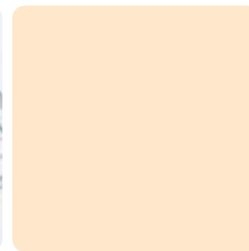


Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz

Versorgungssurvey

Berufsmonitoring

Hochrechnungen





Vorwort und Danksagung	3
1. Demografischer Wandel als Herausforderung für die ambulante Versorgung	4
2. Versorgungsatlas – Strukturdaten zur ambulanten Versorgung	7
2.1 Anzahl niedergelassener Ärzte in Rheinland-Pfalz	7
2.2 Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte in Rheinland-Pfalz	12
3. Versorgungssurvey 2009: Wie beurteilt die Bevölkerung die Versorgung im Land?	20
3.1 Erhebungsmethode und demografische Angaben	21
3.2 Bewertung der Versorgung und Wege zum Arzt	24
3.3 Exkurs zu Wege zum Arzt: Distanzanalyse mit Sekundärdaten der KV RLP	33
3.4 Wechsel des Hausarztes	38
3.5 Neue Versorgungsformen und Innovationen	39
4. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2009	41
4.1 Strukturdaten der befragten Medizinstudenten	41
4.2 Studienmotivation und berufliche Perspektiven	42
5. Versorgungsatlas: Hochrechnungen	47
5.1 Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	47
5.1.1 Bevölkerungsentwicklung	47
5.1.2 Zusammenhang Lebensalter und Inanspruchnahme	49
5.1.3 Gesamteffekt von Abnahme und Alterung der Bevölkerung	52
5.1.4 Modellkritik	56
5.2 Hochrechnung der Hausarztzahlen im Jahr 2020	57
6. Analyse der Versorgungsregionen	61
6.1 Einzugsgebiete	61
6.2 Behandlungsorte	65
7. Prävention	67
8. Ausblick	76
Abbildungsverzeichnis	78
Tabellenverzeichnis	79
Literatur- und Quellenverzeichnis	79
Impressum	80



Die wohl bedeutendste sozio-ökonomische Entwicklung, die auf unsere Gesellschaft zukommt, ist der demografische Wandel: Die Bevölkerung wird insgesamt älter und die Bevölkerungszahl wird abnehmen. Dabei wird diese Entwicklung in ländlichen Gebieten früher beginnen als in städtischen Gebieten. Bis zum Jahr 2020 wird sich der Altersaufbau der Bevölkerung Deutschland verglichen mit dem heutigen Aufbau wenig ändern – danach aber umso stärker. Vor diesem Hintergrund dient der Versorgungsatlas zum einen als Bestandsaufnahme von Angebot und Nachfrage der ambulanten Versorgung in Rheinland-Pfalz. Zum anderen wird hochgerechnet, wie sich Angebot und Nachfrage in Zukunft entwickeln könnten. Dazu werden verschiedene Datenquellen zusammengeführt. Es handelt sich dabei um Befragungsdaten aus einem erstmals in Rheinland-Pfalz durchgeführten Versorgungssurvey in der allgemeinen Bevölkerung und einem Berufsmonitoring bei Medizinstudenten der Universität Mainz sowie Sekundärdaten der KV RLP. Diese Berechnungen sind Basis für die Beantwortung der Frage, ob die ambulante Versorgung in Rheinland-Pfalz auch in Zukunft qualitativ und quantitativ ausreichend gesichert ist.

Der Versorgungsatlas ist das Resultat einer intensiven Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis. Die KV RLP, zuständig für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung hat die Stabsstelle Versorgungsforschung eingerichtet, um bislang brachliegende Daten und ungenutzte Ressourcen für die Versorgungsforschung zu nutzen. Der Atlas soll exemplarisch zeigen, welche Möglichkeiten der Darstellung und Analyse diese Daten und das von der Versorgungsforschung entwickelte Datenbank- und Analysesystem bietet. Dabei hat die vorliegende Printversion nur exemplarischen Charakter. Der Innovationsgehalt liegt in der Online-Nutzung der Daten. Hier verfolgt die KV RLP zwei Strategien. Zum einen werden Karten auf der Internetseite der KV RLP unter www.kv-rlp.de in kontinuierlich aktualisierter Form für die Öffentlichkeit bereitgestellt, zum anderen sind aktuelle und sehr differenzierte Analysen – zum Beispiel für die kleinräumige Niederlassungsberatung – auf Anfrage möglich.

Autoren dieses Berichtes sind Dr. Michael Siegert, Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP), Erwin Leidinger und Oliver Pitzius von der Stabsstelle Versorgungsforschung sowie PD Dr. Rüdiger Jacob und Dr. Andreas Heinz von der Arbeitsgruppe angewandte Sozialforschung der Universität Trier. An dieser Stelle sei auch Thomas Christ, Mitarbeiter der Abteilung Sicherstellung, den Mitarbeitern der Abteilungen Abrechnung und Ordnungsmanagement sowie dem Vorstandsvorsitzenden der KV RLP, Sanitätsrat Dr. Günter Gerhardt und der stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Dr. Sigrid Ultes-Kaiser, für die hervorragende Unterstützung dieses Projektes gedankt. Einen entscheidenden Beitrag zur Erhebung der Daten des Versorgungssurveys und des Berufsmonitorings haben die Teilnehmer eines Lehrforschungsprojekts von Dr. Heinz und Dr. Jacob geleistet, nämlich: Alexandra Hees, Alexandra Jachmich, Andra Eckhoff, Andrea Fielenbach, Andrea Berg, Andreas Jäger, Anica Prem, Anne Jehn, Annette Leinen, Annette Billen, Arne Schott, Bianca Leuck, Britta Steinwachs, Byron Schirbock, Christian Mattes, Christian von Styp-Rekowski, Christoph Alt, Claudia Schulz, Daniel Schmidt, David Said, Dominik Buchheit, Felix Meese, Florence Balkow, Franziska Baumgarten, Georgia Konstantinidou, Hendrik Mollenhauer, Jan Mäser, Janine Stibale, Jennifer Welker, Lawreen Masekla, Lisa-Marie Höpel, Lucia Gradia, Marc Pohren, Marcel Schepp, Mario Brügggen, Martin Klein, Natalie Psuja, Rhea Milles, Sabrina Tietze, Sarah Boos, Sarah Karcher, Sarah Kelle, Sarah Liebscher, Sebastian Blankschein, Sebastian Eisele, Silvia Kesic, Simon Busch, Simon Röder, Stefanie Petsch und Tanja Bense. Dank schulden wir auch Jean-Phillipe Décieux von der Universität Trier für die Erstellung der Datenerfassungsmasken, die Kontrolle der Feldarbeit und die Datenaufbereitung. Ebenfalls zu Dank verpflichtet sind wir der Leitung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz für ihre Unterstützung der Online-Befragung der Medizinstudenten. Bedanken möchten wir uns außerdem bei Prof. Dr. Siegfried Gabler und Dr. Sabine Häder vom Center for Survey Design and Methodology in Mannheim, die für uns die Telefonstichprobe gezogen haben.



1. Demografischer Wandel als Herausforderung für die ambulante Versorgung

Seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts finden im deutschen Gesundheitssystem permanent Reformen statt, mit Änderungen im System sind die Akteure also inzwischen recht gut vertraut. Gleichwohl dürfte diese langjährige Reformenerfahrung kaum reichen, um die künftigen Änderungen im Gesundheitssystem so zu bewältigen, dass die Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sichergestellt ist, denn nunmehr steht ein fundamentaler Strukturwandel ins Haus.

Die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in strukturschwachen Regionen wird derzeit noch (vor allem) durch niedergelassene Hausärzte sichergestellt. Allerdings ist bei den gegenwärtigen Rahmenbedingungen mit einer deutlichen Verschlechterung der medizinischen Versorgung in der Zukunft zu rechnen und zwar insbesondere in diesen strukturschwachen ländlichen Regionen. Ursächlich dafür ist der demographische Wandel im Land. Die Bevölkerung schrumpft und altert gleichzeitig. Bis zum Jahr 2020 ist dieser Prozess zwar noch wenig spürbar, gewinnt aber in den Folgejahren eine umso drastischere Dynamik. Deutlich wird dies zum Beispiel an der Entwicklung des Altenquotienten: In Rheinland-Pfalz lag dieser 2006 bei 33, er steigt bis 2020 auf 38 und dann bis 2050 sprunghaft auf 63.¹

Gerade die Versorgung der älteren Patienten wird regional wie auch bundesweit in zunehmendem Maß Probleme aufwerfen, und zwar sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Alter als solches ist zwar keine Ursache von Krankheit, aber im fortgeschrittenen Alter treten bestimmte Krankheiten gehäuft auf und werden gehäuft behandelt. Zu nennen sind hier: bösartige Neubildungen, Diabetes mellitus, Gefäßerkrankungen, Erkrankungen der Sinnesorgane, Depression, Demenz und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Das Risiko einer Karriere als „geriatrischer Patient“ ist groß. Die geriatrischen Fachgesellschaften haben diesen Patienten 2007 definiert als Patienten mit geriatritypischer Multimorbidität, die charakterisiert ist durch Immobilität, Sturzneigung, kognitive Defizite, Inkontinenz, Fehl- und Mangelernährung, Depressionen und Angststörungen, chronische Schmerzen, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit sowie durch Seh- und Hörbehinderung. Das Morbiditätsspektrum unterliegt bereits jetzt einem Wandel hin zu im weitesten Sinn geriatrischen Erkrankungen. Eine Reihe dieser Krankheiten kann bei frühzeitiger Intervention vermieden bzw. in ihrer Manifestation auf ein noch höheres Alter der Patienten verschoben oder in ihren Konsequenzen gemildert werden. Gerade in der Zielgruppe der älteren Patienten kommt daher Maßnahmen der primären und sekundären Prävention besondere Bedeutung zu, um das Syndrom des geriatrischen Patienten, Klinikaufenthalte und Pflegebedürftigkeit zu minimieren und auch im fortgeschrittenen Alter ein Optimum an Gesundheit, Autonomie und Lebensqualität zu ermöglichen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt dazu in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 unmissverständlich fest: „Die Versorgung Pflegebedürftiger bildet eine Langzeitaufgabe mit dem Ziel des Erhaltes einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen kommt zunächst der Vermeidung und Verzögerung

¹ Vgl. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.)(2007): Rheinland-Pfalz 2050 – Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Bad Ems, S. 17.



von Pflegebedürftigkeit durch den Ausbau einer altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung eine hohe Priorität zu. Der derzeit geringe Stellenwert altersspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung bedarf vor allem angesichts der hier nicht ausgeschöpften Potenziale dringend einer Korrektur.“² Die Ziele des Geriatriekonzeptes des Landes Rheinland-Pfalz lassen sich hier nahtlos anfügen: Ambulante Behandlung soll soweit wie möglich Vorrang vor der stationären Therapie haben. Dauerhafte Pflegebedürftigkeit soll durch geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation vermieden werden. Die Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor soll gefördert werden.³

Zur Erreichung dieser Ziele bedarf es aber einer quantitativ ausreichenden und qualitativ auf das sich wandelnde Morbiditätsspektrum ausgerichteten Versorgungsstruktur. Eine alternde und künftig mehrheitlich ältere Bevölkerung (60+) wird mehr und andere medizinische Leistungen nachfragen. Trotz rückläufiger Bevölkerungszahlen werden deshalb die Konsultationszahlen bzw. der Bedarf nach ambulanter und stationärer Behandlung absehbar nicht sinken, sondern eher noch steigen. Wie sich der demografische Wandel auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auswirken kann, wird in Abschnitt 5.1 untersucht. Nun unterliegt aber auch die Ärzteschaft diesem demographischen Wandel. Die Hälfte der aktuell niedergelassenen Ärzte in Rheinland-Pfalz werden bis zum Jahr 2026 in den Ruhestand gehen, wenn man unterstellt, dass diese mit 68 Jahren ihre Tätigkeit aufgeben. Die Altersstruktur nur der Hausärzte ist diesbezüglich ungünstiger, die Quote von 50 Prozent wird hier bereits im Jahr 2025 erreicht sein. (Eine Darstellung der Altersstruktur der Ärzteschaft im Land insgesamt und differenziert nach Regionen und medizinischen Fachgebieten findet sich Kapitel 2). Der medizinische Nachwuchs zeigt bislang aber wenig Neigung, sich in ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz niederzulassen. Auch die kleineren Kliniken auf dem Land haben erste Rekrutierungsprobleme bei Ärzten auf allen Hierarchieebenen. Ärzte und Patienten werden gemeinsam alt. Arztpraxen werden künftig häufiger vakant und unter Umständen nicht wieder besetzt, gleichzeitig wird der Bedarf nach ärztlichen Leistungen eher steigen, so dass der sich abzeichnende Strukturwandel zu einer Diskrepanz von Angebot und Nachfrage führt. Insbesondere die wohnortnahe ambulante Versorgung in den ländlich strukturierten Regionen von Rheinland-Pfalz ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen mittel- und langfristig also nicht gesichert. Diese Probleme resultieren zum einen aus einem drohenden Mangel an Ärzten in diesen Regionen, betreffen also die Quantität des Angebots. Zum anderen zeichnet sich vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einem damit korrelierten Wandel im Morbiditätsspektrum aber auch ein qualitatives Versorgungsproblem ab (das durchaus auch die Städte betrifft), da eine im weitesten Sinne geriatrische Medizin in verstärktem Maß angeboten werden muss.

Diesen drohenden Versorgungsdefiziten wird man wohl nur durch konzertierte und gemeinschaftlich betriebene Maßnahmen der Leistungsanbieter, Kostenträger, Ausbildungseinrichtungen und Gebietskörperschaften begegnen können. Um das quantitative Versorgungsdefizit abzuwenden, bedarf es zusätzlicher Maßnahmen der Bindung von Ärzten an die Region und der Schaffung von Anreizen zur Ansiedlung und Niederlassung. Dazu zählen neben monetären Anreizen wie einer adäquaten Vergütung oder Investitionshilfen bei Niederlassung auch andere Arbeits- und Beschäftigungsmodelle im ambulanten Sektor oder bessere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gerade in den kleineren Häusern der Grund- und Regelversorgung. Weiterhin geht es auch um infrastrukturelle Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch der Abbau von bürokratischer Überregulierung mit dem zunehmenden Risiko von Regressen jeder Art in Bereichen, die durch die Ärztinnen und Ärzte nicht steuerbar sind, muss eine deutliche Priorität bekommen. Qualitativ entscheidend ist die nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung einer älter werdenden Bevölkerung mit einem sich wandelnden Krankheitsspektrum. Man muss in diesem Zusam-

² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.)(2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin, S. 31.

³ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.)(2009): Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz



menhang nicht unbedingt von einer Geriatriisierung der ambulanten und stationären Versorgung sprechen. Beide Sektoren müssen aber darauf abstellen, dass künftig die Mehrzahl der Patienten über 60 Jahre alt sein wird und auch die Zahl der geriatrischen Patienten steigen wird. Dabei sind für die wohnortnahe ambulante Versorgung nach wie vor die niedergelassenen Vertragsärzte verantwortlich und zuständig. Der entscheidende Kooperationspartner und Akteur ist hier die KV RLP. Um dem in den Paragraphen 72 ff. des SGB V geregelten Sicherstellungsauftrag nachzukommen, bedarf es in Anbetracht des eben skizzierten fundamentalen Strukturwandels zunächst aber einer genauen Problem-analyse im Rahmen einer interdisziplinär ausgerichteten Versorgungsforschung, die die Basis für eine angemessene Reaktion auf diese Entwicklungen darstellt. Die KV RLP hat eine eigene Stabsstelle Versorgungsforschung geschaffen. Die Ergebnisse dieser Versorgungsforschung werden einerseits in erheblichem Maße Einfluss haben auf die Bedarfsplanung, andererseits aber auch im Rahmen der neuen Honorargestaltung mit regionalbezogenen Morbiditätsfaktoren eine wichtige Rolle spielen.

Die KV RLP verfügt bereits jetzt über eine Vielzahl der hier notwendigen Daten – etwa zu Ärzten und Arztpraxen, zur Morbidität oder zu Verordnungen. Was bislang aber fehlte und nunmehr zur Marktreife entwickelt wurde, ist ein Datenmanagement- und Datenanalyse-system, das die flexible Nutzung dieser Daten ermöglicht. Ein solches System gibt es bislang nur in Rheinland-Pfalz. In anderen Bundesländern werden die sehr umfangreichen Daten der KVen über Diagnosen, abrechnungsfähige Leistungen nach EBM, Verordnungen, Patientenstammdaten (Alter, Geschlecht, Wohnort) sowie alle Daten aus dem Arztregister bislang nicht zusammengeführt und für die Versorgungsforschung genutzt. Das System wird künftig sukzessive ergänzt durch weitere Daten der amtlichen Statistik (Daten zur Bevölkerungsentwicklung und der kleinräumigen Wirtschaftsstruktur) und Daten der Krankenhäuser. Zumindest für die in der GKV versicherten Patienten lässt sich mit diesem System die ambulante Morbidität im Zeitverlauf darstellen, wobei sehr kleinräumige Disaggregationen möglich sind. So lassen sich zum Beispiel auch Patientenströme und natürlich gewachsene Versorgungsgebiete analysieren und für die künftige Gebiets- und Bedarfsplanung verwenden. Gegenwärtig orientiert sich die Versorgungsplanung an administrativen Einheiten wie kreisfreien Städten und Kreisen. Diese Betrachtungsweise ist realitäts- und im Wortsinn praxisfern und muss durch die Analyse der tatsächlichen – und bislang weitgehend unbekannt – Versorgungsgebiete ersetzt werden. Eine künftige Bedarfsplanung muss zudem auch berücksichtigen, wo Ärzte arbeiten wollen und unter welchen Umständen sie dies zu tun bereit sind. Die Attraktivität einer zu besetzenden Vertragsarztstelle oder einer Stelle in einem Krankenhaus ist zum einen natürlich von ökonomischen Faktoren, also dem zu erwartenden Gewinn oder Gehalt abhängig. Daneben spielen weitere tätigkeitsbezogene Aspekte wie etwa die Zahl von Not- und Bereitschaftsdiensten oder die wöchentliche Arbeitszeitbelastung eine wichtige Rolle. Eine fundierte Bedarfsplanung im niedergelassenen Bereich kommt mithin ohne verlässliche Angaben zum Wert einer Praxis, den Kosten und dem Gewinn, nicht aus, Fragen der Budgetierung und der Honorarregelung gehören damit zu den essentiellen Problemen, an deren Lösung sich Versorgungsforschung zu beteiligen hat.

Im Sinn einer umfassenderen Markt- und Standortanalyse sind zudem aber auch weitere Faktoren zu berücksichtigen, die die Wahl des Arbeits- und damit gerade bei Ärzten auch des Lebensortes beeinflussen, etwa das Angebot (und die potentielle Entwicklung) an Arbeitsplätzen für die Lebenspartner, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Kultur- und Freizeitangebote, Einkaufsmöglichkeiten, Immobilienpreise oder die Verkehrsinfrastruktur. Diese Informationen sind ebenfalls zu erheben und entsprechend der jeweiligen Versorgungsgebiete aufzubereiten. Schließlich sind neue Versorgungsformen und -strukturen modellartig oder prototypisch für solche Regionen zu entwickeln, die auf herkömmliche, wohnortnahe Weise, d.h. durch niedergelassene Ärzte in freier Praxis vor Ort und Krankenhäuser zumindest der Grund- und Regelversorgung in erreichbarer Nähe, künftig nicht mehr versorgt werden können. Dies betrifft ausdrücklich auch Fragen der Rechtsform, der Vertragsgestaltung und der Finanzierung solcher Modelle der sektorübergreifenden Versorgung.



Eine so verstandene Versorgungsforschung basiert auf einer umfassenden, regionalen Gesundheitsberichterstattung, wie sie seit nunmehr einigen Jahren in der Gesundheitspolitik diskutiert wird. Die Universität Trier verfügt seit vielen Jahren über eine interdisziplinäre Forschungsgruppe im Bereich der Gesundheitsforschung. Seit 1996 sind Gesundheitsberichterstattung und sozialepidemiologische Forschungsprojekte sowie die Versorgungsforschung in enger Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der KV RLP entwickelt und umgesetzt worden. Viele der in diesem Kontext realisierten Projekte sind Pilotprojekte, die in dieser Form bundesweit erstmals in der Region Trier oder in Rheinland-Pfalz durchgeführt worden sind. Zu nennen ist hier generell die Survey-Orientierung in der rheinland-pfälzischen Gesundheits- und Versorgungsforschung, mit deren Hilfe auch kleinräumige, regionale Daten erhoben und mit Daten aus Registern kombiniert werden können. Bislang dominieren in der Gesundheitsforschung Sekundärauswertungen und die Analyse von Aggregatdaten. Das Fehlen von Mikrodaten und Primäranalysen wird vielfach zu Recht als Defizit beklagt, aber aus unterschiedlichen Gründen gerade auf regionaler Ebene kaum je geändert. Für Trier und Rheinland-Pfalz liegen dagegen mittlerweile eine Vielzahl von Datensätzen für verschiedene Akteursgruppen im Gesundheitssystem vor. In diesem Kontext besonders relevant sind zwei Befragungen, deren Ergebnisse auch Eingang in diesen Atlas gefunden haben, nämlich der Versorgungssurvey 2009 und das Berufsmonitoring bei Medizinstudenten der Universität Mainz, also den künftigen (potentiellen) Leistungsanbietern.

Die Ergebnisse des Versorgungssurveys geben unter anderem Aufschluss darüber, wie die Bevölkerung die gegenwärtige wohnortnahe ambulante Versorgung beurteilt, wie häufig sie im Laufe eines Jahres den Hausarzt konsultiert hat oder wie die Patienten im Flächenland Rheinland-Pfalz überhaupt zu ihren Ärzten kommen (siehe Kapitel 3). Bei dem Berufsmonitoring wurde auch danach gefragt, ob künftige Mediziner eine niedergelassene Tätigkeit überhaupt anstreben und wo im Land sie sich niederlassen würden (siehe Kapitel 4). Die Ergebnisse beider Befragungen sind unverzichtbare Daten für Prognosen des künftigen Bedarfs und des künftigen Angebots.

2. Versorgungsatlas – Strukturdaten zur ambulanten Versorgung

2.1 ANZAHL NIEDERGELASSENER ÄRZTE IN RHEINLAND-PFALZ

Die KV verfügt über Daten aller niedergelassenen Ärzte in Rheinland-Pfalz und kann deshalb den Status quo etwa hinsichtlich Fachrichtungen, Alter, Geschlecht, Praxissitz oder Größe der Praxis sehr gut abbilden. Für die aktuelle und künftige Versorgung besonders relevant sind dabei die Fachrichtungen, die räumliche Verteilung der Praxen auf Verbandsgemeinden und Kreise sowie die Altersstruktur. Auf den folgenden Karten stellen wir zunächst die räumliche Verteilung der Hausärzte und der Fachärzte für die Kreise und die Verbandsgemeinden dar.¹ Dabei werden Gebiete in rot unterlegt, in denen mehr Einwohner von einem Arzt zu versorgen sind als 120 Prozent des Landesdurchschnitts. Mit der Farbe orange sind dagegen die Gebiete hinterlegt, in denen weniger als 80 Prozent des Landesdurchschnitts zu versorgen sind. Bei den gelb markierten Gebieten liegt das Verhältnis Einwohner je Arzt 20 Prozent um den Landesdurchschnitt. Bei Hausärzten liegt der Landesdurchschnitt bei 1.345 Einwohnern pro Arzt, bei Fachärzten bei 1.134 Einwohnern.



Abbildung 1: Anzahl Hausärzte nach Kreisen

Richtet man die Betrachtung nur auf die Kreisebene könnte man den Eindruck gewinnen die Situation sei in ganz Rheinland-Pfalz unbedenklich. Auf Verbandsgemeindeebene fallen jedoch sofort die Problemgebiete ins Auge, wie sich sehr gut auf der folgenden Karte erkennen lässt.

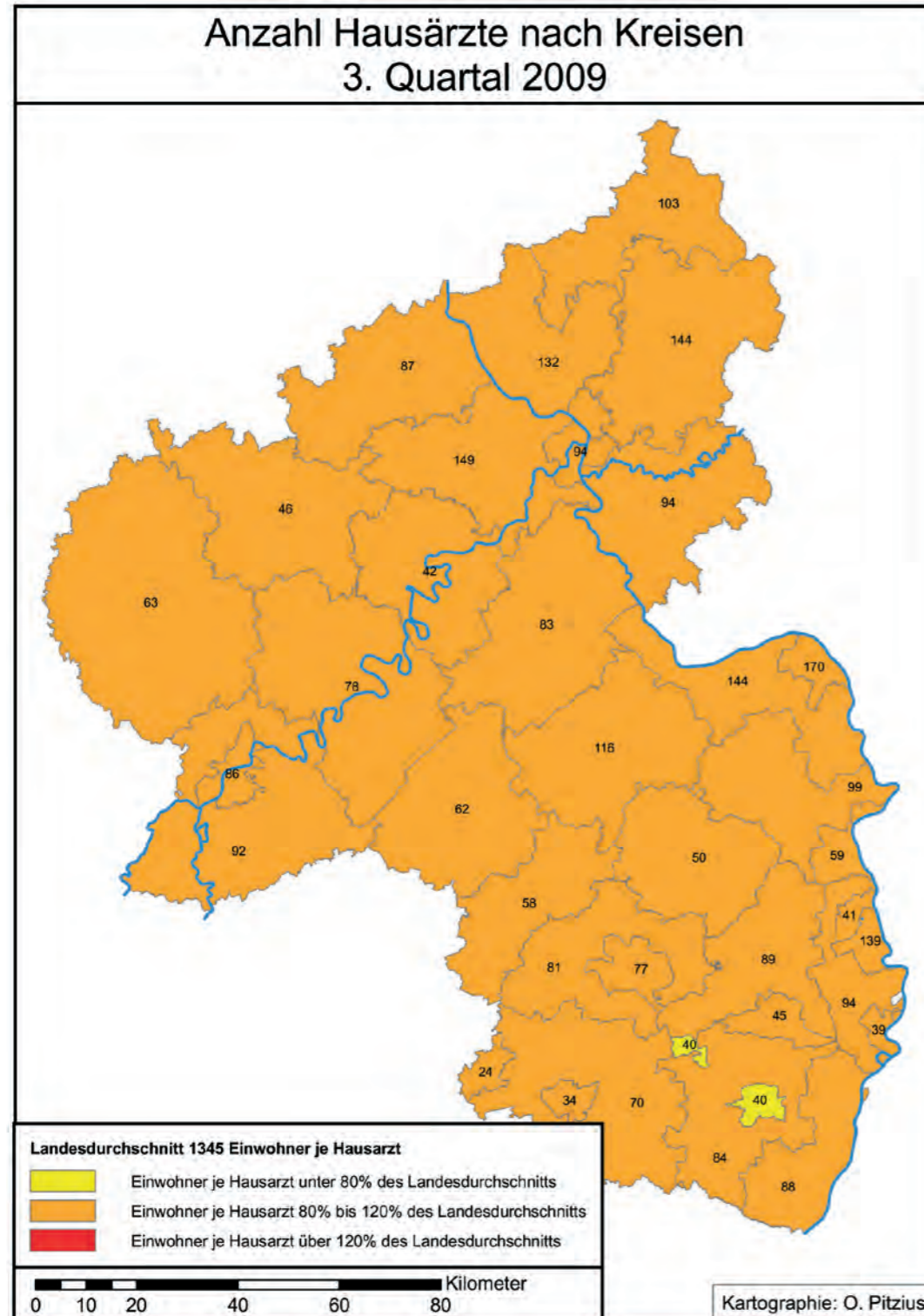


Abbildung 2: Anzahl Hausärzte nach Verbandsgemeinden

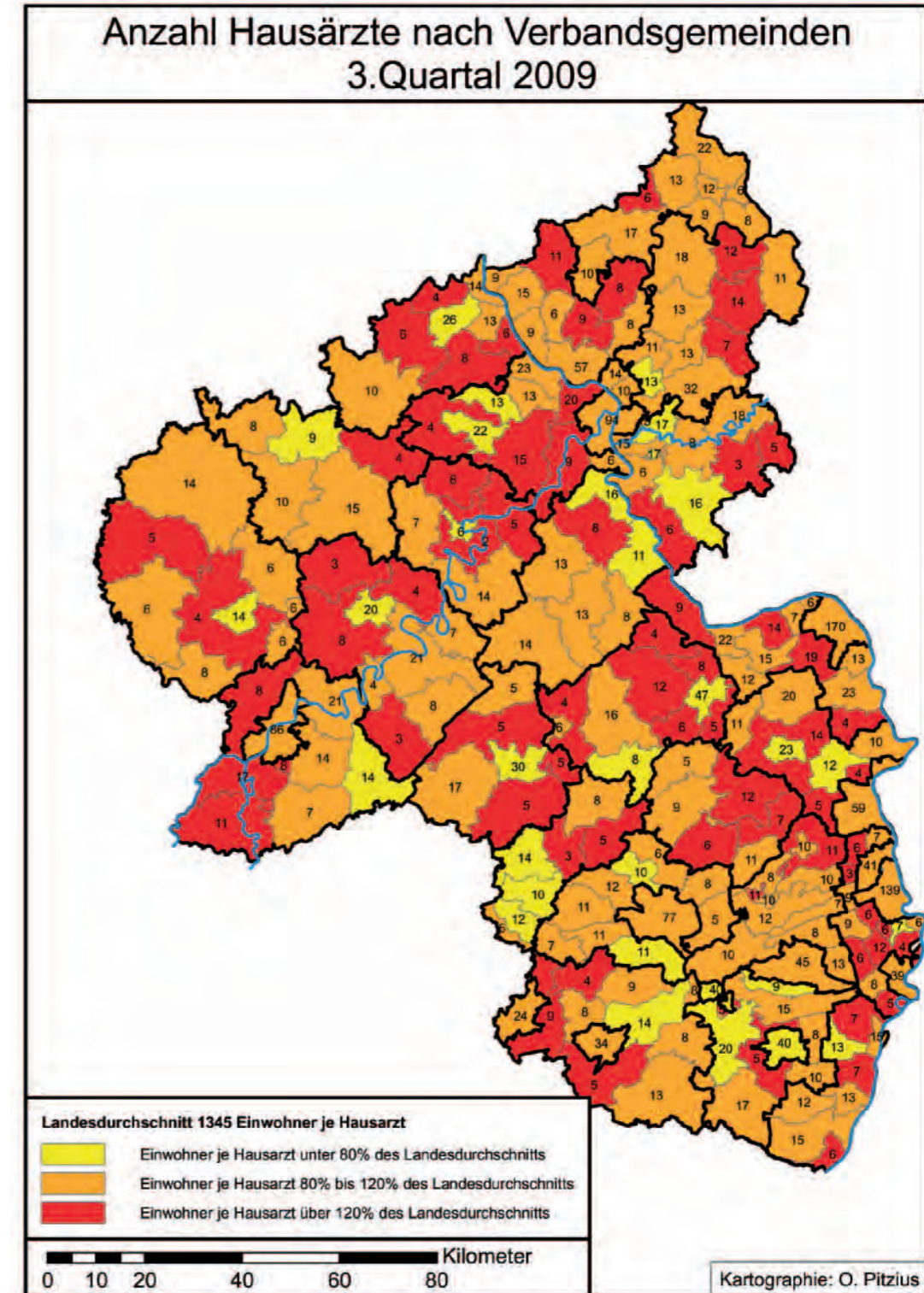




Abbildung 3: Anzahl Fachärzte nach Kreisen

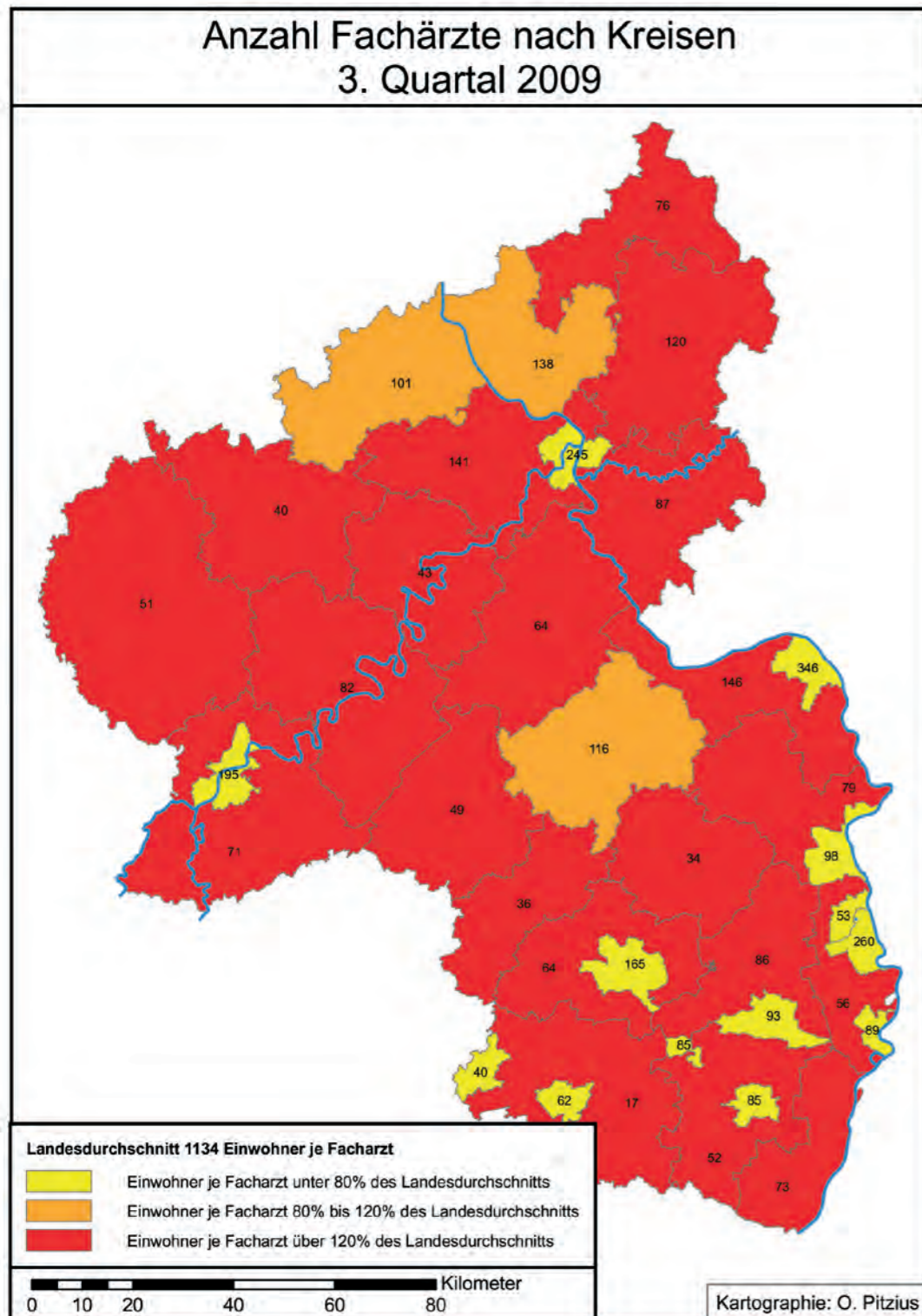
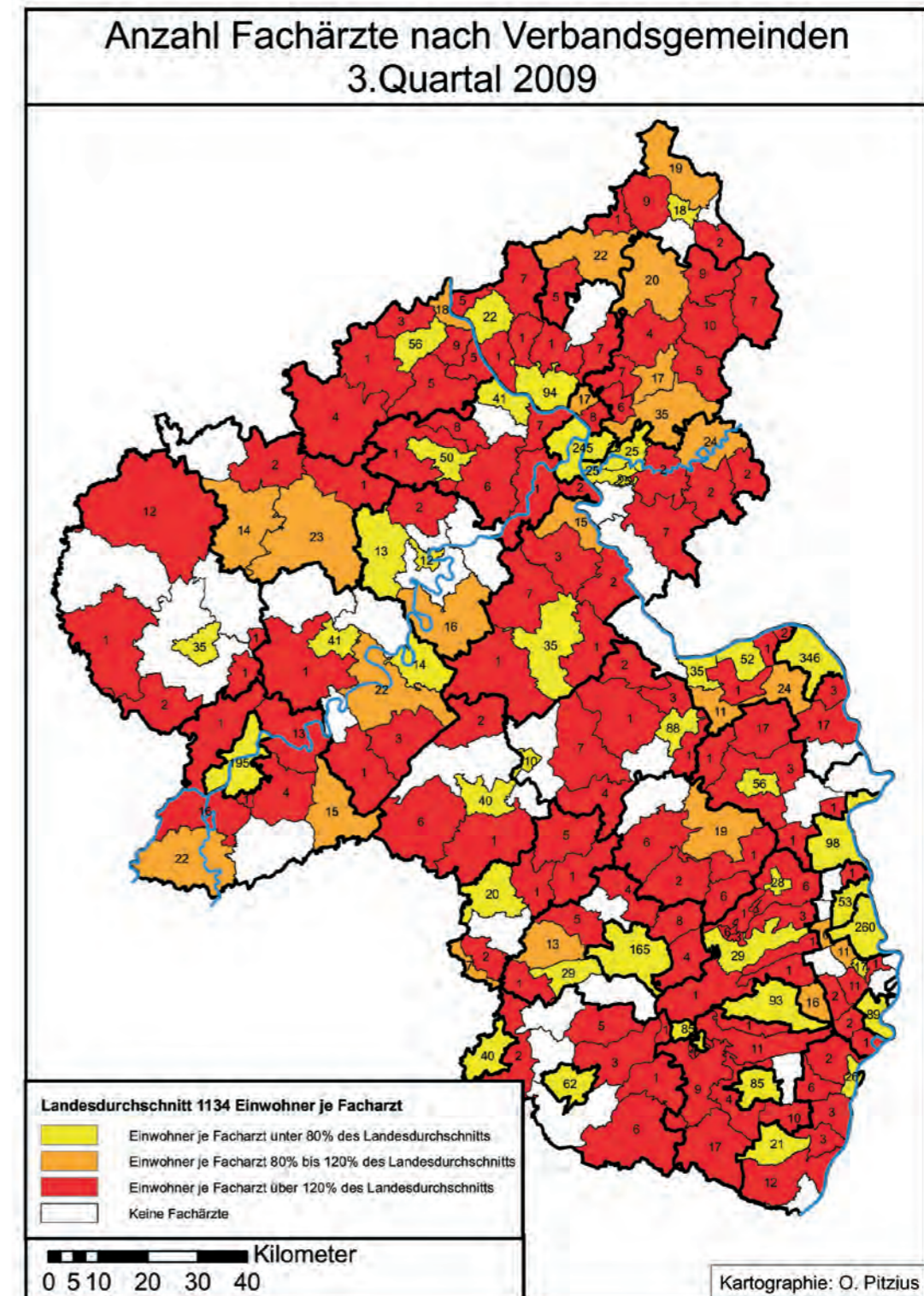


Abbildung 4: Anzahl Fachärzte nach Verbandsgemeinden





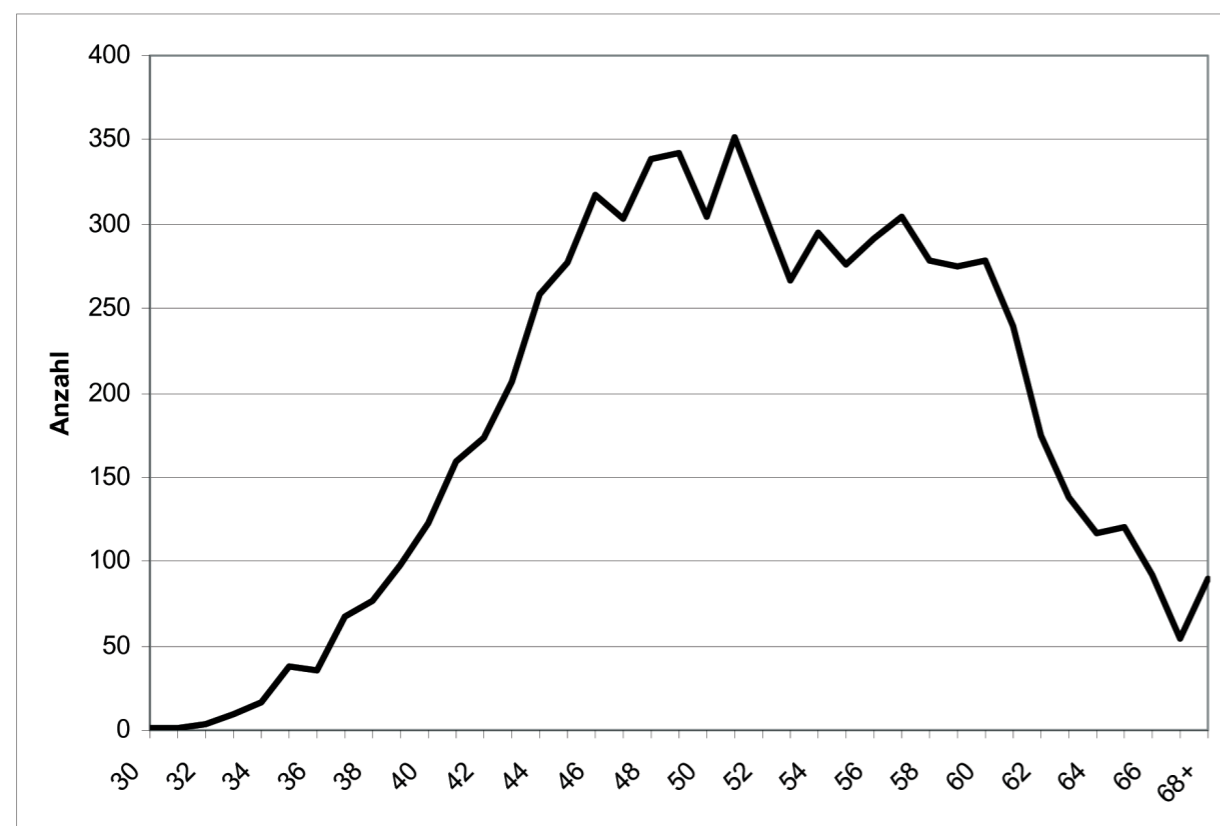
2.2 ALTERSSTRUKTUR DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE IN RHEINLAND-PFALZ

Die folgende Abbildung und die Tabelle geben Aufschluss über die Altersstruktur aller 7.101 Mitglieder der KV RLP zum 1. Januar 2010. Das Durchschnittsalter der im Land praktizierenden Ärzte beträgt 52 Jahre (arithmetisches Mittel), der Median liegt gleichauf, der Modus liegt bei 51 Jahren.

Tabelle 1: Kennzahlen zur Altersverteilung der Mitglieder der KV RLP

	Alle Mitglieder	Hausärzte	Fachärzte
Mittelwert	52 Jahre	53 Jahre	51 Jahre
Median	52 Jahre	53 Jahre	51 Jahre
Modus	51 Jahre	51 Jahre	48 Jahre

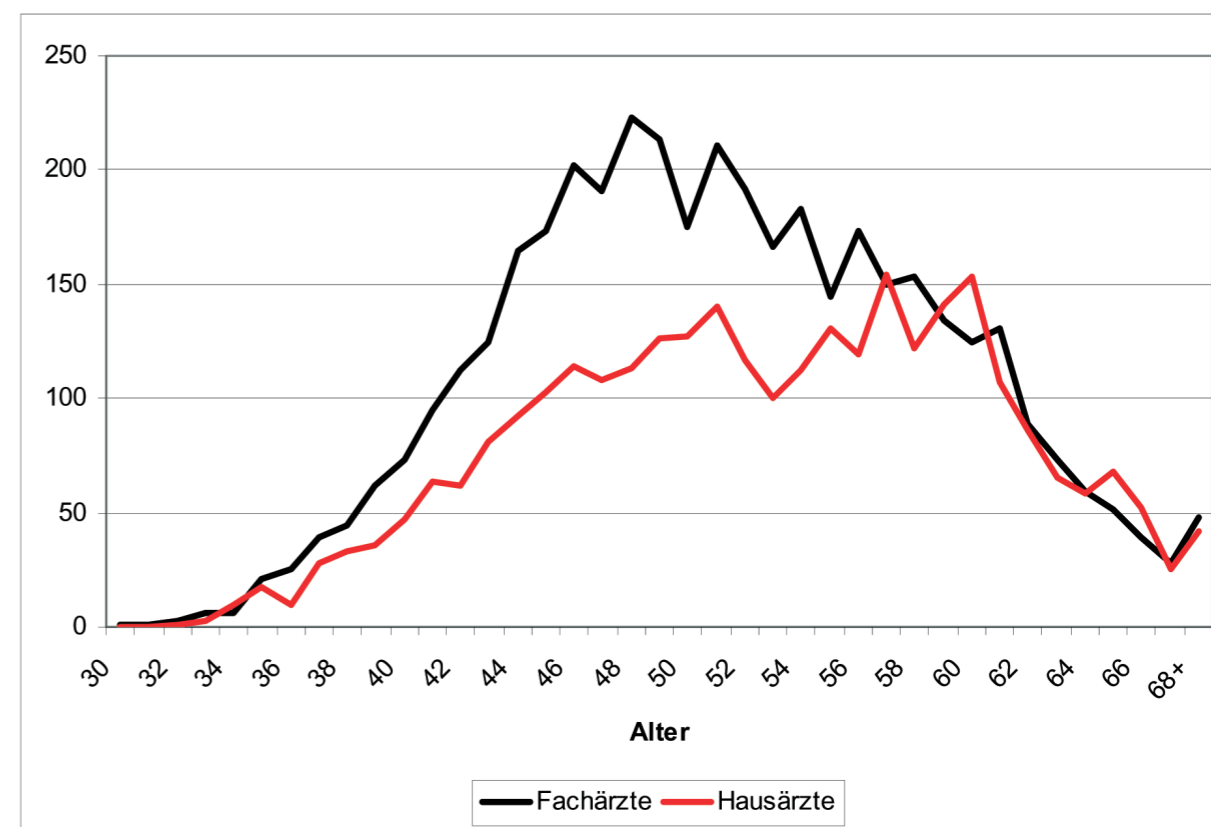
Abbildung 5: Altersverteilung Mitglieder KV RLP



Unter der Annahme, dass alle niedergelassenen Ärzte mit 68 Jahren in Ruhestand gehen,⁴ scheiden bis zum Jahr 2015 insgesamt 611 (8,6 Prozent) Ärzte in Rheinland-Pfalz aus und bis zum Jahr 2020 bereits 1.856 beziehungsweise 26,1 Prozent der aktuell niedergelassenen Ärzte.

Für die folgenden Auswertungen werden die Ärzte nach hausärztlicher (42 Prozent der Ärzte) und fachärztlicher Versorgung (58 Prozent der Ärzte) getrennt ausgewiesen. Zur hausärztlichen Versorgung werden die Fachärzte für Allgemeinmedizin, die hausärztlichen Internisten und die Kinderärzte gezählt, alle anderen Facharztgruppen zählen zur fachärztlichen Versorgung. Bei dieser getrennten Betrachtung zeigen sich Unterschiede in der Altersstruktur. Die folgende Abbildung zeigt den Altersaufbau der jeweiligen Gruppen in absoluten Zahlen.

Abbildung 6: Absolute Altersverteilung Hausärzte und Fachärzte



⁴ Für die folgenden Analysen gehen wir davon aus, dass die Ärzte im Alter von 68 in den Ruhestand gehen, obwohl sie mittlerweile auch über diese Grenze hinaus arbeiten dürfen. Auch wenn einige Ärzte diese Regelung bereits nutzen und mit über 68 Jahren praktizieren, wird es in Zukunft Ärzte geben, die früher in Ruhestand gehen oder aus anderen Gründen nicht mehr für die Versorgung zu Verfügung stehen.



Bei älteren Ärzten ab dem Alter von 57 Jahren sind beide Gruppen in absoluten Zahlen fast gleich stark besetzt. In den jüngeren Kohorten dominieren dagegen eindeutig die Fachärzte.

Abbildung 7: Relative Altersverteilung Hausärzte und Fachärzte



Die vorstehende Abbildung mit der relativen Altersverteilung zeigt deutlich, dass der Altersgipfel bei den Hausärzten zwischen 57 und 61 Jahren liegt. Somit wird ein großer Teil der heute aktiven Hausärzte in rund zehn Jahren nicht mehr aktiv sein. Die Altersstruktur der Fachärzte ist dagegen ausgeglichener. Dies zeigt sich auch in den folgenden Tabellen zu den ausscheidenden Ärzten. Unter der Spalte „absolut“ ist aufgeführt, wie viele Ärzte des aktuellen Bestandes im jeweiligen Jahr ausscheiden. „Anteil kumuliert“ zeigt, welcher Anteil der aktuellen Mitglieder der KV RLP im jeweiligen Jahr insgesamt ausgeschieden sein wird. Fett hervorgehoben sind dabei diejenigen Jahre, in denen 25 Prozent, 50 Prozent und 75 Prozent überstiegen werden. Somit werden bis zum Jahr 2019 mehr als 25 Prozent der aktuell für die hausärztliche Versorgung tätigen Ärzte älter sein als 68 und damit nicht mehr praktizieren.



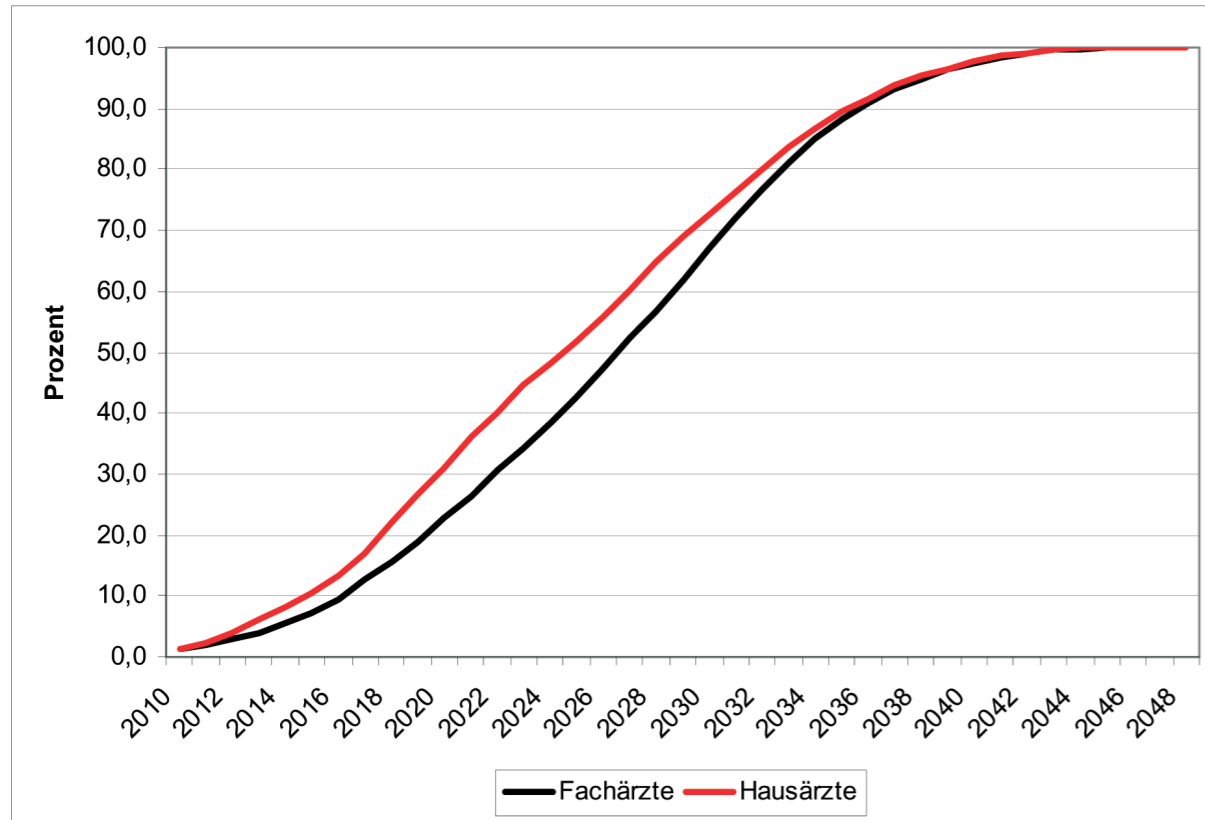
Tabelle 2: Ausscheideraten der Haus- und Fachärzte

Jahr	Fachärzte		Hausärzte	
	absolut	Anteil kumuliert	absolut	Anteil kumuliert
2010	48	1,2	42	1,4
2011	28	1,9	25	2,3
2012	39	2,8	52	4,0
2013	51	4,0	68	6,3
2014	59	5,5	58	8,3
2015	73	7,3	65	10,4
2016	89	9,4	86	13,3
2017	131	12,6	107	17,0
2018	125	15,7	153	22,1
2019	134	18,9	141	26,9
2020	153	22,7	122	31,0
2021	150	26,3	154	36,2
2022	173	30,5	119	40,2
2023	145	34,1	131	44,6
2024	183	38,5	112	48,4
2025	166	42,6	100	51,7
2026	192	47,2	117	55,7
2027	211	52,4	140	60,4
2028	175	56,6	127	64,7
2029	213	61,8	126	68,9
2030	223	67,3	113	72,7
...				
2035	125	88,1	81	89,5
...				
2040	44	97,5	33	97,7
...				
2045	6	99,9	3	100,0
...				
2048	1	100,0	0	100,0

Bildet man diesen Verlauf grafisch ab, dann zeigt sich sehr deutlich, dass zwischen 2035 und 2036, also in 25 Jahren, 90 Prozent der jetzt noch praktizierenden Ärzte ausgeschieden sein werden.



Abbildung 8: Verlauf der kumulierten Ausscheideraten



Bei den Ausscheideraten bestehen regional erhebliche Unterschiede (in den folgenden Abbildungen dargestellt ist der Verlauf in der nächsten Dekade bis 2020). Betrachtet man die niedergelassenen Ärzte insgesamt, dann sind bis 2020 nur 4 Kreise und kreisfreie Städte stark betroffen (Quoten über 35 %).



Abbildung 9: Ausscheidende Ärzte nach Kreisen bis 2020

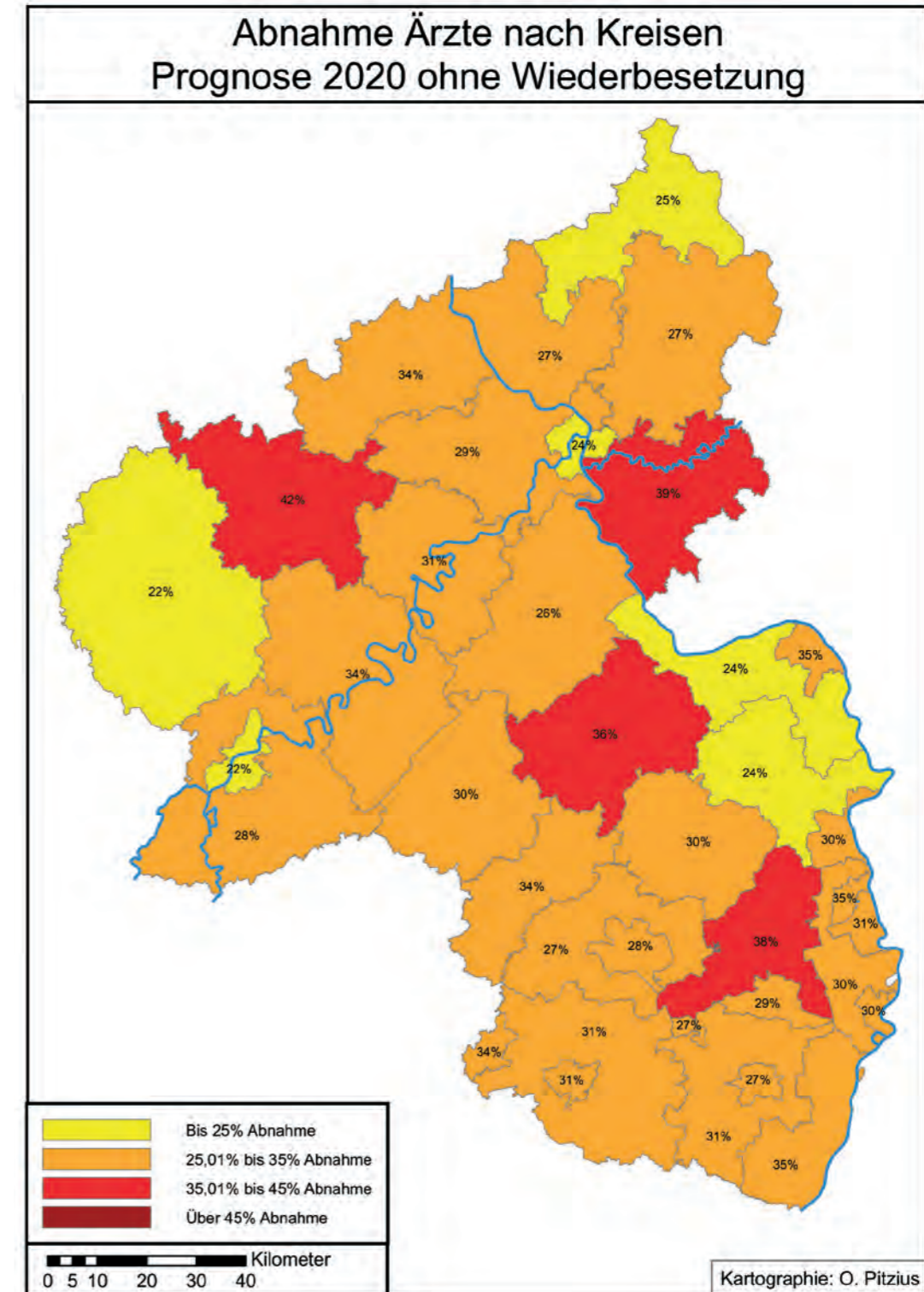




Abbildung 10: Ausscheidende Hausärzte nach Kreisen bis 2020

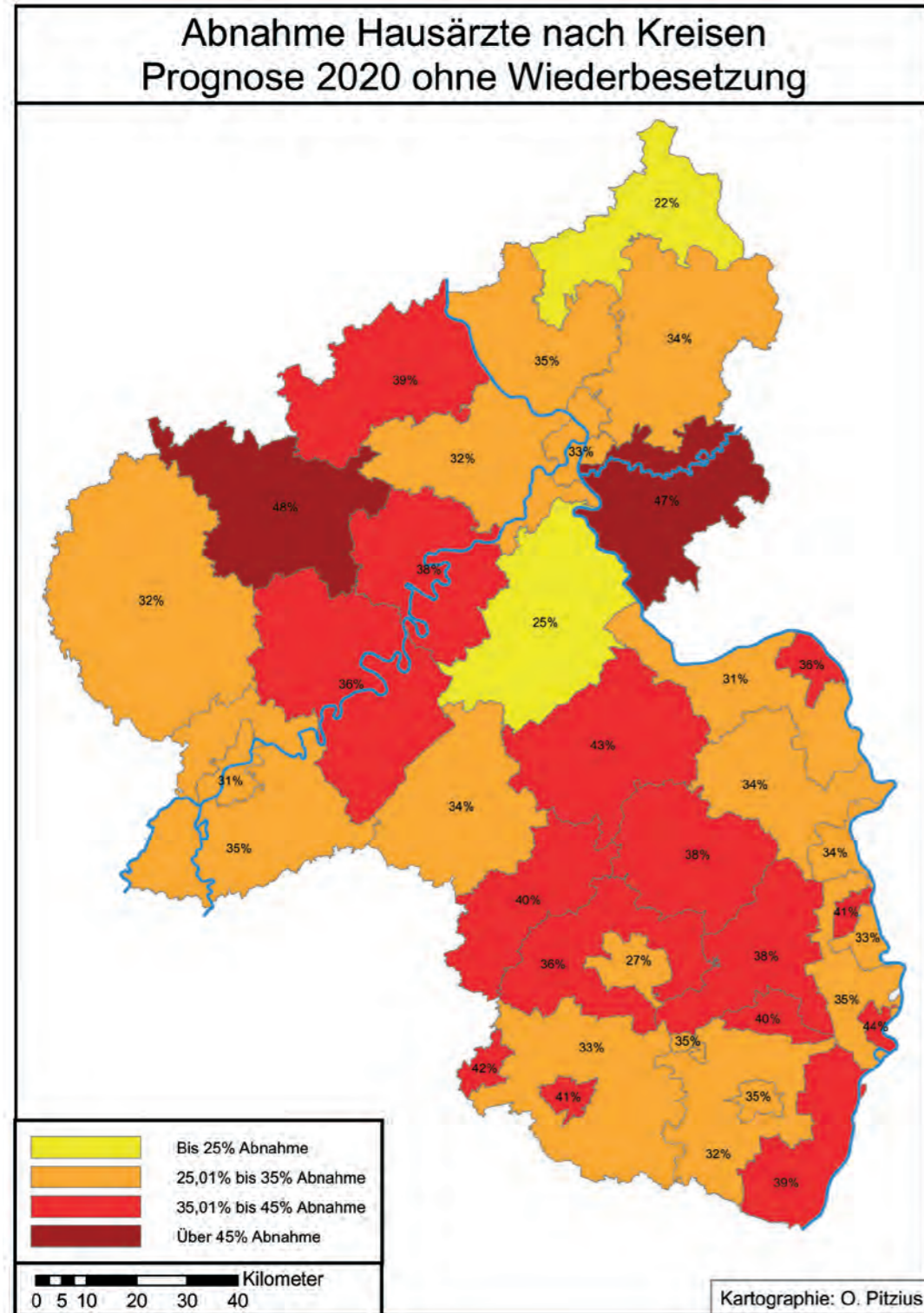
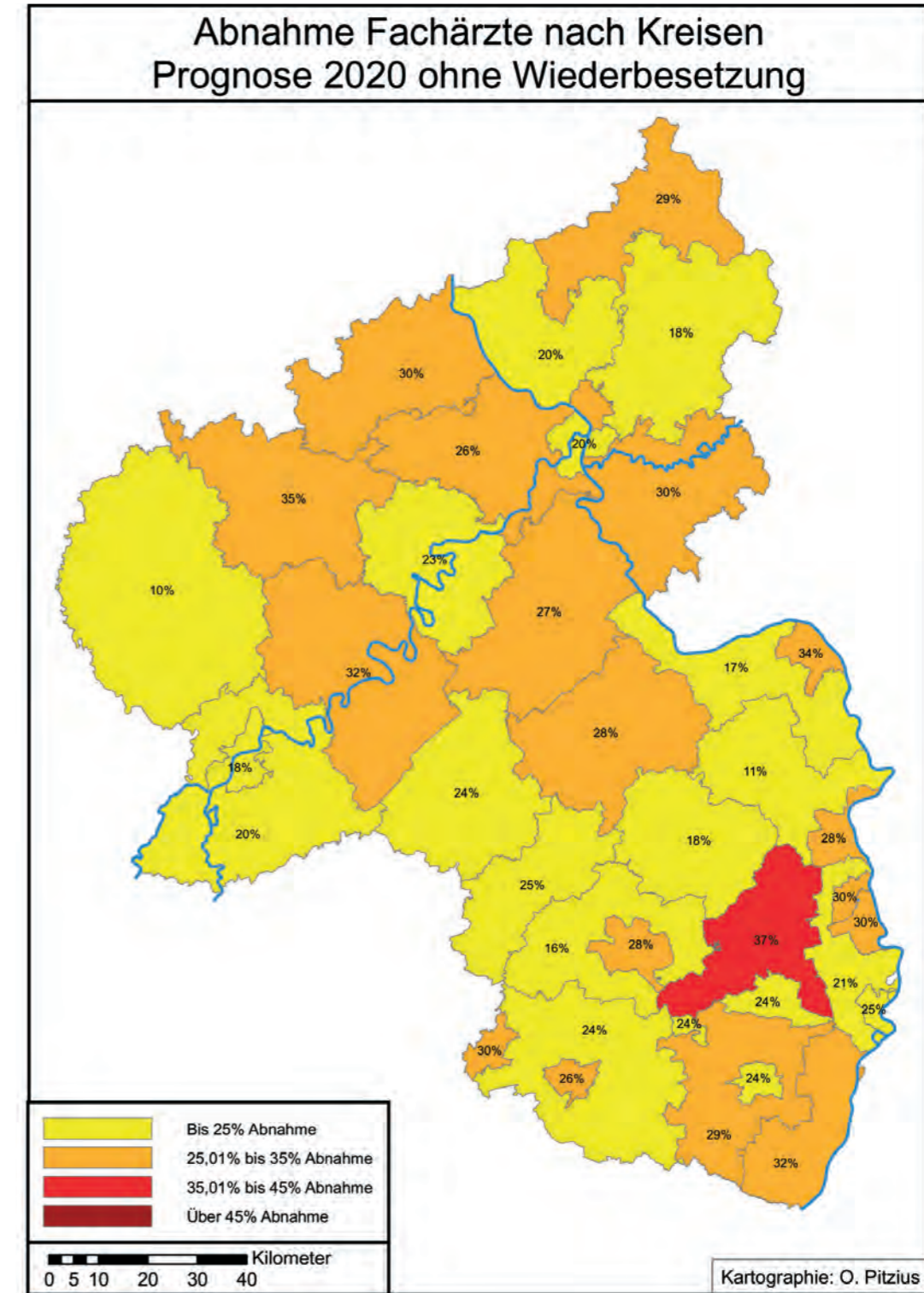


Abbildung 11: Ausscheidende Fachärzte nach Kreisen bis 2020





3. Versorgungssurvey 2009: Wie beurteilt die Bevölkerung die Versorgung im Land?

Natürlich haben sich auch die Medien des Themas drohender Versorgungslücken angenommen. Wir haben dazu exemplarisch zwei Meldungen aus dem Jahr 2009 herausgegriffen:

„Medizinische Betreuung: Ärztemangel in Rheinland-Pfalz Uns gehen die Ärzte aus. Der Ärztemangel in Rheinland-Pfalz war das Mittwochsthema bei SWR1. Besonders betroffen sind die ländlichen Regionen im Land. Aktuell suchen über 500 Hausärzte in RLP einen Nachfolger. Sollte die Entwicklung so weiter gehen, sind in fünf Jahren ein Fünftel aller Hausarztpraxen nicht mehr besetzt. Davon geht der Hausärzterverband aus.“

„Ärztemangel in Rheinland-Pfalz – Versorgung der Patienten wird immer schwerer (dpa). Arzt verzweifelt gesucht: So lautet die Devise an vielen Kliniken in Rheinland-Pfalz. Wie eine Umfrage der Deutschen Presse-Agentur dpa ergab, sind an den Krankenhäusern viele Stellen unbesetzt – obwohl die Kliniken mit allen Mitteln versuchen, neue Ärzte zu gewinnen. Vor allem in ländlichen Gegenden gestaltet sich die Suche extrem schwierig.“

Dabei befassen sich die Medien nicht nur mit der Angebotsseite, sondern haben sich auch die Frage gestellt, wie die Nachfrager, also die Patienten, auf diesen Strukturwandel (bzw. genauer gesagt auf die Berichterstattung über diesen Strukturwandel) reagieren. SWR 1 beispielsweise kommt zu dem Schluss, dass die Patienten sehr verunsichert sind.

„Die Angst der Patienten Der Ärztemangel auf dem Land – auch die Patienten sind verunsichert. Viele fürchten, dass sich die medizinische Versorgung für sie verschlechtern wird in den kommenden Jahren.“

In der Tat scheint der drohende Ärztemangel auf dem Land in der Bevölkerung registriert zu werden, wie etwa das Beispiel aus dem Straßenkarneval in Gillenfeld (Kreis Vulkaneifel) zeigt.

Abbildung 12: Drohender Ärztemangel im auf dem Land. Thema im Straßenkarneval 2009



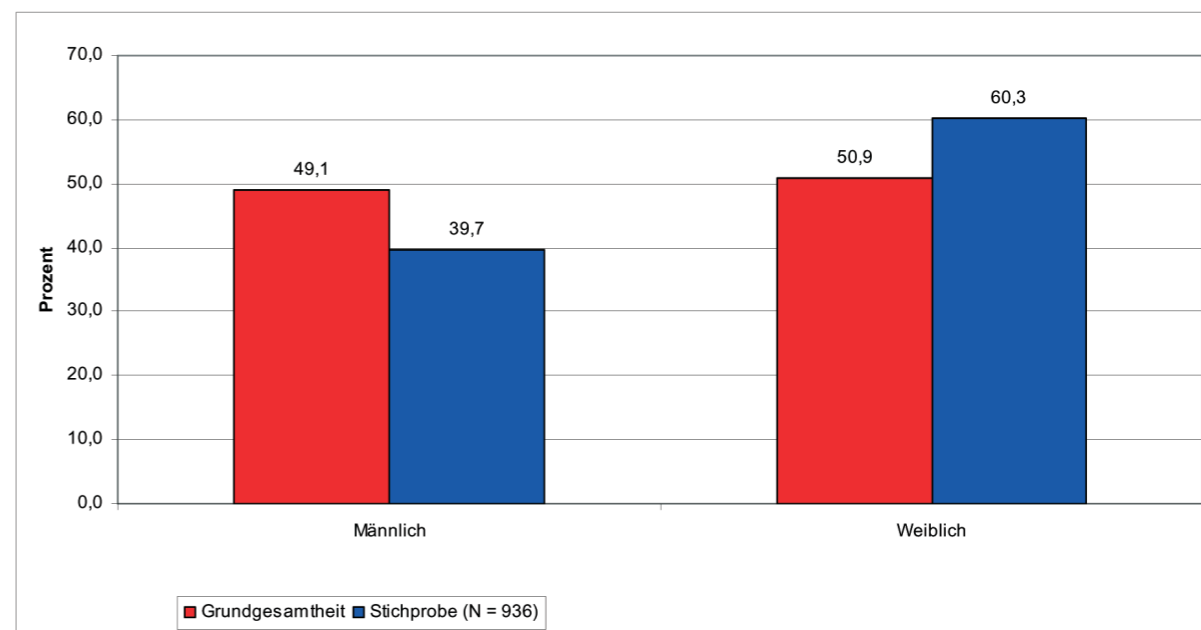
Allerdings fehlte bis zum Jahr 2009 für alle Vermutungen über die Bewertungen, Erwartungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz eine fundierte Basis, da eine systematische Erhebung zu dieser Thematik nicht vorlag. Mit dem Versorgungssurvey 2009 hat die Universität Trier nun einen ersten Beitrag geliefert, um diese Lücke zu schließen.



3.1 ERHEBUNGSMETHODE UND DEMOGRAFISCHE ANGABEN

Die eingangs im Vorwort genannten Studenten der Universität Trier haben vom 25. Mai bis zum 21. Juli 2009 insgesamt 970 Personen über 18 Jahre in Rheinland-Pfalz telefonisch befragt. Die Auswahl der Personen erfolgte nach einem speziellen Zufallsverfahren, das am von Prof. Dr. Siegfried Gabler und Dr. Sabine Häder am Center for Survey Design and Methodology in Mannheim entwickelt wurde. Angestrebt wurde damit eine für die Bevölkerung des Landes repräsentative Stichprobe. Dieses Ziel wurde leider nicht erreicht, denn die Stichprobe weist mit einem Anteil von 60 Prozent eine deutliche Überrepräsentanz von Frauen – tatsächlich sind 51 Prozent der Rheinland-Pfälzer Frauen. Dies hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass Gesundheit nach wie vor eher ein „Frauenthema“ ist und die Bereitschaft von Männern, sich an solchen Befragungen zu beteiligen, eher gering ist. Eine typische Reaktion, von der die Interviewer immer wieder berichtet haben, war: „Ach, es geht um Gesundheit, dann rufe ich mal meine Frau, die ist bei uns dafür zuständig.“

Abbildung 13: Geschlechterrelation in Grundgesamtheit und Stichprobe (Angaben in Prozent)



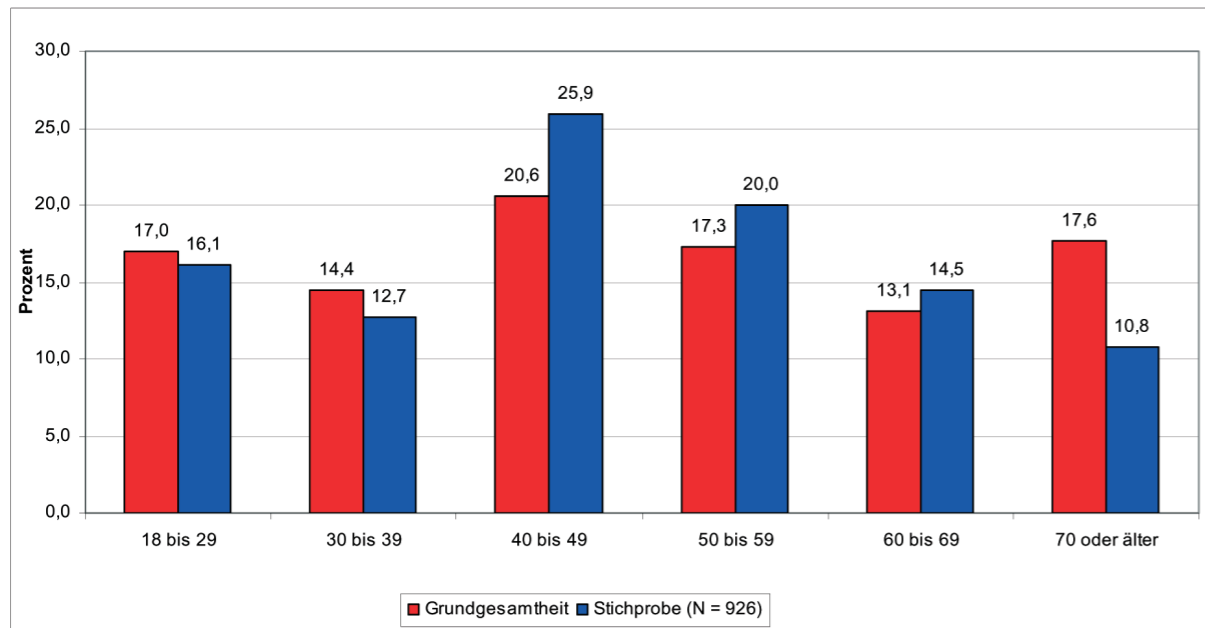
Immerhin – und dies ist wichtig für die Verwendung der Daten bei Prognosen zum Konsultationsverhalten – weicht die Stichprobe in ihrer Altersstruktur wenig von der Grundgesamtheit ab. Die Altersgruppe bis unter 39 Jahre ist leicht unterrepräsentiert, die Gruppe 40 bis 69 ist überrepräsentiert. Personen, die 70 Jahre oder älter sind, sind wiederum unterrepräsentiert. Systematisch dürften hier insbesondere pflegebedürftige und kranke Personen fehlen, denn eben dies sind die wesentlichen Gründe, warum jemand weder persönlich noch telefonisch erreichbar ist. Für die berichteten Konsultationszahlen und die daraus berechneten Durchschnittswerte bedeutet dies, dass unsere Daten eine konservative Schätzung darstellen und die tatsächlichen Werte eher höher liegen dürften.

Die Fallzahl war so gewählt, dass zumindest deskriptive Aussagen auch für die aggregierten Kreise und die Oberzentren möglich sein sollen und die Stichprobe Befragte aus allen Teilen des Landes einschließt. Für 33 von insgesamt 35 Gebietseinheiten liegen Angaben vor, allerdings konnten nur in 20 Gebietseinheiten mehr als 20 Interviews realisiert werden. Die Analysen haben gezeigt, dass es deutliche regionale Unterschiede zwischen den Oberzentren



(Kaiserslautern, Koblenz, Ludwigshafen, Mainz, Trier) und den Kreisen und kleineren kreisfreien Städten gibt. Daneben zeichnet sich ein deutliches Süd-Nord-Gefälle zwischen den ehemaligen Regierungsbezirken Trier und Koblenz einerseits und Rheinhessen andererseits ab. Diese Aggregationen bilden die Basis für die regionale Auswertung der Befragungsdaten.⁵

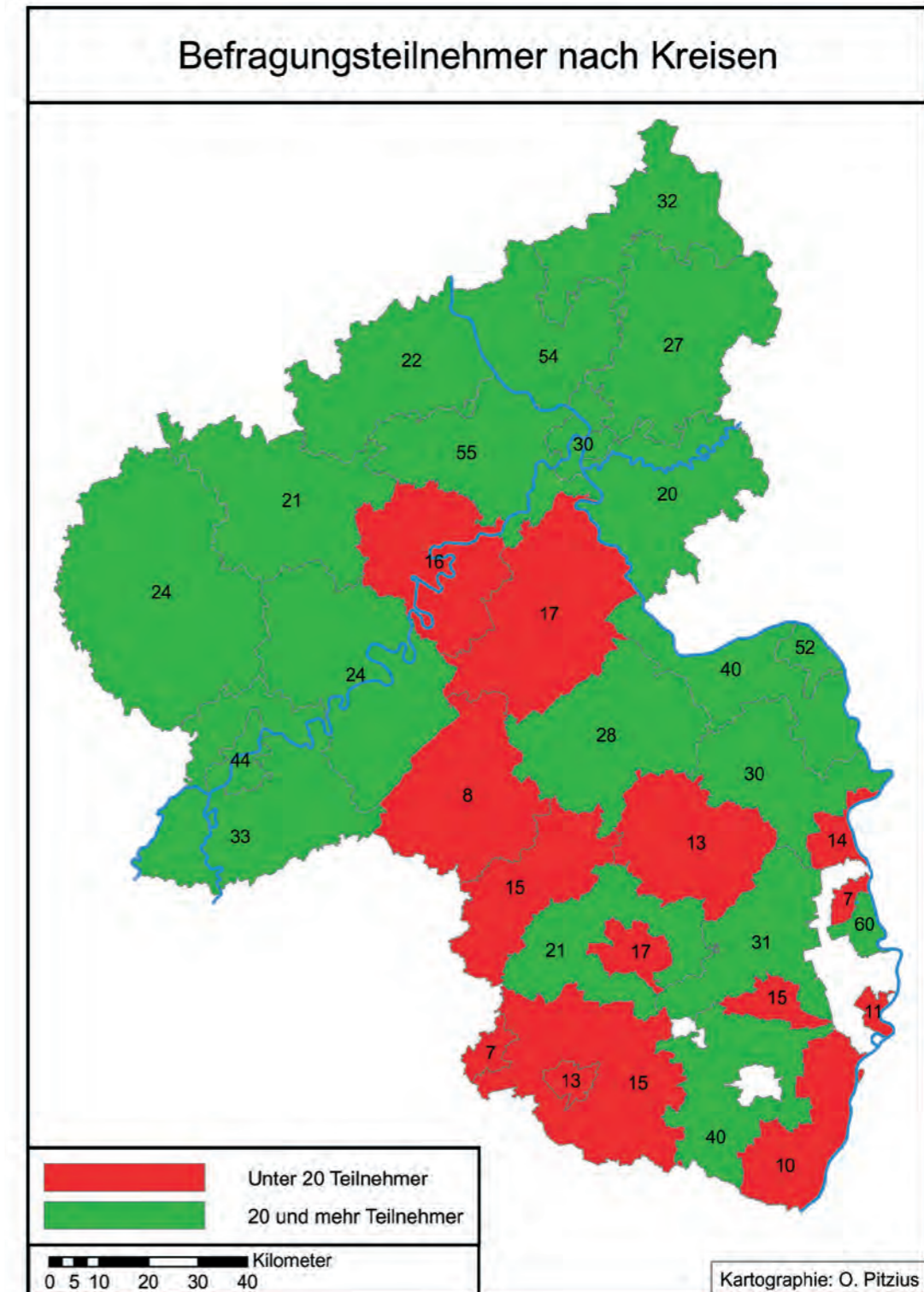
Abbildung 14: Altersstruktur von Stichprobe und Grundgesamtheit (Angaben in Prozent)



⁵ Die für die Auswertung verwendete Variable unterscheidet zwischen den Oberzentren, den sonstigen Gebietseinheiten des ehemaligen Regierungsbezirks Rheinhessen und den sonstigen Gebietseinheiten der ehemaligen Regierungsbezirke Koblenz und Trier.



Abbildung 15: Zahl der Befragungsteilnehmer nach Kreisen





3.2 BEWERTUNG DER VERSORGUNG UND WEGE ZUM ARZT

Themen der Befragung waren:

- Konsultationsverhalten bei Haus- und Fachärzten
- Gesundheitszustand und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
- Wege zum Arzt
- Arztwechsel und dessen Gründe
- Kriterien für die Wahl einer Praxis
- Bewertung der wohnortnahen Versorgung insgesamt
- Bewertung von Haus- und Fachärzten
- Bewertung des ärztlichen Notfalldienstes
- Versorgung durch Apotheken
- Stationäre Behandlung
- Akzeptanz von MVZ und ePA
- Pflege

Daneben wurden demographische Daten erhoben und Fragen zur Mobilität gestellt. Zentrale Ergebnisse werden in diesem Atlas vorgestellt, ein ausführlicher Bericht mit den Ergebnissen wird im Winter 2010 veröffentlicht.

Hausärzte

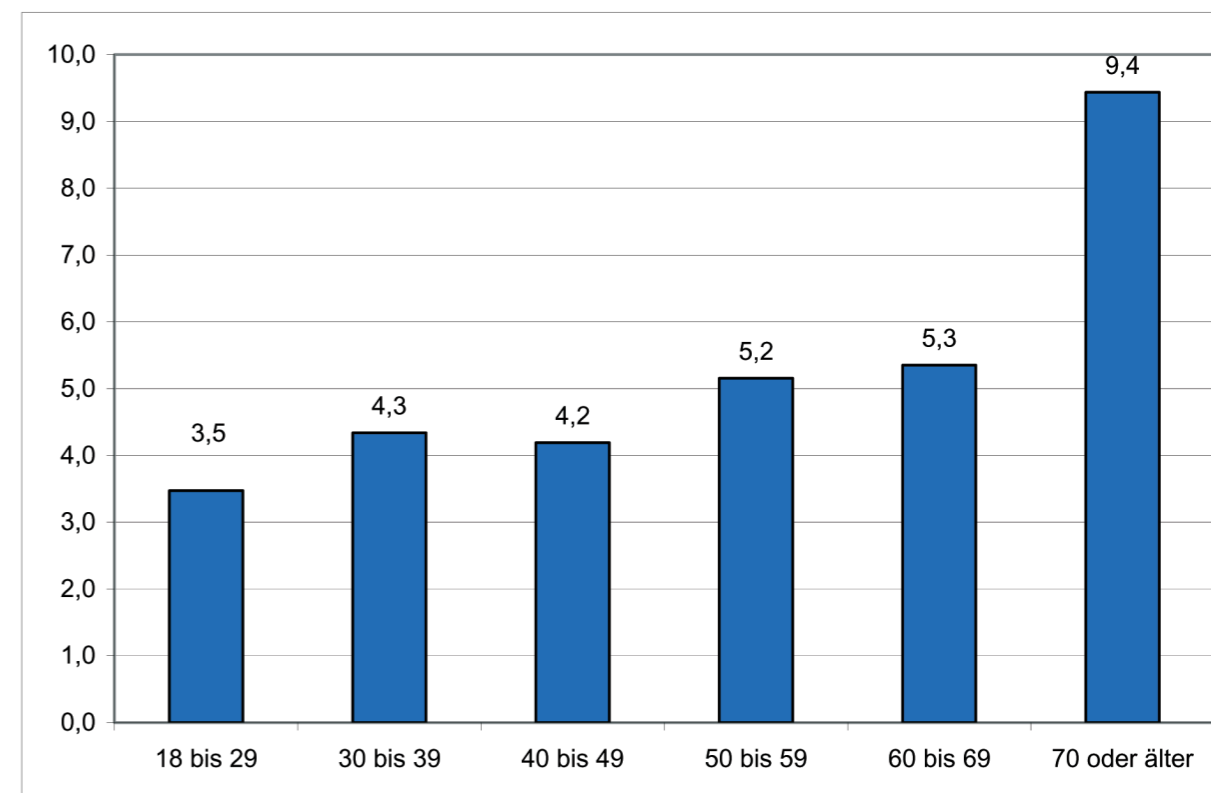
Ein zentraler Indikator für die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung ist die Existenz eines Hausarztes. Diese Versorgung ist – wie die Analyse der Versorgungsdaten gezeigt hat – derzeit noch sichergestellt. Zudem ist das vielfach propagierte Hausarztmodell im Land auch gängige Praxis, 92 Prozent der Befragten haben einen Hausarzt, und davon wiederum gut die Hälfte seit mehr als zehn Jahren.

Konsultationsverhalten

Im Durchschnitt haben die Befragten ihren Hausarzt im Jahr 2009 fünfmal konsultiert – zwischen den befragten Männern und Frauen gibt es keine signifikanten Unterschiede. Das Konsultationsverhalten ist erwartungsgemäß abhängig vom Alter, die durchschnittlichen Konsultationszahlen steigen mit zunehmendem Alter an.



Abbildung 16: Konsultation des Hausarztes in den letzten zwölf Monaten: Mittelwerte nach Altersklassen



Wege zum Hausarzt

Rheinland-Pfalz ist ein Flächenland und das manifestiert sich auch in der Frage, wie die Patienten zu ihren Hausärzten kommen. Die große Mehrheit – insgesamt 92 Prozent – ist selbst mobil, fährt also entweder mit dem eigenen Fahrzeug oder geht zu Fuß, lediglich 8 Prozent sind auf andere – den ÖPNV, Taxis oder Verwandte – angewiesen.

Tabelle 3: Wege zum Arzt (Angaben in Prozent)⁶

Transportmittel		
Auto, Motorrad, Roller	63,9	selbst mobil
Zu Fuß	31,7	92,4
Fahrrad	6,7	
ÖPNV	4,8	auf andere angewiesen
Verwandte/Bekannte	3,0	7,6
Taxi	0,6	

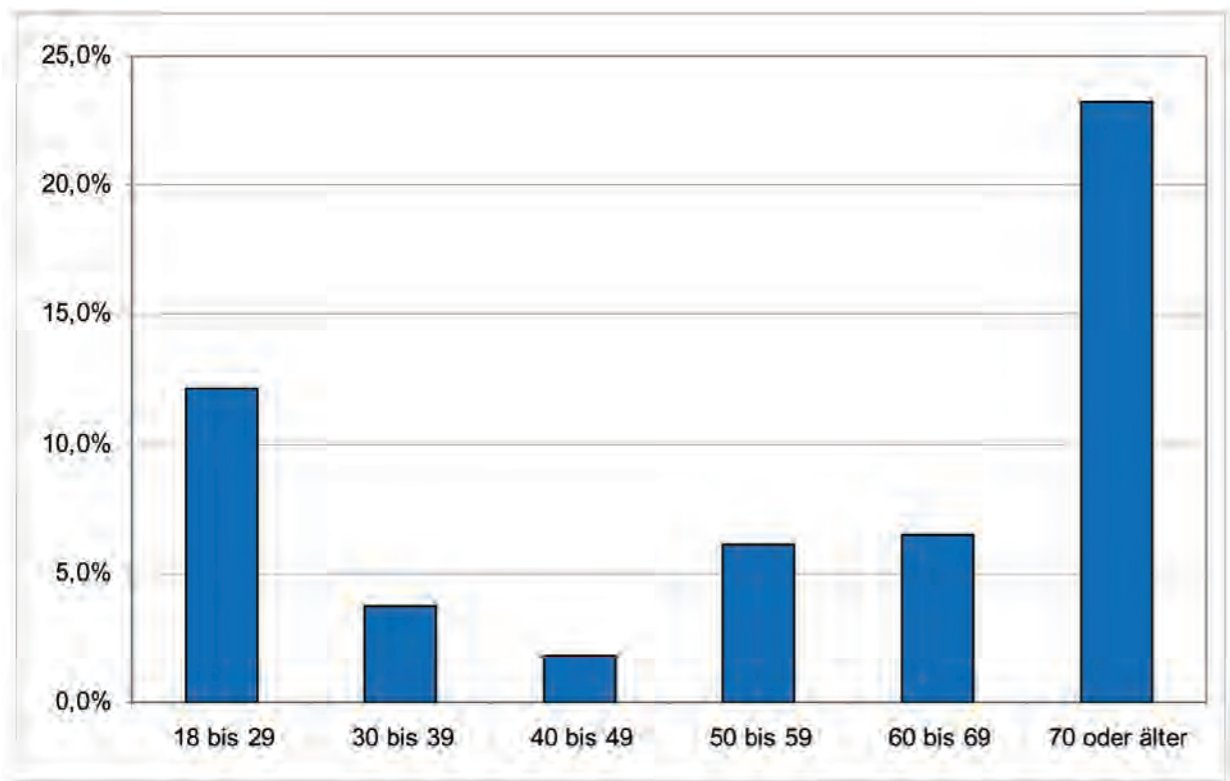
⁶ Die Einzelnennungen addieren sich zu mehr als 100 Prozent, weil Mehrfachnennungen möglich waren, für die zusammenfassende Betrachtung wurden diese herausgerechnet



Hier lassen sich zum einen die zu erwartenden Unterschiede in Abhängigkeit vom Wohnort feststellen: Auf dem Land fahren 70 Prozent mit dem Auto, in der Großstadt sind es 41 Prozent. Umgekehrt gehen dort über 40 Prozent zu Fuß oder fahren mit dem Fahrrad, während dies auf dem Land nur gut 30 Prozent tun. Der ÖPNV wird in der Großstadt zwar ebenfalls häufiger genutzt als auf dem Land, dies geschieht aber auf insgesamt niedrigem Niveau, drei Prozent der Land- und elf Prozent der Stadtbevölkerung fahren mit Bus oder Bahn zum Arzt. Der ÖPNV spielt damit bislang als Transportmittel zum Arzt nur eine nachgeordnete Rolle. Ursächlich dafür dürfte auch das aus Sicht der Befragten suboptimale Angebot des ÖPNV im Land sein, wenn man hier die durchschnittlichen Bewertungen der Bus- und Bahnbindung des jeweiligen Wohnortes heranzieht, die beide im Mittel mit der Note „befriedigend“ bewertet werden.

Die Mobilität der Patienten ist andererseits aber auch abhängig vom Alter der Patienten. Auf andere angewiesen sind insbesondere junge und alte Patienten.

Abbildung 17: Mobilität: Auf andere angewiesen (ÖPNV, Verwandte, Taxi)



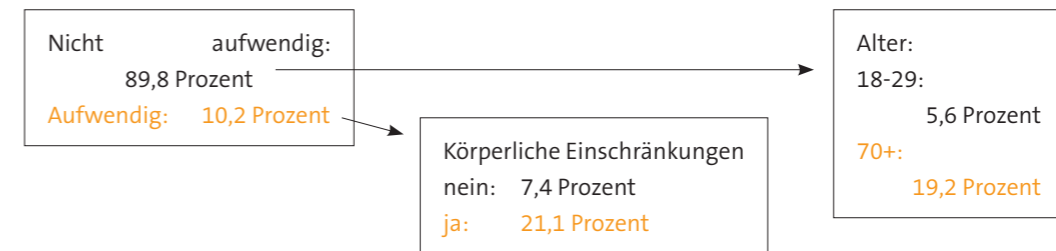
Jüngere wie ältere Befragte nutzen den ÖPNV überdurchschnittlich häufig, weil ihnen kein Auto zur Verfügung steht. Während dies aber bei den jüngeren, die zudem häufiger in Großstädten leben, mit großer Wahrscheinlichkeit eine vorübergehende Phase im Lebenslauf ist (etwa aufgrund eines Studiums in einer der Großstädte des Landes), ist dies bei den Älteren ein wohl nicht mehr zu ändernder Zustand. In keiner anderen Altersklasse ist zudem der Anteil der Personen, die von Verwandten oder Bekannten gefahren werden, so hoch wie bei den über 70jährigen. Landesweit liegt dieser Wert bei 10 Prozent.



Die durchschnittliche Wegezeit zum Hausarzt beträgt nach Angabe der Befragten rund zehn Minuten, der Maximalwert liegt bei 90 Minuten. Nun sagt die Zeit als solche noch nichts über den mit der Konsultation verbundenen Aufwand, der auch von anderen Faktoren abhängt, nicht zuletzt natürlich vom körperlichen Gesundheitszustand. Insgesamt sagen 10 Prozent der Befragten, dass es aufwendig sei, zum Hausarzt zu kommen. Dieser Anteilswert steigt mit dem Alter – das wiederum mit körperlichen Einschränkungen korreliert ist – deutlich und ist mit 19 Prozent in der Altersgruppe der über 70jährigen am höchsten. 21 Prozent der Personen mit körperlichen Einschränkungen berichten über einen hohen Aufwand.

Hinsichtlich der Wegezeit scheint der Schwellenwert, bei dem die Bewertung von „Unaufwendig“ zu „Aufwendig“ umschlägt, bei rund 18 Minuten zu liegen, wie ein entsprechender Mittelwertvergleich ergeben hat.

Abbildung 18: Wege zum Arzt: Aufwand



Eine multivariate Analyse⁷ mit den Faktoren Alter, Wohnort, Mobilität, Körperliche Einschränkungen und Wegezeit hatte zum Ergebnis, dass für die Beurteilung des Aufwands zur Erreichung der Praxis nur zwei Determinanten bestimmend sind, nämlich körperliche Einschränkungen und längere Wegezeiten. Das Alter als solches hat ebenso wie die Frage, ob man selbst mobil ist oder auf andere Transportmittel angewiesen, keinen Effekt. Das gleiche gilt auch für den Wohnort, denn auch in Ballungsräumen kann es durchaus längere Zeit dauern, bis man seinen Arzt erreicht hat.

Gute Erreichbarkeit der Praxis wird mit zunehmendem Alter immer wichtiger, wie sehr deutlich auch die Daten einer Patientenbefragung mit knapp 3.000 Patienten zeigen, die wir 2002 in Praxen niedergelassener Ärzte in der Region Trier durchgeführt haben. Grundsätzlich steht bei den Kriterien für die Wahl einer Praxis das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ganz oben, für 97 Prozent der Befragten ist dies ein wichtiges Kriterium, die Nähe der Praxis zum Wohnort dagegen nur für 57 Prozent.

Tabelle 4: Kriterien der Praxiswahl:

Vertrauensverhältnis:	97 Prozent
Freundliches Personal	89 Prozent
Guter Ruf	85 Prozent
Spezielle Therapien	67 Prozent
Kurze Wartezeiten	62 Prozent
Nähe der Praxis zum Wohnort	57 Prozent



Dies ändert sich aber mit zunehmendem Alter. Je älter die Befragten werden, umso wichtiger wird die Nähe der Praxis zum Wohnort.

Tabelle 5: Nähe der Praxis zum Wohnort: Wichtigkeit nach Altersklassen

unter 18	48 Prozent
18 bis unter 30	55 Prozent
30 bis unter 40	66 Prozent
40 bis unter 50	66 Prozent
50 bis unter 60	67 Prozent
60+	75 Prozent

Patientensurvey 2002

Bewertung der medizinischen Versorgung

Wir haben hier zunächst nach der Bewertung der wohnortnahen medizinischen Versorgung gefragt, zu der die Hausärzte wesentlich beitragen. Diese Bewertung fällt insgesamt positiv aus. Rund 83 Prozent bewerten diese Versorgung als sehr gut (1) oder gut (2), nur 17 Prozent als weniger gut (3) oder schlecht (4), der Durchschnittswert liegt bei 2,0

Tabelle 6: Wohnortnahe medizinische Versorgung

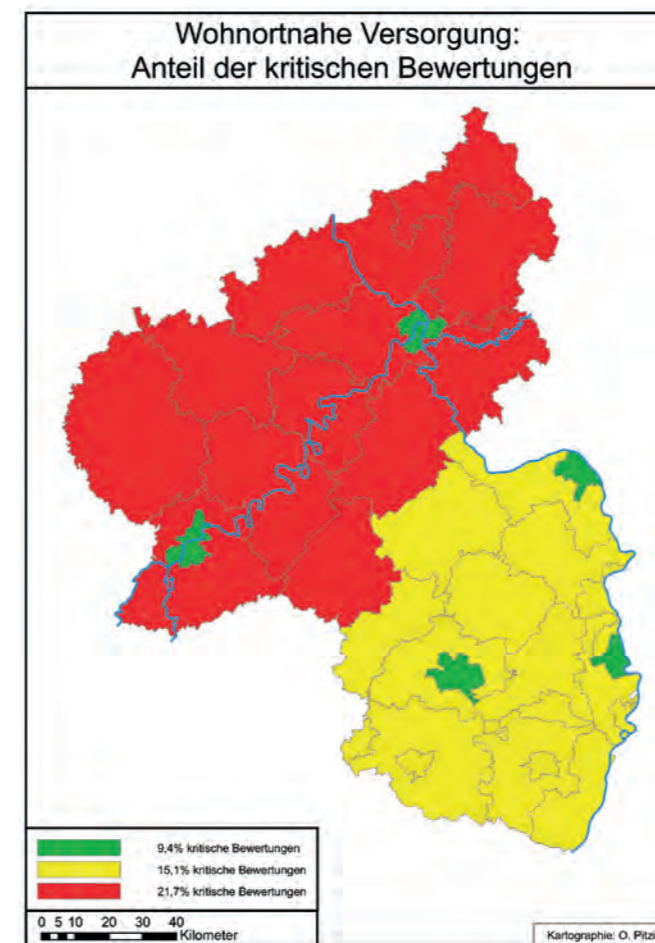
Sehr gut	18,9 Prozent
Gut	64,6 Prozent
Weniger gut	12,6 Prozent
Schlecht	4,0 Prozent

Allerdings gibt es bei dieser Frage einen zwar nicht sehr großen, aber signifikanten und in der Tendenz eindeutigen Unterschied zwischen den gesetzlich und den privat versicherten Patienten. Privatpatienten beurteilen die medizinische Versorgung besser als GKV RLP-Versicherte (1,9 vs. 2,0).

Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Regionen. Nimmt man den Landeswert von rund 17 Prozent als Referenzwert für kritische Bewertungen, dann wird die wohnortnahe Versorgung in den Oberzentren und auch in der Region Rheinhessen signifikant besser beurteilt als in den nördlichen Landkreisen von Rheinland-Pfalz.



Abbildung 19: Anteil der kritischen Bewertungen nach Gebieten



Bei der Bewertung der Hausärzte selbst haben wir zunächst zwischen verschiedenen Bewertungsdimensionen differenziert und diese auf einer Notenskala von 1 für „sehr gut“ bis 6 für „ungenügend“ abgefragt. Aus diesen Einzelbewertungen wurde dann eine Gesamtnote berechnet. Die Hausärzte werden insgesamt mit der Durchschnittsnote 1,8 deutlich besser bewertet als die wohnortnahe Versorgung insgesamt. Regionale Unterschiede gibt es hier nicht. Beides war aufgrund von Selektions- und Rationalisierungsprozessen auch so zu erwarten. Da die Arzt-Patienten-Beziehung gerade in Anbetracht der existentiellen Leistungen, die Ärzte erbringen, von essentieller Bedeutung ist, suchen sich Patienten im Regelfall Ärzte, mit denen sie auch zufrieden sind, die Bewertungen fallen entsprechend positiv aus. Wo die Wahlmöglichkeiten tatsächlich begrenzt sein sollten, fällt auch bei latenter Unzufriedenheit die Bewertung zur Vermeidung kognitiver Dissonanzen eher positiv aus. Interessant sind allerdings die Unterschiede in der Differentialbewertung. Der Arzt selbst (wegen dem man die Praxis besucht) wird deutlich besser beurteilt als das Personal und insbesondere die (ebenfalls in die Zuständigkeit des Personals fallende) Praxisorganisation.

Tabelle 7: Bewertung des Hausarztes (Angaben in Prozent)

Schulnote	1	2	3	4	5	6	Ø
Freundlichkeit Arzt	52,9	39,9	5,8	1,1	0,2	0,1	1,6
Freundlichkeit Personal	39,5	46,0	11,5	2,6	0,3	0,1	1,8
Fachliche Behandlung Arzt	30,1	53,6	13,3	2,7	0,1	0,2	1,9
Fachliche Behandlung Personal	24,9	56,6	15,5	2,5	0,3	0,1	2,0
Praxisorganisation	22,3	46,2	22,4	5,6	2,3	1,1	2,2
Gesamtnote	28,1	60,0	11,3	0,7	-	-	1,8

Das gleiche Bild zeigt sich auch bei der Bewertung der Fachärzte, die die Befragten in den letzten 12 Monaten konsultiert haben.



Tabelle 8: Bewertung des Facharztes (Angaben in Prozent)

Schulnote	1	2	3	4	5	6	Ø
Freundlichkeit Arzt	42,0	45,8	8,2	2,3	1,0	0,7	1,8
Fachliche Behandlung Arzt	25,6	57,1	12,9	2,7	1,0	0,7	1,9
Fach. Behandlung Personal	37,3	48,1	9,2	2,8	1,3	1,3	2,0
Praxisorganisation	25,0	48,9	16,8	5,3	2,4	1,6	2,2
Gesamtnote	23,8	60,6	14,0	1,6	-	-	1,9

Demgegenüber wird der ärztliche Notfalldienst deutlich kritischer bewertet. Insgesamt 41 Prozent haben den ärztlichen Notfalldienst schon einmal in Anspruch genommen. Die Durchschnittsbewertungen für einzelne Aspekte wie auch die Gesamtbewertung entsprechen einer 3+. Bedenkt man die bei Befragungen immer wieder zu beobachtende Zurückhaltung bei der Abgabe negativer Urteile, so ist dies eindeutig als schlechte Bewertung zu interpretieren.

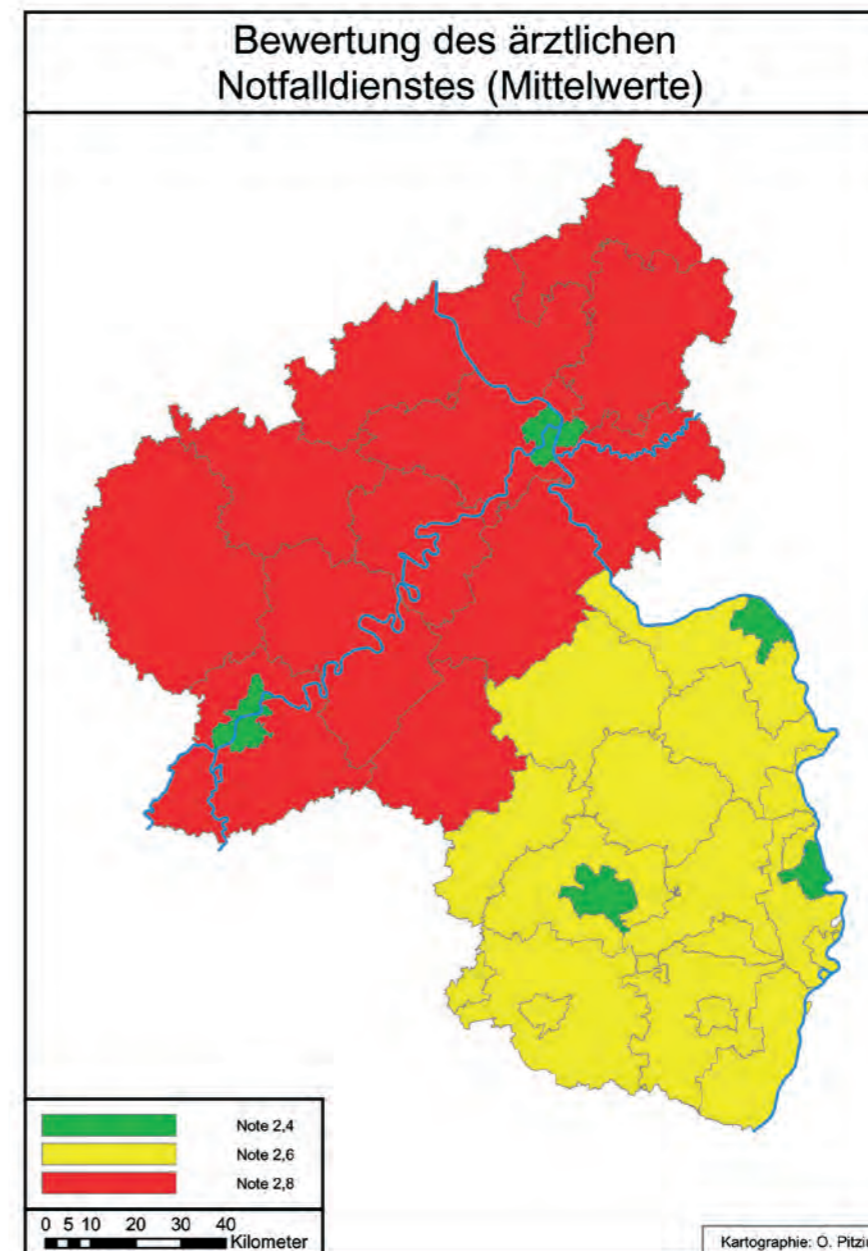
Tabelle 9: Bewertung des ärztlichen Notfalldienstes (Angaben in Prozent)

Schulnote	1	2	3	4	5	6	Ø
Information, wer Notdienst hat	18,6	38,8	20,7	11,4	6,1	4,3	2,6
Behandlung	15,1	44,1	22,7	9,7	5,0	3,4	2,6
Erreichbarkeit	12,7	41,3	24,4	12,5	5,2	3,9	2,7
Gesamtnote	8,9	42,4	32,4	12,2	3,2	0,8	2,6

Anders als bei der Bewertung der Haus- und Fachärzte lassen sich bei der Beurteilung des ärztlichen Notfalldienstes durchaus regionale Unterschiede feststellen. In den nördlichen Landesteilen – also den ehemaligen Regierungsbezirken Trier und Koblenz wird dieser signifikant schlechter bewertet als in den Oberzentren und Rheinhessen. Auffällig ist dabei allerdings auch, dass selbst in den Oberzentren die notärztliche Versorgung schlechter beurteilt wird als die medizinische Versorgung insgesamt oder die Haus- und Fachärzte.



Abbildung 20: Bewertung des ärztlichen Notfalldienstes



Bei der Bewertung der wohnortnahen Versorgung fließen offenkundig aber auch die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von stationären Leistungen der Maximalversorgung mit ein. Wir haben hier die Entfernungen des Wohnortes der Befragten zum nächsten Oberzentrum zugrunde gelegt. Dazu wurden die Entfernungen des jeweiligen Postleitzahlenbezirks des Befragten zum nächstgelegenen Oberzentrum (dunkelgrüne Fläche in Abbildung 21) ermittelt. Verwendet wurden die Luftlinienentfernungen vom Mittelpunkt des Postleitzahlenbezirks zum geographischen Mittel des jeweiligen Oberzentrums. Der Schwellenwert, ab dem der Anteil der kritischen Befragten deutlich ansteigt (von rund 14 Prozent auf 28 Prozent), liegt bei 30 km Luftliniendistanz. Die Karte zeigt, dass große Teile des Landes Rheinland-Pfalz mehr als 30 km von einem Oberzentrum entfernt sind (roten Flächen in Abbildung 21).

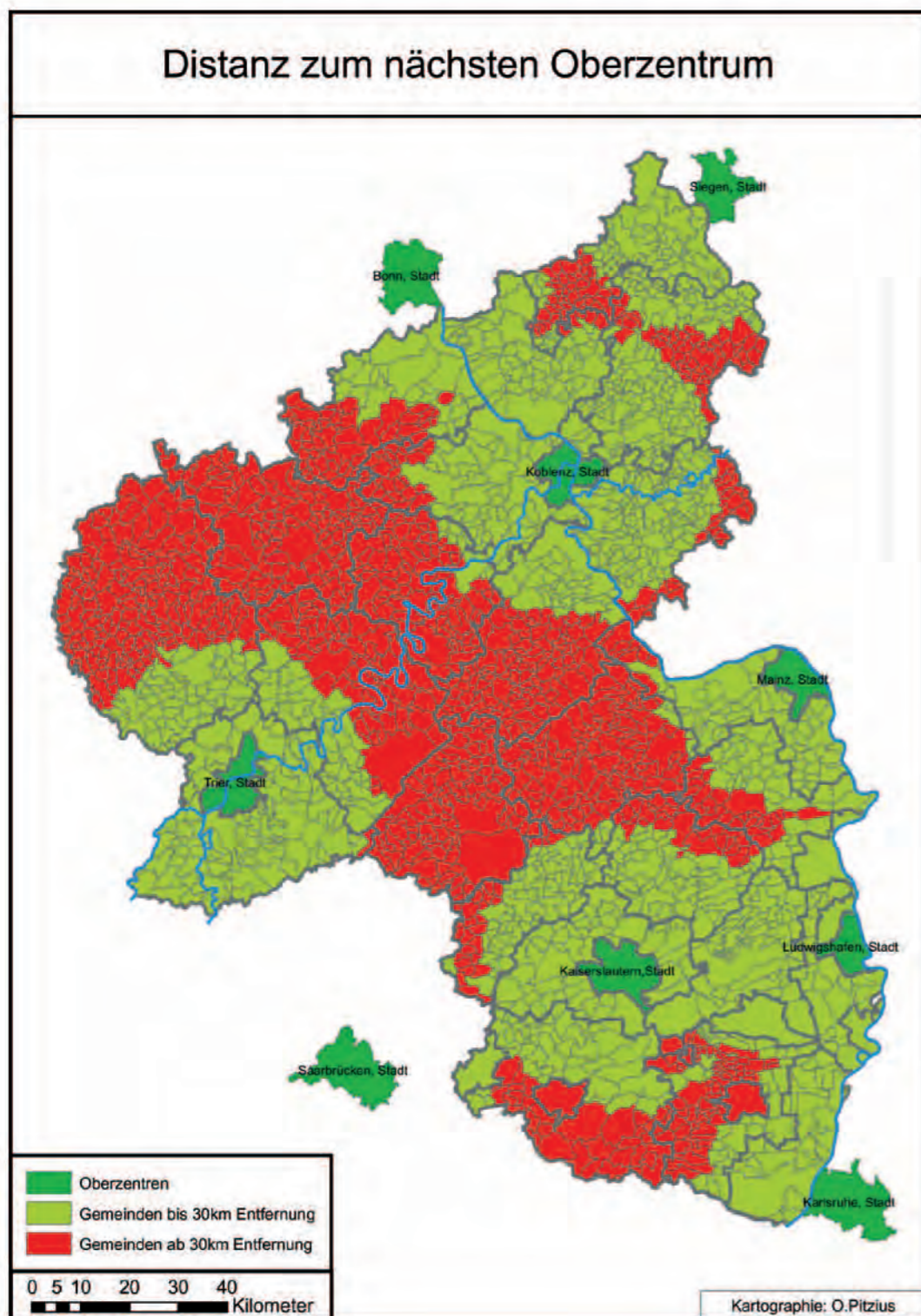


Abbildung 21: Entfernung zum nächsten Oberzentrum

Dem korrespondierenden die Angaben zu den Fahrtzeiten in das nächstgelegene Oberzentrum.

Personen, die im Umkreis von 30 km von einer Großstadt entfernt leben, benötigen im Durchschnitt 29 Minuten bis ins Zentrum, Personen aus den weiter entfernten Regionen über 30 km Distanz 43 Minuten.

Dabei scheinen Fahrtzeiten von bis zu 30 Minuten noch als akzeptabel zu gelten, wenn es um die Bewertung der Erreichbarkeit eines Krankenhauses der Maximalversorgung (oder auch eines Facharztes mit einer eher seltenen Fachrichtung) geht, während längere Fahrtzeiten zu einem höheren Anteil kritischer Bewertungen führen.



3.3 EXKURS ZU WEGE ZUM ARZT: DISTANZANALYSE MIT SEKUNDÄRDATEN DER KV RLP

Die vorstehenden Ergebnisse sind die Interpretationsgrundlage für die Distanzanalysen, die wiederum mit den bei der KV RLP verfügbaren Daten durchgeführt wurden. Die Frage „Gibt es Gemeinden in Rheinland-Pfalz, von denen bestimmte Fachärzte weit entfernt sind?“ Als „weit entfernt“ werden für die folgenden Analysen Distanzen von 20 Kilometern und mehr angesehen. Mit den Daten des Ärztebestandes im dritten Quartal 2009 wurde dementsprechend eine Analyse der Distanzen zwischen Wohnorten und dem nächstgelegenen Behandlungsort durchgeführt. Die Distanz in dem zugrundeliegenden Geoinformationssystem ist ebenfalls als Luftlinienentfernung zwischen den Mittelpunkten der Städte und Gemeinden hinterlegt. Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Straßendistanzen länger sind, wurden darauf jeweils 20 Prozent aufgeschlagen. Wir haben exemplarisch zwei Facharzttrichtungen herausgegriffen, die auch für eine im weitesten Sinn geriatrische Versorgung von besonderer Bedeutung sind und deren Leistungen nach dem derzeitigen Kenntnisstand künftig noch stärker nachgefragt werden, nämlich Urologen und Kardiologen.

Betrachtet man die Fahrtwege der Patienten in Rheinland-Pfalz zum nächstgelegenen Urologen, fallen einige Kreise auf, in denen zumindest einige Patienten weite Wege zurücklegen müssen, um den nächsten Urologen in Rheinland-Pfalz zu erreichen. Bei Kreisen an der Grenze des Landes – zu nennen sind hier der Kreis Vulkaneifel und der Rhein-Lahn-Kreis, ist durchaus möglich, dass ein Anbieter in dem jeweiligen Nachbarbundesland besser zu erreichen ist (hier fehlen uns leider noch die entsprechenden Daten), speziell für den Kreis Bad-Kreuznach und angrenzende Regionen der Nachbarkreise gilt dies aber nicht.



Abbildung 22: Distanz zum nächsten Urologen in Rheinland-Pfalz

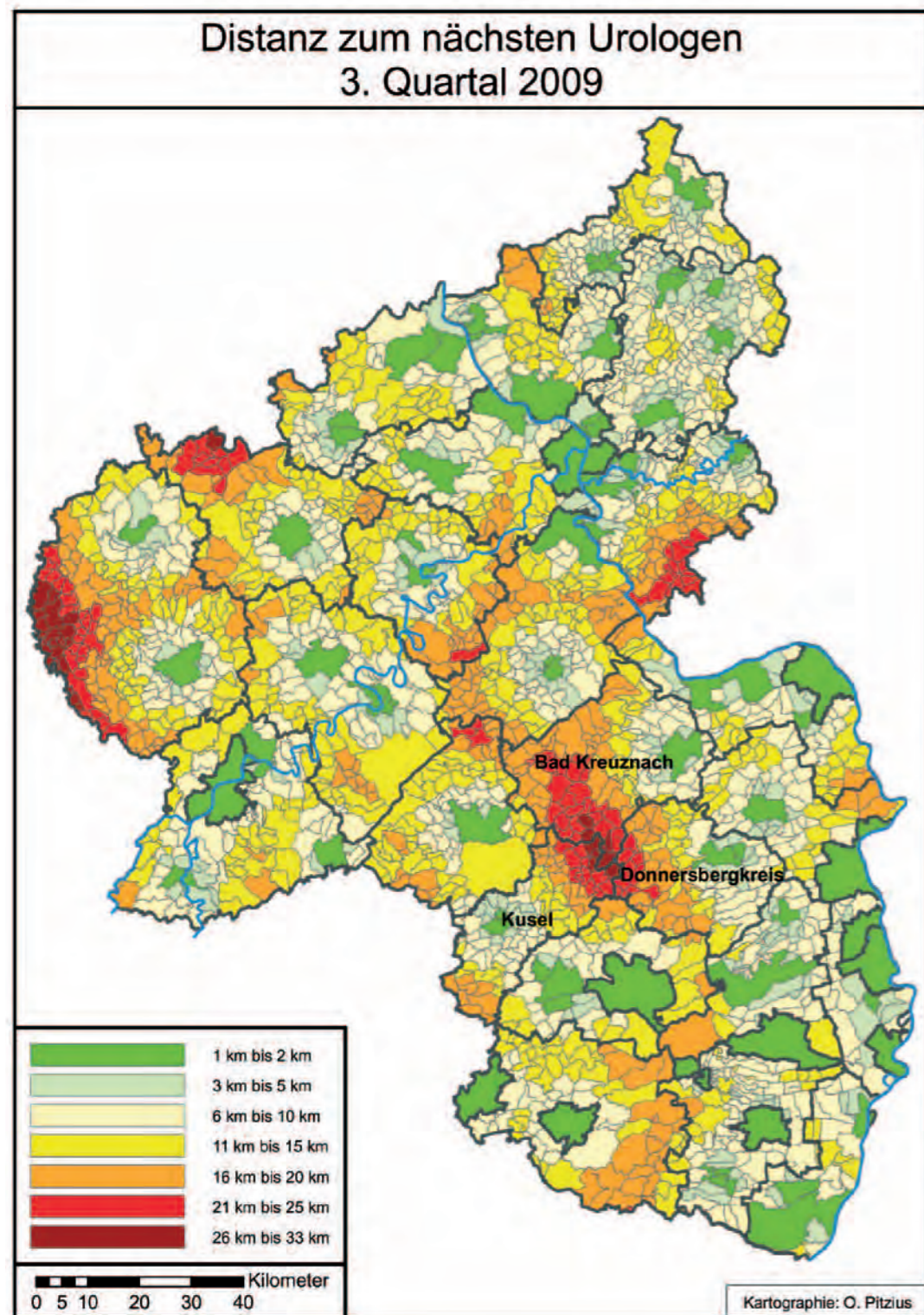
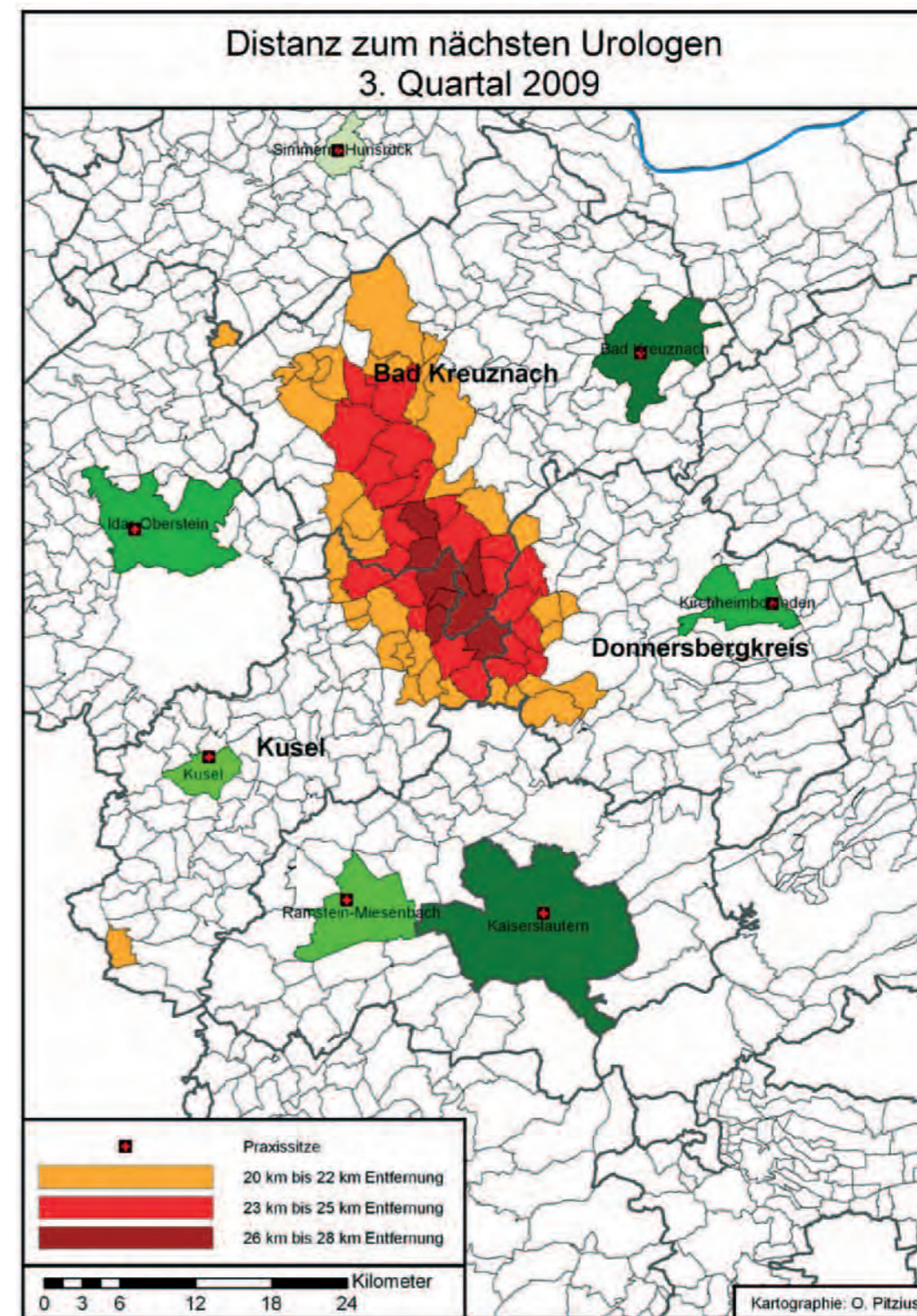


Abbildung 23: Kreis Bad-Kreuznach: Distanz zum nächsten Urologen



Im Grenzgebiet der Kreise Bad Kreuznach, Kusel und des Donnersbergkreises müssen die Patienten teilweise über 30 km zurücklegen, um zu einem Urologen zu kommen. Daher wird diese Region beispielhaft näher analysiert.

Das betrachtete Gebiet wird von urologischen Praxen in Simmern, Idar-Oberstein, Kusel, Ramstein-Miesenbach, Kaiserslautern, Kirchheimbolanden und Bad Kreuznach versorgt, also von umliegenden Mittel- oder Oberzentren. All diese Praxen haben bereits jetzt eine Praxisauslastung von 100 Prozent oder mehr. Von diesen Praxen sind drei Praxisinhaber über 60 Jahre alt. Werden deren Praxen vakant und nicht neu besetzt, wird sich die Versorgungssituation deutlich verschärfen.



Ein ähnliches Problem stellt sich auch bei der kardiologischen Versorgung, wobei hier allerdings insbesondere der Rhein-Hunsrück Kreis betroffen ist.

Abbildung 24: Distanz zum nächsten Kardiologen in Rheinland-Pfalz

In der Kreisstadt Simmern gibt es keinen niedergelassenen Kardiologen, der Kreis wird versorgt von Praxen in Emmelshausen, Bingen, Bad Kreuznach, Idar-Oberstein, Traben-Trarbach und Bullay, also umliegenden Mittelzentren. Diese Praxen weisen Auslastungen von mindestens 110 Prozent auf.

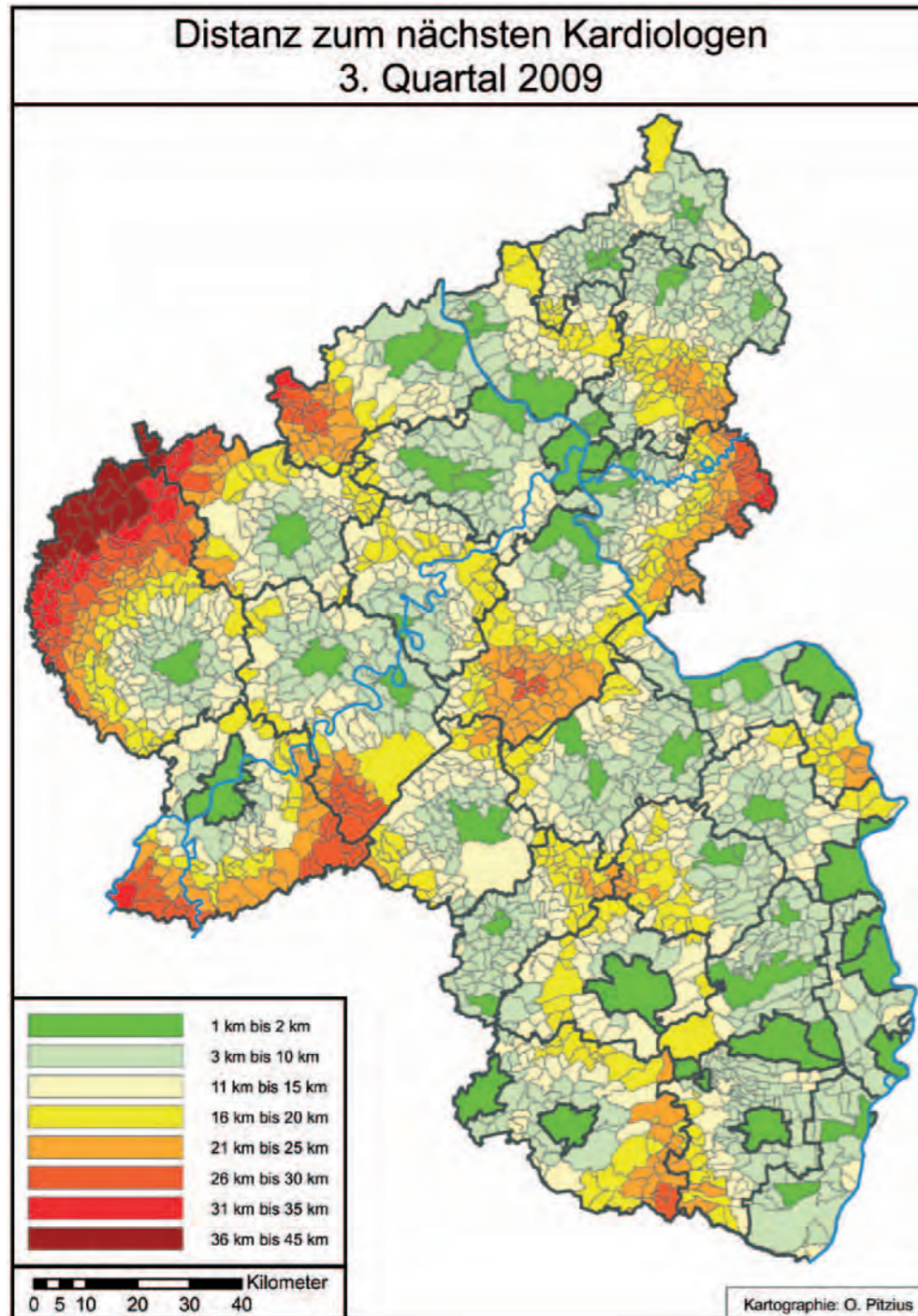
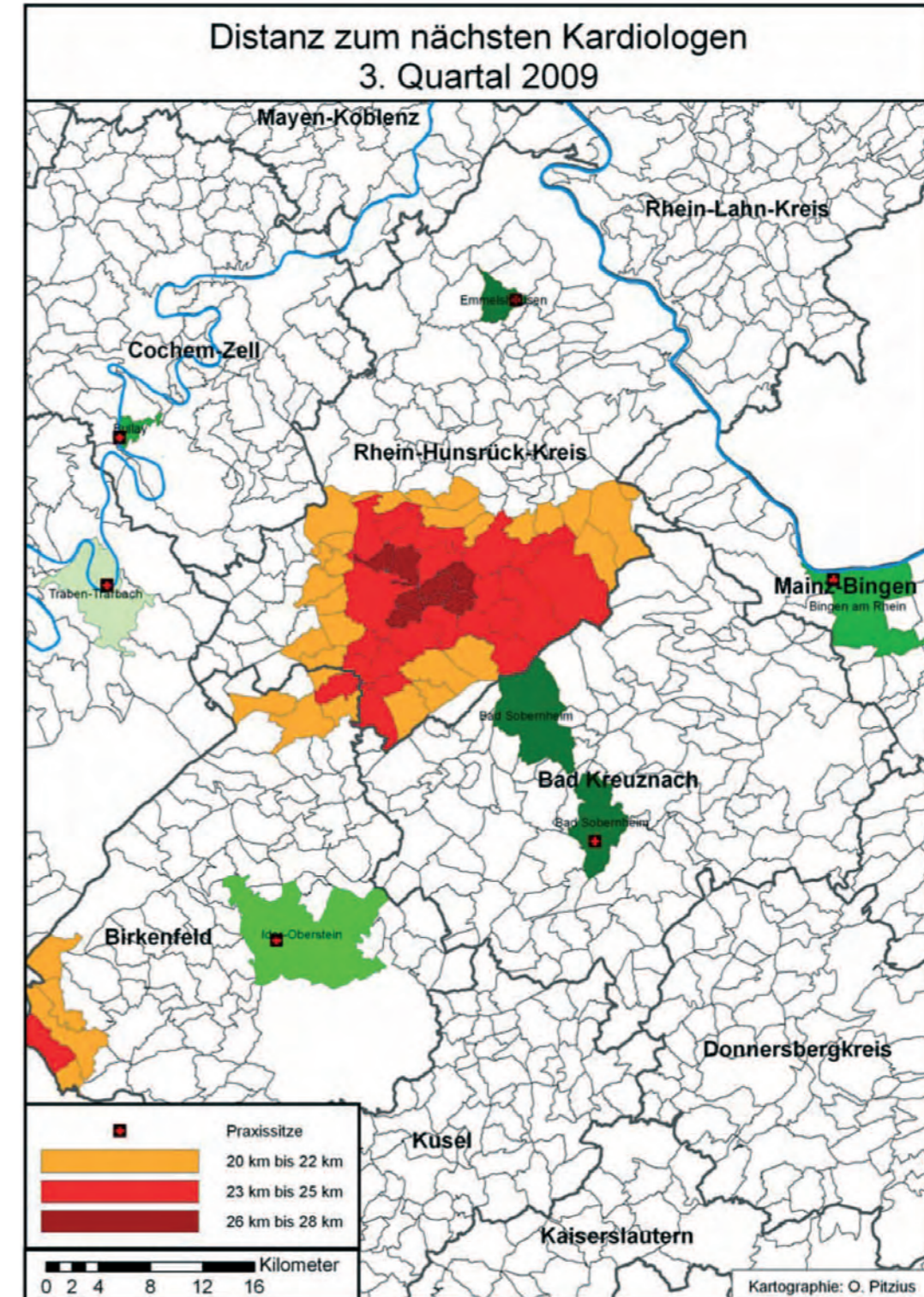


Abbildung 25: Distanz zum nächsten Kardiologen im Rhein-Hunsrück-Kreis





3.4 WECHSEL DES HAUSARZTES

Insgesamt 63,2 Prozent der Befragten haben ihren Hausarzt schon einmal gewechselt. Die Gründe dafür wurden offen abgefragt und nachträglich codiert und kategorisiert. Wir haben zwei zentrale Hauptkategorien sowie eine Restkategorie unterschieden. Die Hauptkategorien sind 1. Qualitätsneutrale Gründe und 2. Gründe, die auf eine subjektiv schlechte Versorgungsqualität zurückzuführen sind. (Lange) Wartezeiten in der Praxis haben wir hier eingruppiert, weil diese auf eine suboptimale Praxisorganisation schließen lassen. Nicht eindeutig einzuordnen sind Nennungen wie die Wartezeit auf einen Termin, solange man die Rahmenbedingungen (Anlass für die Terminanfrage, Auslastung der Praxis) nicht kennt. Dies gilt auch für die Verweigerung von Medikamenten, die medizinisch ja durchaus indiziert sein kann, oder die Verordnung „billiger“ Medikamente, die deshalb nicht weniger wirksam sein müssen. Die Aufstellung zeigt, dass qualitätsneutrale, gleichsam den Umständen geschuldete Gründe des Arztwechsels bei weitem überwiegen. Unmut und Unzufriedenheit sind mithin nicht die dominanten Gründe für einen Arztwechsel.

Tabelle 10: Gründe für Arztwechsel

Qualitätsneutrale Gründe für den Wechsel	76,2 Prozent
Umzug des Patienten	36,1 Prozent
Ruhestand/Tod des Arztes	19,3 Prozent
Umzug/Schließung der Praxis	13,6 Prozent
Praxisübergabe	6,8 Prozent
Schlechte Erreichbarkeit	3,6 Prozent
Wechsel wegen subjektiv schlechter Qualität	19 Prozent
Unzufriedenheit mit der Behandlung	15,4 Prozent
Fehlendes Vertrauensverhältnis zum Arzt	3,0 Prozent
Wartezeit in der Praxis	2,3 Prozent
Unfreundliches Personal	1,1 Prozent
Fehlende Diskretion	0,7 Prozent
Ruf der Praxis	0,5 Prozent
Ungleichbehandlung von Kassen- und Privatpatienten	0,4 Prozent
Nicht eindeutig klassifizierbare Gründe	
Wartezeit auf einen Termin	2,0 Prozent
Verweigerung von Behandlungen oder Medikamenten	0,5 Prozent
Öffnungszeiten	0,5 Prozent
Verordnung billiger Medikamente	0,4 Prozent

Ein Wechsel des Hausarztes ist unabhängig von den Regionen. Im Norden wie auch in Rheinhessen oder den Oberzentren haben jeweils über 60 Prozent der Befragten ihren Hausarzt schon einmal gewechselt.



3.5 NEUE VERSORGUNGSFORMEN UND INNOVATIONEN

Wir haben nach der Akzeptanz von zwei Innovationen im Gesundheitssystem gefragt. anknüpfend an das Modellprojekt zur Erprobung einer sektorübergreifenden elektronischen Patientenakte, dass derzeit in der Region Trier durchgeführt wird, haben wir auch in dem landesweiten Versorgungssurvey nach der Nutzungsbereitschaft einer elektronischen Patientenakte gefragt. Deren Akzeptanz in der Bevölkerung ist hoch, was in Anbetracht der insgesamt eher missverständlichen bis negativen Darstellung dieser Thematik in den Medien durchaus bemerkenswert ist. Rund zwei Drittel würden die elektronische Patientenakte nutzen, ein Fünftel lehnt dies ab, ein gutes Zehntel ist noch unentschieden.

Tabelle 11: Sektorübergreifende elektronische Patientenakte: Nutzungsbereitschaft

Ja	65,9 Prozent
Nein	20,8 Prozent
Weiß nicht	13,3 Prozent

Diese Nutzungsbereitschaft ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder regionaler Herkunft.

Akzeptanz von MVZ

Eine neue Form der ambulanten Versorgung, über die in den letzten Monaten in zunehmendem Maß diskutiert wird, sind medizinische Versorgungszentren (MVZ). In einem MVZ wird dem Patienten im Idealfall eine gebietsübergreifende Versorgung unter einem Dach angeboten, so dass er Wege und Zeit sparen kann. Er muss sich aber unter Umständen darauf einstellen, dass er aufgrund der Beschäftigungsstruktur in einem größeren MVZ ähnlich wie in Krankenhäusern von wechselnden Ärzten behandelt wird. MVZ können mit angestellten Ärzten arbeiten und sind deshalb, wie die Befragung der Medizinstudenten gezeigt hat, insbesondere für angehende Ärztinnen, die häufiger ein Teilzeitarbeitsverhältnis anstreben, durchaus attraktiv (siehe dazu Abschnitt 4.2). Dies gilt für Patienten so bislang allerdings nicht, die Akzeptanz von MVZ ist deutlich verhaltener. Eine Mehrheit bevorzugt die gleichsam klassische Behandlung durch einen Hausarzt, nur eine Minderheit zieht die Möglichkeiten des MVZ vor. Wir haben diese Frage etwas aufwendiger eingeleitet und eingebettet, da wir davon ausgehen mussten, dass die meisten Befragten mit dem Begriff eines MVZ oder Medizinischen Versorgungszentrums wenig anfangen können und in dem Fragestimulus die jeweils typischen Besonderheiten betont. Wir zitieren die Frage im Wortlaut:

„In den letzten Jahren sind zunehmend sogenannte „Medizinische Versorgungszentren“ gegründet worden. Dort wird den Patienten eine fächerübergreifende Versorgung unter einem Dach angeboten. Allerdings wird dieses Angebot sehr unterschiedlich bewertet. Ich lese Ihnen dazu zwei Aussagen vor. Welcher von beiden stimmen Sie zu?

- Herr Müller lässt sich lieber in einem Versorgungszentrum behandeln, da dieses ihm längere Öffnungszeiten und eine umfassende Betreuung durch unterschiedliche Fachärzte und Allgemeinmediziner bietet, so dass er mehrere Arztbesuche bequem an einem Tage erledigen kann.
- Herr Bauer hingegen bleibt lieber bei seinem Hausarzt, da ihm das Vertrauensverhältnis und die persönliche Betreuung besonders wichtig sind und er der Auffassung ist, dort die für ihn beste Versorgung zu erhalten.“



Zustimmung zu Müller und MVZ	32,5 Prozent
Zustimmung zu Bauer und Hausarzt	56,6 Prozent
Unentschieden	10,9 Prozent

Die Akzeptanz von MVZ ist unabhängig vom Geschlecht und der regionalen Herkunft. Erkennbar ist aber ein klarer Alterseffekt, der vermutlich auch auf die altersabhängig unterschiedlich lange Bindung an Hausärzte und die in der jüngeren Generation höhere räumliche Mobilität zurückzuführen ist. Die Attraktivität von MVZ ist mit 44,3 Prozent bei den 18- bis 30-Jährigen am höchsten und mit 12 Prozent bei den über 70-Jährigen am niedrigsten, wobei eine lineare Abnahme zu beobachten ist.

Freie Arztwahl

Die freie Arztwahl – ein hohes Gut im deutschen Gesundheitssystem – wird immer wieder kritisch diskutiert und auch zur Disposition gestellt. Wir haben deshalb die Patienten gefragt, ob sie unter bestimmten Umständen auf dieses Recht der freien Arztwahl verzichten würden. Das Ergebnis ist sehr eindeutig, für 73 Prozent der Patienten gehört die freie Arztwahl gewissermaßen zu den unveräußerlichen Rechten, auf die sie unter keinen Umständen verzichten würden. Selbst die Option einer 24-Stunden-Verfügbarkeit aller für die Patienten wichtigen Ärzte in einem gemeinsamen Ärztehaus ist nur für ein Fünftel so attraktiv, dass sie dafür auf die freie Arztwahl verzichteten.

Tabelle 12: Verzicht auf freie Arztwahl?

Ja, bei Zahlung niedrigerer Kassenbeiträge	8,3 Prozent
Ja, wenn alle Ärzte rund um die Uhr in einem gemeinsamen Ärztehaus Leistungen anbieten	20,4 Prozent
Nein, unter keinen Umständen	72,9 Prozent

Diese hohe Wertschätzung der freien Arztwahl ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder regionaler Herkunft.



4. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2009

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels auch in der Ärzteschaft stellt sich naturgemäß die Frage nach der Entwicklung bei dem medizinischen Nachwuchs. Hier muss man zunächst einmal feststellen, dass die Zahl der Absolventen von 1994 bis 2006 von 11.978 auf 8.724 gesunken ist, was einem Rückgang von 27 Prozent entspricht. Zwar stieg der Anteil der Absolventen 2007 wieder auf 9.574, ob dies aber eine Trendwende darstellt, bleibt noch abzuwarten. Immerhin ist der Anteil der Studienanfänger von 2004 bis 2007 von 11.580 auf 12.036 gestiegen. Neben (bislang) rückläufigen Absolventenzahlen zeichnet sich ein zweiter Trend sehr deutlich ab: Medizin wird weiblich, der Frauenanteil im Medizinstudium liegt mittlerweile bei rund 63 Prozent.⁸ Nun sagen solche Zahlen noch nichts über die spätere berufliche Motivation. Auch hier führt nur eine Befragung zu entsprechenden Erkenntnissen. Parallel zu dem Versorgungssurvey haben wir deshalb eine Online-Befragung der Medizinstudenten an der Universität Mainz durchgeführt. Dahinter stand die Überlegung, dass sich der medizinische Nachwuchs in einem Bundesland (im stationären, erst recht aber im ambulanten Sektor) im Wesentlichen aus Absolventen der landeseigenen Universität rekrutiert. Die Befragung fand Anfang Juni 2009 statt. Die Studenten der medizinischen Fakultät der Universität Mainz wurden mit einer persönlich adressierten E-Mail auf die Befragung aufmerksam gemacht und um ihre Teilnahme gebeten. 761 Studenten haben den Fragebogen beantwortet, was einer Ausschöpfungsquote von rund 30 Prozent entspricht.

4.1 STRUKTURDATEN DER BEFRAGTEN MEDIZINSTUDENTEN

Tabelle 13: Demografische Angaben

Weiblich	62,1 Prozent
Männlich	37,9 Prozent
Durchschnittsalter	24,2 Prozent (arithmetisches Mittel), 24 (Median) 23 (Modus)
Herkunftsland RLP	34,7 Prozent

Tabelle 14: Größe des Herkunftsortes

bis 2.000 Einwohner	12,1 Prozent
2.000 bis 10.000	24,7 Prozent
10.000 bis 50.000	23,4 Prozent
50.000 bis 100.000	10,0 Prozent
100.000 bis 500.000	19,3 Prozent
mehr als 500.000	10,6 Prozent

36,8 Prozent kommen aus ländlichen Regionen, 33,4 Prozent aus Mittelstädten und 29,9 Prozent aus Großstädten.

⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.)(2009): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 2008, Berlin



Tabelle 15: Studienabschnitt:

Vorklinischer Teil	44,8 Prozent
Klinischer Teil	55,1 Prozent
Praktisches Jahr	0,1 Prozent

4.2 STUDIENMOTIVATION UND BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

Erwartungsgemäß haben nahezu alle Studenten (98,3 Prozent) aus Interesse am Fach das Medizinstudium gewählt, und auch der Wunsch, anderen Menschen zu helfen war für 88,4 Prozent ein Motiv zur Studienfachwahl. Dagegen war die Erwartung eines hohen Einkommens nur für die Hälfte der Befragten (51,2 Prozent) wichtig.

70 Prozent würden sofort wieder mit einem Medizinstudium beginnen, weitere 24,4 Prozent mit großer Wahrscheinlichkeit und nur 6,6 Prozent würden sich heute für eine andere Ausbildung entscheiden.

Berufsperspektiven

Fast alle Studenten wollen später als Arzt oder Ärztin arbeiten (98,9 Prozent), eine alternative Tätigkeit etwa in der Forschung oder der Selbstverwaltung käme dagegen nur für rund 40 Prozent in Frage.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

3,5 Prozent der Befragten haben bereits Kinder, 89 Prozent möchten später Kinder haben. Dabei spielt das Geschlecht der Befragten keine Rolle. Allerdings sehen sowohl Männer als auch Frauen Probleme bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Jeweils über 60 Prozent sind der Meinung, dass sich der Arztberuf generell schlecht mit einem Kind vereinbaren lässt und jeweils 40 Prozent haben große Zweifel, dass niedergelassene Ärzte Familie und Beruf gut vereinbaren können.

Fachrichtungen

Bei den späteren Fachrichtungen waren Mehrfachnennungen möglich, im Durchschnitt haben die Studenten vier Fachrichtungen genannt. Insgesamt dominiert dabei die Innere Medizin. Im Vorgriff auf die weiteren Analysen sei an dieser Stelle angemerkt, dass die gewünschten späteren Fachrichtungen sich nicht optimal mit dem zu erwarteten Bedarf decken (Siehe dazu die Hochrechnung der Konsultationen in Abschnitt 5.1.3). Beispielsweise kann sich für die Urologie trotz eines erwartbar steigenden Bedarfs nur eine sehr kleine Minderheit erwärmen. Dagegen ist die Pädiatrie noch beliebter als die Allgemeinmedizin, obwohl bereits aktuell auf einen Pädiater knapp neun Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. Hausärztliche Internisten kommen und der Bedarf an Pädiatern absehbar sinken wird.

Tabelle 16: Gewünschte Fachrichtungen

Innere Medizin	43,6 Prozent
Pädiatrie	38,4 Prozent
Chirurgie	35,5 Prozent
Allgemeinmedizin	34,1 Prozent
Orthopädie	24,8 Prozent
Gynäkologie	24,6 Prozent



Psychiatrie	19,9 Prozent
Radiologie	15,1 Prozent
Augenheilkunde	10,1 Prozent
HNO	7,9 Prozent
Dermatologie	7,6 Prozent
Urologie	3,7 Prozent

Allerdings ändert sich diese Rangliste mit fortschreitendem Studium, Studenten höherer Semester haben deutliche andere Präferenzen als ihre jüngeren Kommilitonen. Insbesondere die Urologie – allerdings auf einem quantitativ sehr niedrigen Ausgangsniveau – wird deutlich attraktiver. Dagegen verliert die Allgemeinmedizin an Interesse, was für die Rekrutierung von Hausärzten durchaus problematisch ist.

Tabelle 17: Gewünschte Fachrichtungen im Zeitverlauf

	1.-8. Semester	9. oder höheres Semester	Änderung
Urologie	2,8	8	+186 Prozent
Innere Medizin	43,1	47,8	+11 Prozent
Kinder- und Jugendmedizin	38,3	41,3	+8 Prozent
Allgemeinmedizin	36,3	26,1	-28 Prozent
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	8,5	5,8	-32 Prozent
Chirurgie	37	24,6	-34 Prozent
Orthopädie und Unfallchirurgie	28,9	10,9	-62 Prozent
Augenheilkunde	11,9	3,6	-70 Prozent

Daneben gibt es typische Frauen- und typische Männer-Fachrichtungen: Pädiatrie, Gynäkologie und Psychiatrie sind bei den Frauen, Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Radiologie bei den Männern besonders beliebt.

Niederlassung

Für 74,5 Prozent ist die spätere Niederlassung grundsätzlich eine Option. Interessanterweise ist auch hier der Frauenanteil mit 76,1 Prozent höher als der der Männer (68,4 Prozent). Allerdings sehen die Befragten mehrheitlich auch Probleme bei der Niederlassung, sie befürchten ein hohes finanzielles Risiko, erwarten aber kein hohes Einkommen und wenig Freizeit und sehen insbesondere auch bürokratische und rechtliche Hemmnisse.



Tabelle 18: Einstellungen zu Niederlassung

Niederlassung bedeutet hohes finanzielles Risiko	93,7 Prozent
Niedergelassene werden mit medizinfremden Tätigkeiten überlastet	91,7 Prozent
Hohe gesetzliche Auflagen	90,4 Prozent
Wenig Freizeit	71,8 Prozent
Hohes Einkommen	30,3 Prozent

Bei der Niederlassung denken die meisten Befragten allerdings an eine Niederlassung als Facharzt. Eine Niederlassung als Allgemeinmediziner ziehen nur 29,7 Prozent in Betracht.

Angestellte Tätigkeit

Die Alternative zur Niederlassung ist die angestellte Tätigkeit und auch diese ist für die meisten Studenten eine Option, wobei insbesondere Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren attraktive Arbeitgeber sind, während zum Beispiel der ÖGD weniger interessant erscheint.

Tabelle 19: Spätere Arbeitgeber

Krankenhaus	90,2 Prozent
MVZ	78,3 Prozent
ÖGD	30,8 Prozent
Pharmaindustrie	22,1 Prozent
Bundeswehr	15,8 Prozent
Krankenkasse	7,6 Prozent

Dabei ist für 64,3 Prozent wichtig, bei einer angestellten Tätigkeit auch auf Teilzeitbasis arbeiten zu können. Die Möglichkeit der Teilzeitarbeit ist insbesondere für Frauen interessant, für 83,1 Prozent der Studentinnen ist dies wichtig, bei den Studenten dagegen nur für 32,3 Prozent. Für eine Tätigkeit in einem MVZ interessieren sich ebenfalls mehr Frauen als Männer (82,3 Prozent vs. 73,7 Prozent). Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass viele der Befragten und insbesondere auch die Frauen, davon ausgehen, dass MVZ es den Ärzten erleichtern, auf Teilzeitbasis zu arbeiten.

Einkommen

Die Studenten haben recht klare Vorstellungen davon, was ein Arzt nach fünf Jahren Berufserfahrung verdienen sollte, wobei wir hier nach dem subjektiv angemessenen Monatsnettoeinkommen gefragt haben. Bei einem im Krankenhaus angestellten Arzt ergibt sich ein Durchschnittseinkommen von 4.774 EUR (Median: 4.000 EUR). Ein niedergelassener Hausarzt sollte durchschnittlich 5.988 EUR verdienen (Median 5.000 EUR).

Arbeitsort

Der Wunsch als Arzt zu arbeiten – ob nun in niedergelassener Tätigkeit oder in einem Angestelltenverhältnis – hat nicht zwingend zur Konsequenz, dies auch in Deutschland tun zu wollen – im Gegenteil: Für 64,1 Prozent kommt das Ausland als Arbeitsort in Frage. Dieser Anteil liegt damit noch über dem Wert für Rheinland-Pfalz, 59,6 Prozent können sich vorstellen, auch hier zu arbeiten, 80,7 Prozent ziehen auch ein anderes Bundesland in Erwägung.



Von denen, die eine Tätigkeit im Ausland erwägen, würde knapp die Hälfte auch dauerhaft im Ausland bleiben. Beliebtest ist das Ausland vor allem wegen der dort erwarteten oder erhofften besseren beruflichen Perspektiven und einem höheren Einkommen. Man mag dem entgegenhalten, dass dies zumindest zum Teil unbegründete Hoffnungen sind, man „das Ausland“ differenziert betrachten muss und generell die Arbeitsmarktperspektiven dort auch nicht so gut sind. Dies ist sicherlich auch bedenkenswert, das Problem besteht aber darin, dass der medizinische Nachwuchs zu einem großen Anteil eben diese Hoffnungen hegt und von entsprechenden Realitäten ausgeht und seine Berufs- und Zukunftsplanung (auch) darauf abstellt. Dies kann durchaus bedeuten, dass diese Studenten und späteren Absolventen für den deutschen Arbeitsmarkt (zunächst) verloren sind.

Rheinland-Pfalz kommt insbesondere für Studenten aus Rheinland-Pfalz selbst als Arbeitsort in Frage, rund 82 Prozent der Landesländer sehen dies als Option, Studenten aus anderen Bundesländern dagegen nur zu 50 Prozent. Innerhalb von Rheinland-Pfalz sind bei weitem nicht alle Gebiete gleich attraktiv. Generell ziehen die Studenten Städte dem Land als Arbeits- und Lebensraum vor. Wir haben danach gefragt, welche Orte auf keinen Fall in Frage kommen, wenn man seinen Arbeitsort frei wählen kann, was künftig durchaus zu erwarten ist. 39,2 Prozent haben hier Dörfer mit weniger als 2.000 Einwohnern genannt und 29,5 Prozent Gemeinden mit 2.000 bis 10.000 Einwohnern. Selbst Städte mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern kommen für 17,8 Prozent nicht in Frage. Andererseits sind auch die Metropolen für 15,9 Prozent „No-go-Areas“. Am attraktivsten sind danach Mittel- und Großstädte zwischen 50.000 und 100.000 Einwohnern.

Tabelle 20: Orte, die auf keinen Fall in Frage kommen (Einwohnerzahlen)

bis 2.000	39,2 Prozent
2.000 bis 10.000	29,5 Prozent
10.000 bis 50.000	17,8 Prozent
50.000 bis 100.000	12,5 Prozent
100.000 bis 500.000	11,8 Prozent
über 500.000	15,9 Prozent

Für Rheinland-Pfalz ist dies insofern durchaus problematisch, als es im Land nur wenige Städte über 50.000 Einwohner gibt. Viele Kreisstädte im Land haben sogar weniger als 10.000 Einwohner und fallen damit in die zweitunbeliebteste Kategorie. Die Präferenz für städtische Gebiete spiegelt sich auch bei der Frage nach den Regionen im Land, die als Arbeitsort in Frage kämen. An der Spitze der Beliebtheit steht Rheinhessen mit 76,5 Prozent der Nennungen derjenigen, die überhaupt in Rheinland-Pfalz arbeiten wollen, am Ende der Westwald mit 22,8 Prozent. Bei diesen Zahlen ist zu berücksichtigen, dass sie sich nur auf diejenigen Studenten beziehen, für die Rheinland-Pfalz als Arbeitsort in Frage kommt. In der folgenden Tabelle ist zusätzlich in der Spalte „gesamt“ aufgeführt, welcher Anteil der Befragten insgesamt sich eine Arbeit in den genannten Regionen vorstellen kann.



Tabelle 21: In welchen Regionen in Rheinland-Pfalz können Sie sich vorstellen zu arbeiten?

Falls Rheinland-Pfalz als Arbeitsort in Frage kommt	gesamt
Rheinhausen	45,5
Pfalz	28,7
Mittelrhein-Lahn-Taunus	20,6
Mosel-Saar	20,5
Eifel	17,5
Hunsrück	15,5
Westerwald	13,6

Kombiniert man die Angaben zur (grundsätzlichen) Bereitschaft in Rheinland-Pfalz zu arbeiten und sich als Allgemeinmediziner niederzulassen mit dieser Frage nach Regionen, dann ergibt sich folgende Verteilung: Für rund 60 Prozent der Befragten kommt Rheinland-Pfalz als Arbeitsort in Frage, 44 Prozent erwägen eine Niederlassung in Rheinland-Pfalz, 19 Prozent eine Niederlassung als Hausarzt.

Tabelle 22: Niederlassung als Hausarzt in verschiedenen Regionen des Landes

Rheinhausen	15 Prozent
Pfalz	10 Prozent
Mittelrhein-Lahn-Taunus	8 Prozent
Mosel-Saar	8 Prozent
Eifel	7 Prozent
Hunsrück	7 Prozent
Westerwald	4 Prozent

Das bedeutet wohlgerneht nicht, dass wenigstens 4 Prozent der befragten Medizinstudenten sich nun (unbedingt) im Westerwald als Hausarzt niederlassen wollen, sondern lediglich, dass diese 4 Prozent zumindest darüber nachdenken – aber auch andere Optionen haben, etwa die Tätigkeit in anderen Regionen oder die Wahl einer anderen Fachrichtung.

Fazit

Drei Kommentare von befragten Studenten bringen die Probleme, die sich bei der Rekrutierung von Hausärzten für die flächendeckende Versorgung ergeben, auf den Punkt:

„Da mein Vater in einem 2.000-Einwohner-Dorf Allgemeinmediziner ist, habe ich einen ziemlich guten Einblick ins Landarzt-dasein bekommen. Ich möchte unter keinen Umständen eine eigene Praxis haben, da die Bürokratie und die Auflagen der Krankenkassen zu hoch und unerträglich sind.“

„Ich will kein Allgemeinmediziner werden, erst recht nicht auf dem Land!“

„Niederlassung wäre für mich sehr erstrebenswert, wären nicht die Schwierigkeiten bezüglich Budget, Finanzierung, Bürokratie.“

Das Land als Arbeits- und Lebensraum wie auch die Tätigkeit als Allgemeinmediziner sind unter den gegenwärtigen Umständen (für viele) unattraktiv. Bürokratie schreckt ab. Das Verhältnis von Kosten (Investitionskosten/laufende Kosten) und Einnahmen wird als ausgesprochen problematisch angesehen.



5. Versorgungsatlas: Hochrechnungen

5.1 AUSWIRKUNGEN DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS AUF DIE INANSPRUCHNAHME ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Im Folgenden wird hochgerechnet, wie sich die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Rheinland-Pfalz in Folge des demografischen Wandels ändern könnte, wobei gegenläufige Effekte zu berücksichtigen sind:

- Die Bevölkerungszahl wird insgesamt abnehmen, so dass bei konstanten anderen Bedingungen mit einem Rückgang der Inanspruchnahme zu rechnen wäre. Dabei wird die Entwicklung regional unterschiedlich verlaufen. So wird es voraussichtlich Gebiete geben, deren Bevölkerungszahl durch Zuwanderung bis zum Jahr 2020 zunimmt.⁹
- Das Lebensalter der Versicherten wird im Mittel steigen, so dass von einer höheren Inanspruchnahme auszugehen ist, weil ältere Menschen im Durchschnitt mehr medizinische Leistungen benötigen. Hier ist zu berücksichtigen, dass das mittlere Alter der Bewohner ländlicher Gebiete höher sein wird als das der Bewohner städtischer Gebiete. Allerdings wird in die Bevölkerungszahl in ländlichen Gebieten auch stärker schrumpfen.
- Das Geschlecht der Versicherten hat ebenfalls einen Einfluss auf die Inanspruchnahme (siehe Abbildung 28). Da sich die Geschlechterrelationen allerdings im Zeitverlauf kaum ändern, wirkt sich dieser Einfluss in der Hochrechnung kaum aus.

Zunächst werden die genannten Effekte separat vorgestellt. Dabei wird sich zeigen, dass sich die Bevölkerungszahl und das Lebensalter gegenläufig auf die Inanspruchnahme auswirken. Mit Hilfe einer Tabellenkalkulation wurde die Gesamtwirkung berechnet, die im Anschluss vorgestellt wird. Da die Inanspruchnahme mit Hilfe verschiedener Maßzahlen gemessen werden kann, werden verschiedene Hochrechnungen vorgestellt. Da für die Verbandsgemeinden und Kreise von Rheinland-Pfalz jeweils eigene Bevölkerungsberechnungen von Statistischen Landesamt erstellt wurden, kann die Inanspruchnahme auch für diese Gebietsebenen dargestellt werden. Ebenso ist es möglich, die Inanspruchnahme verschiedener ärztlicher Fachgruppen darzustellen.

5.1.1 BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

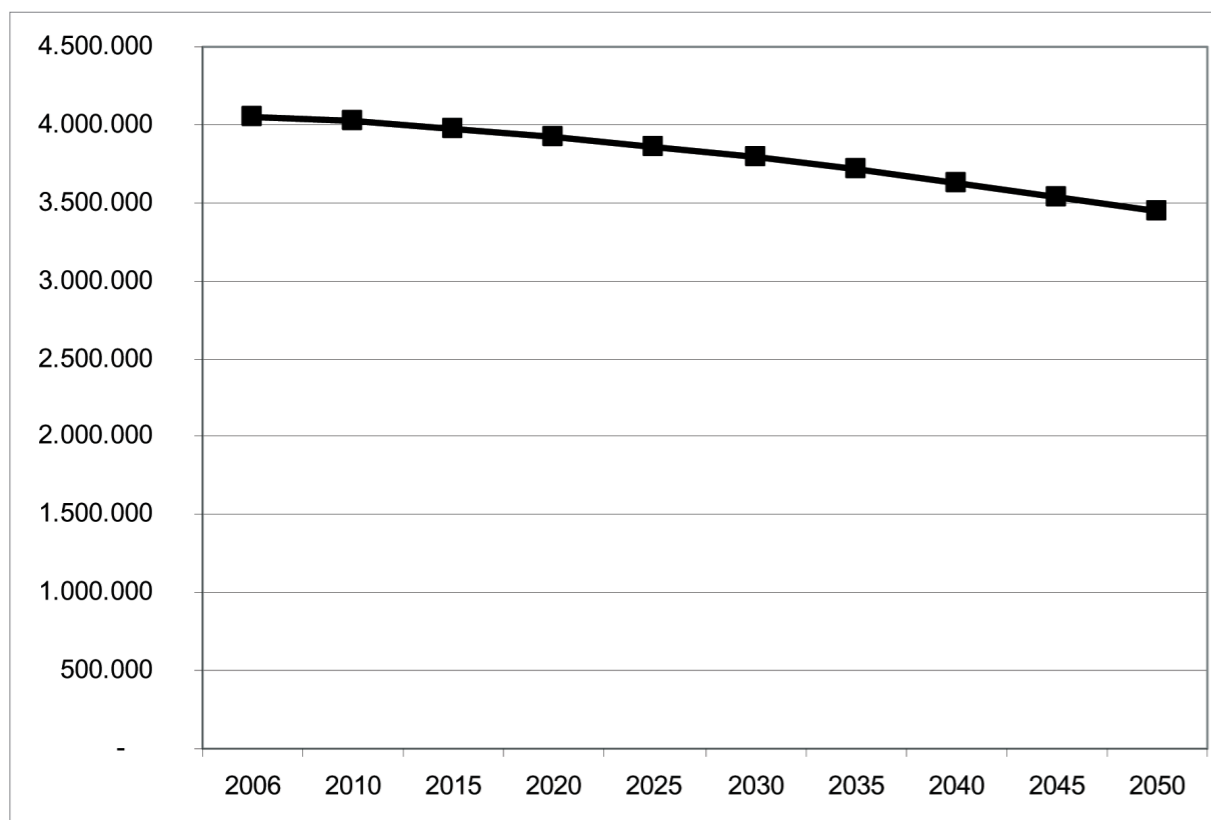
Zur Bevölkerungsentwicklung hat das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz mittlerweile mit dem Bericht „Rheinland-Pfalz 2050“ die „Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung“ vorgelegt. Darin wird für ganz Rheinland-Pfalz und für die Landkreise die Entwicklung der Bevölkerung bis zum Jahr 2050 hochgerechnet. Nach dem mittleren Szenario¹⁰ ist verglichen mit dem Basisjahr 2006 mit einem Rückgang der Bevölkerungszahl von -3,2 Prozent bis zum Jahr 2020 und von -14,9 Prozent bis zum Jahr 2050 auszugehen. Nach dieser Vorausberechnung wäre ceteris paribus von einer entsprechend geringeren Inanspruchnahme auszugehen.

⁹ Das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz geht von einer Zunahme in den Kreisen Alzey-Worms, Trier-Saarburg und Mainz-Bingen aus, vgl. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2007): Rheinland-Pfalz 2050 – Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 103.

¹⁰ Das Statistische Landesamt hat jeweils eine untere, mittlere und obere Variante aller Hochrechnungen vorgestellt. Der Unterschied besteht in darin, dass ein Wanderungssaldo von 0, von +5.000 bzw. von +10.000 Personen pro Jahr angenommen wird.



Abbildung 26: Bevölkerungsentwicklung Rheinland-Pfalz 2006-2050 (mittleres Szenario)

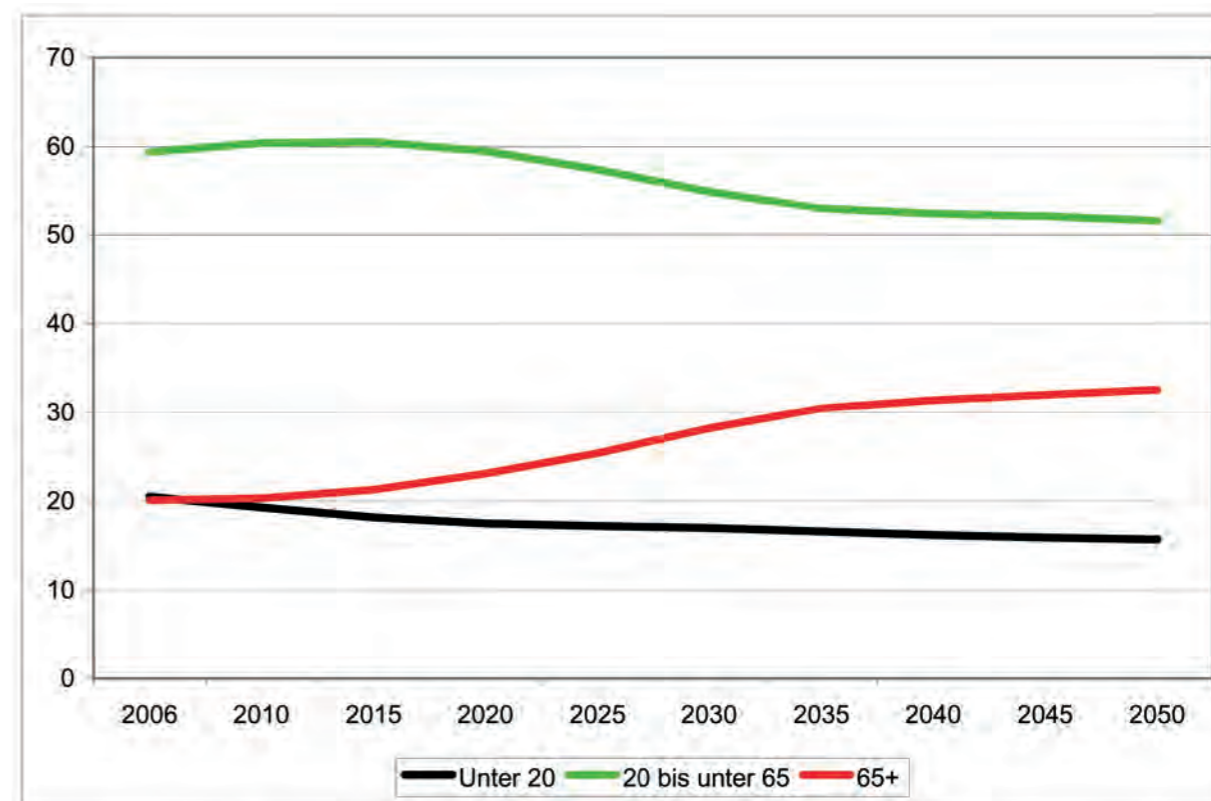


Quelle: Nach Daten des Statistischen Landesamts Rheinland-Pfalz (Hrsg.)(2007): Rheinland-Pfalz 2050 – Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Bad Ems S. 134.

Um die Alterung der Bevölkerung zu veranschaulichen, sind der Jugendquotient und der Altenquotient geeignete Maßzahlen. Der Jugendquotient gibt an, wie viele Personen unter 20 Jahre auf 100 Personen im Alter von 20 bis 64 kommen. Entsprechend gibt der Altenquotient die Zahl der über 64-Jährigen zu 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren an.



Abbildung 27: Entwicklung der Jugend- und Altenquotienten



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.)(2007): Rheinland-Pfalz 2050 – Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Bad Ems, S. 17.

Die vorstehende Abbildung zeigt, dass der Jugendquotient kontinuierlich sinkt, während der Altenquotient ansteigt. Der Anteil der Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren im Verhältnis zu den beiden anderen Gruppen wird bis zum Jahr 2015 noch leicht ansteigen und danach langsam sinken.

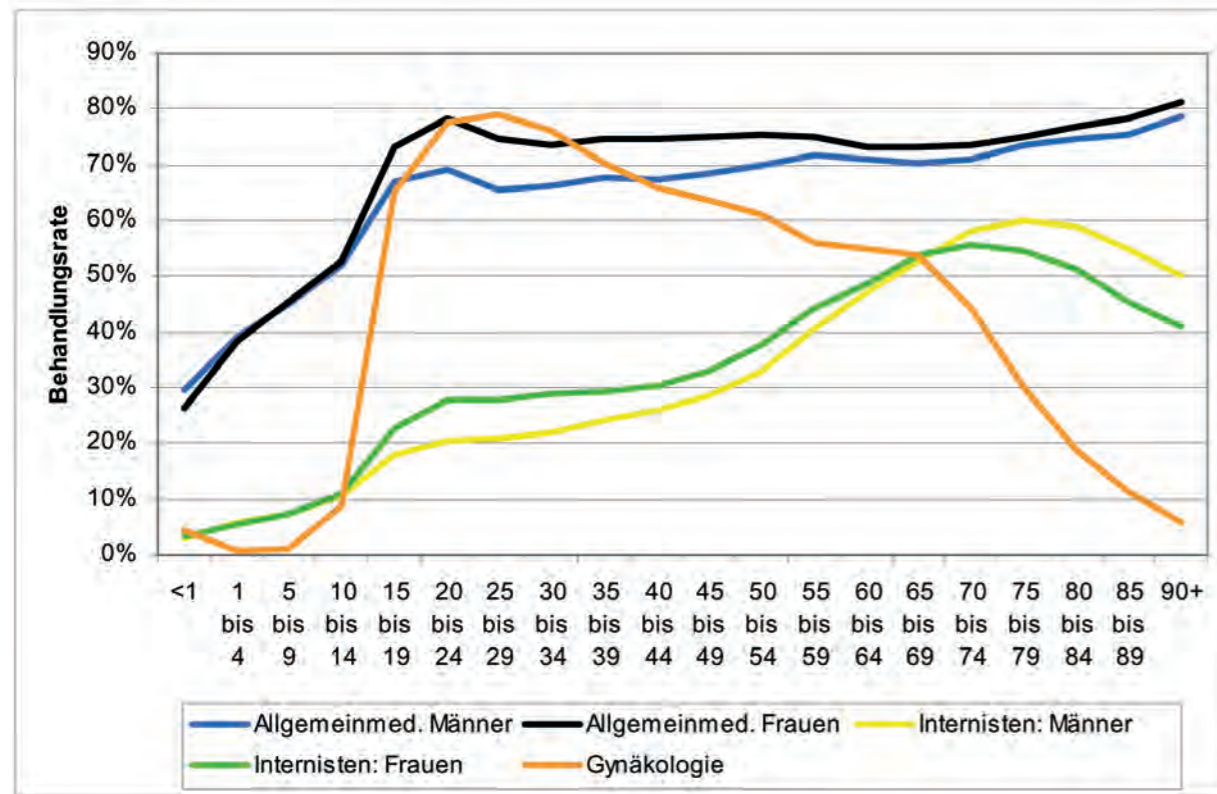
5.1.2 ZUSAMMENHANG LEBENSALTER UND INANSPRUCHNAHME

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen korreliert mit dem Lebensalter und dem Geschlecht, wobei es deutliche Unterschiede zwischen den medizinischen Fachrichtungen gibt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Inanspruchnahme mit verschiedenen Indikatoren gemessen werden kann. Der „Barmer GEK Arztreport“ aus dem Januar 2010 weist beispielsweise die Behandlungsrate aus. Das ist der Anteil der Versicherten, der innerhalb eines Jahres einen Arzt aufsucht. Die folgende Abbildung zeigt die Behandlungsraten für Allgemeinmedizin und Innere Medizin nach Altersklassen und Geschlecht sowie den Anteil der Frauen, die einen Gynäkologen aufgesucht haben. Bis zur Altersklasse von 20 bis 24 Jahren steigt der Anteil der Personen, die innerhalb eines Jahres einen Allgemeinmediziner konsultieren, stetig und stark an, was auf den Wechsel vom Kinderarzt zum Allgemeinmediziner zurückzuführen sein dürfte. In der folgenden Altersklasse geht die Behandlungsrate sogar leicht zurück – und steigt dann leicht an. Der Anstieg der Behandlungsrate von Internisten fällt dagegen gleichmäßiger aus, allerdings liegt die Behandlungsrate konstant unterhalb der Behandlungsrate für Allgemeinmedizin. Ein weiterer Unterschied ist, dass die Behandlungs-



rate der Allgemeinmedizin in höherem Alter weiter ansteigt, während sie bei Innerer Medizin wieder sinkt. Ein ganz anderes Muster der Inanspruchnahme zeigt sich bei der Gynäkologie. Die höchste Rate wird nach einem steilen Anstieg in der Altersgruppe 25-29 Jahre erreicht, um dann kontinuierlich abzufallen. Hier deutet sich schon an, dass bei konstantem Konsultationsverhalten in Zukunft Gynäkologen weniger in Anspruch genommen werden, da die Altersklassen mit einer hohen Behandlungsrate in Zukunft geringer besetzt sein werden.

Abbildung 28: Behandlungsraten nach Alter und Geschlecht

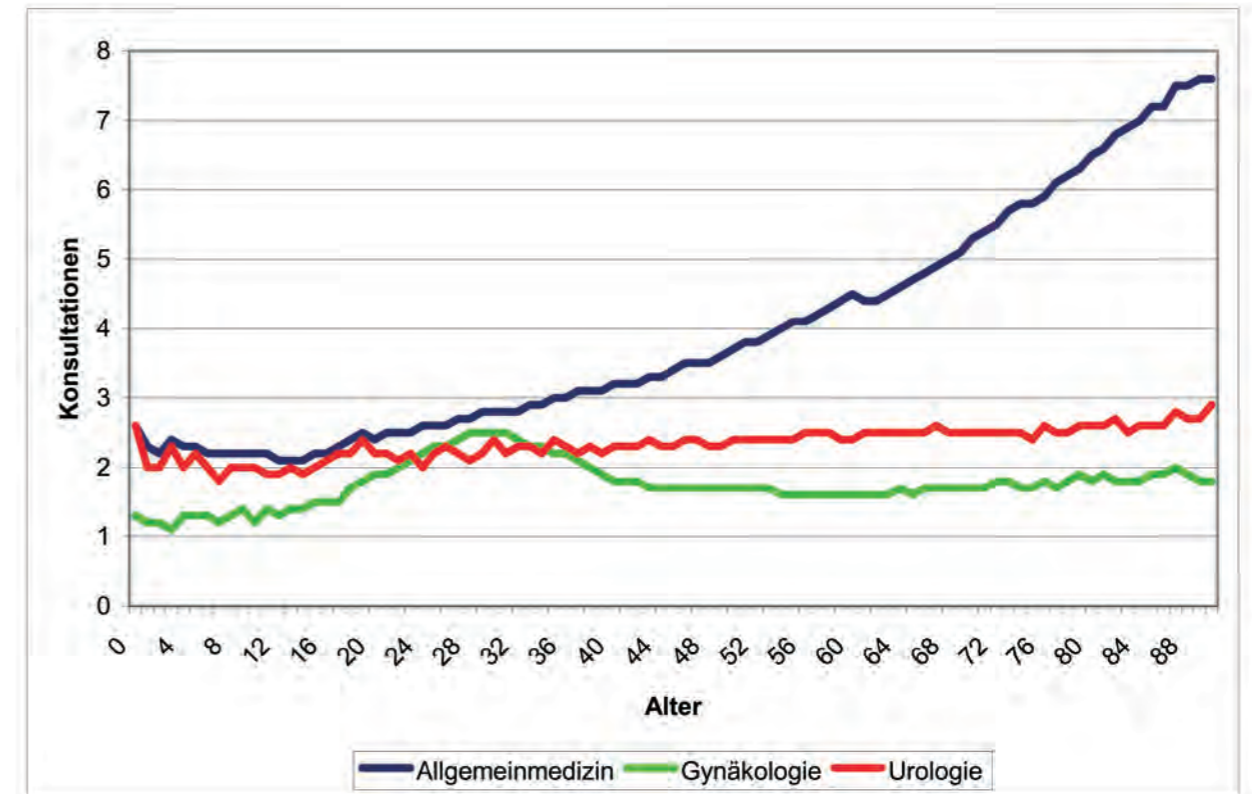


Quelle: Nach Daten von Barmer GEK (Hrsg.)(2010): BARMER GEK Arztreport, Schwäbisch Gmünd, S. 220 und S. 222.

Die Behandlungsrate gibt nur an, ob ein Arzt in einem bestimmten Zeitraum in Anspruch genommen wurde, nicht aber in welchem Maße. Als Bestimmungsgrößen hierfür bietet sich die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte (Konsultationen) an. Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Zahl der Konsultationen für die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Urologie nach dem Lebensalter der Patienten, wobei zur Ermittlung der Durchschnittswerte nur die Personen berücksichtigt wurden, die auch behandelt wurden.



Abbildung 29: Konsultationen nach Alter



Quelle: Nach Daten der KV RLP

Zwischenfazit: Die vorstehenden Abbildungen zeigen, dass Bevölkerungszahl abnimmt – in Folge müsste die Inanspruchnahme sinken. Gleichzeitig steigt die Inanspruchnahme mit dem Alter an. Da die Bevölkerung gleichzeitig altert und schrumpft, stellt sich die Frage, welcher Effekt der stärkere ist.



5.1.3 GESAMTEFFEKT VON ABNAHME UND ALTERUNG DER BEVÖLKERUNG

In Folgenden wird dargelegt, wie sich die gegenläufigen Entwicklungen prozentual auf die Inanspruchnahme auswirken könnten, wobei die Inanspruchnahme mit zwei Kennzahlen gemessen wurde: der Zahl der Konsultationen und mit der zeitlichen Beanspruchung. Beide Kennzahlen wurden sowohl für die Ärzteschaft insgesamt als auch einzelne Abrechnungsgruppen in vier Schritten hochgerechnet:

- Ermittlung der **Konsultationen**: Im ersten Schritt wurde ermittelt, wie häufig ein Patient einer Altersgruppe (in Abstufungen von zehn Jahren) Ärzte einer Abrechnungsgruppe durchschnittlich im Quartal aufsucht. Diese Berechnung erfolgte auf der Grundlage der Behandlungsfalldaten des Quartals 1/2006.¹¹
- Ermittlung der **zeitlichen Beanspruchung**: Im zweiten Schritt wurde die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Patienten je Arzt- und Altersgruppe ebenfalls quartalsbezogen ermittelt. Der Zeitbedarf basiert auf den Behandlungsfalldaten des Quartals 1/2009. Diese Daten wurden ergänzt um die Prüfzeitwerte der einzelnen Gebührenordnungsziffern. Aus der Häufigkeit einer Ziffer und dem entsprechenden Zeitwert wurde der Zeitbedarf je Arzt und Patient ermittelt. Diese Werte wurden dann – analog zu den Konsultationsdaten – zu Durchschnittswerten je Arzt- und Altersgruppe der Patienten verdichtet.
- Ermittlung der aktuellen **Patientenzahl** nach Verbandsgemeinden:¹² Es wurde zunächst für jede Verbandsgemeinde in Rheinland-Pfalz gezählt, wie viele Personen Ärzte aufgesucht haben. Diese Zahlen wurden wiederum nach Alters- und Arztgruppen getrennt gezählt. Patienten, die verschiedene Arztgruppen aufgesucht haben, wurden entsprechend mehrfach gezählt. Patienten, die in diesem Quartal verschiedene Ärzte der gleichen Arztgruppe aufgesucht hatten, gingen ebenso mehrfach – entsprechend der Anzahl der aufgesuchten Ärzte – in die Berechnung ein. Wo die Patienten behandelt wurden, spielte dabei keine Rolle.
- Im letzten Schritt wurde die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes mit den Daten der KV RLP kombiniert: Die in Schritt 3 ermittelte Patientenzahl wurde anschließend mit dem aus den Daten des Statistischen Landesamtes vorab ermittelten Quotienten aus prognostizierter und aktueller Einwohnerzahl je Verbandsgemeinde und Altersgruppe multipliziert. Anschließend wurde die Patientenzahl mit den in den Schritten 1 und 2 ermittelten Kennzahlen multipliziert. Die Verwendung der Konsultationen und der Behandlungsdauer für eine Hochrechnung ist natürlich verbunden mit der Annahme, dass diese im Zeitverlauf keinen signifikanten Veränderungen unterliegen.

Im Ergebnis zeigt sich folgende Entwicklung der Inanspruchnahme.

Die Tabelle zeigt, dass der demografische Wandel die Inanspruchnahme der medizinischen Fachgruppen unterschiedlich betrifft. Obwohl die Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2020 geringfügig abnehmen wird, steigt bei „altenspezifischen“ Fachgruppen die Inanspruchnahme zum Teil deutlich an, da die Alterung der Bevölkerung die gleichzeitige Abnahme überkompensiert. Fachgruppen, die hauptsächlich Menschen jüngeren und mittleren Alters betreuen, werden hingegen vom Rückgang der Bevölkerung und von deren Alterung betroffen. Da das Statistische Landesamt die Bevölkerungsvorausberechnung auch für Kreise, kreisfreie Städte und Verbandsgemeinden durchgeführt hat, kann die Inanspruchnahme analog auch für diese Gebietseinheiten berechnet werden. Exemplarisch werden

¹¹ Der Grund für die Berechnung auf Grundlage eines länger zurückliegenden Quartals ist, dass durch die mit dem aktuellen EBM verbundene starke Pauschalierung nicht mehr alle Arzt-Patienten-Kontakte in den Abrechnungsdaten dokumentiert sind. Da es zu diesem Zeitpunkt noch keine lebenslangen Arztnummern gab und infolgedessen die eindeutige Zuordnung einer Behandlung zu einem bestimmten Arzt in Gemeinschaftspraxen nicht möglich war, wurden nur Praxen mit homogener Fachgruppen-Zusammensetzung berücksichtigt. Zur Ermittlung der Arzt-Patienten-Kontakte wurde gezählt, an wie vielen verschiedenen Tagen jeder Arzt für jeden Patienten Leistungen abgerechnet hat.

¹² Grundlage hierfür waren wiederum die Abrechnungsfalldaten des Quartals 1/2009 – ohne Berücksichtigung von Zielaufträgen und Laboruntersuchungen.



Tabelle 23: Entwicklung der Patientenzahl, Konsultationen und der zeitlichen Beanspruchung ärztlicher Leistungen nach Fachgruppen für ganz Rheinland-Pfalz

ARZTGRUPPE	Prozentuale Veränderung 2009 bis 2020				
	Anzahl Patienten im Quartal 1/2009	Anzahl Patienten pro Quartal in 2020	Patientenzahl	Konsultationen	Zeitliche Beanspruchung
FÄ für Urologie	135.326	147.912	9,30	10,02	10,68
FÄ für Innere Med. SP Hämatologie und Internistische Onkologie	19.470	21.164	8,70	8,76	9,13
FÄ für Innere Med. SP Nephrologie	29.245	31.344	7,18	9,17	8,87
FÄ für Innere Med. SP Kardiologie	77.877	83.755	7,55	8,08	7,91
FÄ für Innere Med. SP Gastroenterologie	53.852	56.693	5,28	6,33	6,24
FÄ für Augenheilkunde	376.005	391.276	4,06	5,17	5,74
FÄ für Innere Med. SP Rheumatologie	11.100	11.630	4,77	5,30	4,58
FÄ für Allgemeinmedizin, haus- ärztlich tätige Internisten	2.702.273	2.723.524	0,79	5,09	3,63
FÄ für Nervenheilkunde	119.290	123.313	3,37	3,43	3,22
FÄ für Orthopädie	257.592	259.542	0,76	2,37	2,19
FÄ für Innere Med. SP Pneumologie	41.319	42.333	2,45	2,18	2,09
FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten	212.929	211.921	-0,47	0,25	1,73
FÄ für Chirurgie/Neurochirurgie	161.004	159.946	-0,66	0,32	0,34
FÄ für Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	204.693	204.123	-0,28	-0,96	-0,42
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	396.706	376.166	-5,18	-5,35	-5,92
Psychotherapeuten	53.840	51.481	-4,38	-5,60	-6,28
FÄ für Kinderheilkunde	312.455	283.016	-9,42	-9,03	-9,16
Kinder- und Jugendpsychiater	10.097	8.719	-13,65	-13,46	-13,55
Alle	5.175.525	5.189.456	0,27	3,46	1,77

FÄ = Fachärzte SP = Schwerpunkt



Abbildung 30: Hochrechnung der zeitlichen Beanspruchung der Urologie nach Verbandsgemeinden

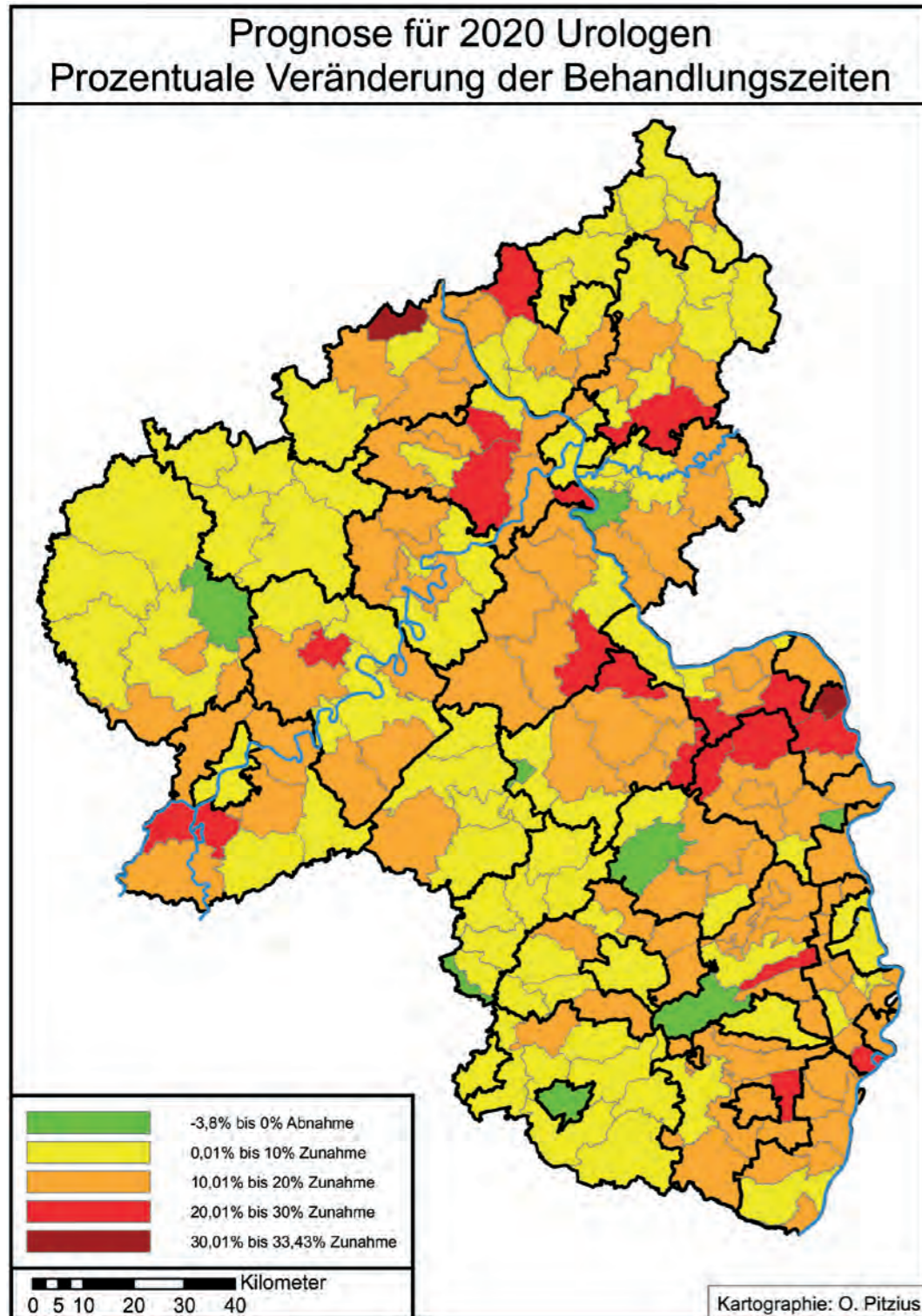
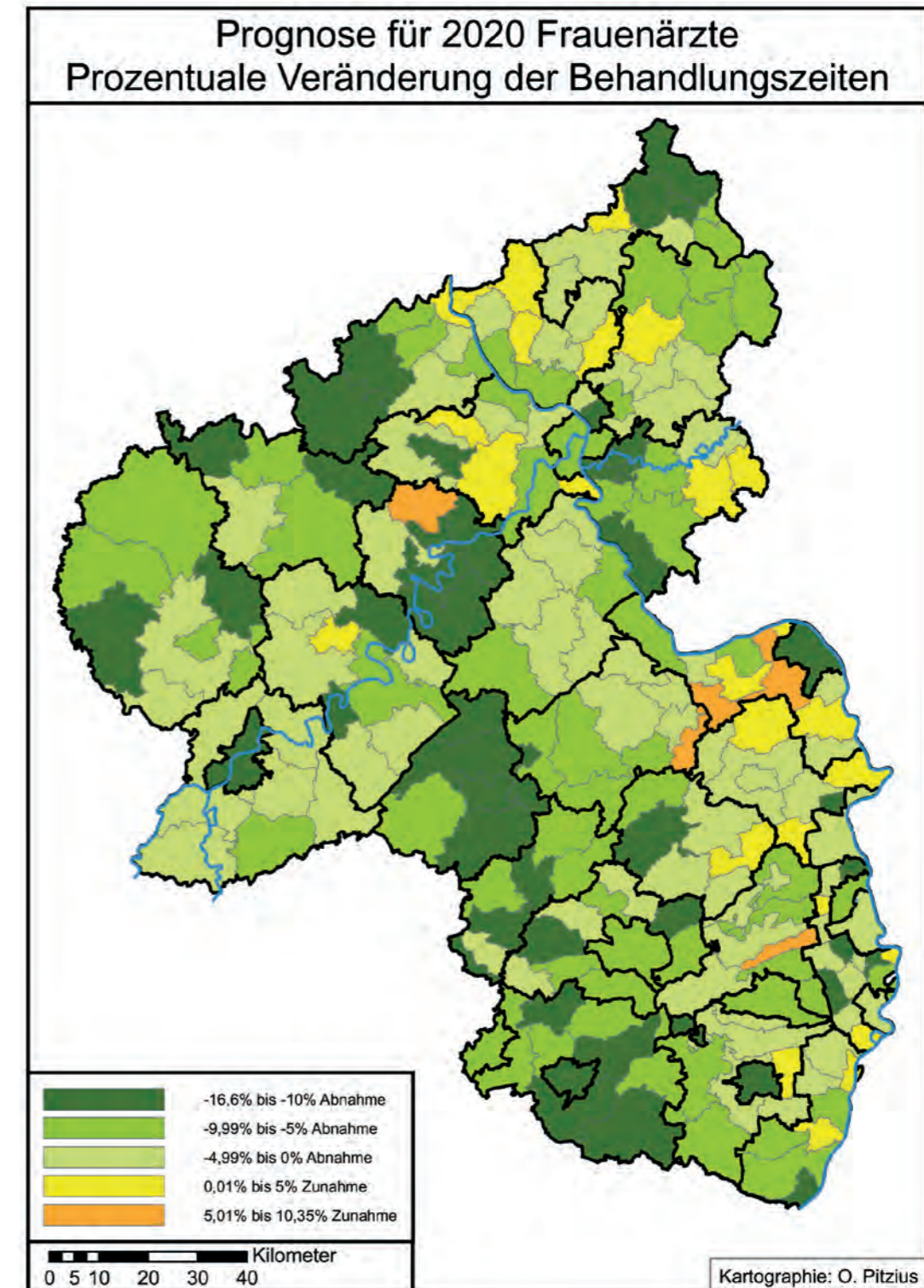


Abbildung 31: Hochrechnung der zeitlichen Beanspruchung der Gynäkologie nach Verbandsgemeinden





5.1.4 MODELLKRITIK

Bei der vorstehenden Berechnung ist zu beachten, dass es sich um eine Hochrechnung handelt, nicht um eine Prognose, von der angenommen wird, dass sie wie vorhergesagt eintritt. Bei dieser Hochrechnung werden lediglich bekannte Trends extrapoliert. Solche Hochrechnungen sind somit „theorielos“ – es wird lediglich unterstellt, dass sich die bisherigen Trends auch in Zukunft fortsetzen. Somit erheben Hochrechnung – im Gegensatz zu Prognosen – nicht den Anspruch, dass die berechnete Entwicklung so eintreten wird. Bei den vorgestellten Daten sind insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Bei den Daten zur Bevölkerungsberechnung handelt es sich wiederum um Hochrechnungen, von denen das Statistische Landesamt drei Varianten berechnet hat. Zumindest auf kurze Sicht bis 2020 weichen die Varianten allerdings kaum voneinander ab. Hier ist auch zu berücksichtigen, dass Bevölkerungsberechnungen auf kurze Sicht immer sehr zuverlässig sind, da die meisten Personen, die voraussichtlich auch noch im Jahr 2020 leben werden, bereits geboren sind.
- In dieser Hochrechnung wurden dynamische Effekte, wie sie sich etwa aus der Morbiditätsthese und der Kompressionsthese ergeben, nicht berücksichtigt. Die Morbiditätsthese geht davon aus, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Alter weiter zunehmen wird. Der Grund ist die Annahme, dass Krankheiten im Lebensverlauf weiterhin im gleichen Alter eintreten, der Krankheitsverlauf durch medizinische Fortschritte gebremst werden kann – ohne jedoch die Krankheit heilen zu können. In der Folge steigt zwar die Lebensspanne, jedoch zum Preis einer immer länger dauernden Phase „Leben mit Krankheit“. Dagegen geht die Kompressionsthese davon aus, dass der Beginn von Krankheiten im Lebensverlauf immer weiter nach hinten verschoben werden kann, so sich die Inanspruchnahme insgesamt kaum ändert. Welche der beiden Thesen zutrifft, ist jetzt noch nicht absehbar. Allerdings betreffen beide Thesen eher mittelfristige bis langfristige Tendenzen im Gesundheitswesen, weil sie sich aus der Entwicklung des medizinischen Fortschritts ableiten. Medizinisch-technische Durchbrüche, die die Entwicklung in die Richtung der einen oder anderen These lenken, sind jedoch derzeit nicht absehbar.
- Ebenfalls sind in die Hochrechnung keine systemischen Änderungen im Gesundheitswesen eingeflossen. Große Auswirkungen auf die Inanspruchnahme wären etwa durch spürbare Direktbeteiligungen der Patienten zu erwarten. Wenn die vorstehenden Hochrechnungen folglich mit Unsicherheiten behaftet sind, scheinen sie doch für eine mittelfristige Sicht bis 2020 geeignet. Demnach ist bis 2020 für ganz Rheinland-Pfalz bei dem derzeitigen Konsultationsverhalten davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen insgesamt in etwa auf dem bisherigen Niveau bleibt. Ohne Änderungen des Konsultationsverhaltens müsste folglich die Zahl der Ärzte in etwa konstant gehalten werden, wenn das bisherige Versorgungsniveau gehalten werden soll. Daher wird im Folgenden die Altersstruktur der Mitglieder der KV RLP dargestellt, um den Ersatzbedarf zu ermitteln.



5.2 HOCHRECHNUNG DER HAUSARZTZAHLEN IM JAHR 2020

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, wie die Hausarztzahlen im Jahr 2020 ausfallen könnten, wurden die Daten aus der Befragung der Medizinstudenten der Universität Mainz (siehe Abschnitt 4.2) mit dem Ersatzbedarf (siehe Abschnitt 2.2) verknüpft. Aus den Befragungsdaten wurde eine hypothetische Wiederbesetzungsquote abgeleitet. Zur Ermittlung dieser Quote wurden die Antworten der Medizinstudenten auf die Frage ausgewertet, wo sie es sich eine Tätigkeit als niedergelassener Allgemeinmediziner vorstellen könnten.

Der mit 15 Prozent größte Teil der Befragten konnte sich eine Niederlassung in Rheinhessen vorstellen. Da die meisten Studenten städtische Gebiete vorziehen, wurde eine Wiederbesetzungsquote in Mainz von 100 Prozent angenommen. Für die übrigen großen kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz wurde ebenfalls eine Wiederbesetzung von 100 Prozent angenommen, die übrigen Gebiete Rheinhessens wurden mit 90 Prozent angesetzt. Entsprechend der Nennungen der Regionen in der Medizinstudentenbefragung (siehe Tabelle 21) fand eine Umrechnung für die zur genannten Region gehörenden Kreise und Verbandsgemeinden in Relation zur Region Rheinhessen statt. Beispielsweise wurde der Westerwald nur von 4 Prozent der Studenten genannt, daher entspricht die Wiederbesetzung dort 4/15, dementsprechend 26,6 Prozent.

Nach dieser Methode ergeben sich für die Kreise und kreisfreien Städte folgende Wiederbesetzungsquoten:



Tabelle 24: Angenommene Wiederbesetzungsquoten

Kreis/ kreisfreie Stadt	Wiederbesetzungsquote
Ahrweiler	46,7 Prozent
Altenkirchen (Westerwald)	26,6 Prozent
Alzey-Worms	90,0 Prozent
Bad Dürkheim	66,7 Prozent
Bad Kreuznach	46,7 Prozent
Bernkastel-Wittlich	53,3 Prozent
Birkenfeld	66,7 Prozent
Cochem-Zell	53,3 Prozent
Donnersbergkreis	53,3 Prozent
Eifelkreis Bitburg-Prüm	46,7 Prozent
Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt	66,7 Prozent
Germersheim	66,7 Prozent
Kaiserslautern	66,7 Prozent
Kaiserslautern, kreisfreie Stadt	100,0 Prozent
Koblenz, kreisfreie Stadt	100,0 Prozent
Kusel	66,7 Prozent
Landau in der Pfalz, kreisfreie Stadt	66,7 Prozent
Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt	66,7 Prozent
Mainz, kreisfreie Stadt	100,0 Prozent
Mainz-Bingen	90,0 Prozent
Mayen-Koblenz	53,3 Prozent
Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt	66,7 Prozent
Neuwied	53,3 Prozent
Pirmasens, kreisfreie Stadt	66,7 Prozent
Rhein-Hunsrück-Kreis	46,7 Prozent
Rhein-Lahn-Kreis	53,3 Prozent
Rhein-Pfalz-Kreis	66,7 Prozent
Speyer, kreisfreie Stadt	66,7 Prozent
Südliche Weinstraße	66,7 Prozent
Südwestpfalz	66,7 Prozent
Trier, Stadt	100,0 Prozent
Trier-Saarburg	53,3 Prozent
Vulkaneifel	46,7 Prozent
Westerwaldkreis	26,6 Prozent
Worms, kreisfreie Stadt	90,0 Prozent
Zweibrücken, kreisfreie Stadt	66,7 Prozent



Abbildung 32: Prognose der Hausärztezahl und deren Entwicklung im Jahr 2020 nach Kreisen

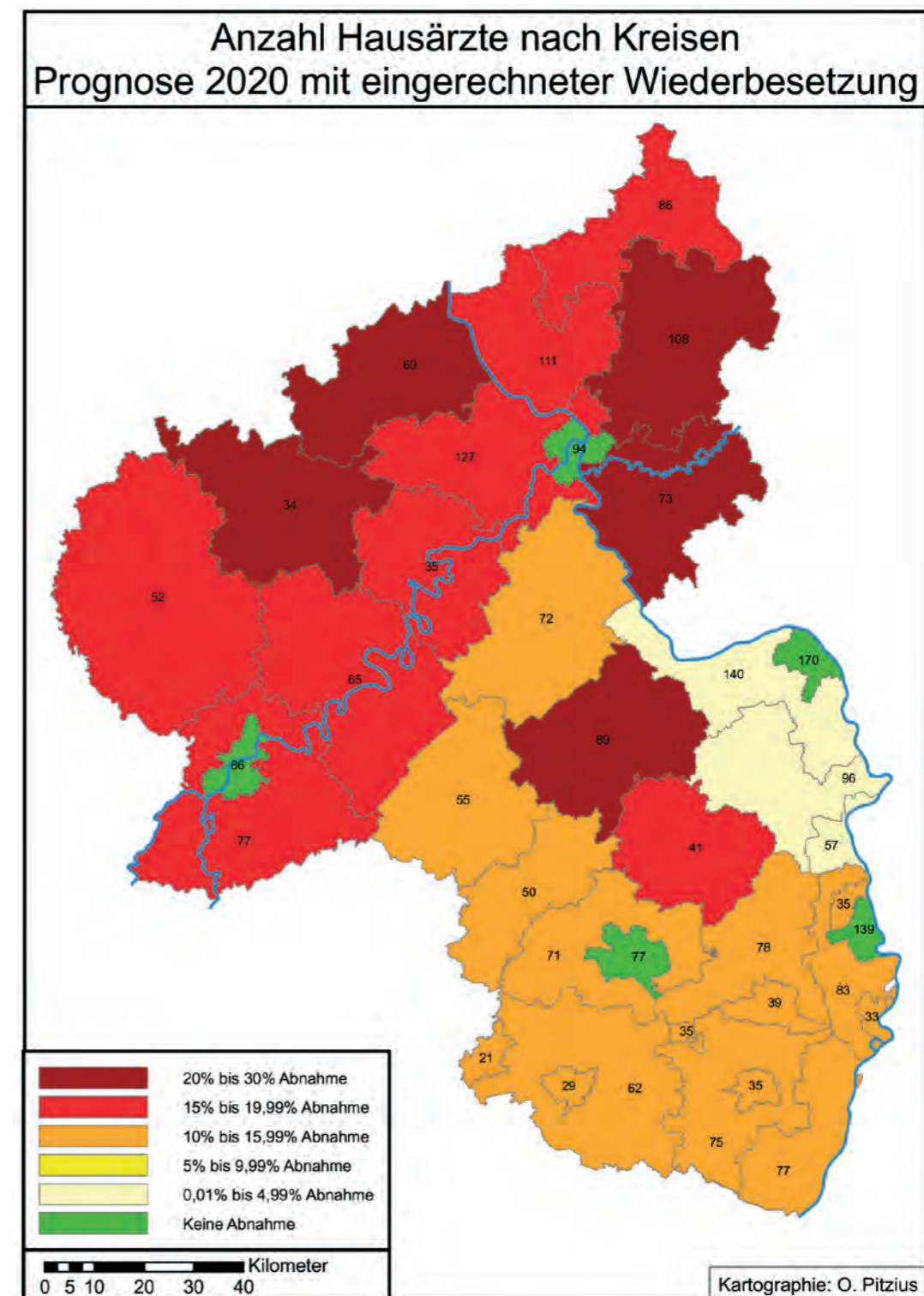
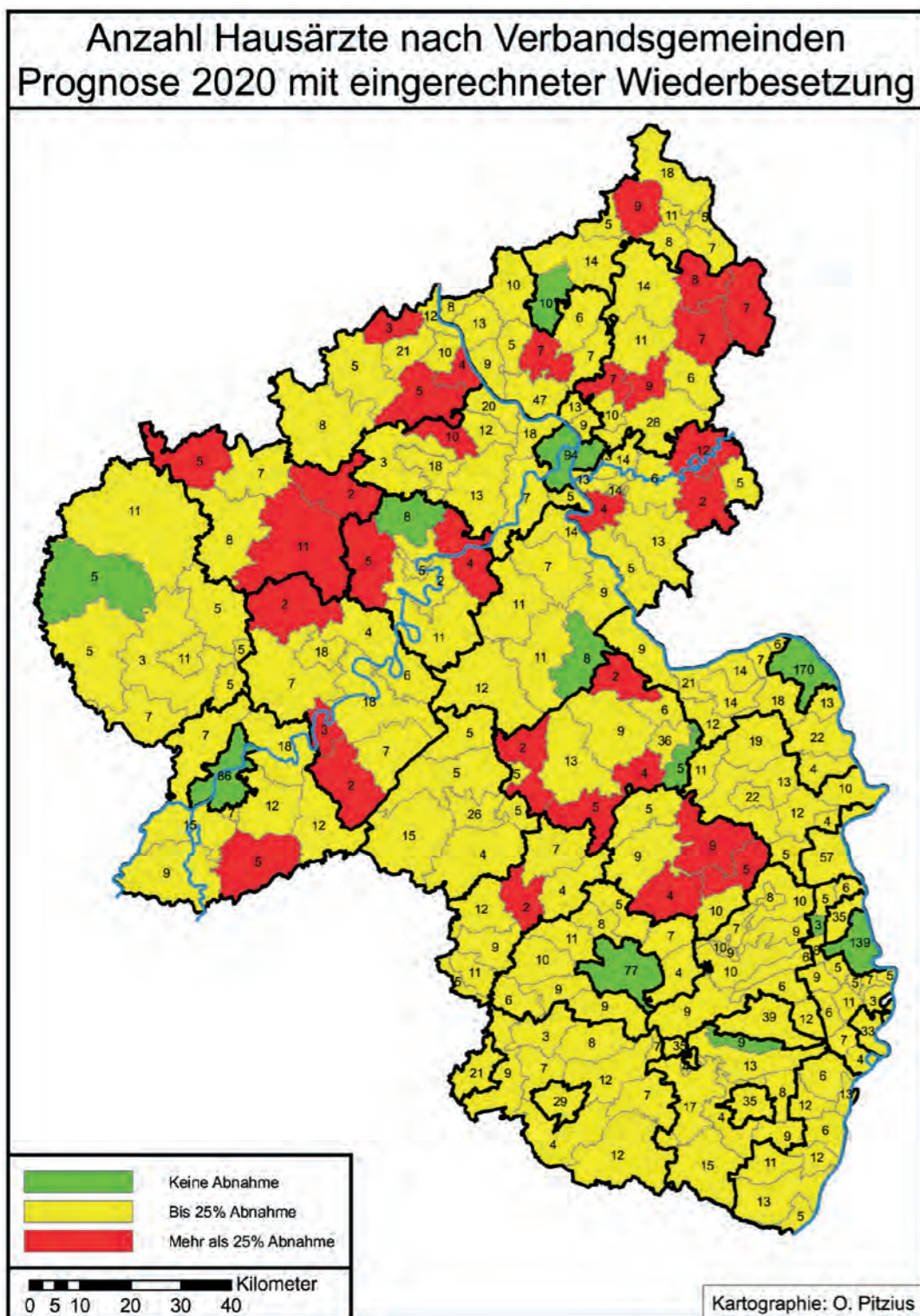




Abbildung 33: Prognose der Hausärztezah und deren Entwicklung im Jahr 2020 nach Verbandsgemeinden



Betrachtet man die regionalen Unterschiede genauer, wird deutlich, dass insbesondere die Wiederbesetzung von Hausarztpraxen in den Kreisen Vulkaneifel, Bad Kreuznach und im Westerwaldkreis schwierig wird. Dies gilt auch für Teile des Eifelkreises Bitburg-Prüm, der Kreise Ahrweiler und Rhein-Lahn-Kreis sowie des Donnersbergkreises.

Bei der Wiederbesetzung ist jedoch zu fragen, ob die bisherigen Planungsgebiete sinnvoll eingeteilt sind. Die bisherige Einteilung richtet sich an administrativen Gebieten aus, die nicht notwendigerweise mit den tatsächlichen Patientenströmen übereinstimmen müssen. Anhand der Behandlungsdaten kann eben dies überprüft werden. Im folgenden Kapitel wird exemplarisch gezeigt, welche Analysemöglichkeiten der KV RLP in dieser Hinsicht zur Verfügung stehen.

6. Analyse der Versorgungsregionen

Im Folgenden werden exemplarisch Patientenströme in Rheinland-Pfalz dargestellt, wobei es zwei Sichtweisen gibt. Eine Sichtweise ist die des Arztes, der wissen will, aus welchen Gebieten die Patienten kommen (Einzugsgebiet). Bei der umgekehrten Sichtweise wird analysiert, wo sich die Patienten eines Ortes behandeln lassen (Behandlungsorte). Beide Sichtweisen können unter anderem zeigen, ob die Ärzte unter Sicherheitsaspekten im Land zweckmäßig verteilt sind. Die dargestellten Analysen könnten somit helfen, bei der Bedarfsplanung zukünftig Gebiete anhand der tatsächlichen Patientenströme zu entwickeln. Die bisherige Bedarfsplanung orientiert sich hingegen an administrativen Gebietseinheiten (i.d.R. Kreise), die nicht notwendigerweise die Versorgungsrealität abbilden.

6.1 EINZUGSGEBIETE

Die folgende Karte zeigt die Sichtweise des Arztes: Woher stammen die Patienten, die Ärzte einer Fachgruppe konsultieren?¹³

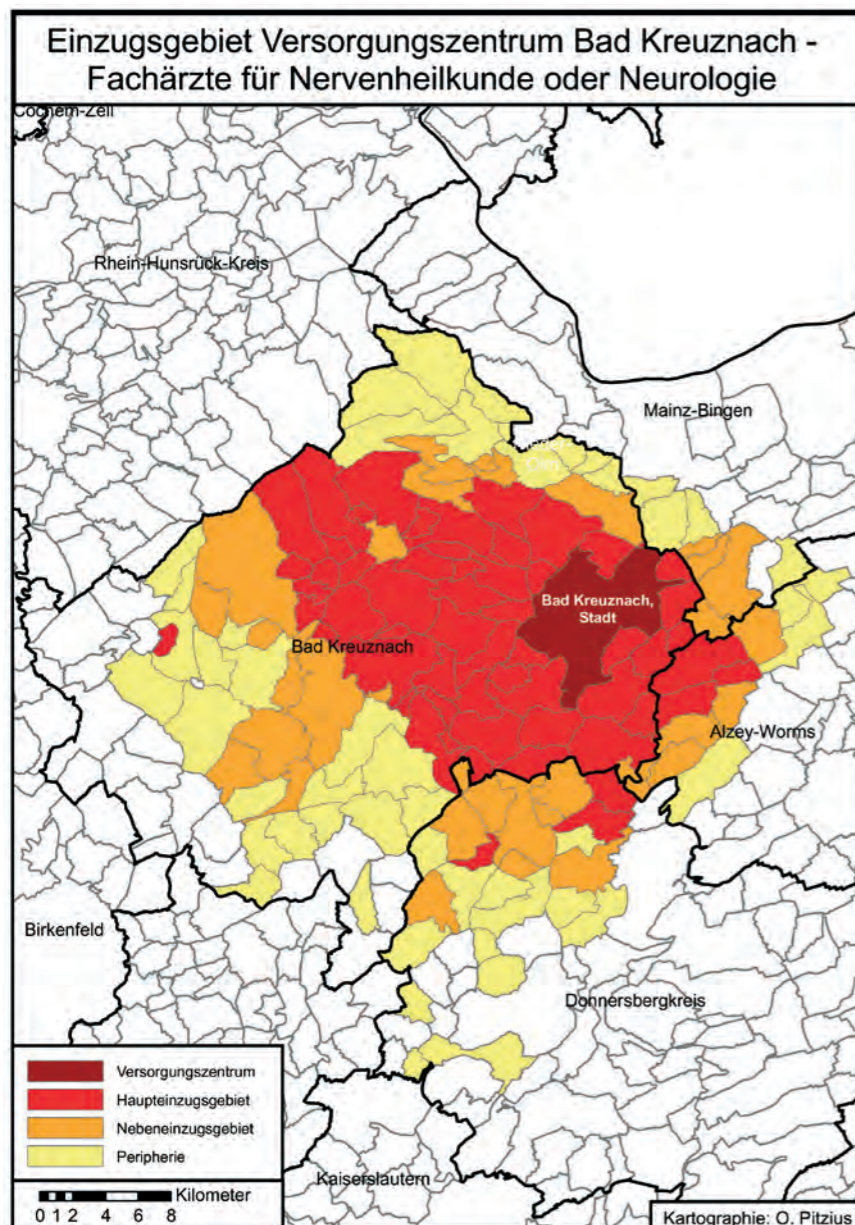
- Versorgungszentrum (Dunkelrot): In diesem Gebiet haben Ärzte der betrachteten Fachgruppe ihre Praxis
- Haupteinzugsgebiet: Mehr als 50 Prozent der Patienten der Fachgruppe suchen einen Leistungserbringer des betrachteten Versorgungszentrums auf
- Nebeneinzugsgebiet (Orange): Zwischen 30 Prozent bis unter 50 Prozent der Patienten der Fachgruppe suchen einen Leistungserbringer des betrachteten Versorgungszentrums auf
- Peripherie (hellgelb): 10 Prozent bis unter 30 Prozent der Patienten der Fachgruppe suchen einen Leistungserbringer des betrachteten Versorgungszentrums auf

¹³ Zur Zuordnung zu einzelnen Fachgruppen wurde nicht die detaillierte Systematik des Arztregisters verwendet, sondern die Kategorisierung aus dem Abrechnungsbereich, da das Abrechnungsverhalten das tatsächliche Leistungsspektrum eines Arztes besser widerspiegelt als die erworbenen Qualifikationen, die das Arztregister ausweist.



Die Gesamtheit der genannten Gebiete – Versorgungszentrum, Haupteinzugsgebiet, Nebeneinzugsgebiet und Peripherie – wird im Folgenden als Versorgungsregion genannt. Die folgende Karte zeigt, dass durch die Lage der Stadt Bad Kreuznach am Rand des gleichnamigen Kreises die Patientenströme nicht mit den Kreisgrenzen übereinstimmen. So gibt es Gemeinden in den Nachbarkreisen, aus denen mehr als 50 Prozent der Patienten zu Behandlung nach Bad Kreuznach kommen. Andererseits gibt es in im Norden von Bad Kreuznach kreisangehörige Gemeinden, deren Patienten sich in der Mehrzahl nicht in Bad Kreuznach behandeln lassen. Bereits diese Karte zeigt, dass die bisherige Bedarfsplanung von administrativen Einheiten als Planungseinheiten wegkommen muss.

Abbildung 34: Einzugsgebiet der Fachärzte für Nervenheilkunde und Neurologie in Bad Kreuznach



Zur Beurteilung der Relevanz der einzelnen Versorgungszentren wurde der Indikator „Zentralität“ gebildet:

$$\frac{\text{Patienten der Versorgungsregion, die sich im Zentrum behandeln lassen}}{\text{Gesamtpatientenzahl der Versorgungsregion}}$$

Die Zentralität der Versorgungsregion liegt bei gut 76 Prozent, das heißt 76 Prozent der Patienten, die in der Versorgungsregion leben, lassen sich in Bad Kreuznach bei den betrachteten Ärzten behandeln. Der relativ moderate Zentralisierungsgrad lässt sich dadurch erklären, dass insbesondere im Osten der Versorgungsregion alternative Angebote für die Patienten bestehen. Für die westlich gelegenen Gebiete des Kreises Bad Kreuznach und die südwestlich gelegenen Gebiete des Donnersbergkreises ist die Praxis jedoch von essentieller Bedeutung.

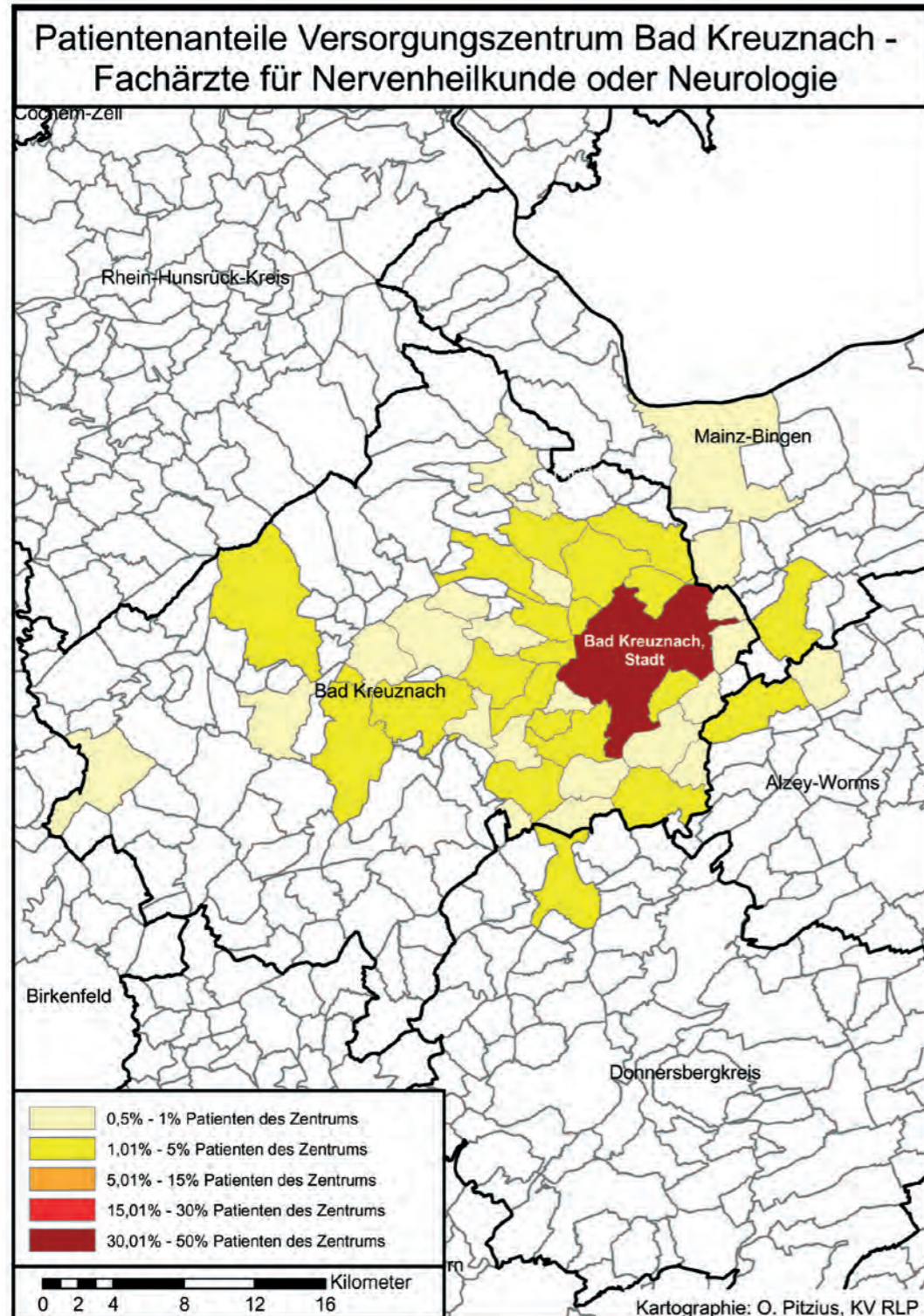
Die vorstehende Analyse hat dargestellt, welcher Anteil der Patienten einer Gemeinde die Ärzte im betrachteten Versorgungszentrum konsultiert. Daraus lässt sich schließen, wie wichtig das Versorgungszentrum für die jeweiligen Gemeinden ist. Für die Niederlassungsberatung des einzelnen Arztes ist jedoch eine andere Sichtweise relevant: „Welcher Anteil meiner Patienten kommt aus welcher Gemeinde?“. Dies ist beispielsweise bedeutend, wenn der Arzt den Aufwand von Hausbesuchen abschätzen will. Die entsprechenden Ergebnisse werden in Abstufungen von gelb bis dunkelrot, aufsteigend nach dem Prozentsatz der Patienten am Wohnort, die sich im Zentrum behandeln lassen, dargestellt. Damit die Darstellung nicht ausufert, gilt die Bedingung, dass mindestens drei Patienten im Jahr aus einem Ort im Zentrum behandelt worden sein müssen und dass diese mindestens 0,5 Prozent der Patientenzahl des Zentrums ausmachen.

Zur Illustration dieser Analysemöglichkeit wird das oben aufgeführte Beispiel erneut betrachtet



Abbildung 35: Herkunft der Patienten der Fachärzte für Nervenheilkunde oder Neurologie in Bad Kreuznach

Es wird deutlich, dass das Zentrum zu fast 50 Prozent von Patienten der Stadt Bad Kreuznach ausgelastet wird. Die umliegenden Zentrums- und Peripherieorte steuern jeweils nur einen kleinen Teil der im Zentrum behandelten Patienten bei. Es handelt sich hierbei um bis zu 3,84 Prozent der Patienten im Falle von Bad Münster am Stein-Eberburg. Für einen Arzt, der Hausbesuche macht, würde das bedeuten, dass sich die große Zahl der Hausbesuche auf die Stadt Bad Kreuznach konzentriert.



6.2 BEHANDLUNGSORTE

Für politische Entscheidungsträger ist die eingangs erwähnte Sichtweise der Behandlungsorte relevant – sie stellen sich die Frage „Wo lassen sich die Einwohner meiner Gemeinde/ Verbandsgemeinde oder meines Kreises behandeln und ist ein alle wichtigen Bereiche abdeckendes, medizinisches Angebot in einer angemessenen Entfernung zu erreichen?“ Mit Hilfe des Datenmanagementsystems der KV RLP ist es, die Patienten der betrachteten administrativen Einheit den aufgesuchten Versorgungszentren zuzuweisen.

Die Patienten des Landkreises Bad Kreuznach nehmen im Bereich Nervenheilkunde und Neurologie vorwiegend das medizinische Angebot in den folgenden Zentren wahr:

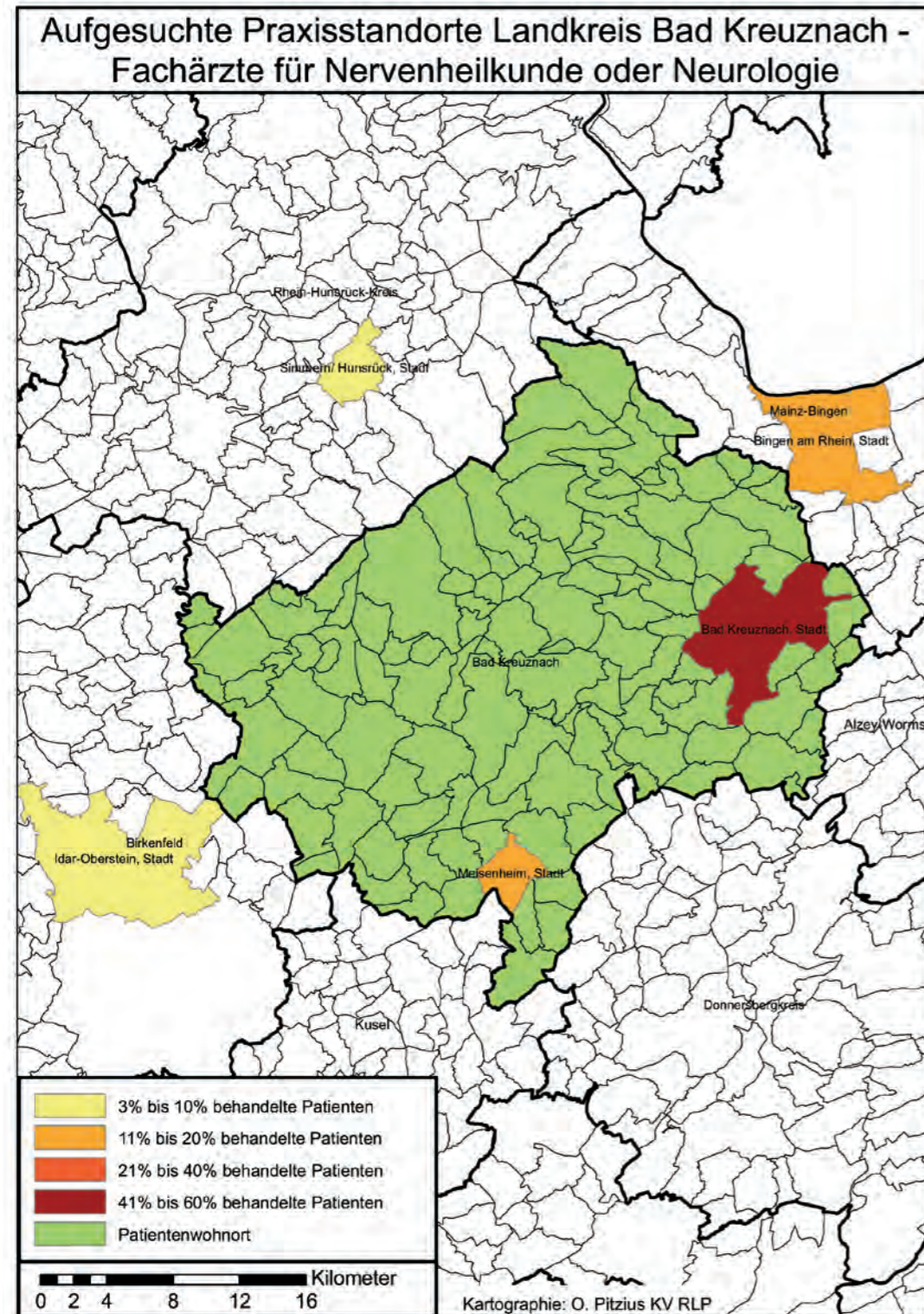
Tabelle 25: Versorgungszentren der Wohnbevölkerung im Landkreis Bad Kreuznach und Altersstruktur der zugehörigen Ärzte

Versorgungszentrum	Durchschnittsalter je Arzt	Ärzte
Bad Kreuznach, Stadt	57,0	4
Meisenheim	56,0	1
Bingen am Rhein,	54,0	4
Idar-Oberstein	50,0	3
Simmern/ Hunsrück	51,0	2
Offenbach-Hundheim	53,0	1
Mainz	58,6	11
Ingelheim am Rhein	49,5	2
Alzey	52,0	2
Kaiserslautern	53,4	7
Kirchheimbolanden	53,0	1



Abbildung 36: Von Bewohnern des Kreises Bad Kreuznach aufgesuchte Praxisstandorte

Auch in dieser Analyse bestätigt sich die zentrale Bedeutsamkeit des Versorgungszentrums Bad Kreuznach für die Einwohner des Landkreises Bad Kreuznach. Knapp 60 Prozent der Einwohner werden in diesem Zentrum im Bereich der Nervenheilkunde oder Neurologie behandelt.



7. Prävention

Das Datenbanksystem der KV RLP ermöglicht nicht nur Analysen der Versorgungsstrukturen, sondern auch der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Wir haben dazu exemplarisch die Nachfrage nach primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen herausgegriffen, die gerade für ältere Patienten von besonderer Bedeutung sind, nämlich die jährliche Grippeimpfung, die jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung sowie die im zweijährigen Turnus durchgeführte Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35) und das ebenfalls in diesem Rhythmus durchzuführende Screening auf Hautkrebs. Wir betrachten Quoten über 50 Prozent als „hohe“ Inanspruchnahme (und markieren diese in den Karten grün), 25 Prozent bis unter 50 Prozent stehen – gemessen an den Durchschnittswerten in Bund und Land – für eine mittlere Inanspruchnahme (diese werden in gelb ausgewiesen). Quoten unter 25 Prozent dagegen beurteilen wir als gering (und stellen diese in rot dar). Der Analyse liegen die Daten eines Jahres zugrunde (Quartal 4/2008 bis Quartal 3/2009). Bei Untersuchungen, die im Zwei-Jahres-Turnus angeboten werden, unterstellen wir (zum Zweck der Analyse) Gleichverteilung der Nachfrage auf die beiden Jahre und haben die Quoten für die Einfärbungen in Grün, Gelb und Rot entsprechend halbiert. Zudem unterscheiden wir in der Darstellung zwischen Männern und Frauen.

Grippeimpfung

Die Stiko empfiehlt die Grippeimpfung zwar nicht für die Gesamtbevölkerung, sondern nur für bestimmte Risikogruppen (unter anderem alle Personen über 60 Jahre), für das betrachtete Jahr 2008/2009 hat aber die Landesregierung in Rheinland-Pfalz eine Empfehlung zur Impfung für die Gesamtbevölkerung ausgesprochen. Von einer solch flächendeckenden Impfbeteiligung sind wir allerdings weit entfernt. Das Land stellt sich hier bei Männern wie bei Frauen (fast) monochrom dar, die Impfbeteiligung liegt in allen Kreisen des Landes unter 25 Prozent.



Abbildung 37: Inanspruchnahme Grippeimpfung Frauen

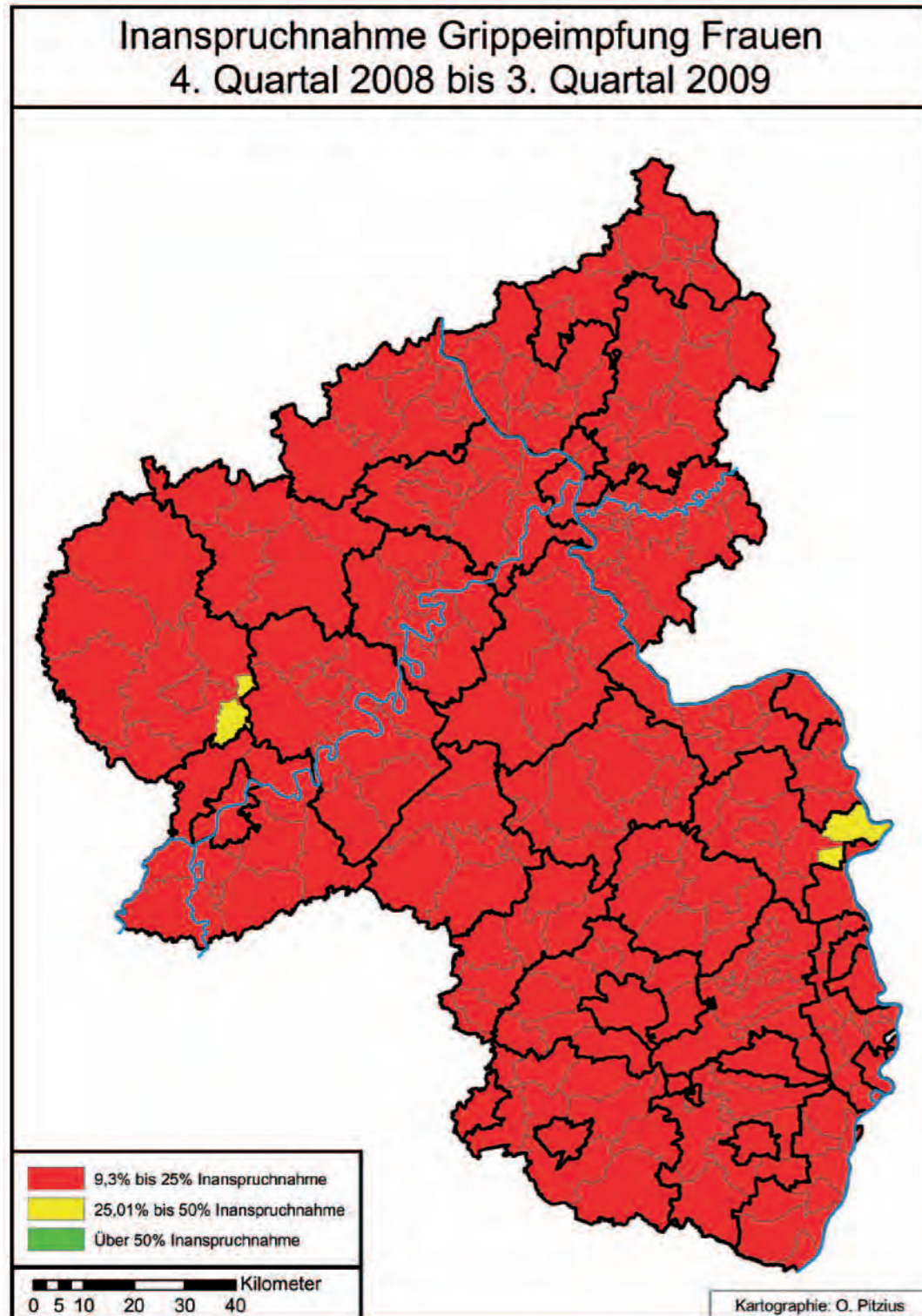
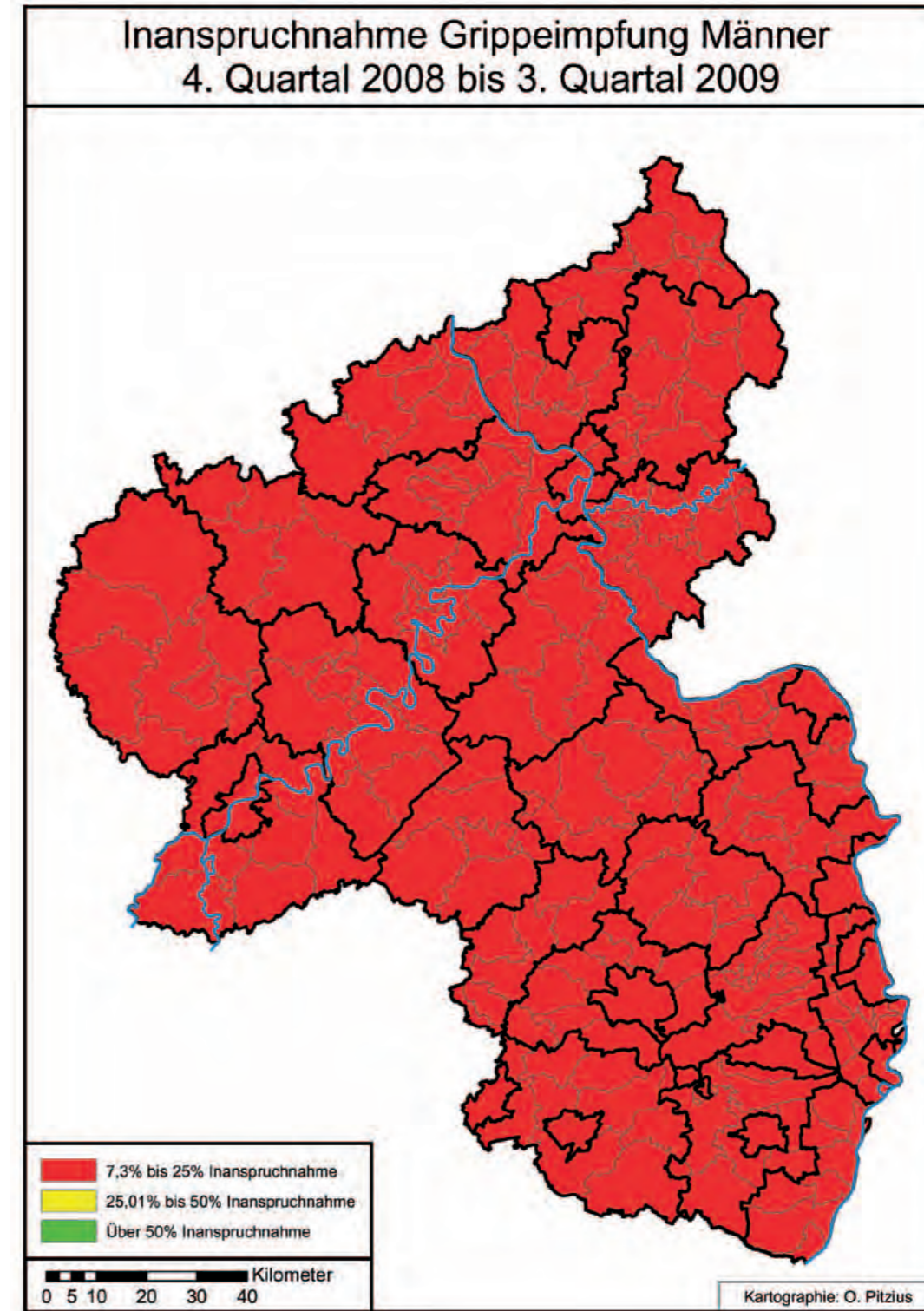


Abbildung 38: Inanspruchnahme Grippeimpfung Männer





Krebsfrüherkennung

Abbildung 39: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung Frauen

Etwas besser stellt sich die Situation bei der Beteiligung der Frauen an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung dar. Rote Flecken sind die Ausnahme, wobei in Anbetracht der Grenzlage der jeweiligen Verbandsgemeinden auch noch zu prüfen wäre, ob die Frauen in diesen Regionen zur Untersuchung nach NRW fahren. Zufriedenstellen ist die Situation gleichwohl nicht, denn selbst eine 50 Prozent-Quote wird nur selten erreicht, das Maximum der Beteiligung im Land lag bei 57,9 Prozent. Die Beteiligung bei den Männern ist flächendeckend niedrig.

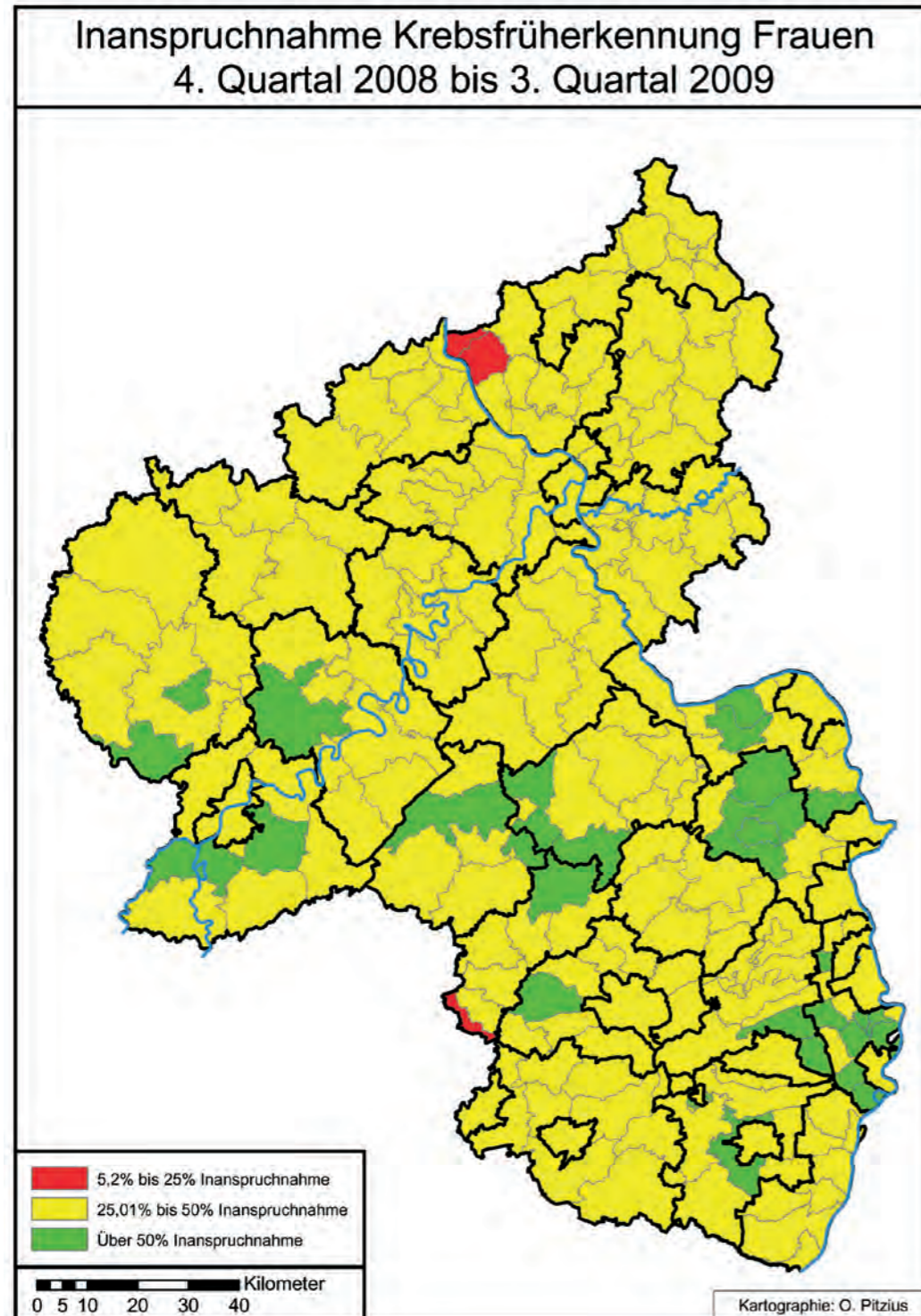
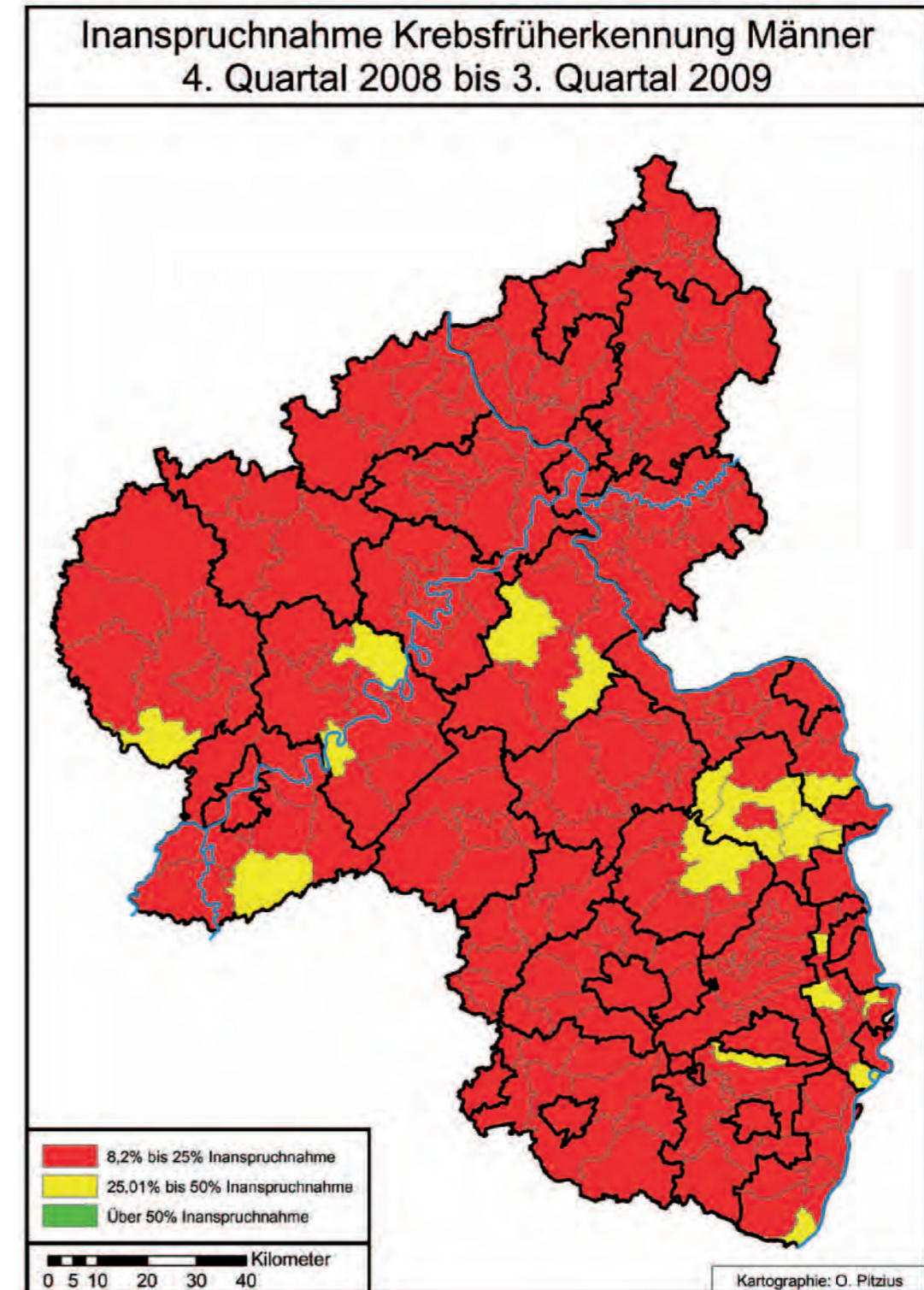


Abbildung 40: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung Männer





Hautkrebscreening

Für die Inanspruchnahme des Hautkrebscreenings gilt das gleiche: geringe Beteiligungsquoten bei Männern und Frauen.

Abbildung 41: Inanspruchnahme Hautkrebscreening Frauen

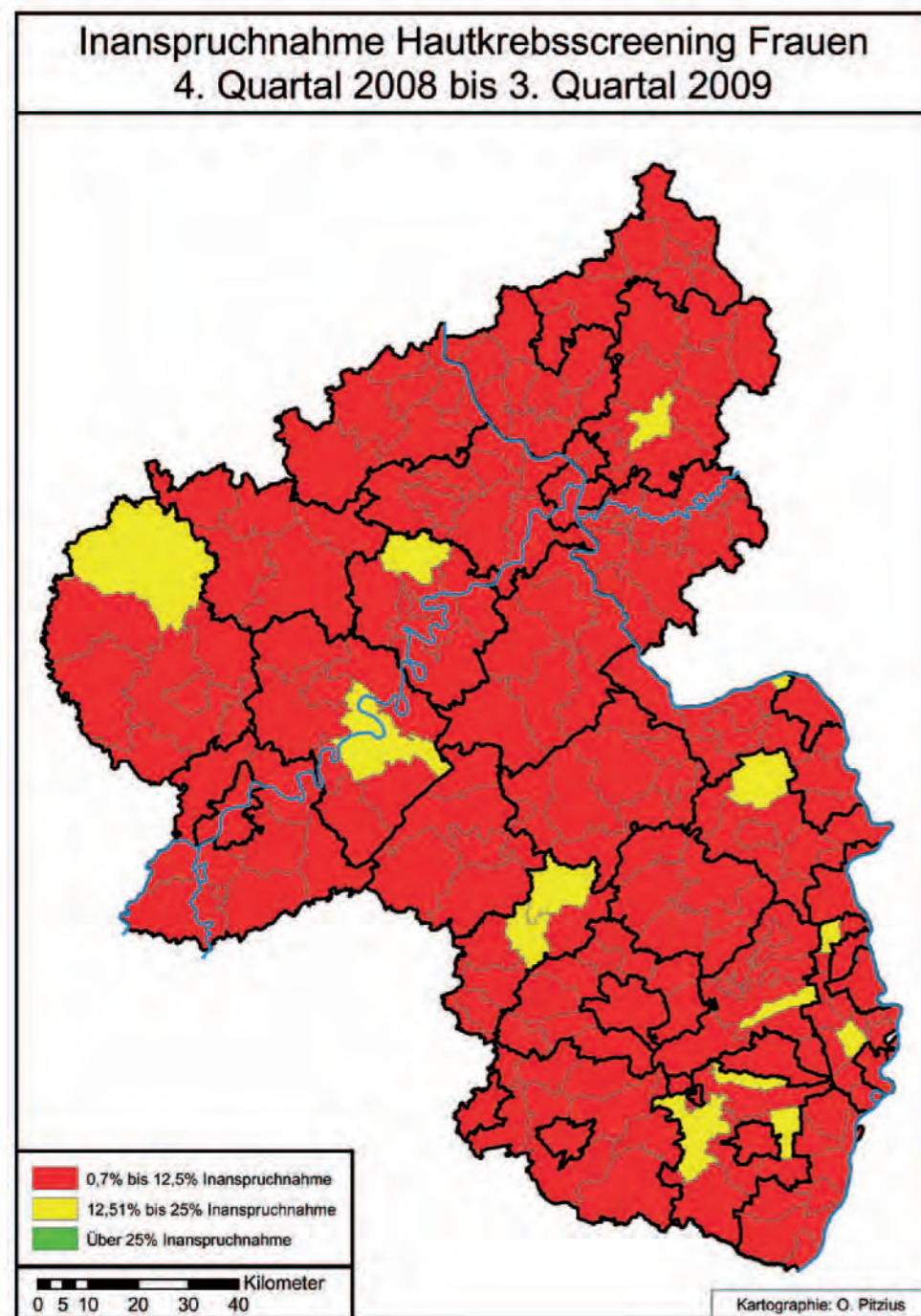
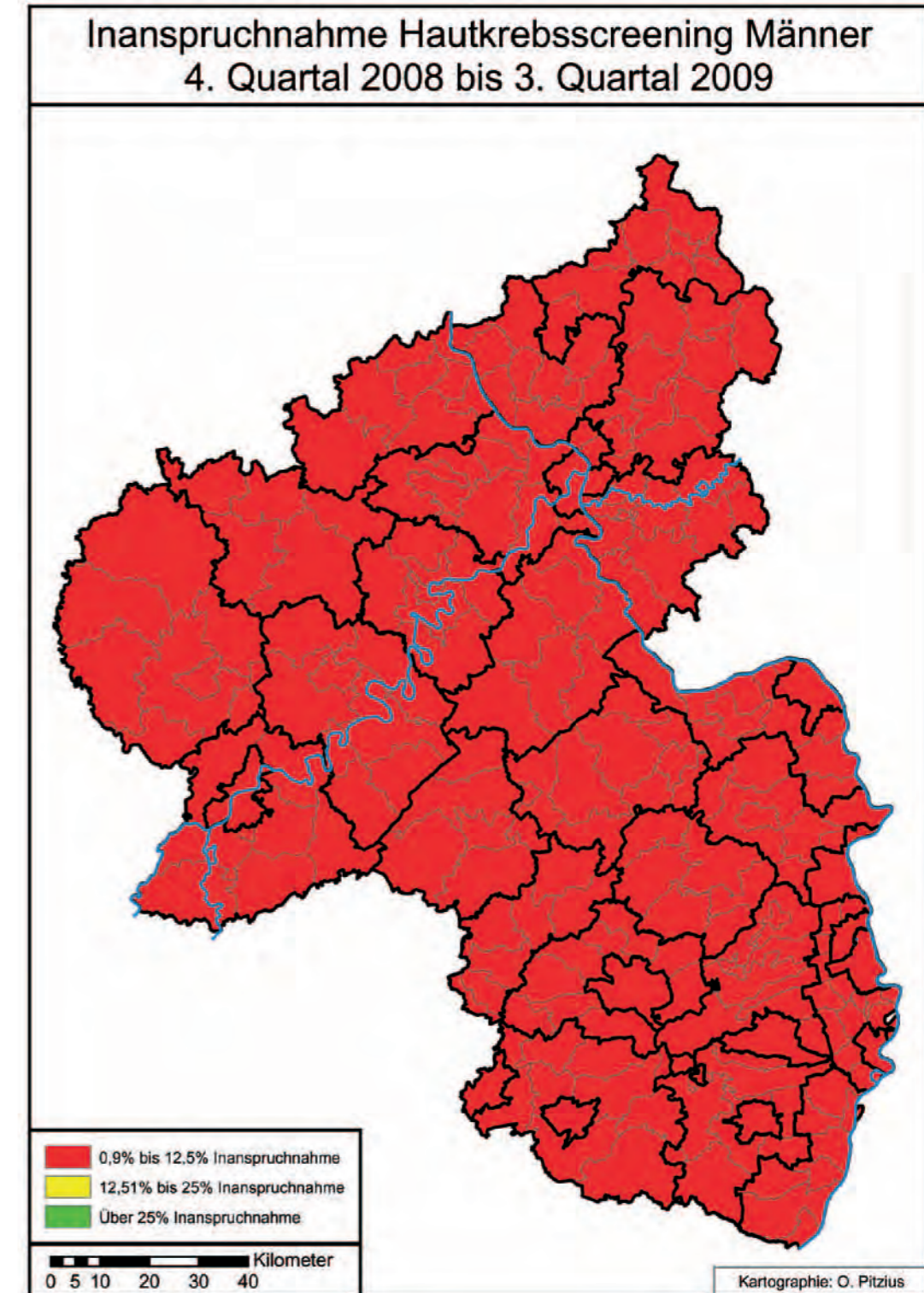


Abbildung 42: Inanspruchnahme Hautkrebscreening Männer





Check-up 35

Etwas höher ist Beteiligung am Check-up-35, einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung unter anderem von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes.

Abbildung 43: Inanspruchnahme Check-up 35 Frauen

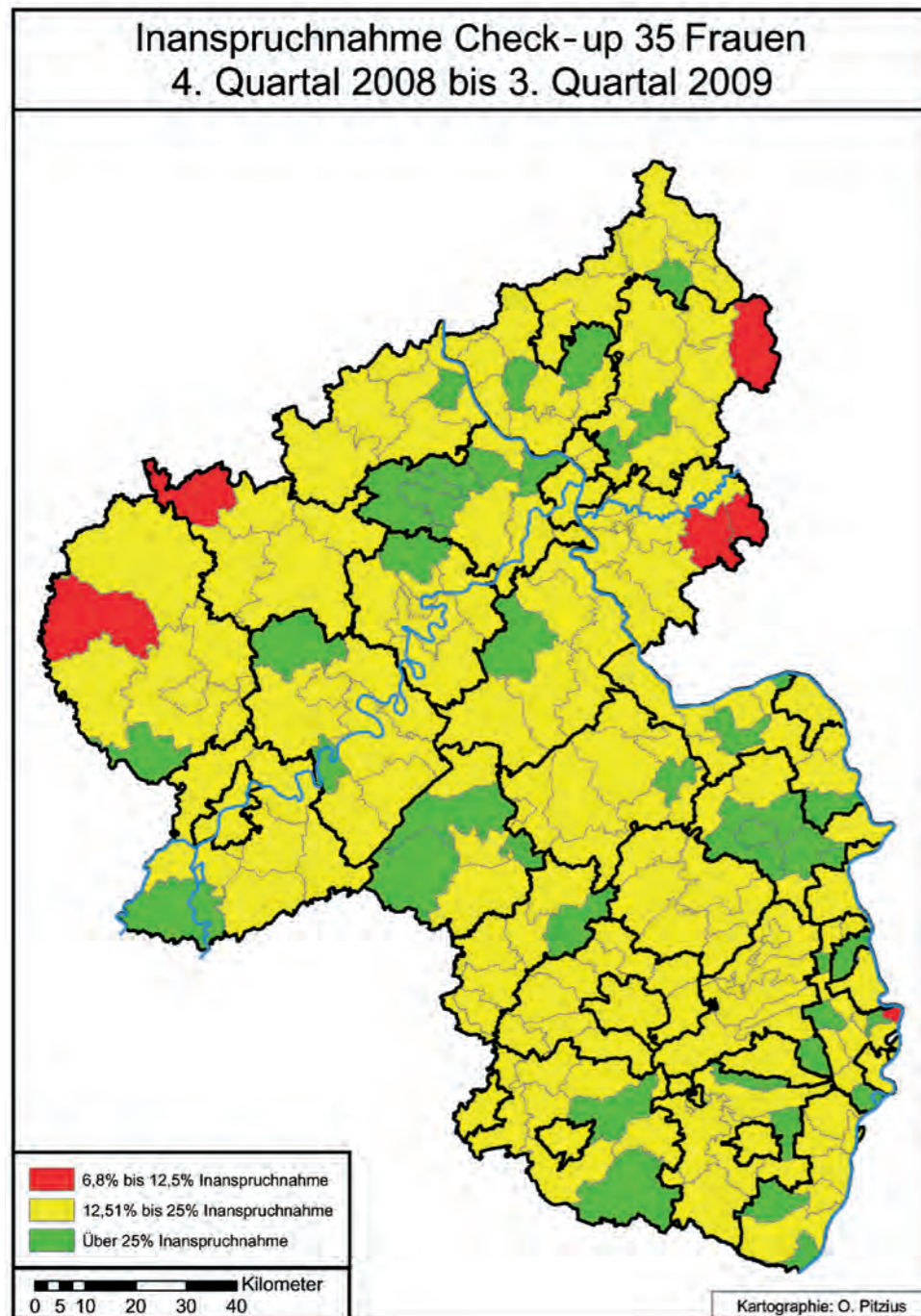
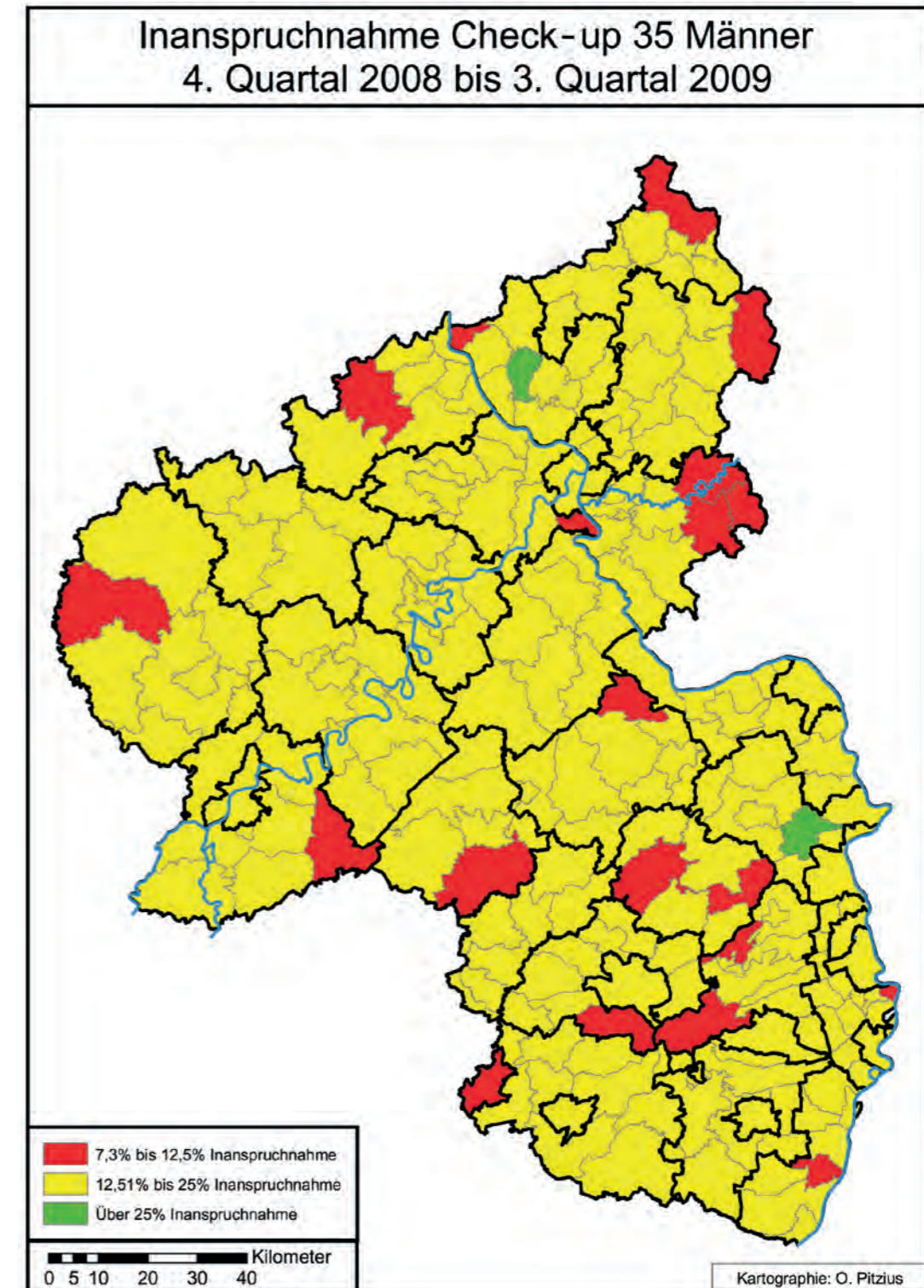


Abbildung 44: Inanspruchnahme Check-up 35 Männer



Bei der niedrigen Nachfrage nach allen hier vorgestellten Maßnahmen lassen sich keine systematischen regionalen Unterschiede feststellen, die Anhaltspunkte für Versorgungsdisparitäten böten. Diese mag es durchaus geben, in Anbetracht der insgesamt geringen Beteiligung landesweit sind die Ursachen dafür zunächst aber auf der individuellen Ebene zu suchen. Die Akzeptanz der Impfungen und Untersuchungen in der Bevölkerung ist eindeutig steigerungsfähig.



8. Ausblick

Der vorliegende Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz bietet eine Ausschnittsbetrachtung auf eine regionale und zum Teil auch sehr kleinräumige Versorgungsrealität im Jahr 2009. Auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten haben wir zudem Prognosen für die Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung für das Jahr 2020 erstellt. Datengrundlage für diese Rechenmodelle waren demographische Daten der Bevölkerung vom Landesamt für Statistik, Daten der niedergelassenen Ärzteschaft aus dem Informationssystem der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und Daten aus Befragungen der Medizinstudenten der Universität Mainz zu deren beruflichen Perspektiven und Wünschen und der Bevölkerung des Landes zur Bewertung der medizinischen Versorgung. Das Basisjahr dieser Daten ist 2009. Die Aktualität dieser Daten und die kausale Zusammenführung in Rechenmodelle für die Hochrechnung 2020 sind qualitativ gute Maße für die hohe Wahrscheinlichkeit des Eintreffens dieser Prognose unter der Voraussetzung, dass die Rahmenbedingungen einer niedergelassenen ärztlichen Tätigkeit unverändert bleiben.

Denn diese bestehenden Rahmenbedingungen sind ein erheblicher Faktor für die Entscheidung zu einer niedergelassenen freiberuflichen Tätigkeit. Sie bieten aber auch ein hohes Frustrationspotenzial für die niedergelassene Ärzteschaft. Dies belegen einerseits die Befragung der Medizinstudenten der Universität Mainz, aber auch verschiedene Erhebungen unter den jetzt niedergelassenen tätigen Ärztinnen und Ärzten. Welche störenden Faktoren können hier konkret benannt werden: Die kaum mehr zu überschauende Anzahl von Formularen der Selbstverwaltung als Ausdruck eines überzogenen Controllings (=Ausdruck der vorherrschenden Misstrauenskultur), ein vollkommen intransparentes und in seiner Struktur nicht mehr zu überblickendes Vergütungssystem, welches zudem durch eine überwiegende Pauschalierung der Honorierung die verschiedenen Leistungsspektren der einzelnen Praxen nicht mehr darstellbar macht, und die mit Regress bedrohte Übernahme der finanziellen Verantwortung im Verordnungsbereich, an deren Preissteuerung die Ärzteschaft überhaupt nicht beteiligt ist. Hier ist der Gesetzgeber gefordert zusammen mit der Selbstverwaltung die bestehende Überregulierung auf ein vernünftiges und absolut notwendiges Maß durch eine entsprechende Veränderung der Sozialgesetzgebung zusammen zu streichen.

Weiterhin sollte auf die im vorliegenden Versorgungsatlas aufgezeigten Fakten, die im Wesentlichen nur schwer beeinflussbar sind, reagiert werden. Eine dieser Fakten ist die Tatsache, dass die Absolventen der medizinischen Fakultäten überwiegend weiblich sind. Dies bedingt aufgrund der in der Regel damit verbundenen besonderen Lebensplanung ein besonderes Augenmerk auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Hierdurch wird die Bereitschaft zur selbständigen, niedergelassenen Tätigkeit – gerade auch durch die zu erwartende hohe berufliche Belastung im ländlichen Bereich – erheblich eingeschränkt. Konsequenterweise ist damit auch der Wunsch einer Mehrheit der befragten Studenten nach einer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis verbunden. Verschiedene Forderungen an das Standortprofil wie annehmbare Umstände im Rahmen der weiterbildenden schulischen Möglichkeiten für den eigenen Nachwuchs, kulturelle Angebote aber auch als eine durchaus sehr wichtig einzuschätzende Forderung nach einer Breitbandanbindung zur Nutzung der modernen Kommunikationsmöglichkeiten zeigen den umfänglichen Handlungsbedarf auf. Wer also von politischer Seite die Frage "Wollen Sie die wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung auch in strukturschwachen Regionen aufrecht erhalten?" mit „Ja“ beantworten will, muss sich zwangsläufig mit der Lösung der oben aufgezeigten Probleme beschäftigen. Da es sich zudem um eine gesamtgesellschaftliche Problematik handelt, kann die Lösung auch nur unter Beteiligung der Selbstverwaltung in Form der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassen (GKV und PKV) und der politischen Entscheidungsträger idealerweise auf kommunalpolitischer Ebene entwickelt werden. Die Schaffung von Regionalverbänden zum Beispiel zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und



betroffenen Kommunen, die als Träger einer Praxis die Möglichkeit schaffen, Ärztinnen und Ärzten eine angestellte Tätigkeit mit geregelten Arbeitszeiten und geregelten Bereitschaftsdiensten, die der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und dem gesteigerten Anspruch an das Freizeitverhalten erfüllen, anzubieten und damit den wohnortnahen, der demographischen Entwicklung der Bevölkerung entsprechenden Versorgungsauftrag übernehmen kann. Aber auch hierfür müsste zunächst der entsprechende gesetzliche Rahmen geschaffen werden.

Die vorliegende gedruckte Version unseres Versorgungsatlas´ stellt nur einen kleinen Teil dessen vor, was die von uns entwickelten Instrumente der Versorgungsforschung leisten können, zumal hier auch Versorgungsforschung überwiegend unter dem Aspekt der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung durchgeführt worden ist. Diese wird auch kontinuierlich fortgeschrieben werden, um die jeweils aktuellen Entwicklungen beschreiben zu können und die daraus abzuleitenden prognostischen Aussagen anpassen zu können. In der Zukunft werden aber auch vermehrt medizinische Themen in die Versorgungsforschung einfließen.



ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anzahl Hausärzte nach Kreisen	8
Abbildung 2: Anzahl Hausärzte nach Verbandsgemeinden	9
Abbildung 3: Anzahl Fachärzte nach Kreisen.....	10
Abbildung 4: Anzahl Fachärzte nach Verbandsgemeinden	11
Abbildung 5: Altersverteilung Mitglieder KV RLP.....	12
Abbildung 6: Absolute Altersverteilung Hausärzte und Fachärzte.....	13
Abbildung 7: Relative Altersverteilung Hausärzte und Fachärzte.....	14
Abbildung 8: Verlauf der kumulierten Ausscheideraten.....	16
Abbildung 9: Ausscheidende Ärzte nach Kreisen bis 2020	17
Abbildung 10: Ausscheidende Hausärzte nach Kreisen bis 2020.....	18
Abbildung 11: Ausscheidende Fachärzte nach Kreisen bis 2020.....	19
Abbildung 12: Drohender Ärztemangel im auf dem Land. Thema im Straßenkarneval 2009	20
Abbildung 13: Geschlechterrelation in Grundgesamtheit und Stichprobe (Angaben in Prozent).....	21
Abbildung 14: Altersstruktur von Stichprobe und Grundgesamtheit (Angaben in Prozent).....	22
Abbildung 15: Zahl der Befragungsteilnehmer nach Kreisen.....	23
Abbildung 16: Konsultation des Hausarztes in den letzten zwölf Monaten: Mittelwerte nach Altersklassen.....	25
Abbildung 17: Mobilität: Auf andere angewiesen (ÖPNV, Verwandte, Taxi)	26
Abbildung 18: Wege zum Arzt: Aufwand.....	27
Abbildung 19: Anteil der kritischen Bewertungen nach Gebieten	29
Abbildung 20: Bewertung des ärztlichen Notfalldienstes	31
Abbildung 21: Entfernung zum nächsten Oberzentrum.....	32
Abbildung 22: Distanz zum nächsten Urologen in Rheinland-Pfalz.....	34
Abbildung 23: Kreis Bad-Kreuznach: Distanz zum nächsten Urologen.....	35
Abbildung 24: Distanz zum nächsten Kardiologen in Rheinland-Pfalz	36
Abbildung 25: Distanz zum nächsten Kardiologen im Rhein-Hunsrück-Kreis	37
Abbildung 26: Bevölkerungsentwicklung Rheinland-Pfalz 2006-2050 (mittleres Szenario)	48
Abbildung 27: Entwicklung der Jugend- und Altenquotienten	49
Abbildung 28: Behandlungsraten nach Alter und Geschlecht	50
Abbildung 29: Konsultationen nach Alter	51
Abbildung 30: Hochrechnung der zeitlichen Beanspruchung der Urologie nach Verbandsgemeinden.....	54
Abbildung 31: Hochrechnung der zeitlichen Beanspruchung der Gynäkologie nach Verbandsgemeinden.....	55
Abbildung 32: Prognose der Hausärztezahl und deren Entwicklung im Jahr 2020 nach Kreisen.....	59
Abbildung 33: Prognose der Hausärztezahl und deren Entwicklung im Jahr 2020 nach Verbandsgemeinden	60
Abbildung 34: Einzugsgebiet der Fachärzte für Nervenheilkunde und Neurologie in Bad Kreuznach	62
Abbildung 35: Herkunft der Patienten der Fachärzte für Nervenheilkunde oder Neurologie in Bad Kreuznach.....	64
Abbildung 36: Von Bewohnern des Kreises Bad Kreuznach aufgesuchte Praxisstandorte	66
Abbildung 37: Inanspruchnahme Grippeimpfung Frauen.....	68
Abbildung 38: Inanspruchnahme Grippeimpfung Männer	69
Abbildung 39: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung Frauen	70
Abbildung 40: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung Männer.....	71
Abbildung 41: Inanspruchnahme Hautkrebsscreening Frauen	72
Abbildung 42: Inanspruchnahme Hautkrebsscreening Männer	73
Abbildung 43: Inanspruchnahme Check-up 35 Frauen.....	74
Abbildung 44: Inanspruchnahme Check-up 35 Männer.....	75



TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Kennzahlen zur Altersverteilung der Mitglieder der KV RLP.....	12
Tabelle 2: Ausscheideraten der Haus- und Fachärzte	15
Tabelle 3: Wege zum Arzt (Angaben in Prozent).....	25
Tabelle 4: Kriterien der Praxiswahl:	27
Tabelle 5: Nähe der Praxis zum Wohnort: Wichtigkeit nach Altersklassen.....	28
Tabelle 6: Wohnortnahe medizinische Versorgung.....	28
Tabelle 7: Bewertung des Hausarztes (Angaben in Prozent).....	29
Tabelle 8: Bewertung des Facharztes (Angaben in Prozent).....	30
Tabelle 9: Bewertung des ärztlichen Notfalldienstes (Angaben in Prozent).....	30
Tabelle 10: Gründe für Arztwechsel.....	38
Tabelle 11: Sektorübergreifende elektronische Patientenakte: Nutzungsbereitschaft	39
Tabelle 12: Verzicht auf freie Arztwahl?	40
Tabelle 13: Demografische Angaben	41
Tabelle 14: Größe des Herkunftsortes	41
Tabelle 15: Studienabschnitt:	42
Tabelle 16: Gewünschte Fachrichtungen	42
Tabelle 17: Gewünschte Fachrichtungen im Zeitverlauf	43
Tabelle 18: Einstellungen zu Niederlassung.....	44
Tabelle 19: Spätere Arbeitgeber	44
Tabelle 20: Orte, die auf keinen Fall in Frage kommen (Einwohnerzahlen)	45
Tabelle 21: In welchen Regionen in Rheinland-Pfalz können Sie sich vorstellen zu arbeiten?	46
Tabelle 22: Niederlassung als Hausarzt in verschiedenen Regionen des Landes.....	46
Tabelle 23: Entwicklung der Patientenzahl, Konsultationen und der zeitlichen Beanspruchung ärztlicher Leistungen nach Fachgruppen für ganz Rheinland-Pfalz	53
Tabelle 24: Angenommene Wiederbesetzungsquoten.....	58
Tabelle 25: Versorgungszentren der Wohnbevölkerung im Landkreis Bad Kreuznach und Altersstruktur der zugehörigen Ärzte.....	65

LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

Barmer GEK (Hrsg.)(2010):

BARMER GEK Arztreport, Schwäbisch Gmünd

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.)(2009):

Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 2008, Berlin

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (Hrsg.)(2009):

GeriatRIekonzept des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.)(2009):

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Berlin

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.)(2007):

Rheinland-Pfalz 2050 – Zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Bad Ems

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz (KV RLP)
vertreten durch den Vorstand:
Dr. Michael Siegert

Autoren

KV RLP: Dr. Michael Siegert,
Erwin Leidinger, Oliver Pitzius
Universität Trier: PD Dr. Rüdiger Jacob,
Dr. Andreas Heinz

Redaktionsanschrift

Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Telefon: 06131 326-326
Telefax: 06131 326-327
E-Mail: service@kv-rlp.de

Umsetzung

4iMEDIA Corporate Publishing
Inhaber: Kay A. Schönewerk
Reclam-Carrée
Kreuzstraße 7A
04103 Leipzig
www.4iMEDIA.com

Auflage:

300 Exemplare