

# VERSORGUNGSATLAS RHEINLAND-PFALZ 2018

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN | VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG



PRAXISMODELLE DER ZUKUNFT

 **KVRLP**

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

### verantwortlich (i. S. d. P.)

Dr. Peter Heinz, Vorsitzender des Vorstandes  
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes  
Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstandes

### Kommunikation

Stefan Holler, Dr. Rainer Saurwein

### Versorgungsforschung

Thomas Christ, Markus Steinmetz

### Bildnachweis

© Fotolia/Mediterraneo  
© Fotolia/kathomenden  
© Fotolia/Julia

### Auflage

1.500 Exemplare

### Stand

November 2018

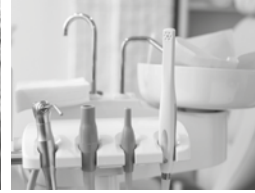
### Umsetzung

NINO Druck GmbH  
Im Altenschemel 21  
67435 Neustadt/Weinstraße  
Internet: [www.ninodruck.de](http://www.ninodruck.de)

### 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. Außerdem wird der Begriff „Ärzte“ stellvertretend für alle Niedergelassenen verwendet.

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



## INHALT

<b>1. VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG IN RHEINLAND-PFALZ IN KOOPERATION MIT DER KZV RLP.....</b>	<b>5</b>
1.1 Teilnahmestatus und Fachgruppen.....	5
1.2 Erreichbarkeit und räumliche Verteilung der vertragszahnärztlichen Versorgung.....	9
1.3 Praxisstrukturen.....	13
1.4 Tätigkeitsumfang.....	16
1.5 Geschlechterverteilung.....	17
1.6 Altersstruktur.....	19
1.7 Nachbesetzungsbedarf.....	21
<b>2. PRAXISMODELLE DER ZUKUNFT .....</b>	<b>27</b>
2.1 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft: BAG Süd-Westpfalz.....	28
2.2 Belegarztwesen: Versorgungsform mit Zukunft.....	30
2.3 Gemeinschaftspraxis: Kinderarztpraxis in Koblenz.....	32
2.4 Weiterbildung und Einstieg: Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis in Trier.....	34
2.5 Medizinisches Versorgungszentrum: Augenarztzentrum Westpfalz MVZ GmbH.....	36
<b>3. IN DER RETROSPEKTIVE: VERÄNDERUNGEN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT.....</b>	<b>39</b>
3.1 Arztlebensläufe: Kontinuität und Wandel.....	39
3.2 Veränderungen in der vertragsärztlichen Tätigkeit zwischen 2009 und 2018.....	39
3.3 Ende der Kontinuität durch Anstellungen.....	41
3.4 Pendlerwege: Nach den Patienten wird auch der Arzt „mobiler“.....	42
<b>4. NERVENÄRZTE: PLANUNG VERSUS VERSORGUNGSREALITÄT .....</b>	<b>47</b>
4.1 Versorgungssituation in der nervenärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz.....	47
4.2 Fachgebietsgliederung nach Tätigkeitsspektrum.....	50
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>57</b>





## VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG IN RHEINLAND-PFALZ IN KOOPERATION MIT DER KZV RLP

In Deutschland existiert eine im internationalen Vergleich flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung auf hohem Niveau. Hierzu trägt vor allem der überaus differenzierte und leistungsstarke ambulante Sektor bei, in dem bundesweit rund 172.000<sup>1</sup> Vertragsärzte und -psychotherapeuten arbeiten. Die zahnmedizinische Versorgung wird sogar nahezu ausschließlich ambulant erbracht. Mit mehr als 61.000 Zahnärzten in fast 43.000 Praxen<sup>2</sup> stellen die Zahnärzte die größte in der Fläche praktizierende ambulante Arztgruppe dar. Sie übertreffen damit auch die Zahl der Hausärzte, die aktuell bundesweit bei rund 55.000<sup>3</sup> liegt.

Auch vor diesem Hintergrund ist es von großem Interesse, die Versorgungsstrukturen dieser Arztgruppe für Rheinland-Pfalz genauer zu betrachten. Nachdem in den vorangegangenen Versorgungsatlasen der KV RLP die Versorgungsstrukturen und Entwicklungen in der vertragsärztlichen Versorgung ausführlich beschrieben wurden, soll an dieser Stelle die zahnärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz intensiv betrachtet werden. Diese Untersuchung erfolgt durch die Versorgungsforschung der KV RLP in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Dabei soll, neben der Analyse der Strukturen und Entwicklungen, insbesondere auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit Parallelen zwischen dem ärztlichen und dem zahnärztlichen Bereich hinsichtlich des Wandels der Versorgungsstrukturen und der sich daraus ergebenden Herausforderungen bestehen.


### 1.1 TEILNAHMESTATUS UND FACHGRUPPEN


Am 31. Dezember 2017 gab es in Rheinland-Pfalz 2.675 Vertragszahnärzte, dies entspricht etwa der

Anzahl der Hausärzte von 2.717 zum gleichen Zeitpunkt. Hinzu kommen in der zahnärztlichen Versorgung noch 230 Assistenten, die ihren Vorbereitungsdienst nach § 3 Abs. 2b Zahnärzte-ZV ableisten.

73 Prozent aller Vertragszahnärzte arbeiten als Inhaber/Teilhaber und bilden damit die mit Abstand häufigste Teilnahmestatusgruppe. Angestellt sind etwa 19 Prozent. Unter den Vertragsärzten und -psychotherapeuten ist deren Anteil mit 22 Prozent etwas höher. Während die Zahl der Angestellten zwischen 2010 und 2017 um 314 gestiegen ist, hat die Zahl bei den Inhabern/Teilhabern um 118 abgenommen. Dieser Rückgang wurde somit durch die Zunahme der Angestellten überkompensiert, sodass in dem betrachteten Zeitraum die Kopfzahl der Vertragszahnärzte insgesamt um etwa acht Prozent gestiegen ist.

Die höchste absolute Steigerung hatte die Fachgruppe der Allgemeinzahnärzte zu verzeichnen, die allerdings auch insgesamt 89 Prozent der Vertragszahnärzte stellt. Bei den Oralchirurgen entspricht die absolute Steigerung von 29 zwischen 2010 und 2017 einem Wachstum von 57 Prozent. Damit stellt diese Fachgruppe nun drei Prozent der Vertragszahnärzte. Generell ist im Vergleich zur vertragsärztlichen Versorgung die Zahl und der Umfang der Spezialisierungen deutlich geringer [Versorgungsatlas 2016, Kapitel 1.1].

Nur in einigen kreisfreien Städten liegt der Anteil der Allgemeinzahnärzte bei weniger als 85 Prozent  1.3].

Unter den Vorbereitungsassistenten ist der Spezialisierungsgrad etwas höher: Von den 230 Assistenten arbeiten „nur“ drei Viertel in allgemeinzahnärztlichen Praxen  1.6].

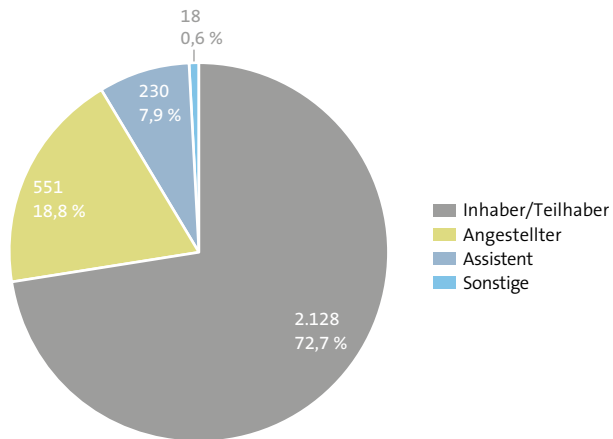
<sup>1</sup> KBV: Bundesarztregister (Stand 31.12.2017)

<sup>2</sup> Jahrbuch 2017 der KZBV

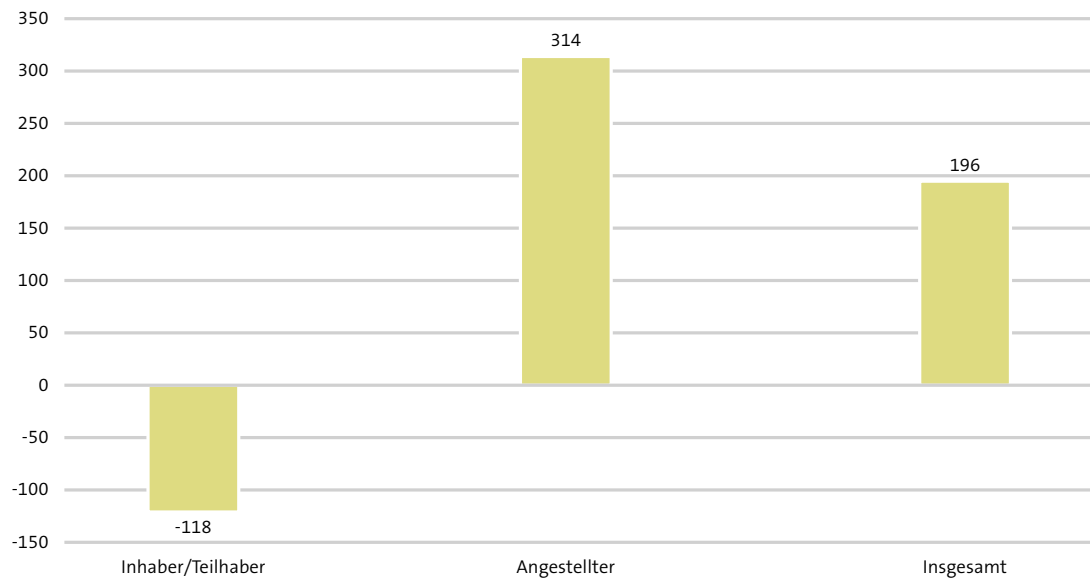
<sup>3</sup> KBV: Bundesarztregister (Stand 31.12.2017)

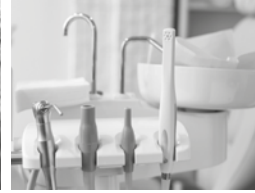
<sup>4</sup> Die Summe nach Teilnahmestatus ohne Assistenten ist mit 2.697 höher als die Gesamtzahl von 2.675 Vertragszahnärzten, weil eine Person mehr als einen Status haben kann und dementsprechend doppelt gezählt wird.

**1.1: VERTRAGSZAHNÄRZTE NACH TEILNAHMESTATUS <sup>4</sup>**



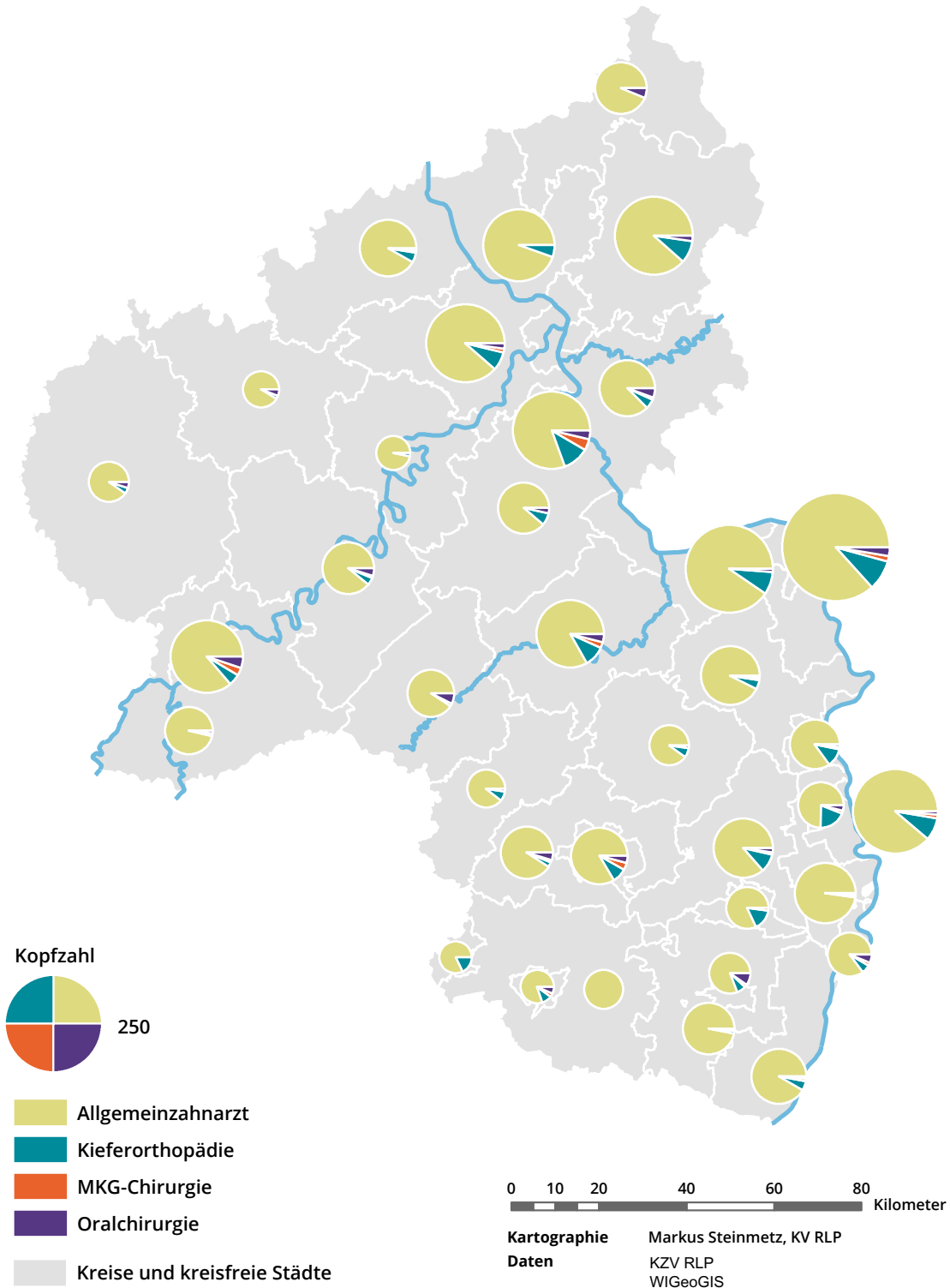
**1.2: ENTWICKLUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTE NACH TEILNAHMESTATUS VON 2010 BIS 2017**



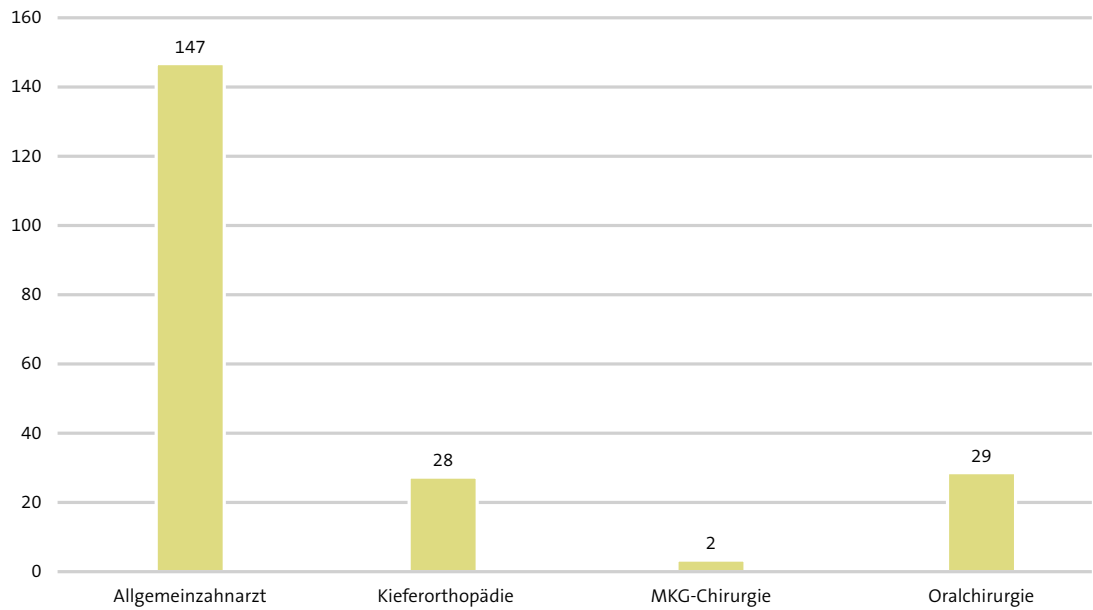


### 1.3: ANTEILE DER FACHGRUPPEN NACH KREISEN UND KREISFREIEN STÄDTEN

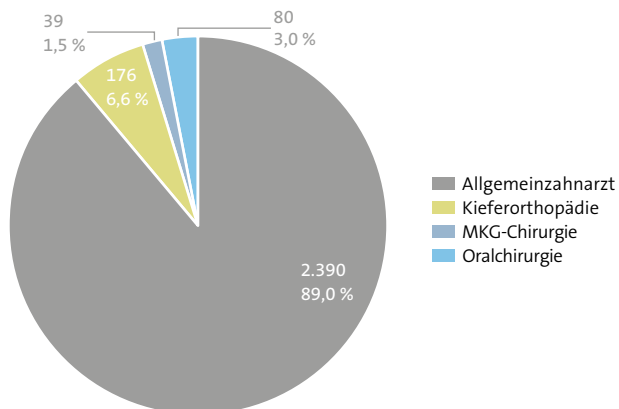
1



1.4: ENTWICKLUNG DER FACHGRUPPEN VON 2010 BIS 2017



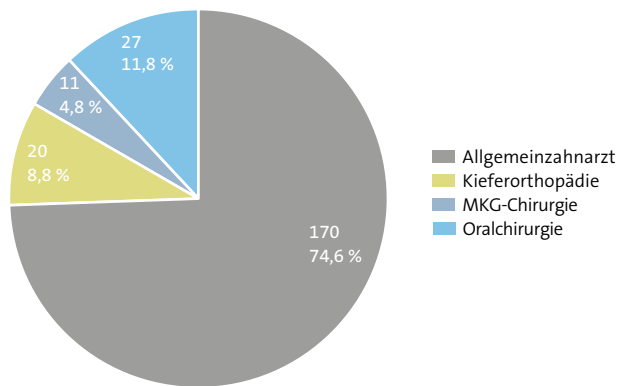
1.5: ANTEILE DER FACHGRUPPEN BEI DEN VERTRAGSZAHNÄRZTEN







**1.6: ANTEILE DER FACHGRUPPEN BEI DEN VORBEREITUNGSASSISTENTEN**



### 1.2 ERREICHBARKEIT UND RÄUMLICHE VERTEILUNG DER ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG

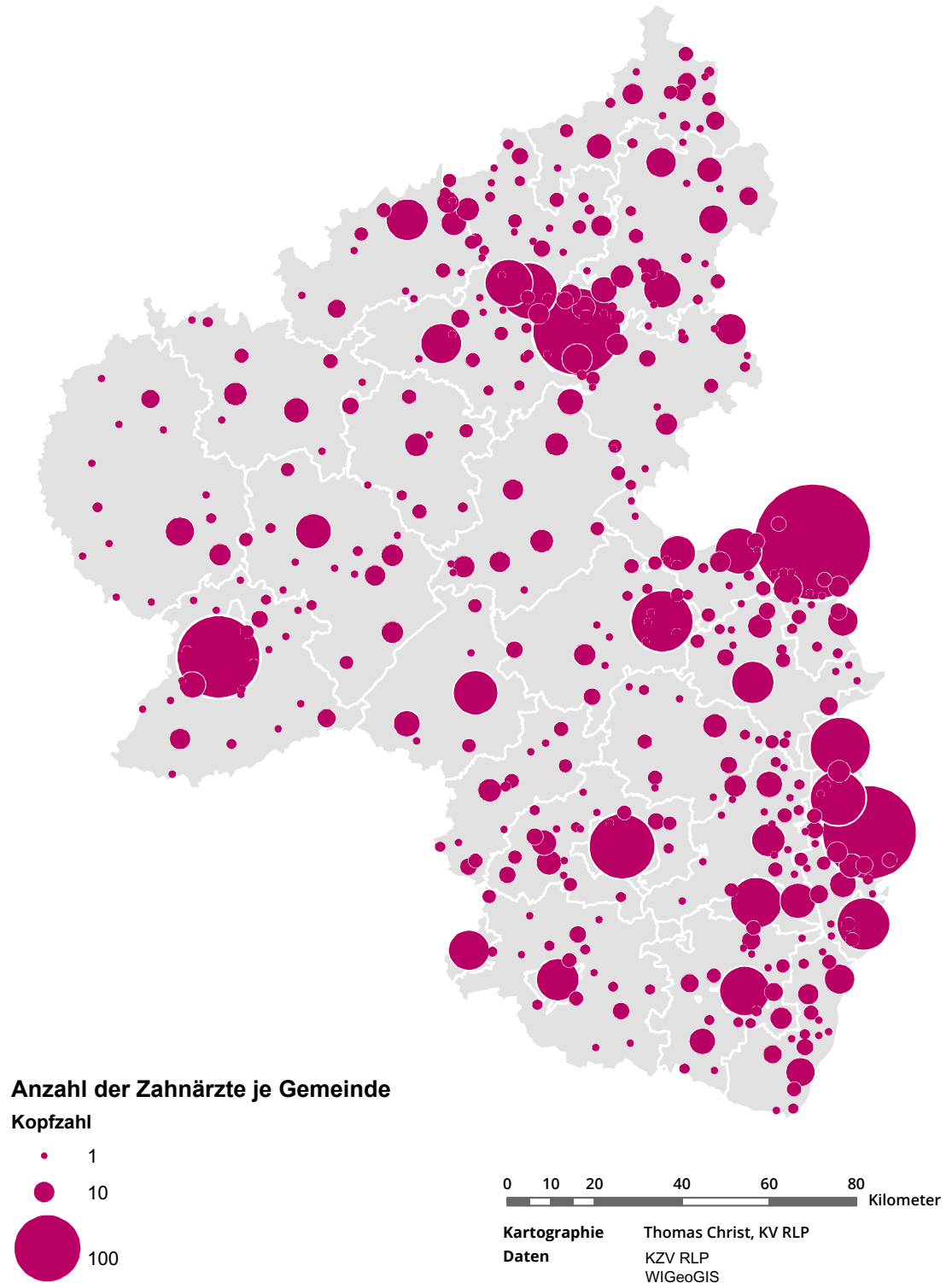
Die Frage der wohnortnahen und flächendeckenden Zahnmedizinischen Versorgung lässt sich anhand verschiedener Parameter analysieren. Insgesamt gibt es in Rheinland-Pfalz 1.807 Praxisstandorte in 428 Gemeinden. Dies spricht für eine hohe Dichte in der räumlichen Verteilung von Zahnärzten | **1.7** |.

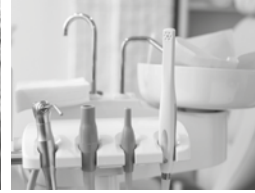
Die nächstgelegene Zahnarztpraxis kann vom Großteil der Bevölkerung in einer zumutbaren Entfernung erreicht werden. Die durchschnittliche bevölkerungsgewichtete PKW-Fahrdistanz beträgt in Rheinland-Pfalz nur zwei Kilometer, zu den Hausärzten sind es 1,5 Kilometer. Die Mehrheit der Bevölkerung (55 Prozent) kann die nächstgelegene Zahnarztpraxis in weniger als einem Kilometer erreichen | **1.8** |, bei den Hausärzten sind es 61 Prozent. Insgesamt 90 Prozent der Bevölkerung können ihre nächstgelegene Zahnarztpraxis in

weniger als fünf Kilometern erreichen. Zehn Prozent der Bevölkerung müssen demzufolge mehr als fünf Kilometer PKW-Fahrdistanz zurücklegen, aber nur ein Prozent mehr als zehn Kilometer. Der Hauptgrund liegt darin, dass in einigen ländlichen und peripheren Kreisen die Versorgungsdichte an Zahnärzten deutlich geringer ist als im Landeschnitt, insbesondere in Bezug auf die kreisfreien Städte.

Durchschnittlich kommt in Rheinland-Pfalz ein Zahnarzt auf 1.475 Einwohner. Die höchste Versorgungsdichte weist die kreisfreie Stadt Koblenz auf; hier gibt es statistisch einen Zahnarzt je 881 Einwohner. Die geringsten Versorgungsdichten mit über 2.000 Einwohnern je Zahnarzt weisen die vier Kreise Altenkirchen, der Eifelkreis Bitburg-Prüm und die Kreise Trier-Saarburg und Südwestpfalz auf. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die beiden letztgenannten Kreise jeweils kreisfreie Städte mit hoher Versorgungsdichte umschließen und durch diese mitversorgt werden.

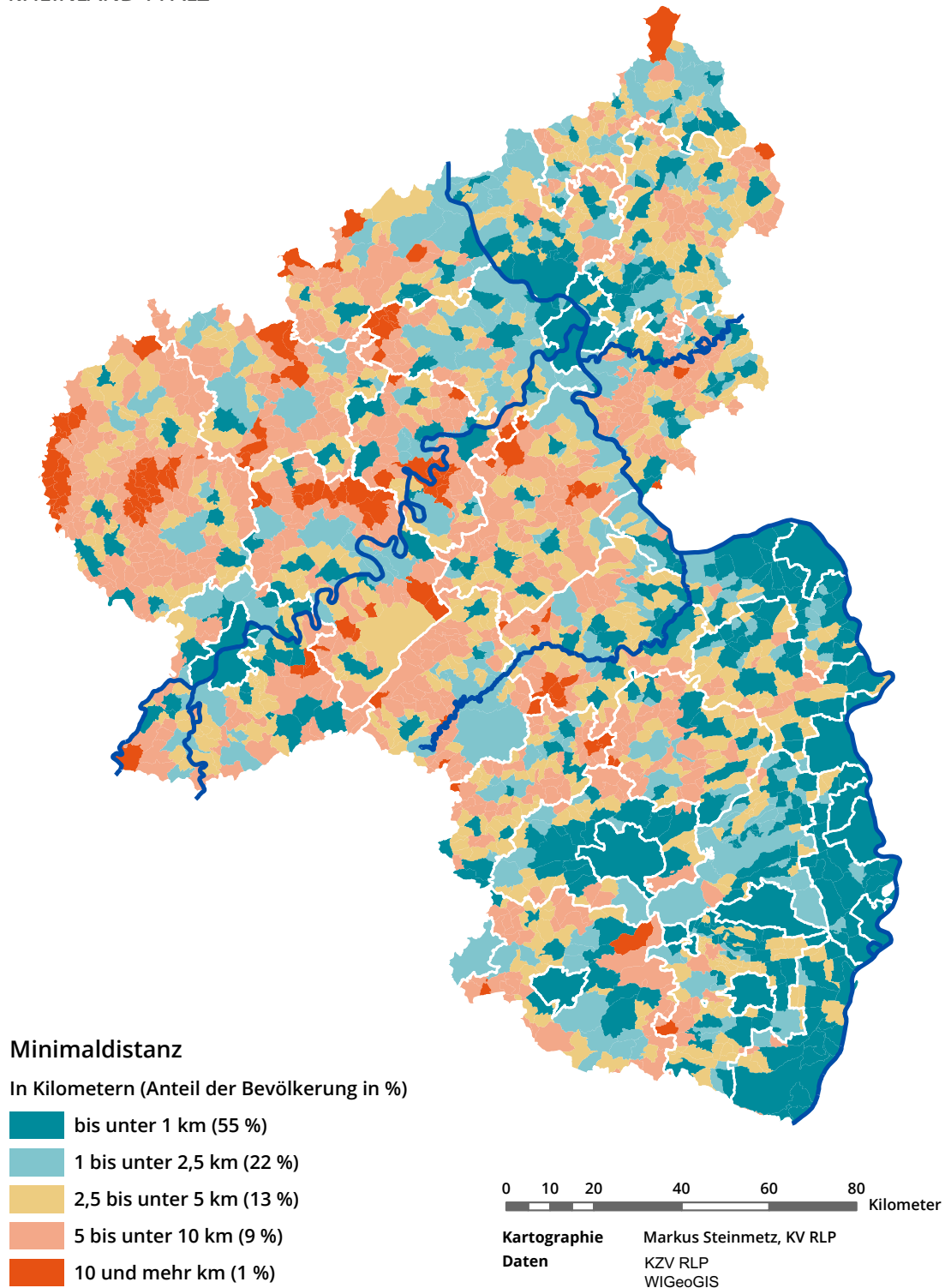
## 1.7: RÄUMLICHE VERTEILUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTE IN RHEINLAND-PFALZ



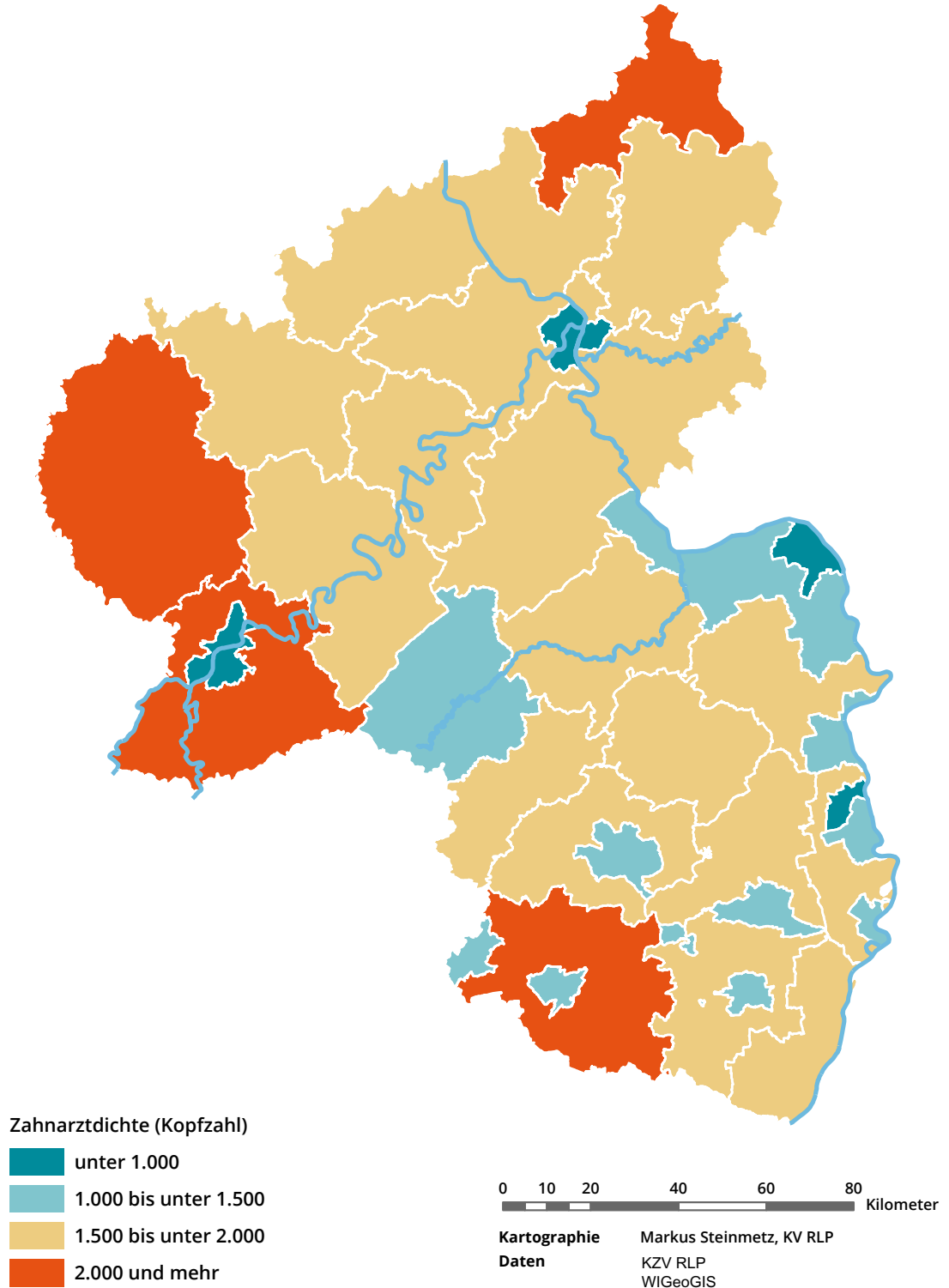


## 1.8: ERREICHBARKEIT DER NÄCHSTGELEGENEN ZAHNARZTPRAXIS IN RHEINLAND-PFALZ

1



### 1.9: ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNGSDICHTE IN DEN KREISEN UND KREISFREIEN STÄDTEN






### 1.3 PRAXISSTRUKTUREN

Der im Versorgungsatlas 2016<sup>5</sup> für den vertragsärztlichen Bereich beschriebene Trend zur Kooperation schlägt sich auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung nieder. Zwar ist die Einzelpraxis mit 78 Prozent aller Praxisstandorte weiterhin die dominierende Praxisform, doch stellen sich die Praxisstrukturen der Zahnärzte heterogener dar, als es diese Zahl vermuten lässt.

63 Prozent der Zahnärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, 29 Prozent in örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Die restlichen acht Prozent sind in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), überörtlichen BAG und Zweigpraxen aktiv. In den vergangenen sieben Jahren ist in allen Praxisformen – mit Ausnahme der BAG – die Anzahl der dort praktizierenden Ärzte gestiegen. Die Zahl der Praxen nahm zum Teil deutlich geringer zu; bei den Einzelpraxen ist sie sogar um 41 gesunken, obwohl die Anzahl der dort praktizierenden Zahnärzte um 118 gestiegen ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass durch die erweiterten Möglichkeiten zur Anstellung heute mehr Zahnärzte in weniger Praxen arbeiten. Im Schnitt praktizieren 1,5 Zahnärzte pro Praxis. In den Einzelpraxen sind es mit 1,2 am wenigsten, bei den MVZ ist der Wert mit 4,1 am höchsten. In der vertragsärztlichen Versorgung ist der Durchschnitt von 1,5 Ärzten je Praxis identisch und auch bei den einzelnen Praxisformen weichen die Durchschnittswerte nur geringfügig von denen der Zahnärzte ab.

Der Kooperationsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung ist dagegen höher ausgeprägt, hier ist mit 49 Prozent nur noch eine Minderheit der Ärzte in Einzelpraxen tätig. Zudem ist im vertragsärztlichen Bereich eine weitere Zunahme der Bedeutung von Berufsausübungsgemeinschaften zu verzeichnen – eine Entwicklung, die unter Vertragszahnärzten dergestalt aktuell nicht festzustellen ist.

Den geringsten Anteil an Einzelpraxen weist der Kreis Birkenfeld mit nur 42 Prozent aller Zahnärzte in der Region auf, im Kreis Ahrweiler sind es dagegen 88 Prozent |  1.12 |. Die Praxisstrukturen können also regional deutliche Unterschiede und Besonderheiten aufweisen. Beispielsweise arbeiten in Ludwigshafen 20 Prozent der Zahnärzte in MVZ, während diese Organisationsform in weiten Teilen des übrigen Bundeslandes noch keine bedeutende Rolle spielt.

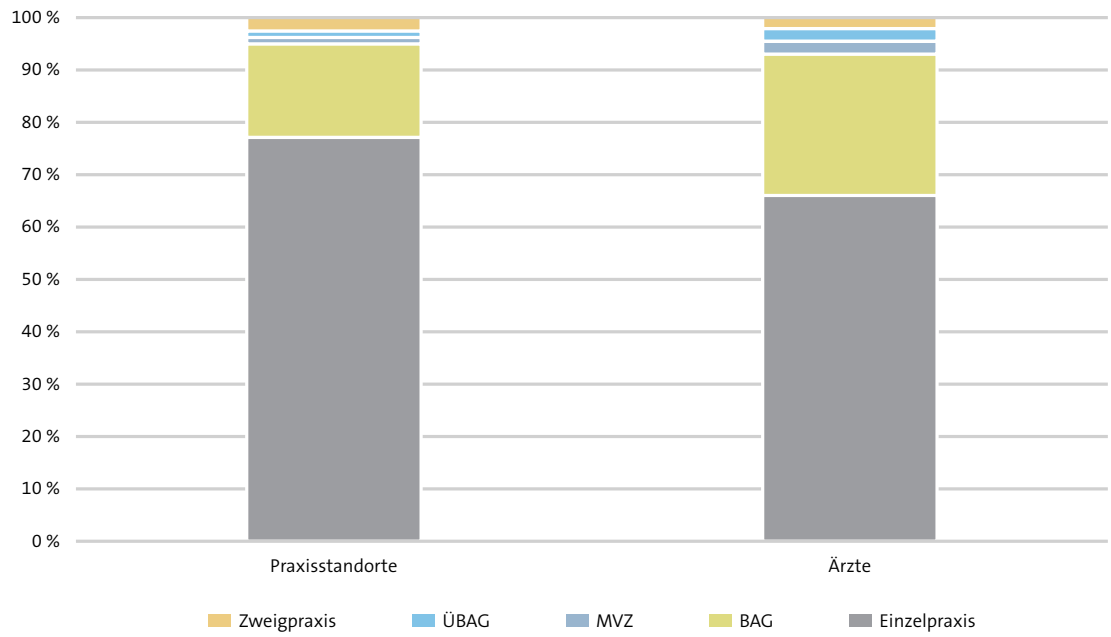
Auch die individuelle Praxisgröße variiert deutlich. So arbeitet in insgesamt 19 Prozent aller Einzelpraxen de facto mehr als ein Zahnarzt. Die Bezeichnung „Einzelpraxis“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass es lediglich einen Inhaber der Praxis gibt, der jedoch zusätzlich angestellte Zahnärzte beschäftigen kann. Unter den örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften reicht die Bandbreite von Praxen mit zwei Zahnärzten (65 Prozent aller BAG) bis hin zu sehr großen Praxen mit bis zu zwölf Personen. Diese stellen jedoch die absolute Ausnahme dar. Als MVZ organisierte Praxen sind im vertragszahnärztlichen Kontext zum einen seltener als im vertragsärztlichen, es gibt derzeit nur 21 solcher Standorte. Zudem ist auch deren personelle Größe vielfach relativ überschaubar. In 71 Prozent der aktuellen MVZ arbeiten maximal drei Zahnärzte je Standort. Auf der anderen Seite gibt es auch in dieser Sparte einzelne sehr große Praxen mit bis zu 19 Zahnärzten.

Generell finden sich Praxen mit fünf oder mehr Zahnärzten vor allem in Mittel- und Oberzentren. Nur insgesamt vier derartige Praxen sind in Grundzentren oder Orten ohne zentralörtliche Funktion angesiedelt. In Rheinland-Pfalz existierten zum Stichtag 31. Dezember 2017 insgesamt 23 derartige Praxen, mit einem deutlichen regionalen Schwerpunkt im Süden des Landes (Pfalz und Rheinhessen). Die drei größten Zahnarztpraxen in Rheinland-Pfalz befinden sich allesamt in Ludwigshafen.

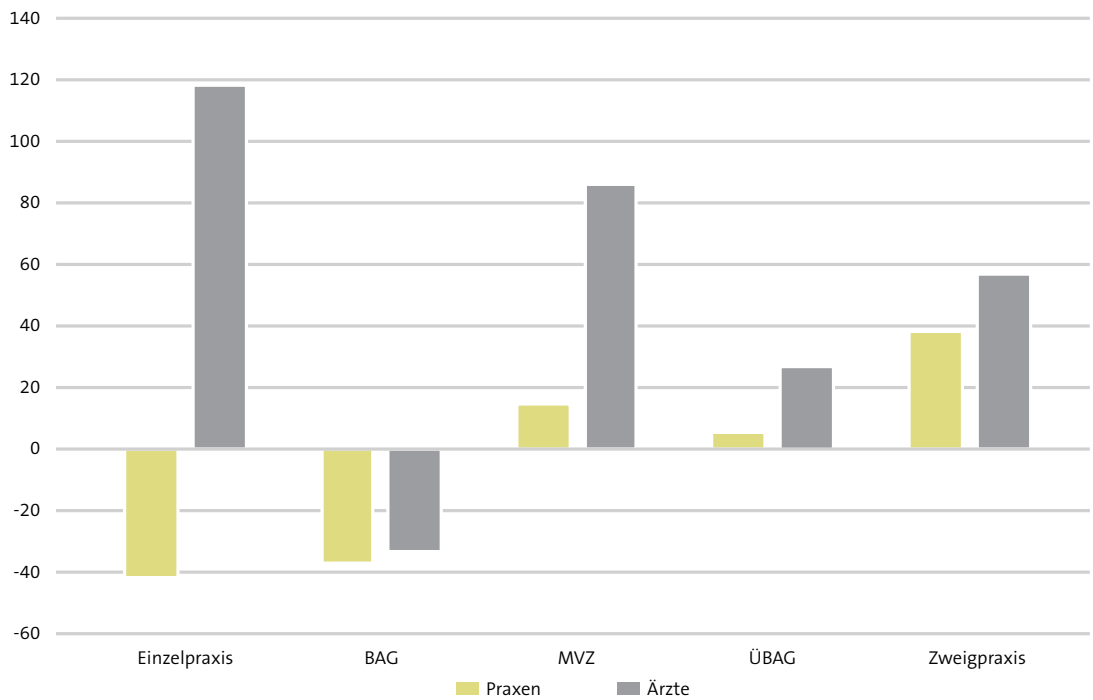
<sup>5</sup> KV RLP:  
Versorgungsatlas  
2016

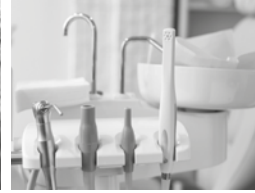
1

1.10: ANTEILE DER PRAXISFORMEN IN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG



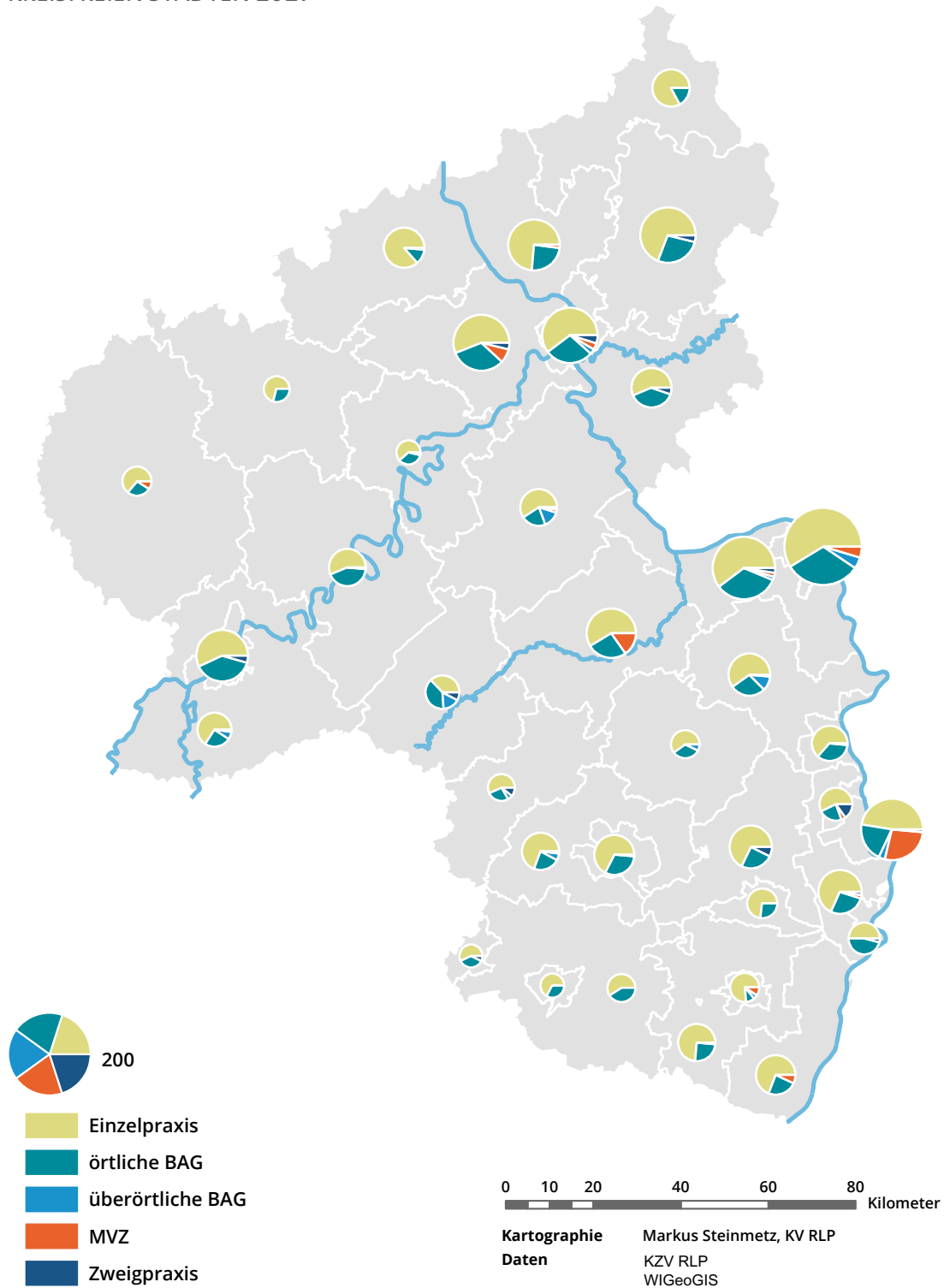
1.11: ENTWICKLUNG DER PRAXISFORMEN IN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG 2010 BIS 2017





### 1.12: ANTEILE DER PRAXISFORMEN AN DEN ZAHNÄRZTEN IN DEN KREISEN UND KREISFREIEN STÄDTEN 2017

1



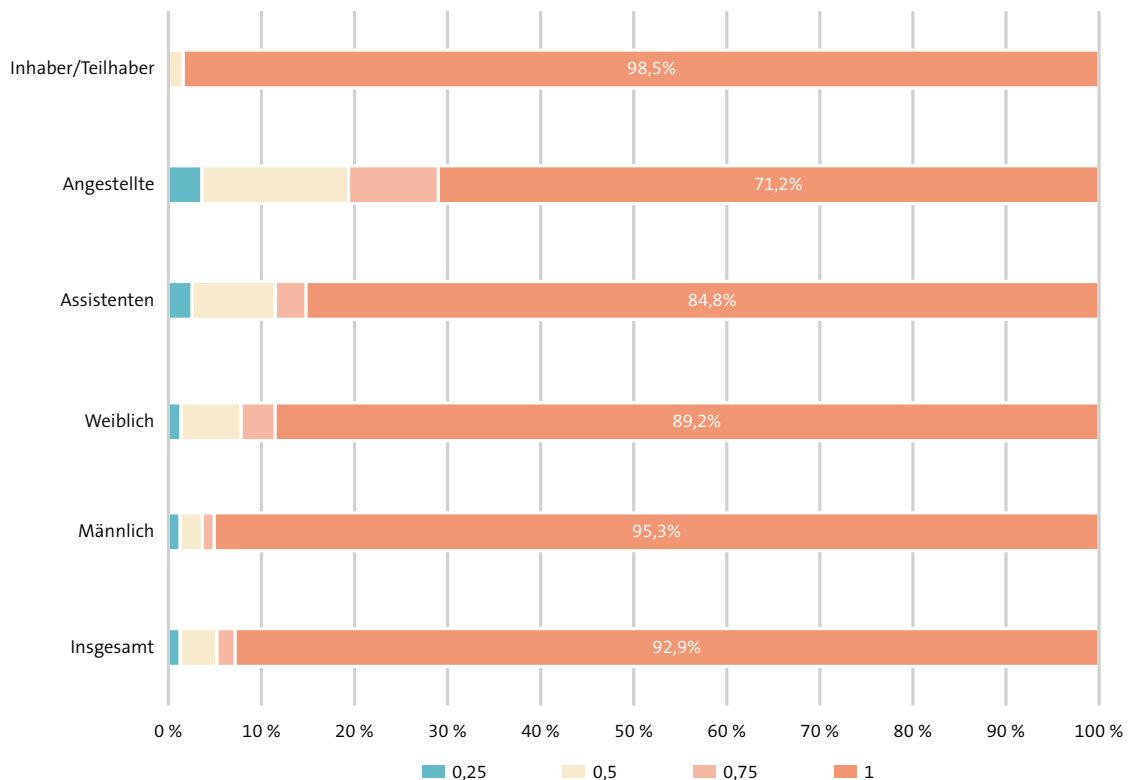
#### 1.4 TÄTIGKEITSUMFANG

Wie das Beispiel der vertragsärztlichen Versorgung zeigt, bedeutet die Zunahme von Arztzahlen nicht zwingend eine Ausweitung des Versorgungsangebotes, da die Teilzeittätigkeit sowohl im Zulassungs- als auch im Angestelltenstatus immer mehr zunimmt. Während die Kopffzahlen der Vertragsärzte im Zeitraum von 2010 bis 2017 um elf Prozent angestiegen sind, ist deren Tätigkeitsumfang in Vollzeitäquivalenten insgesamt nur um zwei Prozent angestiegen – und bei den Hausärzten ist er sogar um drei Prozent gesunken.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung dagegen ist der Anstieg der Kopffzahlen mit acht Prozent geringer als bei den Vertragsärzten ausgefallen, die Tätigkeitsumfänge im gleichen Zeitraum

aber mit sieben Prozent deutlich stärker angestiegen. Der Grund hierfür ist, dass der Anteil der in Vollzeit praktizierenden Zahnärzte zwischen 2010 und 2017 nur geringfügig von 97 auf 93 Prozent gesunken ist, während in der vertragsärztlichen Versorgung inzwischen nur noch drei Viertel in Vollzeit aktiv sind. Unter den zahnärztlichen Inhabern/Teilhabern arbeiten nur 1,5 Prozent in Teilzeit, bei den Vertragsärzten sind es immerhin elf Prozent, bei den Vertragspsychotherapeuten sogar 52 Prozent. Den höchsten Teilzeitanteil in der Vertragszahnärzteschaft weisen mit etwa 29 Prozent die Angestellten auf, hier sind es „nur“ 71 Prozent in Vollzeit. In der vertragsärztlichen Versorgung sind diese Verhältnisse mit 36 Prozent Vollzeitquote unter den Angestellten nahezu umgekehrt.

**1.13: ANTEILE DER TÄTIGKEITSUMFÄNGE AN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG**







## 1.5 GESCHLECHTERVERTEILUNG

Das Schlagwort von der sogenannten „Feminisierung“ fällt immer wieder in den Debatten um den Strukturwandel in der ambulanten Versorgung. Mehr Frauen in der Versorgung bedeuteten mehr Teilzeit- und Angestelltentätigkeit, so die vielfach vorgebrachte Argumentation. Für die vertragsärztliche Versorgung ließ sich nachweisen, dass Frauen von der Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten, mit 26 Prozent fast doppelt so häufig Gebrauch machen wie Männer<sup>6</sup>. Dies ist in der vertragszahnärztlichen Versorgung auf niedrigerem Niveau ähnlich [| 1.13 |](#).

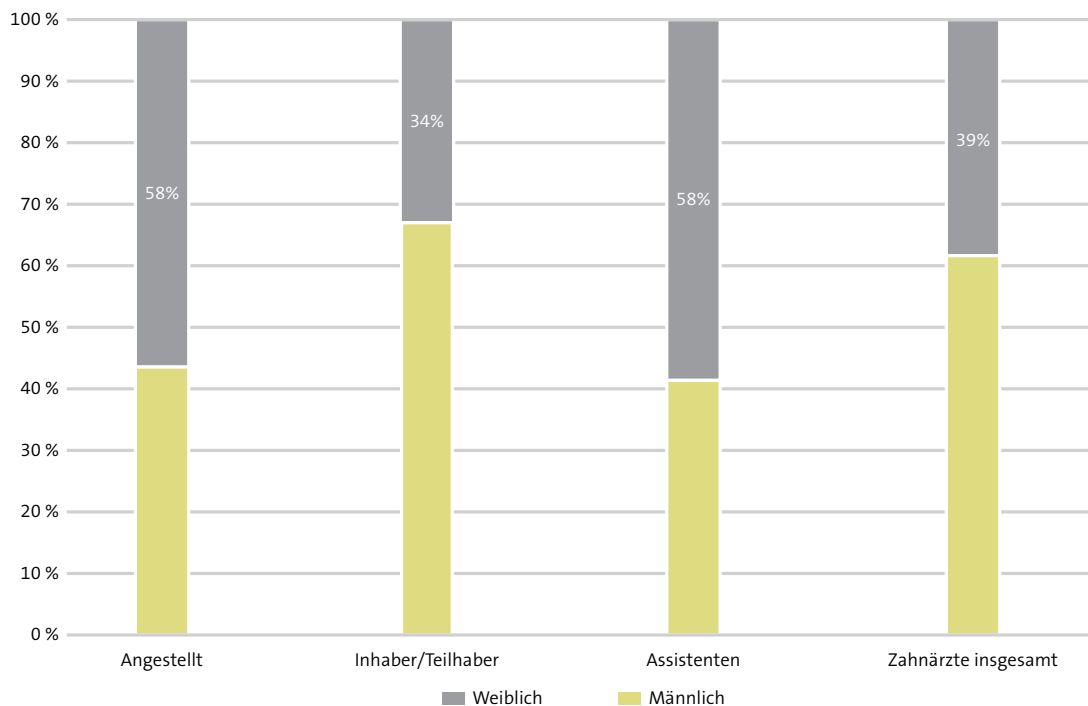
Zum 31. Dezember 2017 sind 1.038 der 2.675 Zahnärzte weiblich, dies entspricht einem Anteil von 39 Prozent. In der vertragsärztlichen Versorgung sind

es aktuell 43 Prozent. Bei den Angestellten und den Vorbereitungsassistenten stellen die Frauen mit 58 Prozent die Mehrheit. Betrachtet man die einzelnen Fachgruppen, stellen sie nur bei den Kieferorthopäden mit 52 Prozent die Mehrheit. Der Anteil der weiblichen Allgemeinzahnärzte entspricht mit 39 Prozent exakt dem Frauenanteil an den Hausärzten in der vertragsärztlichen Versorgung. Die niedrigste Quote weisen mit acht Prozent die Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen auf.

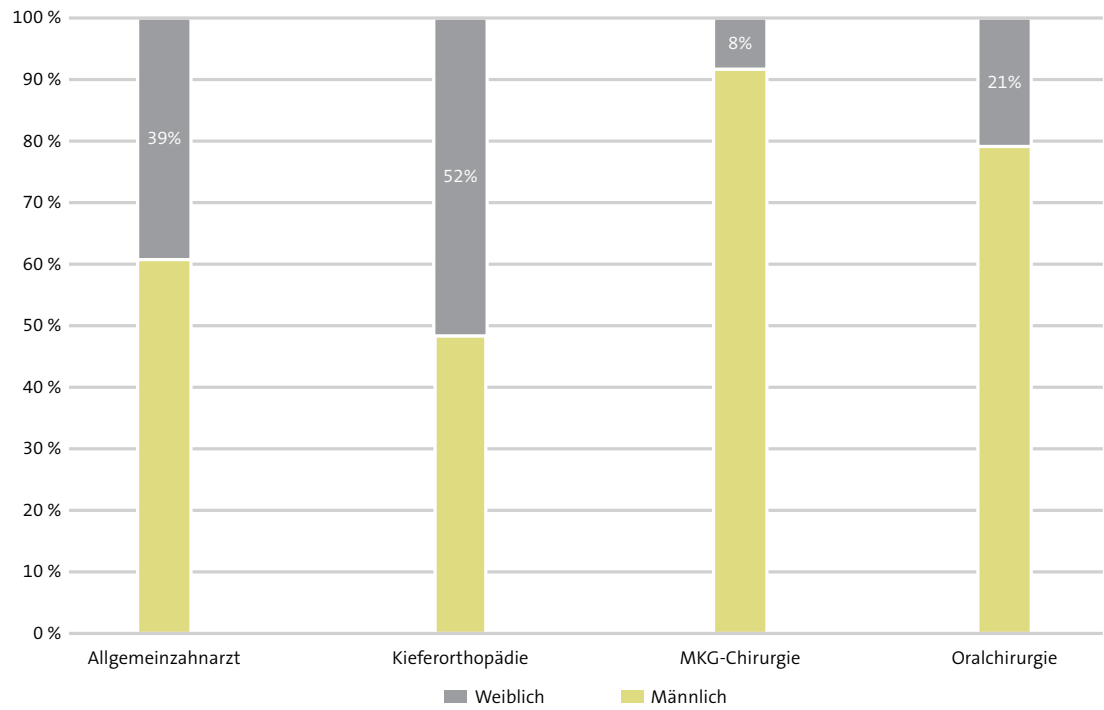
Zukünftig wird der Frauenanteil in der vertragszahnärztlichen Versorgung noch deutlich ansteigen. Bei den unter 45-Jährigen stellen sie mit 54 Prozent bereits die Mehrheit, während es bei den über 45-Jährigen noch nicht einmal ein Drittel sind [| 1.16 |](#).

<sup>6</sup> Versorgungsatlas 2016, Kapitel 1.3

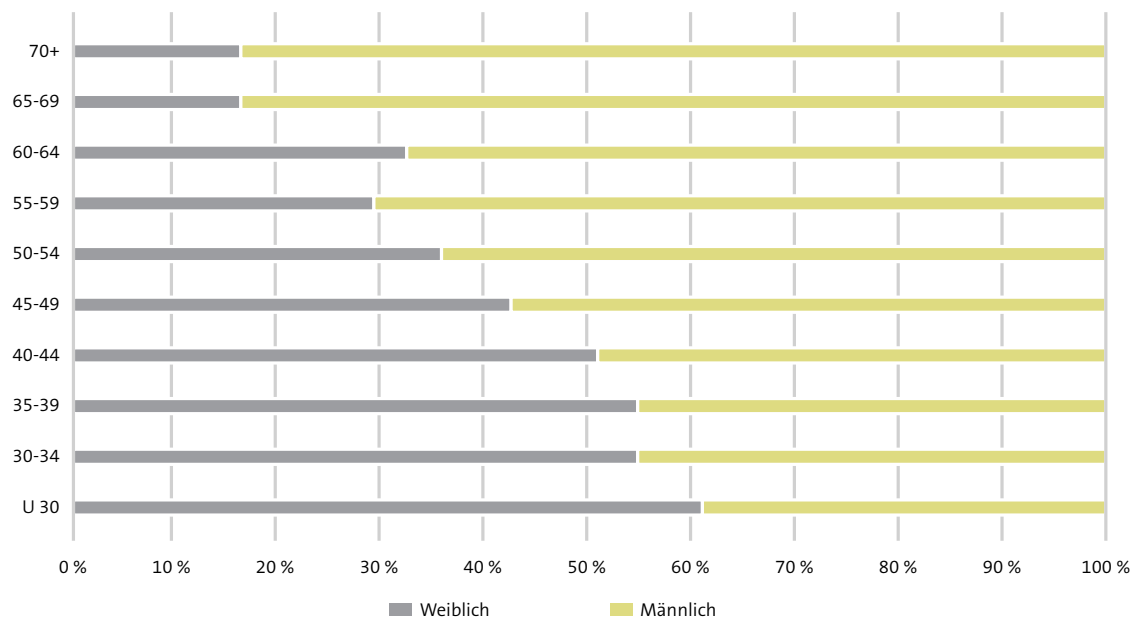
**| 1.14: FRAUENANTEIL IN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG: STATUS**

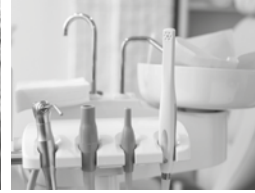


**1.15: FRAUENANTEIL IN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG: FACHGRUPPEN**



**1.16: FRAUENANTEILE NACH ALTERSKLASSEN**





## 1.6 ALTERSSTRUKTUR

Das mittlere Alter aller zugelassenen und angestellten Zahnärzte in Rheinland-Pfalz beträgt derzeit 52 Jahre. Im Jahr 2010 lag dieser Wert noch bei 49 Jahren. Die Assistenten sind dagegen im Mittel unverändert 29 Jahre alt. 22 Prozent aller Zahnärzte sind 60 Jahre und älter, 20 Prozent sind jünger als 40 Jahre. Im Vergleich zur Altersstruktur der Vertragsärzte und -psychotherapeuten fällt insbesondere diese relativ hohe Anzahl an jungen Ärzten auf [| | | 1.17 |](#). Zwar liegen die Altersgruppen der jeweils jüngsten Ärzte mit 25 Jahren (Zahnärzte) und 29 Jahren (Vertragsärzte) relativ eng beieinander. Allerdings gibt es deutlich mehr junge Zahnärzte, die nicht als Assistenten, sondern bereits als Inhaber oder Angestellte arbeiten. Im Alter bis 30 Jahre sind dies 100 Zahnärzte, aber nur zehn Vertragsärzte. Ursache hierfür ist in erster Linie der längere Aus- und Weiterbildungszeitraum, den ein Arzt bis zum erfolgreichen Abschluss seiner Facharztweiterbildung durchlaufen muss, bevor er in die vertragsärztliche Versorgung einsteigen kann.

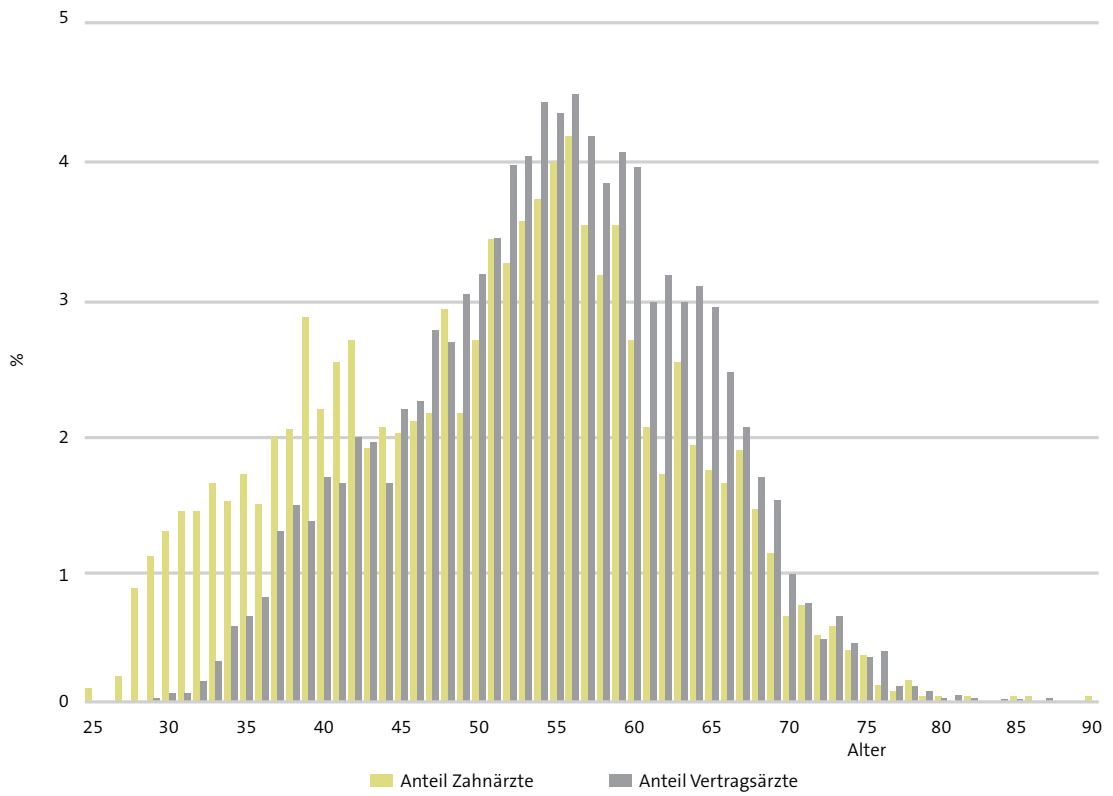
Die in der jeweiligen Alterspyramide am häufigsten vertretenen Altersjahrgänge liegen sowohl bei

Zahn- als auch bei Vertragsärzten zwischen 54 und 56 Jahren. Allerdings ist der jeweilige Anteil der Ärzte im Alter von 60 Jahren und mehr unter den Vertragsärzten mit 31 Prozent deutlich höher als bei den Zahnärzten. Dort hat diese Altersgruppe einen Anteil von 22 Prozent.

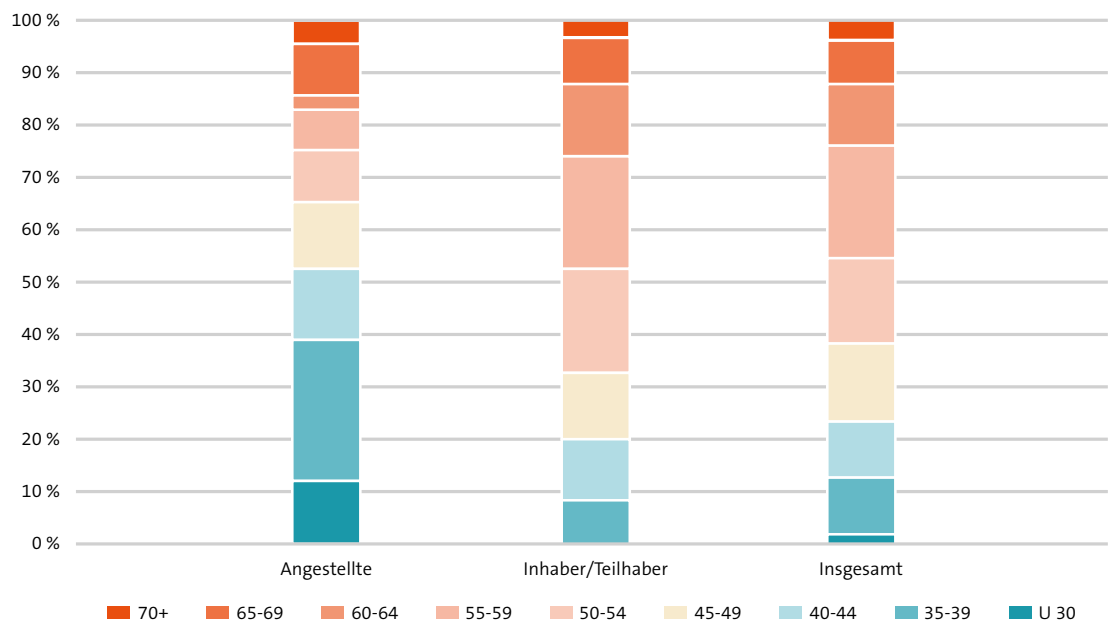
Während bei den Angestellten der Anteil der unter 45-Jährigen 54 Prozent beträgt, sind es bei den Inhabern/Teilhabern nur 20 Prozent. Die jungen Zahnärzte sind somit überdurchschnittlich häufig als Angestellte tätig, bei den über 65-Jährigen nähern sich die Anteile der Altersklassen wieder an [| | | 1.18 |](#).

In den sieben Jahren zwischen 2010 und 2017 hat es eine deutliche Verschiebung zwischen den Altersklassen gegeben. Insbesondere in den Altersjahrgängen zwischen 40 und 49 ist die Anzahl der Zahnärzte deutlich zurückgegangen (-228), während es in den Altersklassen ab 55 Jahren teilweise starke Zuwächse gegeben hat. Die Zahl der Zahnärzte im Alter von 65 Jahren und mehr ist um 168 auf mittlerweile 292 gestiegen [| | | 1.19 |](#).

**1.17: VERGLEICH DER ALTERSSTRUKTUR VON VERTRAGSZAHNÄRZTEN UND VERTRAGSÄRZTEN IN RHEINLAND-PFALZ**

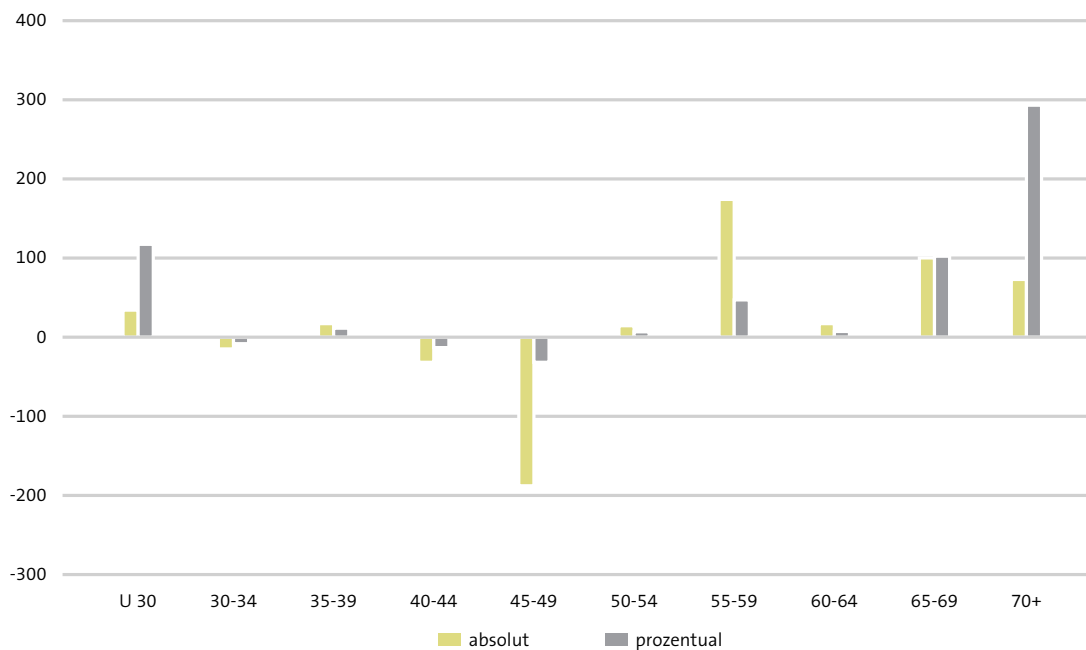


**1.18: ALTERSSTRUKTUREN IN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG: STATUS**





**1.19: ENTWICKLUNG DER ALTERSKLASSEN VON 2010 BIS 2017**



**1.1: MEDIANALTER IN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG**

	2010	2017
Angestellte	36	39
Assistenten	29	29
Inhaber/Teilhaber	49	53
Männer	50	54
Frauen	45	47
<b>Insgesamt (inkl. Assistenten)</b>	<b>48</b>	<b>51</b>

**1.7 NACHBESETZUNGSBEDARF**

Aus der Altersstruktur der Zahnärzte lässt sich der potenzielle altersbedingte Nachbesetzungsbedarf ermitteln. Dabei handelt es sich um den Anteil der aktuell aktiven Zahnärzteschaft, der statistisch gesehen in den nächsten Jahren seine Tätigkeit als Vertragszahnarzt beenden wird. Dies kennzeichnet somit auch die Anzahl der Zahnärzte, die im selben Zeitraum als Neueinsteiger benötigt werden, um das derzeitige numerische Versorgungsniveau zu halten.

Im Falle der Zahnärzte stellte sich im Rahmen der Analysen heraus, dass zur Berechnung des altersbedingten Nachbesetzungsbedarfes eine getrennte Betrachtung der Angestellten und Inhaber/Teilhaber erforderlich ist, um zu plausiblen Ergebnissen zu gelangen. Dies beruhte in erster Linie auf den sehr großen Unterschieden in der Altersstruktur und vor allem im Ausstiegsalter zwischen den beiden Statusformen.

Um den altersbedingten Nachbesetzungsbedarf bis zum 31. Dezember 2023 projizieren zu können, muss ein statistisches Abgangsalter ermittelt werden. In den sechs Jahren bis zum Stichtag 31. Dezember 2017 betrug das Median-Abgangsalter bei den Angestellten 41 Jahre und bei den Inhabern/Teilhabern 59 Jahre. Werden diese beiden Werte bis zum 31. Dezember 2023 fortgeschrieben, ergibt sich bis dahin ein Nachbesetzungsbedarf von insgesamt 1.524 Zahnärzten, dies entspricht 57 Prozent der derzeit in Rheinland-Pfalz aktiven Zahnärzte [1.2]. In der vertragsärztlichen Versorgung sind es 58 Prozent der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten (Stand 30. Juni 2018), die bis Ende 2023 altersbedingt nachzubersetzen sind.

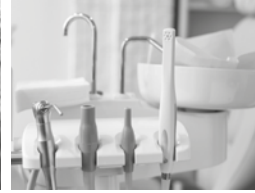
Zu dieser statistischen Betrachtungsweise ist anzumerken, dass es sich dabei um ein Worst-Case-Szenario handelt, das alle Zahnärzte oberhalb des Median-Abgangsalters als potenziell nachzubersetzen einstuft. Das Modell berücksichtigt somit nicht, dass es immer mehr praktizierende Zahnärzte auch im höheren Alter gibt sowie auch immer mehr junge Angestellte mit einer geringen Systemverweildauer. Dies wird auch durch das um 18 Jahre geringere Median-Abgangsalter bei den Angestellten und deren deutlich höhere Fluktuation sichtbar. Von den 545 im Untersuchungszeitraum als Angestellte in die vertragszahnärztliche Versorgung eingestiegenen Zahnärzten haben mittlerweile 205 und damit 38 Prozent den ambulanten Versorgungsbereich bereits wieder verlassen. Würden das Median-Einstiegs- und -Ausstiegialter konstant bleiben, stünden Angestellte der Versorgung im Mittel nur für sieben Jahre, Inhaber/Teilhaber dagegen für 23 Jahre zur Verfügung.

Der nach der beschriebenen Methodik errechnete altersbedingte Nachbesetzungsbedarf fällt regional sehr unterschiedlich aus [1.20]. Die höchsten Nachbesetzungsbedarfe weisen die drei kreisfreien westpfälzischen Städte Pirmasens (77 Prozent), Zweibrücken (68 Prozent) und Kaiserslautern (66 Prozent) sowie der Eifelkreis Bitburg-Prüm (ebenfalls 66 Prozent) auf. Die einzigen Kreise, in denen weniger als die Hälfte der derzeit aktiven Zahnärzte bis Ende 2023 ihr statistisches Ausstiegialter erreicht

haben werden, sind Ahrweiler (49 Prozent) und Kusel (46 Prozent). Des Weiteren ist vor allem in den Regionen Rheinhessen, Trier und Umland, Rhein-Lahn und Westerwaldkreis sowie in Teilen der Rheinpfalz ein unterdurchschnittlicher Nachbesetzungsbedarf zu verzeichnen.

Berücksichtigt man die ermittelten Nachbesetzungsbedarfe sowie die Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes, so lassen sich im Rahmen einer Worst-Case-Projektion diejenigen Regionen identifizieren, in denen im Laufe der nächsten Jahre aufgrund der Zahl an wegfallenden Zahnärzten ein besonderer Handlungsbedarf besteht, um weiterhin eine flächendeckende Versorgung der zu erwartenden Bevölkerung zu gewährleisten [1.21]. Um die bereits erwähnten Effekte von Landkreisen, die durch zentral gelegene kreisfreie Städte maßgeblich mitversorgt werden, zu berücksichtigen, erfolgte diese Projektion auf Basis der Kreisregionen. Hierdurch wird in der Mehrzahl derartiger regionaler Konstellationen der tatsächlichen infrastrukturellen Ausstattung und der realen Versorgungsrelationen Rechnung getragen. So erfolgt beispielsweise eine Betrachtung der Gesamtregion Südwestpfalz, Pirmasens und Zweibrücken. Auf der anderen Seite blieb bei einer Betrachtung der Kreisregionen etwa der Kreis Trier-Saarburg von der Stadt Trier getrennt.

Die kritischsten Regionen für die weitere Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung könnten demnach die Kreise Cochem-Zell, Altenkirchen, Trier-Saarburg und der Eifelkreis Bitburg-Prüm sowie die Kreisregion Pirmasens/Zweibrücken/Südwestpfalz werden, da dort bei teilweise bereits heute vergleichsweise geringen Dichten mitunter zusätzlich mit erheblichen Nachbesetzungsbedarfen zu rechnen ist. Ebenfalls besonders beachtet werden müssten demnach die Regionen Rhein-Hunsrück-Kreis, Neuwied, Vulkaneifel, Mayen-Koblenz, Donnersbergkreis, Bernkastel-Wittlich und Germersheim. Lediglich die drei Großstädte Mainz, Koblenz und Trier hätten bis Ende 2023 auch ohne Nachbesetzung eines einzigen ausscheidenden Zahnarztes noch Relationen von weniger als 2.500 Einwohnern je verbleibendem Zahnarzt zu erwarten, was aber



auch dort deutlich unter den heutigen Versorgungsdichten liegen würde.

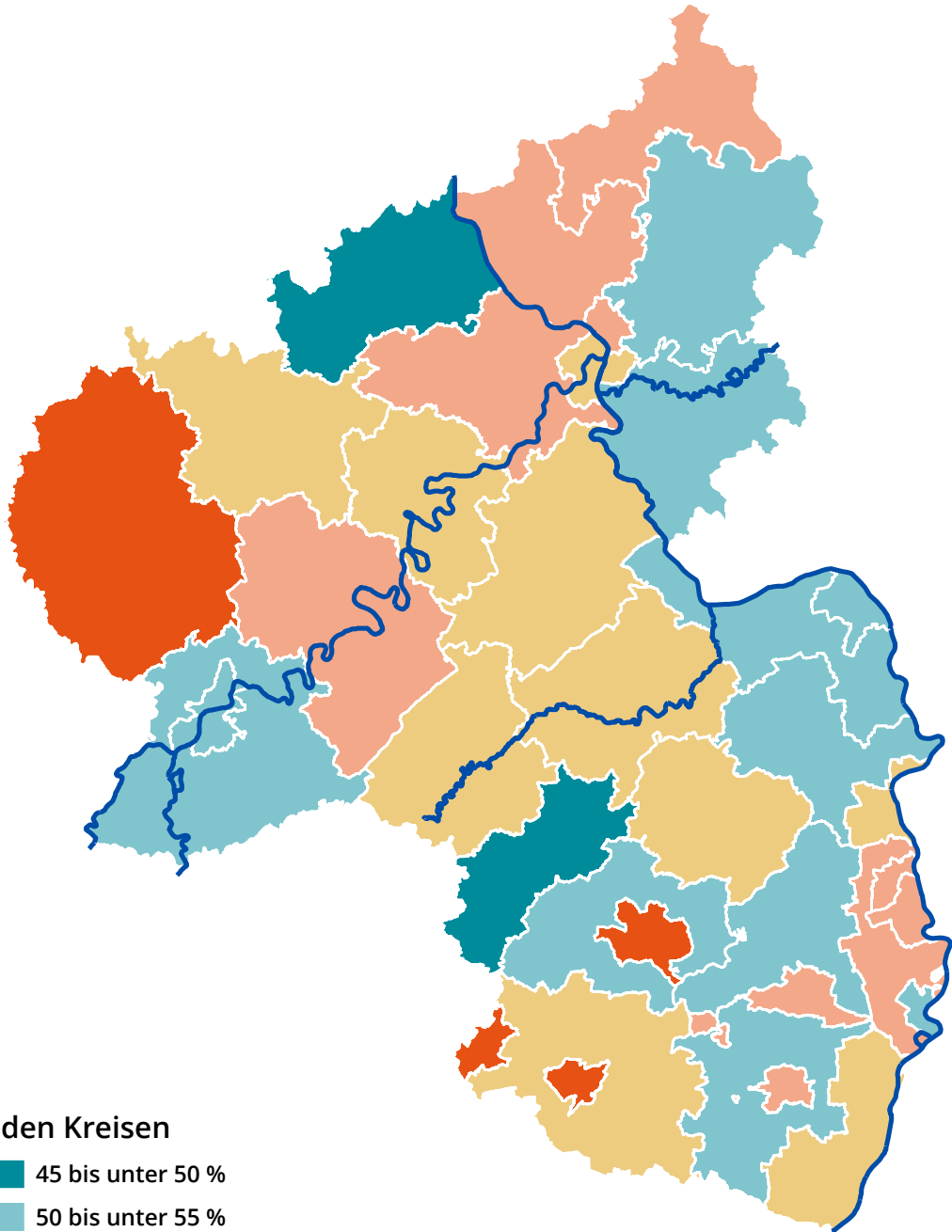
Auch wenn dieses Worst-Case-Szenario in dieser drastischen Form keinesfalls eintreten wird, so verdeutlicht es dennoch, dass – ähnlich wie in der

vertragsärztlichen Versorgung – auch für die Aufrechterhaltung von engmaschigen Versorgungsstrukturen im vertragszahnärztlichen Bereich große Herausforderungen bestehen, die weite Teile dieses Bundeslandes betreffen, wenn auch nicht alle Regionen in gleichem Maße.

### 1.2: ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF BIS 2023

	absolut	prozentual
Angestellte	370	67 %
Inhaber/Teilhaber	1.154	54 %
<b>Insgesamt</b>	<b>1.524</b>	<b>57 %</b>

## 1.20: ALTERSBEDINGTER NACHBESETZUNGSBEDARF BIS 2023: KREISE UND KREISFREIE STÄDTE



### In den Kreisen

- 45 bis unter 50 %
- 50 bis unter 55 %
- 55 bis unter 60 %
- 60 bis unter 65 %
- 65 % und mehr

Landesdurchschnitt: 57 %

0 10 20 40 60 80 Kilometer

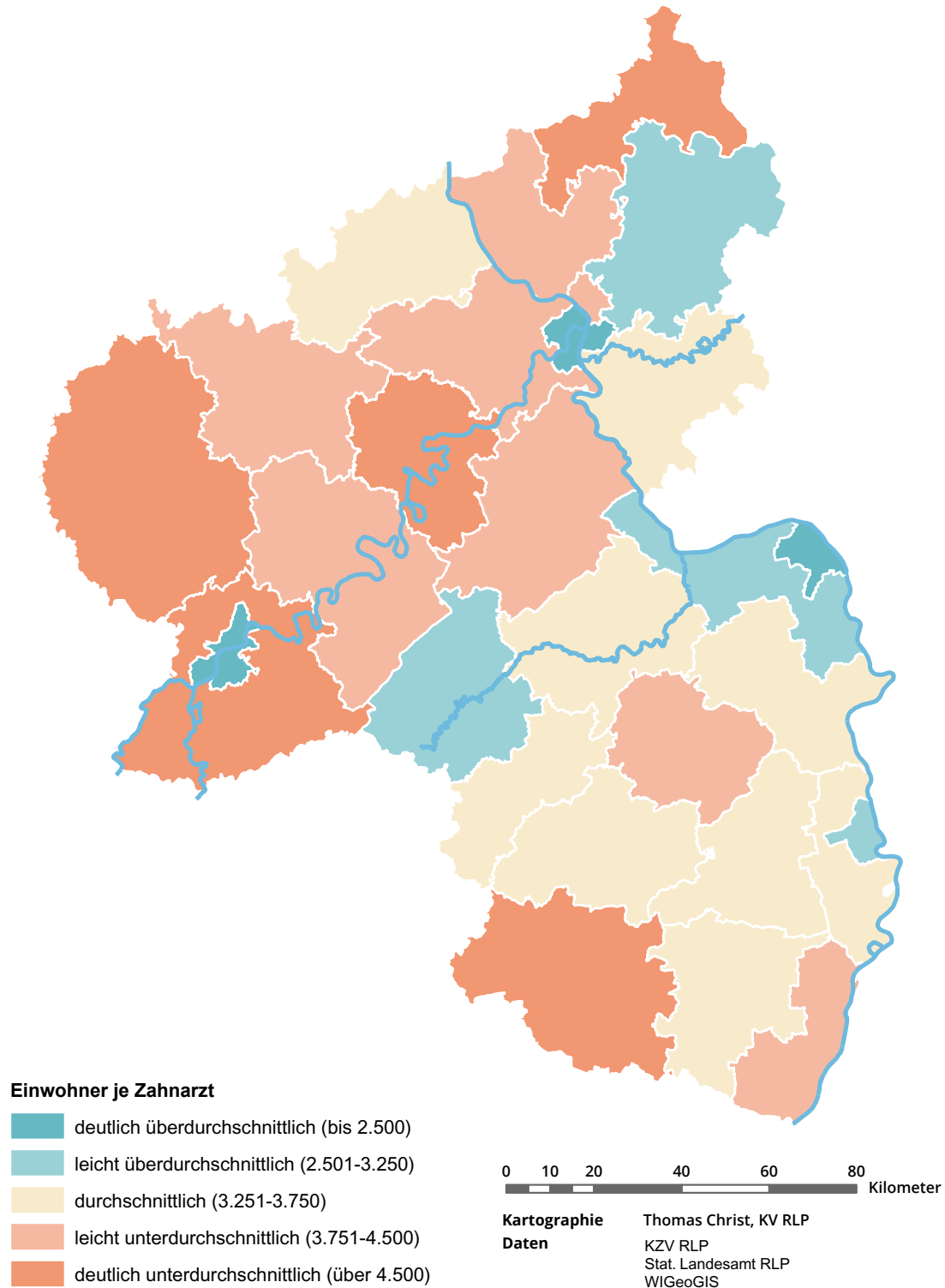
Kartographie Markus Steinmetz, KV RLP  
Daten KZV RLP  
WIGeoGIS





## 1.21: WORST-CASE-PROJEKTION: ZAHNARZTDICHTE 2023

1





# PRAXISMODELLE DER ZUKUNFT



**ÜBERÖRTLICHE BERUFS AUSÜBUNGSGEMEINSCHAFT**

Gemeinsam stark

*BAG Süd-Westpfalz*

**EXTRA: BELEGÄRZTE**

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

Individuelle Arbeitsteilung

*Kinderarztpraxis in Koblenz*

**WEITERBILDUNG UND EINSTIEG**

Profitieren von Förderungen

*Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis in Trier*

**MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM**

Hohe Flexibilität mit Angestellten

*Augenarztzentrum Westpfalz MVZ GmbH*

# ÜBERÖRTLICHE BERUFSAUSÜBUNGSGEMEINSCHAFT

## Rechtsformen

Die Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) verkörpern mit 959 Praxen die mit Abstand am häufigsten gewählte Kooperationsform. Sie ist auch die intensivste und umfassendste Form ärztlicher Zusammenarbeit, da sie als eine Praxis mit einheitlicher Rechtspersönlichkeit auftritt – meist in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder einer Personengesellschaft (PG).

## Charakteristische Merkmale

Als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (übAG) bezeichnet man Praxen, in denen eine gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit von Leistungserbringern mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen stattfindet. Die Sitze der beteiligten Leistungserbringer können dabei an unterschiedlichen Orten innerhalb derselben Gemeinde, in unterschiedlichen Kommunen desselben Planungsbereiches

oder in unterschiedlichen Planungsbereichen liegen. Jedes Mitglied der BAG darf ohne Genehmigung zeitlich beschränkt an den anderen Standorten tätig sein, der Versorgungsauftrag am eigenen Vertragsarztsitz muss aber weiterhin erfüllt werden.

## Zulassungsvoraussetzung

Die vertragsärztliche Tätigkeit in einer BAG muss durch den zuständigen Zulassungsausschuss genehmigt werden. Voraussetzung ist unter anderem ein Gesellschaftsvertrag.

BAG können durch zugelassene Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten wie auch durch Medizinische Versorgungszentren betrieben werden. Auch können BAG fachgebietsübergreifend geführt werden. Ausgeschlossen vom gemeinsamen Betrieb einer BAG sind Vertragsärzte und Zahnärzte. ■



390

Ärzte und Psychotherapeuten sind derzeit in einer übAG engagiert. Das entspricht einer durchschnittlichen Praxisgröße von 4,8 Ärzten je Berufsausübungsgemeinschaft.

196 Praxisstandorte

betreiben die übAG in Rheinland-Pfalz insgesamt. Darunter befinden sich 82 Haupt- und 114 Nebenbetriebsstätten.

82

überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften gibt es im Jahr 2018 in Rheinland-Pfalz. Zum Vergleich: Im Jahr 2008 existierten erst 24 solcher Einrichtungen.

## HNO-KOOPERATION SÜDWESTPFALZ

Die 2009 gegründete üBAG hat ihren Schwerpunkt im Fachgebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und besteht aus drei Praxen in Kaiserslautern mit Dr. Christiane Andes-Delb und Prof. Dr. Wolfgang Delb sowie dem angestellten Facharzt Gernot Hense, in Pirmasens mit Dr. Christian Heib und in Zweibrücken mit Dr. Franz Michael Eckel.

belegärztliche  
Tätigkeit



**Prof. Dr. Wolfgang Delb | 56**  
Facharzt für HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie



**Dr. Christiane Andes-Delb | 54**  
Fachärztin für HNO, Stimm- und Sprachstörungen, Umweltmedizin, Allergologie, Somnologin

„ Ich sehe unsere HNO-Kooperation als eine zukunftsfähige Struktur im Rahmen eines sektorenübergreifenden Gesundheitswesens. Außerdem ist es ein attraktives Arbeitsumfeld für jüngere Kollegen. „



**Dr. Franz Michael Eckel | 56**  
Facharzt für HNO, Stimm- und Sprachstörungen

„ Wir bieten unseren Patienten zuverlässige Kollegen an, die wir gut kennen, von denen wir wissen, was sie fachlich können. Das ermöglicht eine fundierte Diagnostik innerhalb eines kleinen Verbundes. „



**Dr. Christian Heib | 50**  
Facharzt für HNO, Audiologie, Neurootologe

### Unsere Vorteile

#### Breites Versorgungsspektrum und geregeltes Vertretungssystem

Schon während der klinischen Ausbildung haben sich die Ärzte intensiv fachlich ausgetauscht. Die überörtliche BAG bietet jetzt dafür die ideale Grundlage. An jedem Standort haben sich spezielle Behandlungsschwerpunkte etabliert, von denen die gemeinsamen Patienten durch kurze Wege profitieren. Zudem garantiert ein Vertretungssystem im Urlaubs- oder Krankheitsfall eine geregelte Patientenversorgung.

#### Gemeinsames Fortbildungsmanagement

Mit Blick auf die Zukunft und die wirtschaftliche Planung ist die überörtliche BAG stabiler aufgestellt, als wenn jeder seine Einzelpraxis behalten hätte. Vieles ist in der Gemeinschaft einfacher zu bewerkstelligen. So haben die Ärzte ein gemeinsames Fortbildungsmanagement etabliert und nutzen Synergien im organisatorischen Bereich, beispielsweise im Qualitätsmanagement oder bei der Umsetzung neuer Richtlinien wie der EU-Datenschutz-Grundverordnung.

### DIE IDEE

Dr. Christiane Andes-Delb, ihr Ehemann Prof. Dr. Wolfgang Delb, Dr. Christian Heib und Dr. Franz Michael Eckel kennen sich bereits seit ihrem Medizinstudium an der Universität des Saarlandes. Jeder gründete seine eigene Praxis – das war damals die dominierende Organisationsstruktur. Im Laufe der Jahre stellen gesundheitspolitische Veränderungen die Praxisinhaber immer wieder vor neue Herausforderungen. Eine Apparategemeinschaft der Praxen Pirmasens und Kaiserslautern gab den Anstoß, über mehr gemeinschaftliches Arbeiten nachzudenken. Im Austausch machten sich die Freunde Gedanken über eine engere Zusammenarbeit und die sich daraus ergebenden Synergien: Die Idee einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis wurde geboren und im Juli 2009 schließlich im Rahmen der HNO BAG Pirmasens Zweibrücken umgesetzt; im Januar 2010 traten die Kollegen aus Kaiserslautern bei und die HNO-Kooperation Südwestpfalz GbR wurde gegründet.

### Unsere Zukunft

Das Gesundheitssystem ist im stetigen Wandel und so plant die BAG, zukünftig auch fachübergreifend Kollegen zu integrieren, zum Beispiel Hausärzte. Für Patienten bedeutet das kurze Wege, noch mehr Know-how und die beteiligten Ärzte profitieren – bei aller Eigenständigkeit – von den Vorteilen und Synergien der Gemeinschaft.

# BELEGÄRZTE

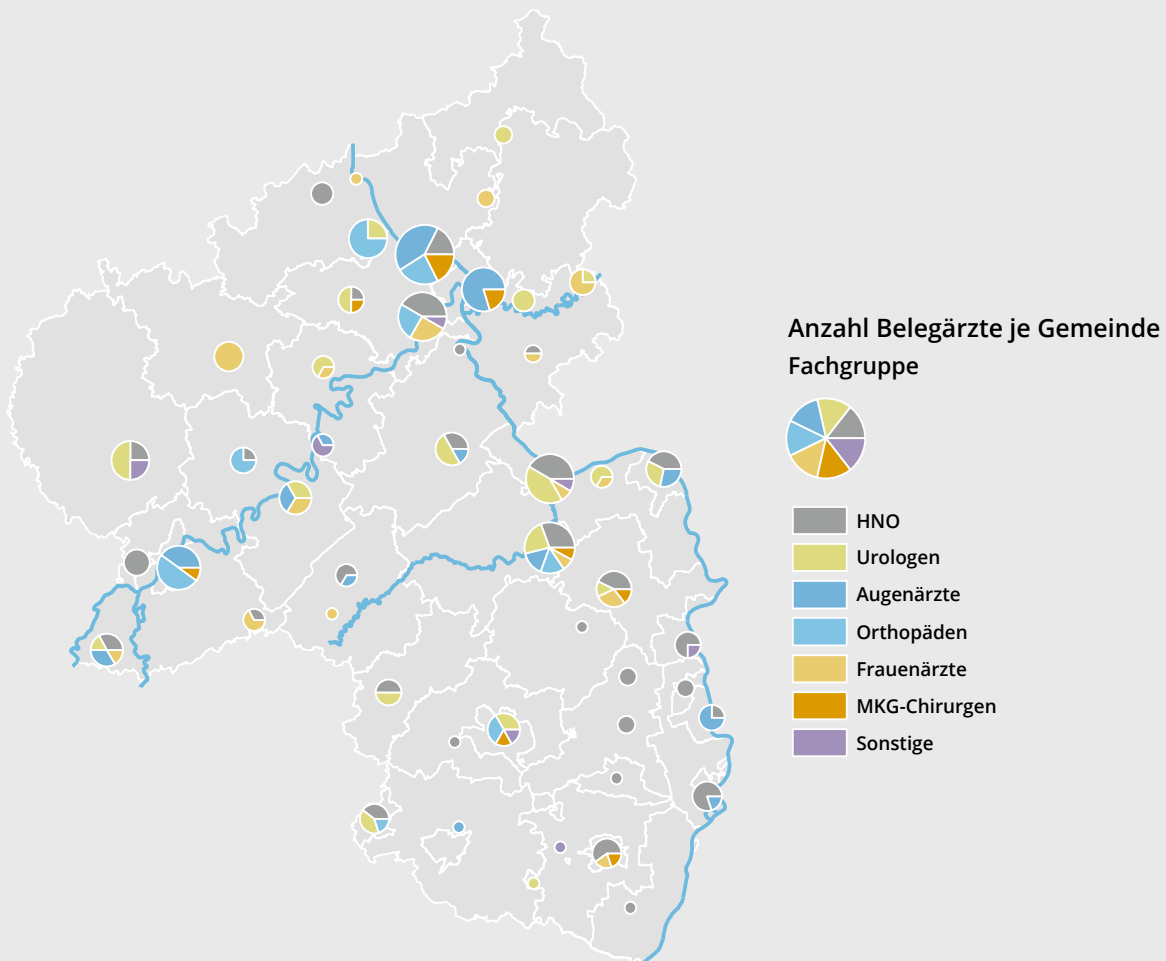
## ENGAGEMENT IN DER SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG

In keinem anderen hochentwickelten Gesundheitssystem ist eine derart strikte administrative, organisatorische und vergütungssystematische Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung vorzufinden wie in Deutschland. Seit Jahrzehnten ist das Belegarztwesen eine der wenigen bewährten Möglichkeiten, diese strikte sektorale Trennung zu überwinden. Der Belegarzt ist als Mitglied seiner regionalen KV ein Vertragsarzt, der Betten in einem Krankenhaus mit eigenen Patienten belegt (Belegbetten), ohne durch dieses vergütet zu werden. Die erbrachten stationären Leistungen werden durch die zuständige KV im Rahmen seiner Honorarabrechnung vergütet.

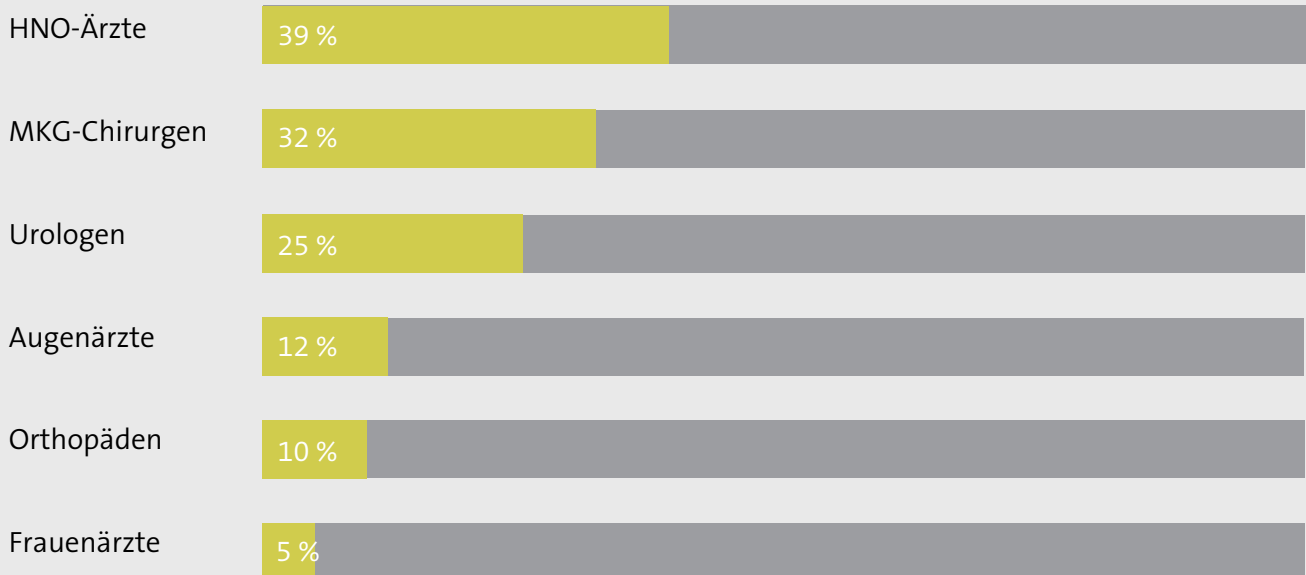
In den Belegarztabteilungen arbeiten häufig mehrere Vertragsärzte der gleichen Fachrichtung mit dem Krankenhaus kooperativ zusammen. So wird die 24-stündige Versorgung der Patienten sichergestellt. Krankenhäuser nutzen Belegärzte gerne, um ihr Leistungsspektrum erweitern zu können, ohne eigene Fachärzte einstellen zu müssen.

Obwohl das Belegarztwesen eine effiziente und kostengünstige Verzahnung der beiden Sektoren ermöglicht und die Kosten für Belegpatienten deutlich niedriger liegen als in stationären Hauptabteilungen, sinkt die Zahl der Belegärzte kontinuierlich seit vielen Jahren. Im Jahr 2017 wurde mit

### 2.1 BELEGÄRZTLICHE VERSORGUNG IN RHEINLAND-PFALZ



## 2.2: Anteile der Belegärzte an den sechs zahlenstärksten Fachgruppen



4.797 die Marke von 5.000 Patienten unterschritten, 2008 waren es noch fast 6.000.

In Rheinland-Pfalz arbeiteten am 15. September 2018 238 der etwa 8.000 Mitglieder als Belegärzte. Sechs Fachgruppen stellen den Großteil der Belegärzteschaft, wobei die HNO-Ärzte traditionell die zahlenstärkste Fachgruppe bilden | 2.1 |. 39 Prozent der HNO-Ärzte üben eine belegärztliche Tätigkeit an Krankenhäusern aus, bei den Frauenärzten sind es nur fünf Prozent | 2.2 |.

Die 238 Belegärzte sind an 62 Krankenhausstandorten in 48 Gemeinden über das Land verteilt. Allerdings gibt es in einigen ländlichen Regionen größere Lücken. Gerade dort

könnten Belegärzte dazu beitragen, die Krankenhausversorgung zu erhalten. Bis in die 1960er-Jahre dominierte dort das Belegarztwesen, bis viele Belegabteilungen durch den üppigen Ausbau des Krankenhauswesens in diesen Jahren in Hauptabteilungen umgewandelt wurden.

In Zukunft könnte wieder ein umgekehrter Weg eingeschlagen werden. Viele kleine Krankenhäuser im ländlichen Rheinland-Pfalz sind defizitär, haben in den vergangenen Jahre Abteilungen geschlossen – insbesondere Geburtsabteilungen – und finden kaum noch medizinisches und pflegerisches Personal. Die Kooperation von Belegärzten und Krankenhäusern könnte in diesen Regionen ein Modell sein, stationäre Behandlungskapazitäten zu erhalten.

# WEITERE KOOPERATIONSMODELLE

## ÖRTLICHE BERUFSAUSÜBUNGSGEMEINSCHAFT

Eine örtliche BAG wird von mehreren Ärzten an einem Vertragsarztsitz, das heißt nur an einer Praxisadresse ausgeübt.

## KV-ÜBERGREIFENDE BAG

Sind an einer BAG Leistungserbringer aus unterschiedlichen KVen beteiligt, so spricht man von einer KV-übergreifenden BAG. Die Partner müssen sich auf einen Hauptsitz verständigen, dort befinden sich dann auch die für die Genehmigung zuständige KV und der zuständige Zulassungsausschuss. Die Wahl dieses Hauptsitzes ist für zwei Jahre bindend.

## JOBSHARING

Hier kommt es zu einer Kooperation zwischen einem bereits zugelassenen Vertragsarzt (Senior-Partner) und dem zusätzlich tätig werdenden Arzt (Junior-Partner) der gleichen Fachrichtung. Diese üben die Tätigkeit fortan gemeinsam aus, dabei unterliegen sie allerdings Beschränkungen.

Da die bisherige Leistungsmenge der Praxis durch den zusätzlichen Arzt nicht beliebig ausgeweitet werden kann, wird eine abrechenbare Leistungsmengen-Obergrenze durch die KV festgelegt. Grundlage der Berechnung ist die Leistungsmenge

der letzten vier verfügbaren Quartale, zuzüglich drei Prozent des Fachgruppendurchschnitts. Soweit der bereits zugelassene Vertragsarzt unter dem Fachgruppendurchschnitt tätig war, kann die Leistungsmenge bis zu diesem anwachsen. Im Rahmen des Jobsharings ist dadurch so gut wie keine Honorarausweitung möglich.

## ZWEIGPRAXEN

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung in ansonsten weniger gut versorgten Regionen stellen Zweigpraxen dar. Diese können nach vorheriger Genehmigung von Vertragsärzten in zeitlich begrenztem Umfang betrieben werden. Genehmigungsvoraussetzung ist, dass einerseits die Versorgung am Ort der Zweigpraxis verbessert wird, ohne dass dadurch andererseits die Versorgung am Vertragsarztsitz beeinträchtigt wird.

Will ein Arzt an einem Ort tätig werden, der im Zuständigkeitsbereich seiner eigenen KV liegt, so hat er dies bei der KV zu beantragen. Liegt der Ort, an dem die Zweigpraxis betrieben werden soll, außerhalb seines KV-Bereiches, so ist der Antrag beim für den zusätzlichen Tätigkeitsort zuständigen Zulassungsausschuss zu stellen. ■

## KINDERÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS KOBLENZ

Die örtliche BAG hat ihre Schwerpunkte in Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Neonatologie und Psychotherapie. Kooperationspartner sind seit dem Jahr 2015 Dr. Martin Schwenger (44), Andreas Schlaudt (46), Dr. Steffen Ruess (45) und die angestellte Kinderärztin Dr. Beatrix Morbach (53).



**Dr. Martin Schwenger | 44**  
Facharzt für Kinderheilkunde und  
Jugendmedizin, Neonatologie

”

*Prinzipiell ist eine Gemeinschaftspraxis immer besser als eine Einzelpraxis, weil man sich austauschen kann.*

*Man kann in Urlaub gehen, ohne die Praxis zu schließen. Unsere Praxis ist praktisch nie geschlossen.*

*Wir machen keine Betriebsferien oder so, was natürlich ein großer Vorteil für die Patienten ist.*

## DIE IDEE

Die Kinderärzte Dr. Martin Schwenger und Dr. Andreas Schlaudt haben zusammen ihre Facharztausbildung am Krankenhaus in Koblenz gemacht. Während Dr. Martin Schwenger eine Niederlassung zuerst gar nicht ins Auge fasste, sondern eine Karriere auf einer Kinderintensivstation plante, stieg Dr. Andreas Schlaudt nach dem Bestehen der Facharztprüfung in die Gemeinschaftspraxis seines Vaters und dessen Kollegen ein. 2012 ging der Vater in Rente und Andreas Schlaudt sprach seinen alten Kollegen Schwenger an. Der überlegte nach einigen Jahren in der Klinik und der Schichtarbeit schon, ob sich seine Arbeit auf Dauer gut mit einem Familienleben kombinieren lässt. Trotzdem wollte er nichts überstürzen und sich alles genau anschauen. Nach einer kurzen Hospitationswoche war für Dr. Martin Schwenger dann klar: Es geht in die Niederlassung. Mittlerweile ist auch der Kollege des Vaters in Rente und die Praxis hat sich mit einem weiteren Arzt und einer angestellten Ärztin vergrößert.



# 54 Jahre

beträgt das Durchschnittsalter der Ärzteschaft in der örtlichen BAG.

# 2.195

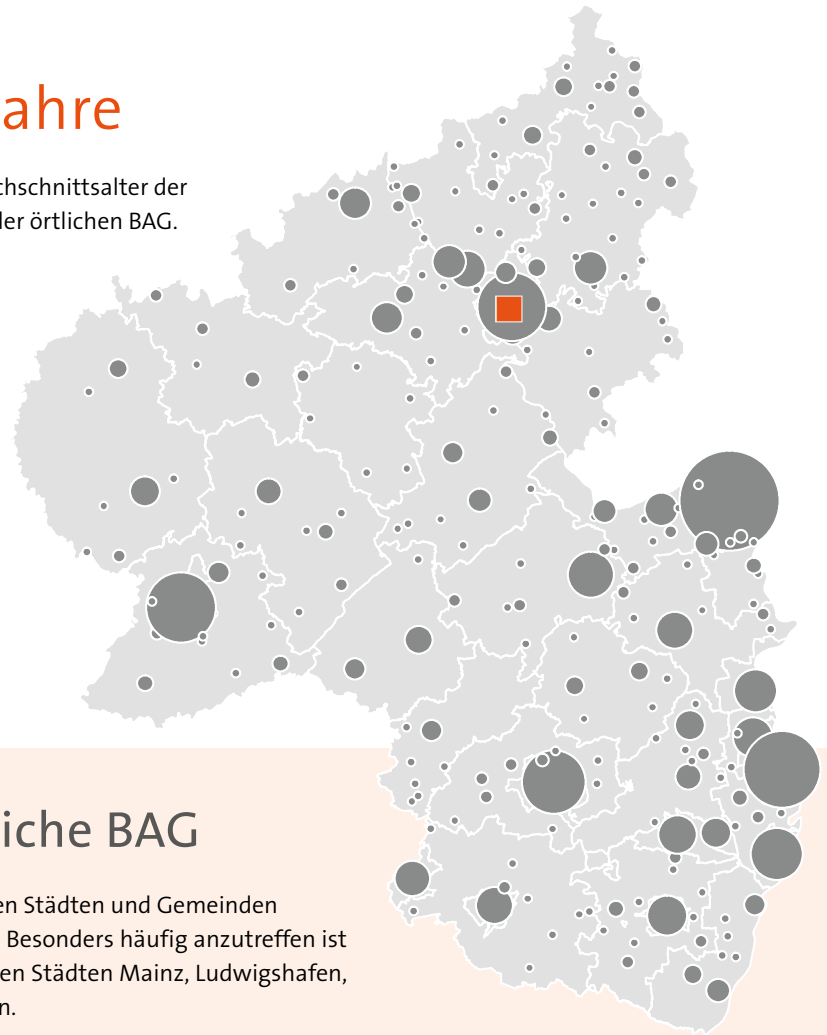
Ärzte und Psychotherapeuten praktizieren derzeit in einer örtlichen BAG. Das entspricht einer durchschnittlichen Praxisgröße von mehr als zwei Ärzten/Psychotherapeuten je Berufsausübungsgemeinschaft.

# 4 von 10

der praktizierenden Ärzten und Psychotherapeuten in der örtlichen BAG sind weiblich.

# 845 örtliche BAG

sind in den rheinland-pfälzischen Städten und Gemeinden unterschiedlich stark vertreten. Besonders häufig anzutreffen ist dieses Kooperationsmodell in den Städten Mainz, Ludwigshafen, Trier, Koblenz und Kaiserslautern.



## Unsere Vorteile

### Ad-hoc-Austausch mit Kollegen

Die Ärzte der Gemeinschaftspraxis haben alle unterschiedliche Schwerpunkte und ergänzen sich gut. Neben allgemeiner pädiatrischer und jugendmedizinischer Betreuung werden Neuropädiatrie und Neonatologie sowie durch die angestellte Ärztin Dr. Beatrix Morbach auch Psychotherapie angeboten. Entscheidungen werden immer

zusammen getroffen. So können sich die Ärzte aufeinander verlassen, wenn einer mal nicht in der Praxis ist.

### Praxis hat keine Betriebsferien

Dank der flexiblen Besetzung und Urlaubsplanung von Ärzten und Personal ist die Praxis das ganze Jahr über für die Patienten da.

### Familienfreundliche Arbeitsteilung

Ist ein Arzt krank, im Urlaub oder aus anderen Gründen nicht da, vertritt ein Kollege oder eine Kollegin. Und weil allen Ärzten der Gemeinschaftspraxis die Familie wichtig ist, gönnen sich die Praxisinhaber – auch wegen der teilweise langen Arbeitszeiten – 40 Tage Urlaub im Jahr.

## Unsere Zukunft

Dr. Martin Schwenger und seine Kollegen wünschen sich eine engere Kooperation von Kinderarztpraxen und Kinderkliniken in der Facharztausbildung. Von diesem Modell, das es auch schon in der Allgemeinmedizin gibt, profitieren alle: Praxis, Arzt und Kinderklinik.

# STRUKTURFONDS PSYCHOTHERAPIE/ KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Um die ambulante Versorgung in Rheinland-Pfalz sicherzustellen, unterstützt und fördert die KV RLP gemeinsam mit den Krankenkassen die Niederlassung von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz über einen eigenen Strukturfonds.

Wer als selbstständiger Vertragsarzt oder -psychotherapeut eine Praxis neu gründet oder übernimmt, eine Nebenbetriebsstätte einrichtet oder andere Vertragsärzte einstellt, kann gefördert werden. Dabei spielt keine Rolle, ob dies im Rahmen einer Einzelpraxis oder einer Kooperation erfolgt. Entscheidend ist aber, in welcher Region und in welcher Fachgruppe die Niederlassung beziehungsweise die Anstellung stattfindet. Die Fördergebiete werden zum 1. Januar eines jeden Jahres und zum 1. Juli bestimmt und sollen zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Städten und im ländlichen Raum beitragen.

## Kriterien für die Fördergebiete

Rechtsgrundlage zur Förderung der Sicherstellung in ausgewiesenen Fördergebieten ist die Förderrichtlinie Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V). Die KV RLP stellt 0,1 Prozent der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (mGV) in dem Strukturfonds zur Verfügung. Den gleichen Betrag steuern die Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen bei.

Datengrundlage für die Festlegung von Förderregionen ist der Versorgungsindex, mit dem die KV RLP eine umfassende Methode zur Beurteilung der Versorgungssituation im Land entwickelt hat. Anhand von 13 Parametern soll der Versorgungsindex drohende Versorgungslücken identifizieren. Er wird halbjährlich für alle Bedarfsplanungs-Fachgruppen und Planungsregionen neu berechnet. ■

## 2,5 MILLIONEN EURO

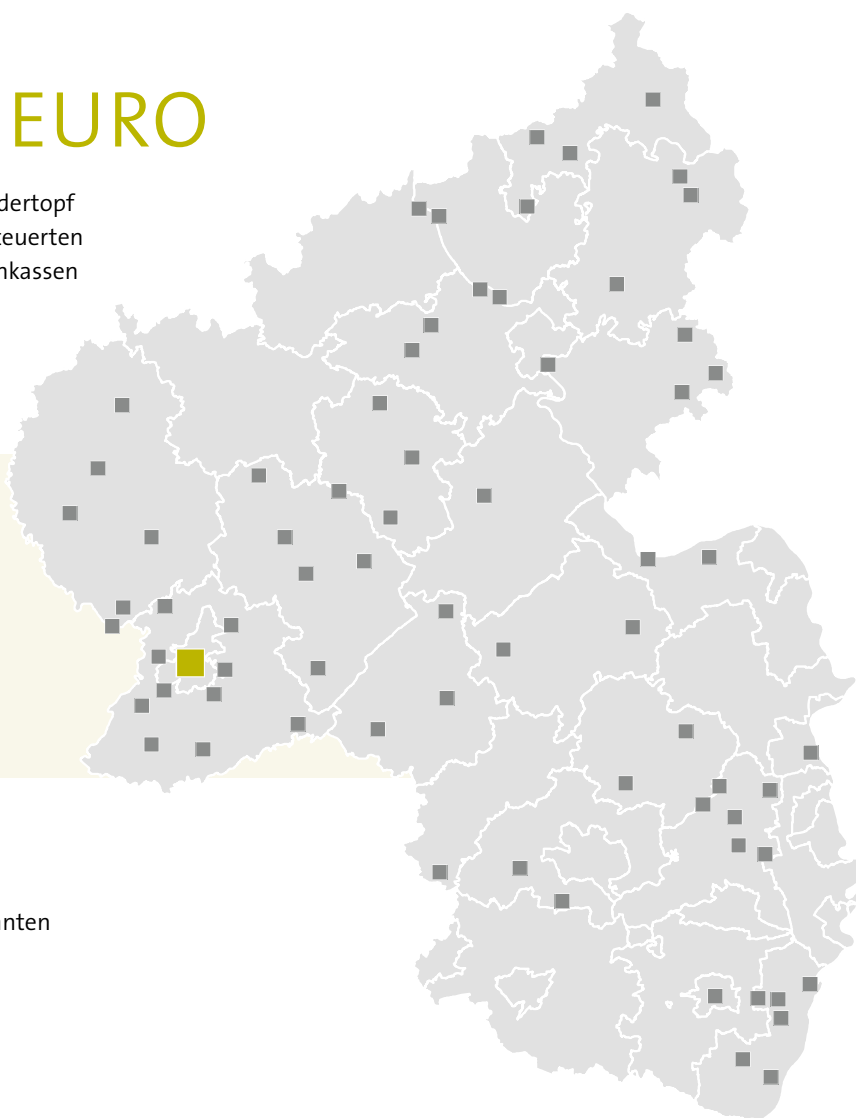
betrug 2017 die Gesamtsumme im Fördertopf des Strukturfonds. Von diesem Betrag steuerten die KV RLP und die gesetzlichen Krankenkassen jeweils die Hälfte bei.

## 69 Fördergebiete

waren im Jahr 2018 nach der Förderrichtlinie Strukturfonds ausgewiesen. Die Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz hat sich in einigen Regionen gebessert.

## 57

Anträge auf Förderung nach dem Strukturfonds konnten von der KV RLP im Jahr 2017 bewilligt werden.



## PRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Die Praxis in Trier wurde 1999 von Dr. Annemarie Hinkeldey gegründet. In der sozialpsychiatrischen Praxis arbeiten neben zwei Fachärztinnen auch Psychologen, Pädagogen und Sozialpädagogen.

”

*Wir sind von der KV RLP sehr gut unterstützt worden und haben unterschiedliche Termine wahrgenommen. Von den verschiedenen Ansprechpartnern haben wir uns wirklich gut betreut gefühlt und viele Tipps und Infos bekommen. Das war ganz prima!*



**Dr. Annemarie Hinkeldey | 62**

Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie

**Dr. Manuela Käfer | 39**

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

”

*Es hat sich vor allem persönlich für mich rentiert, weil eine Kollegin kam, die ganz neu ausgebildet war. Sie hat frischen Wind in die Praxis gebracht und packt einige Dinge etwas anders an als ich. Es läuft sehr gut.*

### DIE IDEE

Dr. Manuela Käfer wollte es ausprobieren: Wie ist es, ambulant in einer Praxis zu arbeiten? Für ihre Facharztweiterbildung hat sie sich deshalb nach einer Praxis umgeschaut. Die Idee, dann auch in die Praxis einzusteigen und diese vielleicht irgendwann zu übernehmen, kam ziemlich schnell, als sie merkte, wie gut es mit ihrer Chefin Dr. Annemarie Hinkeldey funktioniert. Die Sozialpsychiatrische Praxis in Trier hat einen großen Patientenstamm und besteht seit 19 Jahren. Für Annemarie Hinkeldey ist es ein guter Zeitpunkt, ein wenig kürzer zu treten und einen großen Teil der Praxis an die jüngere Kollegin abzugeben. Die zwei Frauen werden eine Praxisgemeinschaft gründen. Auf dem Weg dorthin profitieren die Ärztinnen gleich zweimal von Fördergeldern. Zum einen wurde die fachärztliche Weiterbildung von Dr. Manuela Käfer ab dem zweiten Jahr mit monatlich 3.600 Euro unterstützt. Zum anderen profitiert die junge Ärztin beim Praxiseinstieg vom Strukturfonds.

### Unsere Vorteile

#### Erfolgreiche Praxisübergabe

Dank der Fördergelder konnten sich die zwei Ärztinnen gelassen mit der neuen Praxisstruktur beschäftigen. Dr. Annemarie Hinkeldey weiß, wem sie das, was sie aufgebaut hat, übergeben kann, und der Gründungszuschuss erleichtert Manuela Käfer den Praxiseinstieg.

#### Austausch zwischen Generationen von Ärzten

Die zwei Frauen ergänzen sich gut. Sie profitieren gegenseitig von ihrem Wissen und den unterschiedlichen Erfahrungen.

#### Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die flexible Arbeitszeitgestaltung ist für die Ärztinnen und Mütter die beste Option für die „Work-Life-Balance“.

### Unsere Zukunft

Dr. Manuela Käfer und Dr. Annemarie Hinkeldey wollen eine Praxisgemeinschaft gründen. Weil sich Dr. Hinkeldey ein Stück zurückziehen will, gibt sie die Sozialpsychiatrie – und damit die meisten Patienten und Mitarbeiter der jetzigen Praxis – an Dr. Käfer ab, behält jedoch ihren Sitz. Sie wird auch weiterhin KJP-Patienten betreuen und psychotherapeutisch mit den Erwachsenen arbeiten. Für die Zukunft kann sich Dr. Manuela Käfer vorstellen, die Praxis zu übernehmen.

# MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

## Entwicklung

Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) handelt es sich um eine fachübergreifende oder fachgleiche ärztlich geleitete Einrichtung, in der Ärzte als Angestellte oder vertragsärztlich arbeiten. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 wurde diese Kooperationsform in die Versorgungslandschaft eingeführt. Seitdem ist die Zahl der MVZ stetig gestiegen. Zählte man 2008 in Rheinland-Pfalz noch 47 solcher Einrichtungen, sind es zehn Jahre später bereits 117.

## Rechtsformen

MVZ können sich aller zulässiger Rechtsformen bedienen. Gründungsberechtigt sind zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder gemeinnützige Träger, die aufgrund einer Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder von Kommunen gegründet werden. Ein zulässiger Gründer kann ein MVZ auch alleine gründen und mit

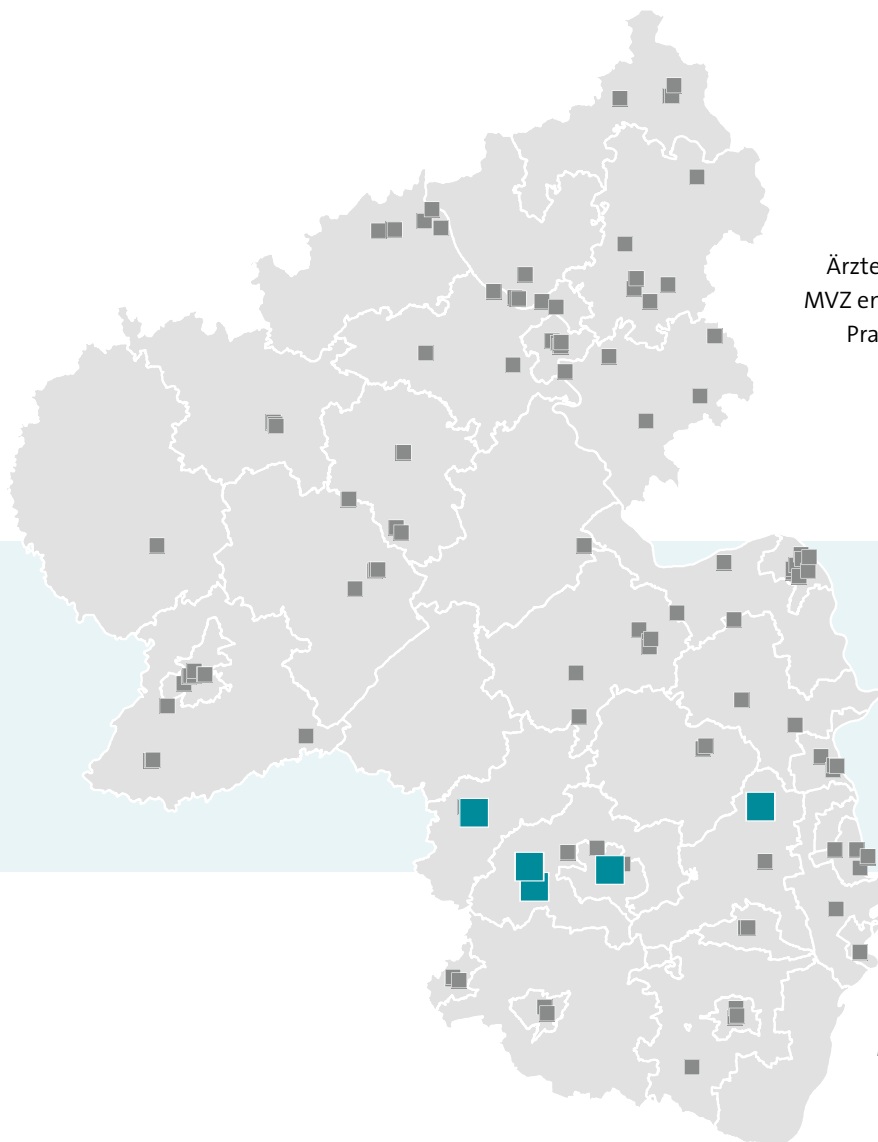
mehreren angestellten Ärzten fachübergreifend oder fachgleich betreiben. Außerdem ist es MVZ erlaubt, Nebenbetriebsstätten und Zweigpraxen zu gründen oder durch die Gründung von BAG mit Vertragsärzten zusätzlich überörtlich aktiv zu werden.

Folgende Rechtsformen sind in Rheinland-Pfalz gängig:

- GmbH Gesellschaft mit beschränkter Haftung (80)
- GbR Gesellschaft bürgerlichen Rechts (17)
- gGmbH gemeinnützige GmbH (13)
- PG Partnergesellschaft

## Zulassungsvoraussetzung

Die Zulassung eines MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung wie auch die Genehmigung zur Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten erfolgt auf Antrag durch den Zulassungsausschuss.



# 697

Ärzte und Psychotherapeuten sind derzeit in einem MVZ engagiert. Das entspricht einer durchschnittlichen Praxisgröße von sechs Ärzten je Medizinischem Versorgungszentrum.

## 264 Praxisstandorte

betreiben MVZ in Rheinland-Pfalz. Von den ärztlichen Fachgruppen sind am häufigsten dort Hausärzte, Fachinternisten und Chirurgen vertreten.

# 117

MVZ gibt es im Jahr 2018 in Rheinland-Pfalz, ihre Zahl hat sich damit in den vergangenen Jahren mehr als verdoppelt. 2008 existierten erst 42 solcher Einrichtungen.

## AUGENZENTRUM WESTPFALZ MVZ GMBH

Das Augenzentrum wurde 2011 als üBAG gegründet, firmiert seit 2017 als MVZ GmbH und wird von den Augenärzten Dr. Markus Schwarz, Dr. Heiko Lägel, Dr. Hans-Martin Helb und Dr. Steffen Heinen geleitet. An fünf Standorten arbeiten fünf angestellte Ärztinnen und Ärzte und 40 weitere Mitarbeiter.

”

*Das Interessante am MVZ ist, dass wir die Möglichkeit haben, aus einem Kassenarztsitz vier zu machen. Vor allem für unsere angestellten Ärztinnen ist das ein großer Vorteil. Für uns auch: Dank dieser Flexibilität gewinnt man eher eine Ärztin für einen halben oder Viertelsitz als für einen ganzen Sitz.*



**Dr. Markus Schwarz | 61**  
Facharzt für Augenheilkunde

### Unsere Vorteile

#### **Erst angestellt, dann selbstständig**

Für junge Ärzte wird der Einstieg in die ambulante Versorgung erleichtert. Ohne eigenes finanzielles Risiko können sie als Angestellte Patienten ambulant versorgen, um dann später eine genehmigte Angestelltenstelle in einen Vertragsarztsitz umzuwandeln.

#### **Freie Arbeitszeitgestaltung**

Sofern Arztsitze vorhanden sind, können diese aufgeteilt werden. Für die Anzahl der Vertragsärzte und der angestellten Ärzte im MVZ gibt es keine Beschränkung.

#### **Arzt konzentriert sich auf die Patienten**

Administrative und organisatorische Aufgaben werden gebündelt und zentral von nichtärztlichem Personal erledigt.

#### **Flexibilität und Sicherheit**

Großer persönlicher Gestaltungsspielraum. Egal ob man beispielsweise die Arbeitszeit reduzieren möchte oder einfach nur in Urlaub fahren will: Die Kollegen sind da und die Versorgung der Patienten läuft verlässlich weiter.

### DIE IDEE

Dr. Markus Schwarz ist einer der vier MVZ-Gesellschafter und Gründer. Seit 1989 ist er niedergelassener Augenarzt, anfangs in einer Einzelpraxis in Kusel. Nach 15 Jahren hat er sich mit einem Kollegen zusammengetan und eine Gemeinschaftspraxis gegründet. Dann kamen nach und nach weitere Ärzte und Praxissitze hinzu sowie die Möglichkeit zum ambulanten Operieren. 2017 war es dann so weit: Das Augenzentrum Westpfalz MVZ wurde als GmbH gegründet. An den Standorten Kaiserslautern, Kusel, Landstuhl und Grünstadt steht das umfangliche Leistungsangebot der augenheilkundlichen Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Außer in Kaiserslautern werden Operationen auch in Ramstein im dortigen ambulanten Operationszentrum angeboten.

### Unsere Zukunft

Das Augenzentrum blickt zufrieden in die Zukunft. Gerade was die Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeiten angeht, profitiert man als Arbeitgeber. Viele junge Ärztinnen schätzen es, dass sie in Teilzeit arbeiten können. Deshalb sieht man sich in der Aufgabe bestärkt, auch weiterhin innovative, flexible Gestaltungsmöglichkeiten bei der Arbeitseinteilung anzubieten.

# ZULASSUNGS- UND KOOPERATIONSBERATUNG

## ANSPRECHPARTNER IN RHEINLAND-PFALZ

### REGION KOBLENZ UND TRIER

Melitta Fechner: melitta.fechner@kv-rlp.de

Tobias Meyer: tobias.meyer@kv-rlp.de

### REGION RHEINHESSEN UND NAHE

Corinna Jordan: corinna.jordan@kv-rlp.de

### REGION PFALZ

Diana Schuck: diana.schuck@kv-rlp.de

### WEITERE INFORMATIONEN:

Service-Center

Telefon 06131 326-326

Fax 06131 326-327

rlp-beratung@kv-rlp.de

## ORT SUCHT ARZT

Mit dem Online-Service „Ort sucht Arzt“ will die KV RLP rheinland-pfälzische Gemeinden, die einen Arzt oder einen Psychotherapeuten suchen, mit Ärzten und Psychotherapeuten zusammenbringen, die sich für eine Niederlassung interessieren. Die Idee: Rheinland-pfälzische Gemeinden präsentieren mit einem Gesuch ihre Vorzüge und werben für sich als Praxisstandort. Niederlassungswillige können dann zwischen verschiedenen Angeboten wählen und direkt mit den Gemeinden Kontakt aufnehmen. „Ort sucht Arzt“ ist Teil eines Maßnahmenpakets, mit dem die KV RLP dem drohenden Ärztemangel in Rheinland-Pfalz entgegenwirken will.

### AKTUELLE GESUCHE

[www.kv-rlp.de/859291](http://www.kv-rlp.de/859291)



## IN DER RETROSPEKTIVE: VERÄNDERUNGEN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

Vielfach wird in Diskussionen um Veränderungen im Vertragsarztwesen darauf hingewiesen, dass sich im Laufe der Jahre der Umfang und die Intensität, in der sich Ärzte und Psychotherapeuten in die Versorgung einbringen, deutlich verändert haben. Ein Grund hierfür liegt darin, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie von Nachwuchskräften als hochrangiger persönlicher Wert angegeben wird, was sich auch auf die Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit auswirkt. Der Angestelltenstatus ermöglicht heute eine flexiblere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit, die früheren Ärztegenerationen so nicht möglich war. Die Lebensläufe der neuen Ärztegeneration ähneln deshalb immer öfter denen der „modernen“ Arbeitswelt – häufige Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel inklusive. Ein weiterer Aspekt dieses Tätigkeitswandels sind zunehmende Pendlertätigkeiten und Pendlerdistanzen zwischen Wohnort und Praxis. Die Veränderungen der vertragsärztlichen Tätigkeit erschweren zunehmend eine langfristige Versorgungsplanung. Momentan wird die ambulante Versorgung mehrheitlich noch von langjährig zugelassenen Vertragsärzten getragen. Diese werden aber schon in den nächsten Jahren zum Teil in den Ruhestand gehen und eine Kapazitätslücke hinterlassen.

### 3.1 ARZTLIBENS-LÄUFE: KONTINUITÄT UND WANDEL

#### Datengrundlage und Limitationen

Grundlage für die Auswertungen bilden die Register- und Abrechnungsdaten der KV RLP. Diese erlauben einen relativ detaillierten Blick auf die Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Bundesland, unterliegen jedoch auch diversen Limitationen. So enthalten die Daten des Arztregisters Informationen zu Personalien, Qualifikationen, Teilnahmestatus und Versorgungsauftrag. Allerdings führen Inkonsistenzen in den seinerzeit verwendeten Datenbanksystemen der ehemaligen vier rheinland-pfälzischen KVen vor der Fusion zur KV RLP dazu, dass eine Betrachtung von längeren Zeiträumen nicht valide erfolgen kann. Erst mit der Einführung der Systematik der Arzt- und Betriebsstättennummern zum 1. Juli 2008 wurden

bis zum heutigen Tage konsistente Datengrundlagen geschaffen.

Die Datengrundlage umfasst lediglich die in Rheinland-Pfalz praktizierenden Ärzte und Psychotherapeuten. Somit kann beispielsweise die vertragsärztliche Tätigkeit einer Person, die von Rheinland-Pfalz in ein anderes Bundesland zieht, nach deren Wechsel nicht weiter nachvollzogen werden. Andererseits können auch frühere Tätigkeitszeiträume außerhalb von Rheinland-Pfalz nicht analysiert werden, da die hierzu erfassten Daten nicht die nötigen Details enthalten, sondern nur in sehr stark generalisierter Form vorliegen.

Weitere Limitationen bei der datengestützten Analyse vertragsärztlicher Tätigkeit liegen in den Änderungen und der Pauschalierung der Abrechnungsdaten, die sowohl die Darstellung der Veränderung des Leistungsgeschehens im Zeitverlauf wie auch der tatsächlichen Behandlungsaufwände nicht erlauben.

Dennoch soll versucht werden, einige Charakteristika in der Kontinuität und dem Wandel vertragsärztlicher Tätigkeit darzustellen.

### 3.2 VERÄNDERUNGEN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT ZWISCHEN 2009 UND 2018

Die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten hat vom 1. Januar 2009 bis zum 1. Januar 2018 um 15 Prozent von 6.489 auf 7.465 zugenommen. Dabei stieg insbesondere die Zahl derjenigen Ärzte, die bereits seit mindestens 20 Jahren als Vertragsärzte praktizieren, um 31 Prozent auf 2.311 Personen. Ebenfalls stieg die Zahl der Ärzte, die erst bis zu fünf Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und zwar um 23,5 Prozent auf 1.751 Personen.

Diese Zahlen sind Ausdruck einer Entwicklung, die bereits im Versorgungsatlas 2016 beschrieben wurde: Aufgrund eines kurzfristigen Niederlassungsbooms in den frühen Neunzigerjahren entwickelte sich eine ausgeprägte Ungleichverteilung der Altersklassen innerhalb der Ärzteschaft. Eine hohe

Zahl der Ärzte, die sich seinerzeit niederließen, praktiziert nach wie vor und trägt dazu bei, dass der Anteil an sehr erfahrenen Ärzten stark gewachsen ist. Andererseits konnte im Verlauf der vergangenen Jahre eine Vielzahl an Sitzen, die altersbedingt abgegeben wurden, von nachfolgenden Ärzten wiederbesetzt werden. Auch die Änderungen der Zulassungsmöglichkeiten wie die Reformen der Bedarfsplanung und die Ausweitung des ambulanten Versorgungsgeschehens trugen zu dieser Entwicklung bei.

Die Zahl der Personen, die zum Stichtag zwischen fünf und zehn Jahren ihrer Tätigkeit nachgingen, sank deutlich um 14,9 Prozent auf 1.109 Ärzte. Dies ist die Folge der über viele Jahre hinweg prägenden Situation verbreiteter Niederlassungssperren bei damals noch vergleichsweise niedrigen Zahlen an altersbedingten Praxisübergaben. Insgesamt waren in den Praxen und MVZ seit dem 1. Januar 2009 in Rheinland-Pfalz 10.173 Ärzte und Psychotherapeuten über einen mehr oder weniger langen Zeitraum als Zugelassene oder als Angestellte tätig. Zwei Drittel dieser Personen übten dabei bis heute lediglich einen Teilnahmestatus aus.

Von 2009 bis 2017 verließen insgesamt 2.420 Ärzte und Psychotherapeuten die vertragsärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz. Im Verlauf der vergangenen Jahre stieg die Zahl der aussteigenden Ärzte aus der ambulanten Versorgung erheblich von 198 im Jahr 2010 auf 322 im Jahr 2017. Vergleicht man die beiden Drei-Jahres-Zeiträume von 2009 bis 2011 und von 2015 bis 2017, so zeigt sich eine Steigerung der Zahl an Abgängern um 44 Prozent.

Zum Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand hatten diese Ärzte zuvor durchschnittlich 16,4 Jahre an der ambulanten Versorgung teilgenommen. Bei 1.078 dieser Ärzte betrug die vorherige Systemverweildauer sogar 20 oder mehr Jahre. Demzufolge haben diese Ärzte nach ihrer damaligen Entscheidung für die Niederlassung oder Anstellung die Versorgung von gesetzlich Versicherten in Rheinland-Pfalz über einen langen Zeitraum gewährleistet. Vor allem der enorme Anstieg an Systemabgängern mit einer derart langen Tätigkeitsdauer ist ein

deutlicher Ausdruck der bereits beschriebenen Überalterung in der Ärzteschaft. Ihre Zahl stieg um 52,6 Prozent von 289 in den Jahren 2009 bis 2011 auf 441 in den Jahren 2015 bis 2017.

Auf der anderen Seite nahm eine nicht unerhebliche Zahl an Ärzten nur über eine relativ kurze Zeitspanne, das heißt weniger als fünf Jahren, an der ambulanten Versorgung teil. Sie stellen insgesamt 27,8 Prozent der Systemabgänger, das heißt 671 Ärzte. Diese Zahlen zeigen deutlich, dass zu den notwendigen Maßnahmen zur weiteren Sicherstellung der ärztlichen Versorgung neben der Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs auch die Steigerung der Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit zählt, um eine möglichst hohe Zahl der aktiven Ärzte für eine möglichst lange Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu motivieren.

Neben der in erster Linie demografisch bedingten Steigerung der Abgangszahlen kann auch ein nahezu kontinuierlicher Anstieg der Zahlen an Einsteigern verzeichnet werden [\[Abb. 3.1\]](#). Im Vergleich der beiden Dreijahreszeiträume lag dieser mit einem Plus von 37,9 Prozent unter dem Anstieg an Aussteigern. Absolut gesehen übersteigt die Zahl der Neueinsteiger die der Systemabgänger deutlich. Während des gesamten Untersuchungszeitraums kamen 1,35 Einsteiger auf einen ausscheidenden Arzt. Daraus resultiert zwar insgesamt die eingangs erwähnte Steigerung der Gesamtzahlen. Es kann jedoch nicht daraus geschlossen werden, dass es zu einem entsprechenden Aufbau an ärztlichen Versorgungskapazitäten gekommen ist. Im Gegenteil: Angesichts der Flexibilisierungen der ärztlichen Tätigkeiten mit dem damit verbundenen Anstieg an Teilzeitarbeit ist davon auszugehen, dass zur Nachbesetzung eines frei werdenden vollen Versorgungsauftrages 1,5 Ärzte benötigt werden.

Darüber hinaus verteilt sich die Zahl der neu in die Versorgung eingestiegenen Personen auf die verschiedenen Fachgebiete deutlich ungleichmäßig. Die höchsten Zuwachszahlen verzeichneten die Psychotherapeuten, bei denen es durch die Ausweisung neuer Sitze im Zuge der Bedarfsplanungsreform

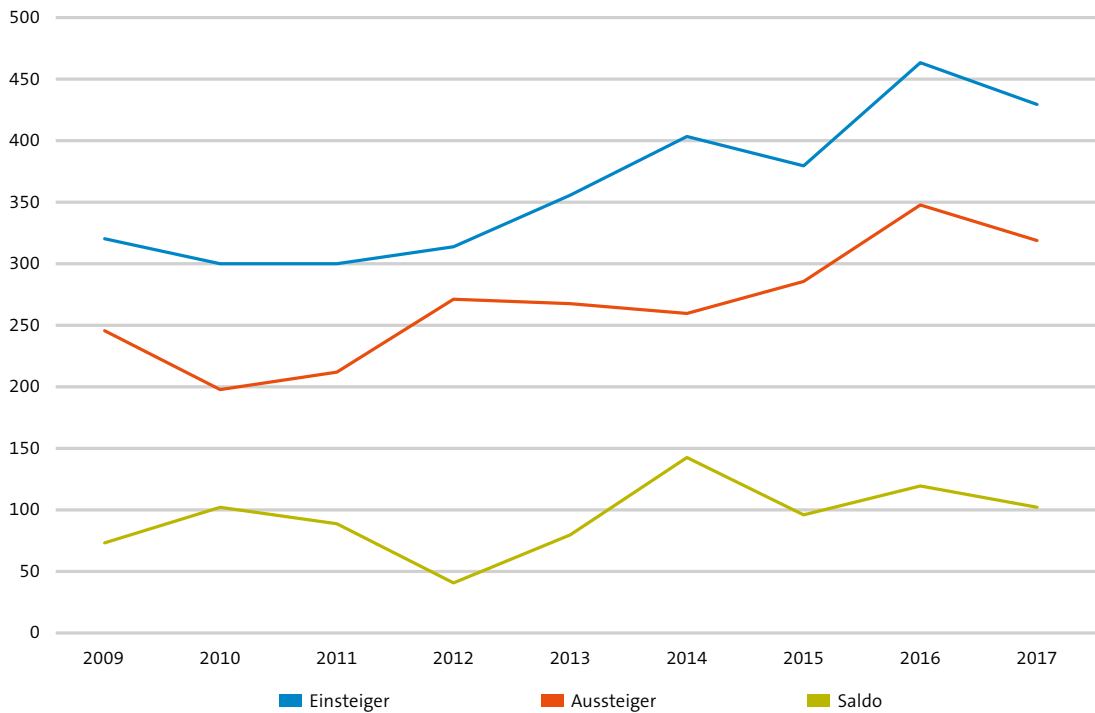




2012/2013 sowie einer großen Zahl an Abgaben hälftiger Versorgungsaufträge in den Folgejahren überproportional viele Einstiegsmöglichkeiten gab. In anderen Fachgruppen dagegen reichte die Zahl

an Einsteigern nicht, um alle frei werdenden Sitze nachbesetzen zu können. Hierzu zählen insbesondere die Hausärzte und einige grundversorgende Facharzt Disziplinen.

**3.1: EIN- UND AUSSTEIGER AUS DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG VON 2009 BIS 2017**



### 3.3 ENDE DER KONTINUITÄT DURCH ANSTELLUNGEN

72 Prozent der seit 2009 aus der ambulanten Versorgung ausgestiegenen Ärzte und Psychotherapeuten hatten zuvor nur über einen Teilnahmestatus verfügt. Das bedeutet:

- Sie sind nicht von einer ursprünglichen Anstellung in eine spätere Niederlassung gewechselt (oder umgekehrt).
- Sie waren nicht zeitgleich in unterschiedlichen Praxen angestellt oder
- sie wechselten im Zeitverlauf nicht in andere Planungsbereiche.

Neben 1.210 Niedergelassenen konnte eine derartige Konstanz auch bei 542 angestellten Ärzten identifiziert werden. Dass der Begriff „Konstanz“ in diesem Zusammenhang jedoch vielfach nicht mit einer längeren zeitlichen Kontinuität gleichgesetzt werden kann, zeigt ein detaillierterer Blick auf die Daten: Unter den Niedergelassenen stiegen zwar 717 (59,3 Prozent) erst nach mindestens 20 Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung aus. Aber immerhin 88 Personen trafen diesen Entschluss bereits nach weniger als drei Jahren.

Bei den angestellten Ärzten verabschiedeten sich sogar 74,7 Prozent nach weniger als drei Jahren

<sup>7</sup> Versorgungsatlas 2014 Kap. 3.1 und Versorgungsatlas 2016 Kap. 5.1

<sup>8</sup> Versorgungsatlas 2014 Kap. 3.1

<sup>9</sup> <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/Pendeln-in-Rheinland-Pfalz-Pendler,pendeln-in-rp-100.html>

<sup>10</sup> [http://www.statistik.rlp.de/no\\_cache/de/einzelansicht/news/detail/News/2513/](http://www.statistik.rlp.de/no_cache/de/einzelansicht/news/detail/News/2513/)

Tätigkeit bereits wieder aus der vertragsärztlichen Versorgung. Damit wird deutlich, dass der Schritt in die Anstellung seltener ein langfristiges Engagement nach sich zieht als der Schritt in die Niederlassung. Letztere Entscheidung beeinflusst nachhaltig die Gestaltung des beruflichen Lebens. Das beweist auch die mittlere Verweildauer der im Untersuchungszeitraum ausgestiegenen Personen mit nur einem Teilnahmestatus: Lag diese unter den Niederlassenen bei 20,8 Jahren, betrug sie hingegen bei den Angestellten 1,9 Jahre. Im Übrigen lassen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen: Männer nahmen im Durchschnitt 17,4 Jahre an der ambulanten Versorgung teil, Frauen dagegen 10,6 Jahre. Dies korreliert deutlich mit dem höheren Angestelltenanteil bei Frauen.

Diese Zahlen belegen, dass die vielfach geäußerte Präferenz jüngerer Ärzte zugunsten einer Anstellung und gegen eine freiberufliche Zulassung als Vertragsarzt die Gestaltung adäquater Praxisstrukturen und Beschäftigungsmöglichkeiten erfordert. Diese Tendenz trägt jedoch auch dazu bei, dass eine längerfristige Sicherung der Versorgungslage den Voraussetzungen steigender Fluktuation Rechnung tragen muss. Ein hohes Maß an Flexibilisierung auf der einen Seite steht dem Interesse an Kontinuität in der Versorgung auf der anderen Seite gegenüber. Für die KV RLP bedeutet dies, dass neben der Förderung von Anstellungsmöglichkeiten vor allem die Steigerung der Attraktivität der Niederlassung für die junge Ärztegeneration ein wichtiges Instrument ist, um stabile Versorgungsstrukturen nachhaltig zu stärken.

In der aktuell aktiven Ärzteschaft umfasst die Gruppe derjenigen, die über ihren bisherigen gesamten Tätigkeitszeitraum hinweg in gleicher Teilnahmeform tätig sind, insgesamt 5.738 Ärzte und Psychotherapeuten. Fast zwei Drittel (61,6 Prozent) tun dies bereits seit mindestens zehn Jahren. Unter den im Verlaufe der vergangenen drei Jahre neu Eingestiegenen stellen die Angestellten inzwischen die Mehrheit (52,4 Prozent).

### 3.4 PENDLERWEGE: NACH DEN PATIENTEN WIRD AUCH DER ARZT „MOBILER“

In den beiden Versorgungsatlasen der KV RLP von 2014 und 2016 wurde bereits ausführlich der Zugang der rheinland-pfälzischen Bevölkerung zur vertragsärztlichen Versorgung behandelt. Die flächendeckende und wohnortnahe Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung befindet sich auf sehr hohem Niveau.<sup>7</sup>

In der Realität der vertragsärztlichen Versorgung legen die Patienten zum Teil deutlich längere Wege zurück, als es die Inanspruchnahme der räumlich nächstgelegenen Haus- und Facharztpraxen erfordern würde.<sup>8</sup> Diese Patientenwege verlaufen häufig entlang den vorhandenen Pendlerströmen und bilden die Versorgungsbeziehungen zwischen ländlichem Raum, Grund-, Mittel- und Oberzentren in Rheinland-Pfalz und den Ballungsräumen der angrenzenden Bundesländer ab.

Rheinland-Pfalz ist durch seine in großen Teilen ländlich geprägte Siedlungsstruktur seit Jahrzehnten ein ausgeprägtes Pendlerland, 73 Prozent der Erwerbstätigen pendelten 2017 im Durchschnitt 23,6 Kilometer zur Arbeit.<sup>9</sup> Innerhalb von Rheinland-Pfalz sind vor allem die Städte Koblenz, Ludwigshafen und Mainz Ziele der Pendler. Häufig wird an diesen Arbeitsorten dann die vorhandene ambulante Versorgung genutzt, nicht die in oder der Nähe des Wohnortes. Es besteht sowohl bei den Erwerbstätigen als auch bei Patienten der vertragsärztlichen Versorgung des Weiteren ein negativer Pendlersaldo zu den benachbarten Bundesländern (-164.000 Erwerbstätige, -327.000 Patienten). Rheinland-Pfalz ist somit das Bundesland mit dem höchsten Auspendlerüberschuss in Deutschland.<sup>10</sup>

Über die Pendlerwege von in der vertragsärztlichen Versorgung aktiven Ärzten und Psychotherapeuten ist bisher wenig bekannt. Da die erst zum 1. Januar 2012 komplett aus der Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) gestrichene Residenzpflicht lange Pendlerwege von vorneherein ausschloss, führt die anhaltende Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit auch hier zu



einer immer häufigeren und längeren räumlichen Distanz zwischen Arbeits- und Wohnort.

Die durchschnittliche PKW-Fahrdistanz der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zwischen Wohnort und Praxis betrug 14,1 Kilometer im Jahr 2017. Im

Jahr 2011 betrug sie noch 11,6 Kilometer. Betrachtet man die einzelnen Fachgruppen mit mehr als 100 Ärzten und Psychotherapeuten, so lassen sich zum Teil deutliche Unterschiede in der Pendlerdistanz ablesen.

### 3.1: PENDLERDISTANZEN IN KM DER FACHGRUPPEN MIT MEHR ALS 100 KÖPFEN

Fachgruppe	2011	2017	Entwicklung
Anästhesisten	27,4	25,3	-2,1
Augenärzte	18,1	18,8	+0,7
Chirurgen	15,2	17,4	+2,2
Fachinternisten	13,6	19,0	+5,4
Frauenärzte	12,2	12,4	+0,2
Hausärzte	7,1	8,1	+1,0
Hautärzte	14,5	14,9	+0,4
HNO-Ärzte	14,1	14,4	+0,3
Kinderärzte	10,0	11,1	+1,1
Nervenärzte	14,0	13,6	-0,4
Orthopäden	14,4	17,5	+3,1
Psychotherapeuten Ärztlich	8,7	10,4	+1,7
Psychotherapeuten Psychologisch	10,3	13,4	+3,1
Radiologen	22,2	26,8	+4,6
Urologen	11,8	14,2	+2,4
<b>Insgesamt</b>	<b>11,6</b>	<b>14,1</b>	<b>+2,5</b>

Die Zunahme der Pendlerdistanzen zwischen 2011 und 2017 ist bei fast allen Fachgruppen vor allem auf die in den vergangenen Jahren neu in die ambulante Versorgung eingestiegenen Ärzte zurückzuführen. Diese „neue“ Generation arbeitet mehrheitlich in kooperativen Praxisformen – sie sind somit keine klassischen Einzelpraxisinhaber mehr, die von Jahrzehnten vertragsärztlicher Tätigkeit an einem Ort ausgehen. Weil der Lebenspartner häufig schon bereits beruflich Fuß am jetzigen Wohnort gefasst hat, kommt ein Umzug in den Praxisort für viele Ärzte nicht infrage. Um ihren derzeitigen Wohnort nicht

verlassen zu müssen, sind sie deshalb auch bereit, längere Anfahrtswege zu ihrem Arbeitsort in Kauf zu nehmen.

Nur noch knapp die Hälfte von ihnen legt weniger als zehn Kilometer Distanz zwischen Wohnort und Praxis zurück, etwa 29 Prozent mehr als 20 Kilometer, davon 18 Prozent mehr als 30 Kilometer. Bei denjenigen, die elf und mehr Jahre als Arzt oder Psychotherapeut praktizieren, sind es weniger als 20 Prozent. Über 30 Kilometer legen etwas mehr als zehn Prozent zurück, dafür fast zwei Drittel weniger als zehn Kilometer.

### 3.2: ANTEILE DER PENDLERDISTANZ-KLASSEN NACH TÄTIGKEITSJAHREN

Pendlerdistanz-Klasse	0 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 16 Jahre	16 und mehr Jahre	Insgesamt
0 bis unter 10 km	51,2 %	54,1 %	65,5 %	62,6 %	58,9 %
10 bis unter 20 km	20,0 %	17,4 %	15,7 %	17,6 %	17,9 %
20 bis unter 30 km	11,2 %	12,5 %	8,2 %	8,3 %	9,6 %
30 und mehr km	17,6 %	16,0 %	10,6 %	11,6 %	13,6 %

In allen drei Versorgungsbereichen legen Ärzte und Psychotherapeuten mit bis zu fünf Jahren Tätigkeit mehr Kilometer zwischen Wohn- und Arbeitsort als ihre „älteren“ Kollegen zurück. Fachärzte legen mit 21,1 Kilometern hierbei mehr als die doppelte Pendlerdistanz von Hausärzten zurück. Auch bei

den in den vergangenen fünf Jahren in die ambulante Versorgung gekommenen Psychotherapeuten ist die Pendlerdistanz durchschnittlich um fünf Kilometer höher als bei denen mit 16 und mehr Jahren Tätigkeitsdauer in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

### 3.3: PENDLERDISTANZEN IN KM NACH TÄTIGKEITSJAHREN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Versorgungsebene	0 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 16 Jahre	16 und mehr Jahre	Insgesamt
Hausärzte	10,2	9,5	6,1	7,4	8,1
Fachärzte	21,1	21,1	15,9	17,3	18,7
Psychotherapeuten	16,2	13,9	11,6	11,2	12,7
<b>Insgesamt</b>	<b>16,9</b>	<b>16,1</b>	<b>11,7</b>	<b>12,7</b>	<b>14,1</b>

Betrachtet man die durchschnittlichen Pendlerdistanzen nach Status, werden die Unterschiede in den Pendlerdistanzen nach Tätigkeitsjahren erklärbar. Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten legen mit fast 23 Kilometern im Durchschnitt eine doppelt so hohe Pendlerdistanz wie Niedergelassene zurück. Da der Angestelltenanteil bei

weniger Tätigkeitsjahren noch deutlich höher liegt, ist dementsprechend auch die Pendlerdistanz höher. Die niedrigste durchschnittliche Distanz zwischen Wohn- und Praxisort ist bei niedergelassenen Hausärzten mit 6,6 Kilometern vorzufinden, die höchste bei angestellten Fachärzten mit 26,8 Kilometern.

### 3.4: PENDLERDISTANZEN IN KM NACH STATUS IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Versorgungsebene	Anstellung	Zulassung
Hausärzte	14,5	6,6
Fachärzte	26,8	15,2
Psychotherapeuten	23,2	12,5
<b>Insgesamt</b>	<b>22,9</b>	<b>11,5</b>



Die Versorgungsforschung der KV RLP ging abschließend der Frage nach, ob die Pendlerwege der Ärzte und Psychotherapeuten denen der übrigen Arbeitnehmer entsprechen. Konkret: Sind es die Bewohner, die hauptsächlich aus den ländlichen Regionen und „Speckgürteln“ in die Städte pendeln? Oder gibt es Hinweise darauf, dass Ärzte oder Psychotherapeuten aus den Städten in größerer Anzahl Praxen in ländlichen Regionen betreiben?

Betrachtet man die Pendlermatrix, so praktizieren nur 2,5 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten

mit einem Wohnort im ländlichen Raum in hochverdichteten Räumen, die auch die größeren Städte einschließen. In den verdichteten Räumen, die auch zum Teil die „Speckgürtel“ der größeren Städte umfassen, sind es immerhin neun Prozent. Ärzte und Psychotherapeuten mit einem Wohnort in hochverdichteten Räumen „pendeln“ nur zu 1,9 Prozent in ländliche Räume. Dieser Pendlerweg macht somit den geringsten Anteil in der Pendlermatrix aus. Insgesamt liegen für 77 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten der Wohn- und Praxisort im gleichen Raumtyp.

**3.5: PENDLERMATRIX IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG: ANTEIL DER RAUMTYPEN AN DEN PENDLERWEGEN**

		PRAXISORT		
		Ländlicher Raum	Verdichteter Raum	Hochverdichteter Raum
WOHNORT	Raumtypen <sup>11</sup>			
	Ländlicher Raum	19,6 %	2,2 %	2,5 %
	Verdichteter Raum	3,0 %	29,3 %	9,0 %
	Hochverdichteter Raum	1,9 %	5,4 %	27,1 %

<sup>11</sup> Raumstrukturgliederung in Rheinland-Pfalz nach Landesentwicklungsprogramm IV.

Fazit: Insbesondere bei „Neueinsteigern“ in die vertragsärztliche Versorgung werden inzwischen auch weitere Pendlerwege in Kauf genommen. Der Wegfall der Residenzpflicht stellt nicht nur die Abschaffung eines mit den Lebensentwürfen der jungen

Ärzteschaft vielfach unvereinbaren administrativen Hemmnisses dar. Er kann auch dazu beitragen, eine Fortführung existierender Praxen in einem Wohnumfeld zu erleichtern, das für Praxisinhaber möglicherweise weniger attraktiv ist.





## NERVENÄRZTE: PLANUNG VERSUS VERSORGUNGSREALITÄT

Es ist inzwischen weitgehend Konsens unter vielen Akteuren der Gesundheitspolitik, dass die ambulante Bedarfsplanung die in sie gesetzten Erwartungen nicht mehr erfüllt und auch den Anforderungen an ein modernes und flexibles Planungssystem nicht gerecht werden kann. Zu den Kritikpunkten zählt unter anderem die zugrunde gelegte Arztgruppensystematik, die im Fall der Nervenärzte nicht der aktuellen Weiterbildungsordnung für Ärzte entspricht. Des Weiteren wird beispielsweise die fachinternistische Versorgung als eine gemeinsame Arztgruppe beplant, obwohl in dieser sieben grundverschiedene Subspezialisierungen existieren. Die derzeitige Bedarfsplanung kann nicht die Anteile dieser Subspezialisierungen steuern, sodass in zahlreichen Planungsbereichen zwar für die Gruppe der Fachinternisten eine rechnerische Überversorgung festgestellt werden muss, dies jedoch in krassem Widerspruch steht zur realen Versorgung für einzelne oder mehrere Teildisziplinen (zum Beispiel kardiologische Überversorgung und rheumatologische Unterversorgung).


Eine weitere Bedarfsplanungsfachgruppe, die unterschiedliche Fachdisziplinen zusammenfasst, sind die Nervenärzte. Bereits 1994 wurde der Nervenarzt, der sowohl neurologische als auch psychiatrische Erkrankungen behandelt, aus den (Muster-)Weiterbildungsordnungen gestrichen. Heute existieren stattdessen die Weiterbildungen zum Facharzt für Neurologie sowie zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Auch aufgrund der zum Teil sehr unterschiedlichen Behandlungsspektren zwischen sprechender psychiatrischer und apparativer neurologischer Medizin wäre eine getrennte Bedarfsplanung sinnvoll.

Ferner kommt auf beide Fachgruppen aufgrund des demografischen und gesellschaftlichen Wandels eine erhöhte Morbidität zu, die zusätzliche Behandlungskapazitäten erfordert. Zu nennen ist hier die Zunahme psychiatrischer Erkrankungen wie Depressionen oder arbeitsbedingter Krankheiten wie das Burn-out-Syndrom. Bei fast einem Drittel der erwachsenen Bevölkerung wird innerhalb eines Jahres mindestens eine psychische Störung diagnostiziert<sup>12</sup>. Bei den neurologischen Erkrankungen werden

vor allem die Demenzerkrankungen, Morbus Parkinson und Schlaganfälle als Krankheiten des höheren Lebensalters demografisch bedingt zunehmen. Die Häufigkeit (Prävalenz) dieser drei Krankheiten beträgt etwa 1,5 Prozent an der Gesamtbevölkerung, in den höheren Altersjahrgängen entsprechend jeweils deutlich höher. Jährlich wird von bis zu 500.000 Neuerkrankungen (Inzidenz) dieser drei Krankheiten in Deutschland ausgegangen<sup>13</sup>. Der medizinische Fortschritt in Form von Diagnostik und Pharmakotherapie wird insbesondere in der Neurologie zu einem steigenden Ressourcenbedarf führen.

### 4.1 SITUATION IN DER NERVENÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN RHEINLAND-PFALZ

In Rheinland-Pfalz sind derzeit<sup>14</sup> 250 Vertragsärzte in der Bedarfsplanungs-Fachgruppe Nervenärzte tätig. Diese teilen sich 205 Versorgungsaufträge, wobei ein Versorgungsauftrag einem Arzt-Vollzeit-äquivalent von mehr als 30 Wochenstunden kurativer Tätigkeit entspricht. Betrachtet man diese nach ihren Facharztbezeichnungen, stellt die Neurologie (Fachärzte für Neurologie) mit 40 Prozent und 82 Versorgungsaufträgen die größte Gruppe. Die Psychiatrie (Fachärzte für Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie) repräsentiert 36 Prozent und die Nervenheilkunde (Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Ärzte, die beide Facharztbezeichnungen führen) mit 50 Versorgungsaufträgen immer noch etwa ein Viertel der Bedarfsplanungs-Fachgruppe.

Die Verteilung der Fachgruppen ist regional zum Teil sehr unterschiedlich, sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch der Anteile der einzelnen Fachgruppen. Es gibt vier Planungsbereiche (Kreisregionen), in denen es keine niedergelassenen Neurologen gibt. Bei den Psychiatern sind es drei, Ärzte für Nervenheilkunde sind nur in zwei Kreisregionen nicht vorhanden. Auch in den vier großstädtischen Planungsbereichen sind die Anteile sehr unterschiedlich. Während in Koblenz die Versorgungsaufträge fast gedrittelt sind, gibt es in Mainz eine Mehrheit von Psychiatern. In Trier und Ludwigshafen dagegen sind die Neurologen in der Mehrheit |  4.2 |.

<sup>12</sup> Eigene Berechnungen der KV RLP. Anteil der über 18-Jährigen mit mindestens einer F-Diagnose im Jahresverlauf: 32 %. Jacobi, Wittchen et al. (2014) errechnet eine Prävalenz von 27,7 % in der Erwachsenenbevölkerung von 18 bis 79 Jahren. Im BGS98 betrug die Prävalenz psychischer Störungen 31,1 % für Erwachsene im Alter von 18 bis 65 Jahren.

<sup>13</sup> Zahlreiche Prognosen gehen davon aus, dass es zu einem starken Anstieg der Patientenzahlen kommen wird (vgl. u. a. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Andlin-Sobocki et al. (2005), Dietl et al. (2009), Kolominsky-Rabas et al. (2006).

<sup>14</sup> Stand 1. Juli 2018.

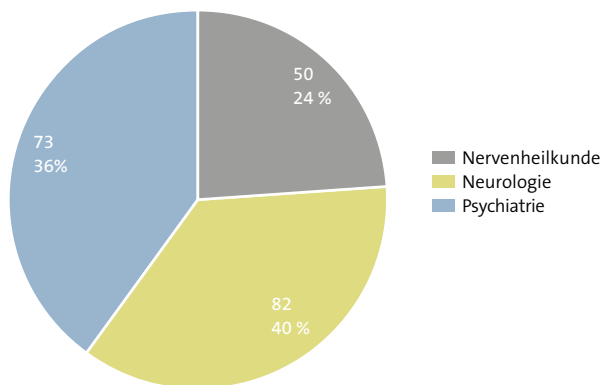
Diese Arztzahlen sowie die Versorgungsgrade in den Planungsbereichen sagen jedoch relativ wenig über die tatsächliche Versorgungslage in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung aus. Hierfür sind vor allem drei Gründe verantwortlich:

1. Anhand der Facharztbezeichnung lassen sich nur eingeschränkt Aussagen darüber treffen, wie sich der tatsächliche Tätigkeitsschwerpunkt der einzelnen Vertragsärzte darstellt, ob also etwa überwiegend psychiatrische oder neurologische Leistungen erbracht werden.
2. Bei den durch die Bedarfsplanung für die Niederlassung geöffneten oder gesperrten Planungsbereichen wird nicht berechnet und festgestellt, wie sich die neurologische oder psychiatrische Versorgungslage darstellt.

3. Der steigende Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung wirkt sich auch auf die Fachgruppe der Nervenärzte aus. Da sehr viele dieser Ärzte auch über die Qualifikation zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen verfügen, nimmt der entsprechende Leistungsumfang insbesondere bei den Psychiatern zu.

Diese Punkte verdeutlichen, dass eine Trennung und neue Fachbereichsgliederung der Nervenärzte anhand ihrer Tätigkeitsschwerpunkte die Versorgungsrealität besser abbilden und eventuell als geeignetere Planungsgrundlage verwendet werden könnte.

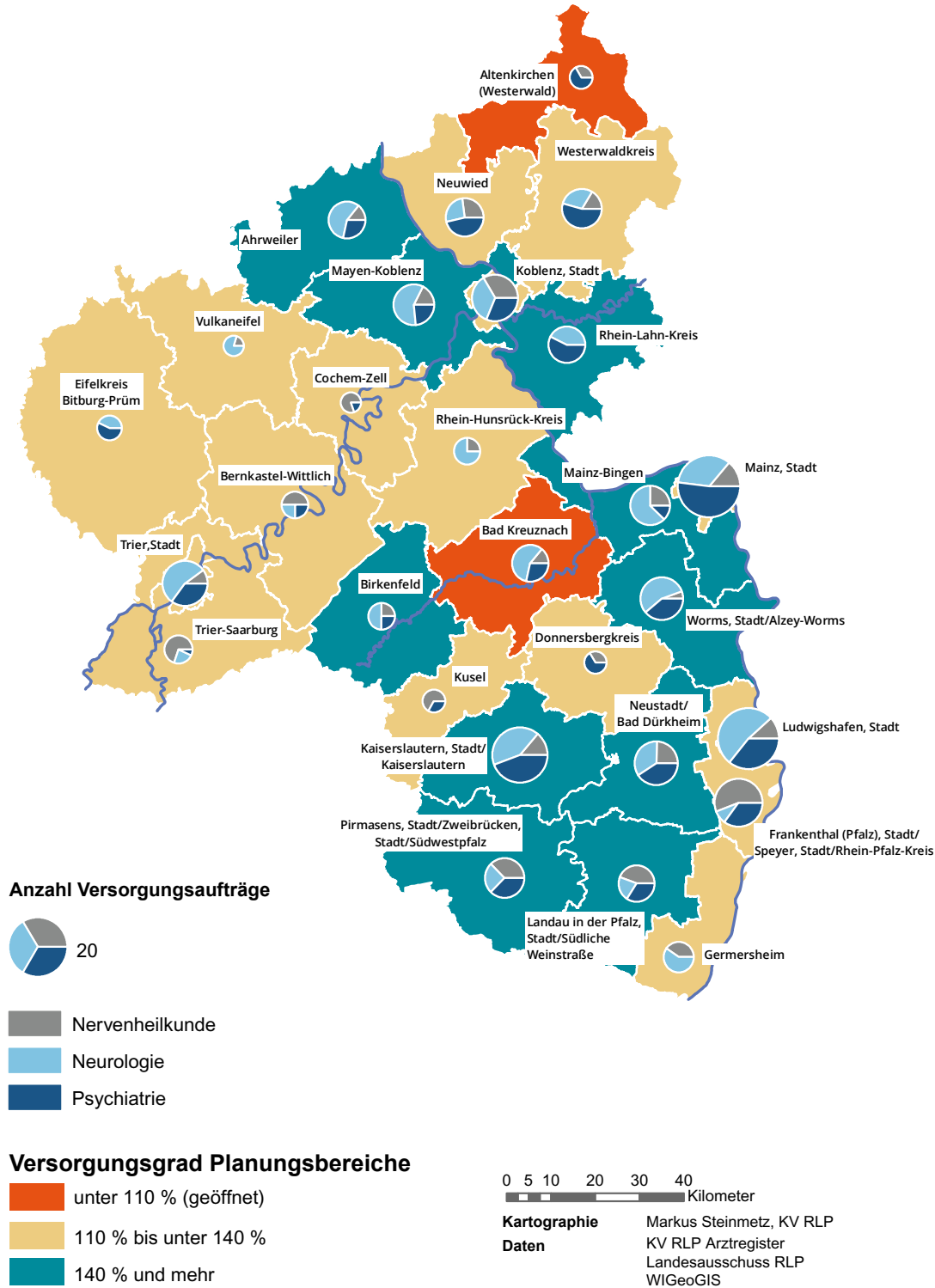
**4.1: BEDARFSPLANUNGS-FACHGRUPPE DER NERVENÄRZTE NACH FACHARZTBEZEICHNUNG (VERSORGUNGS-AUFTRÄGE)**







## 4.2: NERVENÄRZTE IN DEN KREISREGIONEN



## 4.2 FACHGEBIETSGLIEDERUNG NACH TÄTIGKEITSSPEKTRUM

Da die Fachgebietsbezeichnungen der vertragsärztlichen Nervenärzte nur sehr eingeschränkt Aussagen zu den realen Versorgungsbeiträgen ermöglichen, bietet es sich zur Beschreibung der konkreten Versorgungslage an, nicht die Facharztbezeichnung, sondern das tatsächliche Tätigkeitsspektrum der Ärzte heranzuziehen. Für eine Gruppierung der Nervenärzte nach Tätigkeitsschwerpunkten bieten sich die Leistungskapitel des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) an. Jede abgerechnete GOP (Gebührenordnungsposition) kann mit ihren Punktwerten einem der EBM-Kapitel zugeordnet und die Anteile an diesen können berechnet werden.

Für die Fachgebietsgliederung der Nervenärzte wurden folgende EBM-Kapitel verwendet:

EBM-Kapitel-Nr.:	Fachgruppenzuordnung
16	Neurologie
21	Psychiatrie
22, 23, 35	Psychotherapie/ Psychosomatik

Anhand der errechneten arztindividuellen Punktmenge je Kapitel lassen sich die Nervenärzte nach ihrem Tätigkeitsspektrum gliedern und die Versorgungsaufträge entsprechend zuordnen. Wie in [\[Abb. 4.3\]](#) ersichtlich, ergibt sich dadurch ein heterogeneres Bild der Versorgung, als es die Facharztbezeichnungen und die darauf basierende Bedarfsplanung abbilden können. Nach dieser Methodik sind 37 Prozent der Versorgungsaufträge dem rein oder nahezu ausschließlich psychiatrischen, 23 Prozent dem rein oder nahezu ausschließlich neurologischen und 29 Prozent sowohl dem neurologischen als auch dem psychiatrischen Spektrum zuzurechnen.

Größtenteils oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind zusammen etwa nur zwei Prozent der Fachgruppe. Der Anteil der abgerechneten psychotherapeutischen Punktmenge beträgt dagegen schon 6,5 Prozent, hauptsächlich durch die Gruppe der Psychiater und Psychotherapeuten. Diese Punktmenge ist zwischen 2012 und 2017 um 168 Prozent

gestiegen. Allerdings hatte im selben Zeitraum auch die neurologische Punktmenge einen Anstieg von 50 Prozent zu verzeichnen. Die psychiatrische Punktmenge dagegen stieg nur um 14 Prozent.

Das Resultat dieser unterschiedlichen Entwicklung findet sich in [\[Abb. 4.4\]](#).

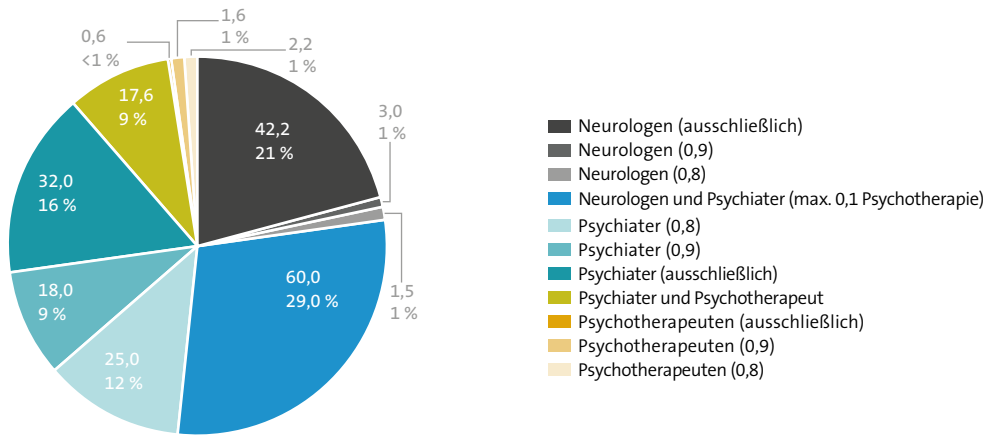
Während in den fünf Jahren zwischen 2012 und 2017 die Zahl der Versorgungsaufträge der ausschließlich psychiatrisch tätigen Ärzte leicht zurückgegangen ist, stieg die Zahl der überwiegend psychiatrisch versorgenden Ärzte an (+9). Insbesondere bei den ausschließlich tätigen Neurologen war ein starker Anstieg von 22 Versorgungsaufträgen zu verzeichnen.

Die regionale Betrachtung der nach dem Leistungsgeschehen unterschiedenen Fachgruppe und ihrer Entwicklung zeichnet ein sehr differenziertes Bild der Versorgungslandschaft in Rheinland-Pfalz. Während landesweit 40 Prozent der abgerechneten Punktmenge aus dem neurologischen und 53 Prozent aus dem psychiatrischen EBM-Kapitel stammen, variieren diese beiden Anteile zwischen den Kreisregionen zum Teil sehr stark. In 23 der 28 Kreisregionen stellt die psychiatrische Punktmenge die größte Leistungsgruppe, die neurologische nur in fünf Kreisregionen. Der Anteil der abgerechneten psychiatrischen Leistungen bewegt sich zwischen 27 und 86 Prozent, die Streuung für den neurologischen Anteil liegt zwischen 10 und 73 Prozent. Der höchste Anteil von psychotherapeutischen/psychosomatischen Leistungen beträgt in zwei Kreisregionen etwa 21 Prozent an der abgerechneten EBM-Punktmenge. In fünf Kreisregionen beträgt dieser Anteil nahezu null. Aufgrund des gewachsenen Bedarfs wie auch durch die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie und der damit verbundenen neu in die ambulante Versorgung eingeführten Leistungen ist die Punktmenge aus diesen Kapiteln zwischen 2012 und 2017 in fast allen Kreisregionen stark angestiegen. Landesweit ist es in diesem Zeitraum zu mehr als einer Verdoppelung gekommen.

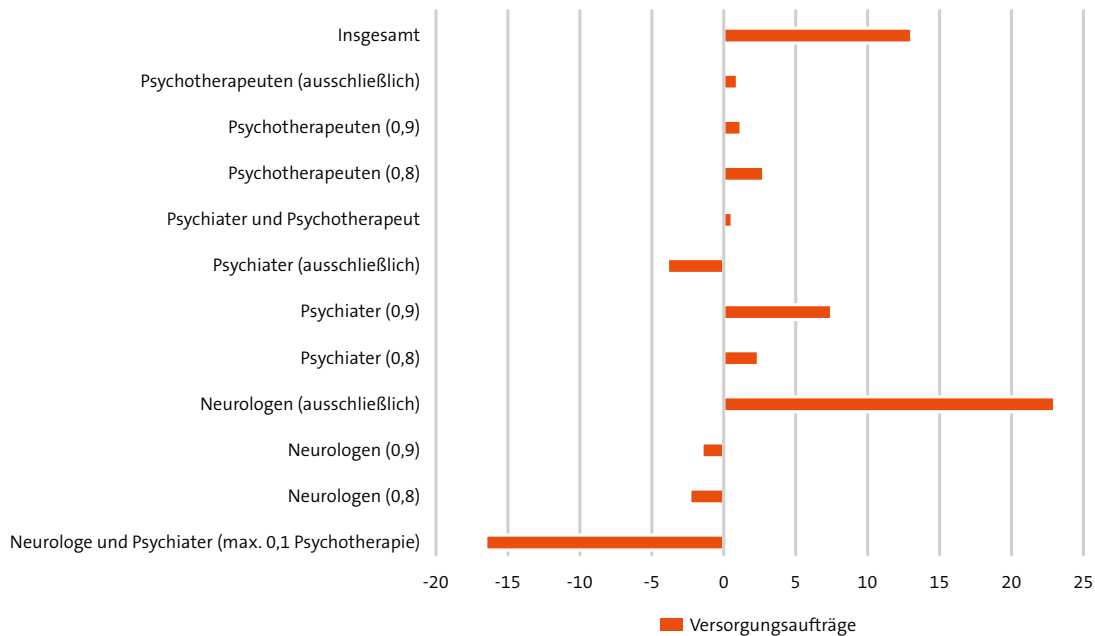
Auffällig ist auch das zum Teil überdurchschnittlich starke Wachstum der neurologischen Punktmenge



**4.3: BEDARFSPLANUNGS-FACHGRUPPE DER NERVENÄRZTE: FACHGEBIETSGLIEDERUNG NACH TÄTIGKEITSSPEKTRUM (VERSORGUNGS-AUFTRÄGE)**




**4.4: ENTWICKLUNG DER FACHGRUPPEN NACH TÄTIGKEITSSPEKTRUM ZWISCHEN 2012 UND 2017**



in einigen Kreisregionen. Der niedrigste Anstieg betrug 10 Prozent, der höchste 73 Prozent. Einen Rückgang der neurologischen Punktmenge ist in keiner Kreisregion zu verzeichnen. Auch die neurologische Punktmenge ist nicht überall gestiegen, sondern in zwei Kreisregionen gesunken. Selbst bei den psychotherapeutischen/psychosomatischen Leistungen gibt es mehrere Kreisregionen, in denen es zu einem deutlichen Rückgang von durch Nervenärzte erbrachten Leistungen dieses Spektrums gekommen ist. Anzumerken bei den Anteilen und Entwicklungen der drei Punktmengen ist, dass schon das Ausscheiden und die Nachbesetzung eines Arztes zu deutlich messbaren Änderungen in den Punktmengen der jeweiligen Kreisregion führen können.

Trotz der beschriebenen Entwicklungen ist es erstaunlich, dass die Patientenzahlen 2012 und 2017 in der Bedarfsplanungs-Fachgruppe der Nervenärzte mit jeweils insgesamt 295.000 fast identisch waren. Allerdings hat sich das Behandlungsspektrum verschoben. Während im Jahr 2012 für 27 Prozent der behandelten Rheinland-Pfälzer ausschließlich neurologische Leistungen abgerechnet worden sind, waren es im Jahr 2017 schon 37 Prozent. Der Anteil der ausschließlich psychiatrisch Behandelten ist von 41 auf 33 Prozent gesunken. Aus beiden Kapiteln wurde 2017 für 24 Prozent der Patienten abgerechnet, 2012 waren es noch 27 Prozent. Aus den psychotherapeutischen/psychosomatischen Kapiteln wurden 2012 für etwa 10.000 Patienten zusätzlich Leistungen abgerechnet, das entspricht drei Prozent der Patientenschaft. Im Jahr 2017 waren es 19.000 Patienten, das entspricht einem Anteil von sechs Prozent. Die zusätzlich abgerechneten psychotherapeutischen/psychosomatischen Leistungen verteilen sich inzwischen fast hälftig auf neurologische und psychiatrische Patienten, während es 2012 zu 90 Prozent psychiatrische

Patienten waren. Die Anzahl der Patienten mit ausschließlich abgerechneten psychotherapeutischen/psychosomatischen Leistungen ist mit 750 bzw. 1.000 sehr gering.

In der regional differenzierten Betrachtung der Fünf-Jahres-Entwicklung kann man eine Zweiteilung von Rheinland-Pfalz beobachten. Während in den Regionen Mainz und Trier sowie fast im gesamten westlichen Teil von Rheinland-Pfalz die Patientenzahlen angestiegen sind, ist im nahezu gesamten nord- und südöstlichen Teil ein Rückgang zu verzeichnen |  4.5 |.

Trotz ausgeweiteter Leistungsmenge in allen drei Fachgruppen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik konnte die Behandlungskapazität an Patienten in der Bedarfsplanungs-Fachgruppe der Nervenärzte anscheinend nicht gesteigert werden. Da die Patientenzahlen im untersuchten Fünf-Jahres-Zeitraum in etwa gleich geblieben sind, die abgerechnete Punktmenge aber um 31 Prozent gestiegen ist, wurde der Leistungsbedarf je Patient zwischen 2012 und 2017 um diesen Wert gesteigert. Da durch die derzeitige Bedarfsplanung fast ganz Rheinland-Pfalz für die weitere Zulassung von zusätzlicher Behandlungskapazität gesperrt ist, kann nicht damit gerechnet werden, dass der steigende Behandlungsbedarf der Bevölkerung aufgefangen werden kann. Abhilfe könnte entweder eine an den steigenden Leistungsbedarf angepasste getrennte Bepflanzung von Neurologen und Psychiatern oder die vollständige Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für die Bedarfsplanungs-Fachgruppe der Nervenärzte schaffen.

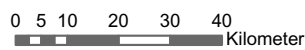


#### 4.5: REGIONALE ENTWICKLUNG DER PATIENTENZAHLEN IN DER BEDARFSPLANUNGS-FACHGRUPPE DER NERVENÄRZTE



In den Kreisregionen

- Rückgang (bis -4 %)
- Anstieg (bis unter 5 %)
- Anstieg (5 bis unter 10 %)
- Anstieg (über 10 %)



**Kartographie** Markus Steinmetz, KV RLP  
**Daten** KV RLP  
WIGeoGIS

## LITERATUR

Andlin-Sobocki et al. (2005): Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol*; 12 (suppl 1): 1-27.

Dietl et al. (2009): Schlaganfallursachen und Pflegebedürftigkeit im Langzeitverlauf – Langzeitergebnisse aus dem bevölkerungsbezogenen Schlaganfallregister – dem Erlanger Schlaganfallprojekt (ESPro). *Fortschr Neurol Psychiatr*; 77: 714-719.

Kolominsky-Rabas et al. (2006): Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: Results and national projections from a population-based stroke registry: The Erlangen Stroke Project. *Stroke* 2006; 37: 1179-1183.

Jacobi, Wittchen et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014 85:77–87.



**Kassenärztliche Vereinigung  
Rheinland-Pfalz (KV RLP)**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

**Kontakt**  
Telefon 06131 326-326  
Fax 06131 326-327  
[service@kv-rlp.de](mailto:service@kv-rlp.de)  
[www.kv-rlp.de](http://www.kv-rlp.de)