt

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

Bildnachweis

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

Auflage

1000 Exemplare

Umsetzung

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

Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.

Stand

April 2012