



Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung:

Stadt und Kreis Kaiserslautern



Region

Vertragsärztliche Versorgung

Weitere Leistungsanbieter

Morbidität

Inhalt

INHALT	2
1 VORWORT	3
2 EINLEITUNG.....	4
2.1 DIE KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ (KV RLP).....	4
2.2 HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG	5
2.2.1 ÄRZTEMANGEL.....	5
2.2.2 DEMOGRAFISCHER WANDEL	7
2.2.3 MULTIMORBIDITÄT.....	7
2.2.4 BEREITSCHAFTSDIENSTORGANISATION	8
3 DIE REGION: DER KREIS UND DIE STADT KAISERSLAUTERN	9
3.1 GEOGRAPHIE UND SIEDLUNGSSTRUKTUR.....	9
3.2 BEVÖLKERUNG: ENTWICKLUNGEN UND STRUKTUREN	12
3.3 SOZIOÖKONOMISCHE INDIKATOREN	23
4 VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DER KREISREGION KAISERSLAUTERN	25
4.1 STRUKTUREN DER VERTRAGSÄRZTESCHAFT	25
4.1.1 VERTRAGSÄRZTEZAHLEN UND TÄTIGKEITSFORMEN	26
4.1.2 ALTERSSTRUKTUR	29
4.1.3 RÄUMLICHE VERTEILUNG	30
4.2 BEDARFSPLANUNG	32
4.3 BEREITSCHAFTSDIENSTORGANISATION	37
4.4 HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG	39
4.4.1 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG	40
4.4.2 ERREICHBARKEITEN	42
4.4.3 STRUKTUR UND ENTWICKLUNG DER PATIENTENSCHAFT	45
4.4.4 BEHANDLUNGSHÄUFIGKEITEN UND BEHANDLUNGSBEDARF	49
5 WEITERE LEISTUNGSANBIETER DES GESUNDHEITSWESENS IN DER KREISREGION KAISERSLAUTERN	54
5.1 STATIONÄRE VERSORGUNG	54
5.2 ANBIETER UND EINRICHTUNGEN MEDIZINISCH-PFLEGERISCHER LEISTUNGEN.....	57
6 MORBIDITÄT: KRANKHEITSLAST IM KREIS UND DER STADT KAISERSLAUTERN	58
7 VERZEICHNISSE.....	68
7.1 VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN	68
7.2 VERZEICHNIS DER TABELLEN	69
7.3 QUELLENVERZEICHNIS	70

1 Vorwort

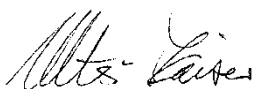
Die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung kann derzeit nur deshalb als gesichert gelten, weil viele Ärzte zugunsten der Versorgung ihrer Patienten selbstausbeuterisch enorme Arbeitsbelastungen auf sich nehmen und zum Teil bis ins hohe Alter hinein praktizieren. Frei werdende Arztsitze, vor allem auf dem Land, können bereits heute nicht alle wieder besetzt werden. Die Altersverteilung der Ärzte zeigt deutlich auf, womit wir in den kommenden Jahrzehnten zu rechnen haben: Die Zahl der nachrückenden Ärzte wird kleiner, die Zahl der nicht wieder besetzten Arztsitze größer.

Wenn wir heute nicht auf allen Interventionsebenen Maßnahmen gegen diese drohende Entwicklung ergreifen, wird ein Versorgungsengpass bisher nicht bekannten Ausmaßes wie ein Tsunami auf unsere Gesellschaft zurollen. Zuerst wird er die strukturschwachen ländlichen Regionen treffen, dann aber auch städtische Regionen erfassen.

Ziel der in dieser Broschüre vorgestellten Auswertungen der Versorgungsforschung der KV RLP ist es, insbesondere den Entscheidungsträgern der Städte und Landkreise einerseits Informationen über die derzeitigen Versorgungsstrukturen zur Verfügung zu stellen und andererseits diese mit den Entwicklungsprognosen bis zum Jahr 2030 zu konfrontieren. Beides - Strukturdaten und Prognosen – sind unabdingbare Basisinformationen für die Planung effizienter altersgerechter und nachhaltiger kommunaler Anpassungsstrategien.

Die Vorbereitung auf die bis zum Jahr 2050 sich zuspitzenden Auswirkungen des demographischen Wandels und das Abwenden von dramatischen Versorgungsengpässen bedarf der Intervention auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Ohne umfassende und nachhaltige Maßnahmen - auch des Gesetzgebers - zur Steigerung der Attraktivität des Arztberufes werden alle kommunalen Anstrengungen zur Sicherstellung einer dauerhaften medizinischen Versorgung auf gewohntem Niveau ins Leere laufen. Die Kommunen müssen die Rahmenbedingungen für eine altersgerechte Infrastruktur schaffen. Gelingt dies nicht, werden ländliche Regionen als Wohnsitz für eine alternde Gesellschaft zunehmend unattraktiv, zudem sinkt auch die Wahrscheinlichkeit, funktionierende medizinische Versorgungsstrukturen zu erhalten oder aufzubauen.

Städte und Kommunen stehen daher unmittelbar in der Verantwortung, altersgerechte kommunale Anpassungsstrategien zu entwickeln und nachhaltig voranzutreiben. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz steht als Ansprech- und Kooperationspartner selbstverständlich zur Verfügung.



Dr. Sigrud Ultes-Kaiser
Vorsitzende des Vorstandes



Dr. Peter Heinz
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes



Dr. Klaus Sackenheim
Mitglied des Vorstandes

2 Einleitung

2.1 DIE KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ (KV RLP)

Die KV RLP stellt als eine von 17 KV im Bundesgebiet die ambulante medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz sicher. Als Körperschaft des Öffentlichen Rechts und Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind mehr als 7.000 rheinland-pfälzische Ärzte und Psychotherapeuten, die gesetzlich Krankenversicherte behandeln, in ihr als Mitglieder organisiert.

Bei der gesetzmäßigen Durchführung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung unterliegt die KV RLP der Aufsicht durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz.

Gegenüber ihren Vertragspartnern, den Krankenkassen vertritt die KV RLP die Rechte, Pflichten und wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder. Für sie schließt sie Honorarverträge über die Gesamtvergütung ab, die von den Krankenkassen für die ambulante Versorgung gezahlt wird. Sie wickelt die Abrechnung der Mitglieder mit den Krankenkassen ab und regelt die Verteilung des Honorars. Weiterhin unterstützt sie ihre Mitglieder in Angelegenheiten des Praxisalltags.

Die KV RLP sorgt durch die Bedarfsplanung dafür, dass genügend Ärzte und Psychotherapeuten zu jeder Tages- und Nachtzeit für die rund 4 Millionen Bürger des Landes in der Nähe ihres Wohnorts zur Verfügung stehen und koordiniert hierzu auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Sie gewährleistet darüber hinaus, dass die Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung dauerhaft hoch bleibt.

Sie setzt sich ein für die Wahrung von Freiberuflichkeit und Niederlassungsfreiheit sowie für das Recht auf freie Arzt- und Psychotherapeutenwahl. Des Weiteren unterstützt die KV RLP Patienten bei der Suche nach einem geeigneten Arzt oder Psychotherapeuten und bietet Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen an.

Darüber hinaus trifft die KV RLP ihre Entscheidungen frei durch die von ihren Mitgliedern gewählten Organe, die Vertreterversammlung und den Vorstand. Die Entscheidungen sind für alle Mitglieder bindend.

Die KV RLP ist für Ihre Mitglieder und alle Interessenten als Ansprechpartner in Rheinland-Pfalz präsent. Neben Ihrem Hauptsitz in Mainz, unterhält sie drei Regionalzentren in Koblenz, Neustadt an der Weinstraße und Trier.

Mehr Informationen unter www.kv-rlp.de

2.2 HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Der vom Gesetzgeber erteilte Sicherstellungsauftrag (§ 72 SGB V) verpflichtet die KV RLP im Rahmen des gesetzlich festgelegten Umfangs (§ 73 Abs. 2 SGB V), die vertragsärztliche Versorgung bestehend aus Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten jederzeit an allen Orten für jeden gesetzlich Versicherten in Rheinland-Pfalz zu garantieren. Diese anspruchsvolle Aufgabe ist durch gesellschaftliche und organisatorische Umbrüche vor zahlreiche Herausforderungen gestellt, denen sich die KV RLP stellt, um ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen.

Als Beispiele für diese Herausforderungen an die derzeitige und zukünftige vertragsärztliche Versorgung sind zu nennen:

- Ärztemangel
- Demographischer Wandel
- Wandel der Krankheitsmuster (Multimorbidität)
- Bereitschaftsdienstorganisation

2.2.1 ÄRZTEMANGEL

KANN DER WIEDERBESETZUNGSBEDARF VON ARZTSITZEN IN DEN REGIONEN GEDECKT WERDEN?

Die bis Anfang des Jahrtausends beschworene „Ärztenschwämme“ ist in der öffentlichen Diskussion inzwischen dem Thema „Ärztemangel“ gewichen. Politik und Bürger müssen vielfach realisieren, dass zukünftig regionale und fachgruppenspezifische Versorgungsengpässe drohen könnten, insbesondere wenn sich die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Vertragsarzt nicht dem gesellschaftlichen Wandel anpassen.

Die derzeitige Altersstruktur der Vertragsärzteschaft erfordert noch in diesem Jahrzehnt die Wiederbesetzung von 54 Prozent der Hausarztversorgungsaufträge.¹ Ausgedrückt in Kopfszahlen sind derzeit 1600 praktizierende Hausärzte in Rheinland-Pfalz bereits älter als 54 Jahre, 1000 Hausärzte sogar älter als 60 Jahre.²

Die potentiell nachrückenden Medizinerjahrgänge präferieren nach ihrer Facharztausbildung in der Mehrheit nicht mehr die klassische Tätigkeit als freiberuflicher niedergelassener Vertragsarzt. Die Tätigkeit als Hausarzt in ländlichen Regionen wird zudem als unattraktiv angesehen, denn insbesondere Großstädte bieten Arbeitsmöglichkeiten und –bedingungen auch außerhalb des

¹ Unter der Annahme des Medianabgangsalters für Hausärzte von 62 Jahren.

² Arztregister der KV RLP.

Vertragsarztwesens, mit denen sich Familie, Beruf und Freizeitaktivitäten besser vereinbaren lassen.

Die Möglichkeiten anderer Organisations- und Praxisformen als die der Einzelpraxis, wie zum Beispiel die Arbeit als Angestellter in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder die Gründung von Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), tragen dieser Entwicklung in Form von steigenden Tätigkeitsanteilen Rechnung.

Die KV RLP bemüht sich intensiv um die Niederlassung von neuen Vertragsärzten, um dem drohenden Ärztemangel zu begegnen.

Dafür hat sie ein umfangreiches Maßnahmenbündel erarbeitet. Dieses beinhaltet im Einzelnen:

- Niederlassungsberatung und betriebswirtschaftliche Beratung
- Finanzielle Förderung von Lehrbeauftragten im Bereich Allgemeinmedizin
- Finanzielle Förderung der Weiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin
- Einrichtung einer Koordinierungsstelle für Weiterbildung
- Famulaturbörse für Medizinstudenten
- KV RLP-Lotsen für neu niedergelassene Vertragsärzte
- Bereitschaftsdienstorganisation durch Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ)
- Unterstützung bei Gründungen und Anstellungen auf dem Land
- Kooperation mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr
- Werbemaßnahmen und Veranstaltungen für die Vertragsarztstätigkeit

Insbesondere durch die Niederlassungs- und betriebswirtschaftliche Beratung im Vorfeld einer Niederlassung, können neben umfangreichen Informationen über den Vertragsarztsitz auch Ratschläge für Praxisfinanzierung und -management gegeben werden. Zusätzlich unterstützt ein persönlicher Lotsenservice alle neu zugelassene Ärzte in den ersten zwei Jahren ihrer Tätigkeit in allen Fragen des Vertragsarztsystems.

Auch bei einem Ausbau der ärztlichen Tätigkeit durch die Gründung von Zweigpraxen und Anstellung weiterer Ärzte zur Verbesserung der Versorgungslage auf dem Land unterstützt die KV RLP ihre Mitglieder.

Weitere Maßnahmen der KV RLP setzen schon im Medizinstudium an, um künftige (Land)-Ärzte für die Vertragsärztliche Tätigkeit zu gewinnen. Neben der finanziellen Förderung von Studium und Weiterbildung im Fachbereich Allgemeinmedizin runden zahlreiche Veranstaltungen das Angebot ab.

2.2.2 DEMOGRAFISCHER WANDEL

ALTERSSTRUKTURWANDEL DER PATIENTENSCHAFT

Der wohl größte gesellschaftliche Wandel wird auch das System der vertragsärztlichen Versorgung vor große Herausforderungen stellen.

Die zu versorgende Bevölkerung wird zahlenmäßig weniger, älter und sich noch mehr auf die Ballungsgebiete konzentrieren. Diese Strukturveränderungen werden regional sehr unterschiedliche Ausprägungen für Bevölkerungsentwicklung und –altersstruktur haben.

Insbesondere in ländlich strukturierten und peripher gelegenen Gebieten wird sich eine Bevölkerungsstruktur ergeben, die bedingt durch ihren Altersaufbau einen anhaltend hohen Bedarf an wohnortnahen medizinisch ambulanten Leistungen nachfragen wird.

2.2.3 MULTIMORBIDITÄT

WANDEL DER KRANKHEITSBILDER

Die Kenntnis zukünftiger, regional sehr unterschiedlich verlaufender Entwicklungen der Patientenzahlen ist für die Planung einer optimalen ambulanten Versorgung von ebenso entscheidender Bedeutung wie die Kenntnis des Aufkommens bestimmter Krankheiten in den einzelnen Regionen. Diese Faktoren bestimmen den regionalen Behandlungsbedarf.

Als Gradmesser der Morbidität (Krankheitslast) der Bevölkerung können vor allem die häufigsten chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Hypertonie, Diabetes mellitus und Ischämischer Herzkrankheit dienen. Des Weiteren sind auch die Häufigkeiten von Alterskrankheiten wie Demenz und Rheuma sowie psychosozialer Krankheiten wie Depression zu betrachten.

Da diese chronischen Krankheiten zumeist nicht singulär, sondern in Kombinationen auftreten, spricht man von Multimorbidität. Die dadurch entstehenden Krankheitsbilder, die bedingt durch den Demographischen Wandel zunehmen werden, erfordern eine hohe Intensität von Arzt-Patienten-Kontakten. Gerade in ländlichen und peripheren Gebieten mit überdurchschnittlich hohen Altersgruppenanteilen jenseits der 64-Jährigen, wird dies große Herausforderungen für die niedergelassenen Hausärzte mit sich bringen. In diesem Zusammenhang stellt sich dort auch die Frage nach der Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung.

Auf die dafür benötigten Behandlungspfade wurde seitens der Vertragspartner bereits reagiert, etwa mit Einführung von speziellen Chronikerprogrammen (DMP) und der Chronikerpauschale für die Hausarztzentrierte Versorgung.

Die im geschilderten Sinne als Multimorbidität definierten Fälle erfordern zumeist nicht akutmedizinisch-stationäre Interventionen, sondern in erster Linie begleitende ambulante Behandlungsprozesse.

Insofern wird ihr Anstieg vor allem Auswirkungen auf den ambulanten Sektor und damit die niedergelassenen Vertragsärzte haben und zu einer weiteren Steigerung der Bedeutung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung beitragen.

2.2.4 BEREITSCHAFTSDIENSTORGANISATION

OPTIMIERUNG DER VERSORGUNG AUßERHALB DER SPRECHZEITEN

Die KV RLP stellt die ambulante Versorgung auch außerhalb der Sprechstunden ihrer Vertragsärzte sicher. Dafür gibt es in Rheinland-Pfalz derzeit noch zwei unterschiedliche Organisationsmodelle:

- Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ):

Hier wird die ambulante Versorgung außerhalb der Sprechzeiten in zentral gelegenen mit entsprechender Infrastruktur ausgestatteten Standorten (z.B. Krankenhäuser) erbracht. Träger der Zentralen ist in der Regel bereits die KV RLP.

- Dezentrale Bereitschaftsdienste:

In Regionen, die noch nicht im Zuständigkeitsbereich einer BDZ liegen, erfolgt die Erbringung ambulanter Leistungen außerhalb der Sprechzeiten abwechselnd durch die niedergelassenen Ärzte vor Ort in ihren eigenen Praxen.

Die Bereitschaftsdienstorganisation im Bereich der KV RLP befindet sich in einem Prozess der Neustrukturierung mit dem Ziel, 2014 eine flächendeckende Versorgung durch Bereitschaftsdienstzentralen in Trägerschaft der KV RLP zu erreichen.

Durch die neue bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst sollen alle Bewohner in Deutschland über Telefonzentralen schnell und zuverlässig ihren ambulanten Bereitschaftsdienst telefonisch erreichen können, was in dezentralen Bereitschaftsdiensten nicht möglich ist.

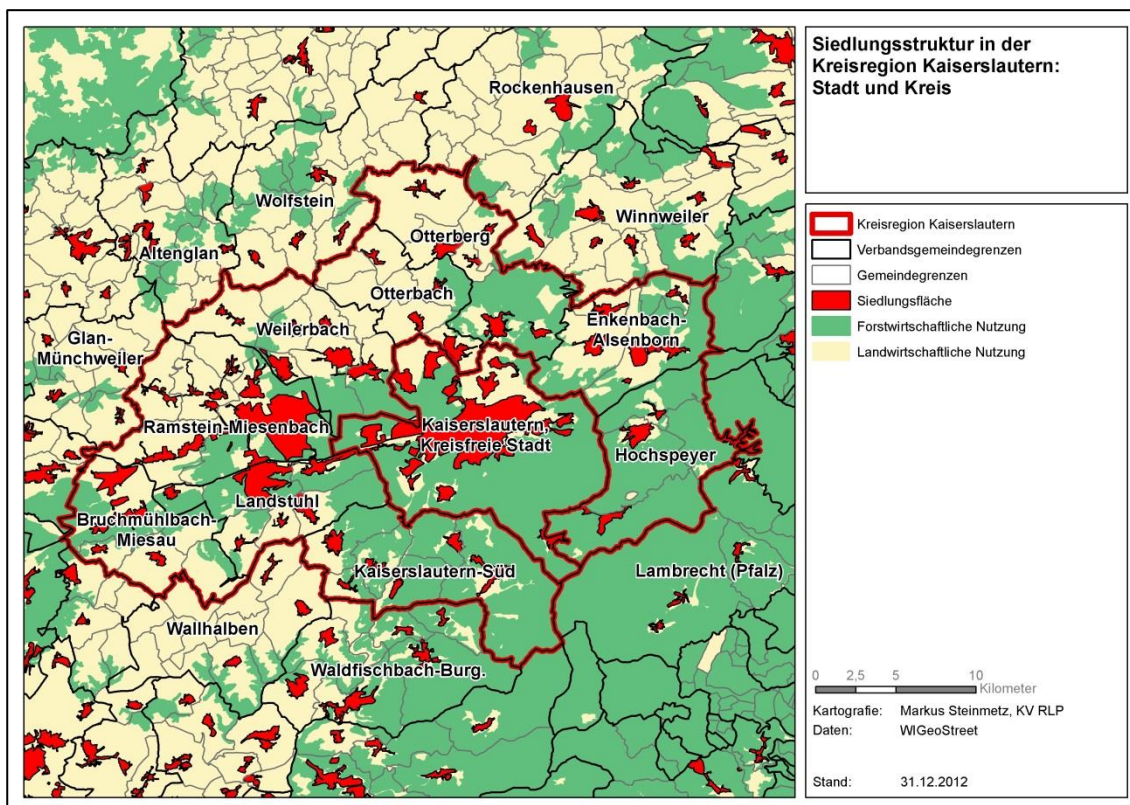
Ein wichtiger Grund für die Neuorganisation ist die Tatsache, dass die Ableistung von Bereitschaftsdiensten gerade in Regionen mit geringer Arztdichte eine hohe Arbeitsbelastung für den einzelnen Vertragsarzt mit sich bringt und eine ständige Erreichbarkeit erfordert. Um gerade in diesen Regionen für vakante und zukünftig nachzubesetzende Vertragsarztsitze potentielle Nachfolger zu finden, ist die flächendeckende Errichtung von BDZ ein wichtiger Schritt, um die Attraktivität der Vertragsarztstätigkeit im Wettbewerb um junge Mediziner zu erhöhen.

Die Kreisregion Kaiserslautern, bestehend aus der kreisfreien Stadt und dem Landkreis Kaiserslautern, liegt in der Westpfalz im Süden von Rheinland-Pfalz. Sie grenzt an den nordwestlichen Rand des Pfälzerwaldes, der große Gebiete der Region landschaftlich prägt. Der Landkreis Kaiserslautern umschließt die Stadt nahezu komplett und grenzt an die Landkreise Donnersbergkreis, Bad Dürkheim, Südwestpfalz sowie an den Landkreis Kusel (vgl. Abbildung 1).

Die Region weist eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von 270 Einwohnern pro Quadratkilometer auf. Der Landesdurchschnitt liegt bei 208 Einwohnern pro Quadratkilometer.³

Die Stadt Kaiserslautern gehört mit 28 Prozent Verkehrs- und Siedlungsfläche zu den unterdurchschnittlich dicht besiedelten kreisfreien Städten. Ludwigshafen am Rhein weist hier mit 61 Prozent den höchsten Wert auf. Der Hauptgrund hierfür ist der mit Abstand höchste Waldanteil aller kreisfreien Städte. Er beträgt 62 Prozent und umfasst in erster Linie das südliche Stadtgebiet. Hingegen weist der Landkreis Kaiserslautern einen durchschnittlich hohen Anteil an Verkehrs- und Siedlungsfläche im Landesvergleich auf. Allerdings ist dieser recht ungleichmäßig auf die Kreisfläche verteilt und konzentriert sich hauptsächlich auf die Gebiete westlich der Stadt Kaiserslautern (vgl. Abb. 2).⁴ Die Siedlungsschwerpunkte sind zum größten Teil im Kaiserslauterner Becken und die Kaiserslauterner Senke gelegen, wo daneben auch landwirtschaftliche Nutzung vorherrscht und mehrere nationale und europäische Hauptverkehrsachsen verlaufen, so etwa die Bundesautobahnen A6, A62 und A63.

Abbildung 2: Siedlungsstruktur



3 Statistik RLP: Regionaldaten. (Stand 31.12.2011).

4 Statistik RLP (Stand 31.12.2011).

Administrativ teilt sich der Landkreis Kaiserslautern auf in die neun Verbandsgemeinden Bruchmühlbach-Miesau, Enkenbach-Alsenborn, Kaiserslautern Süd, Hochspeyer, Landstuhl, Otterbach, Otterberg, Ramstein-Miesenbach und Weilerbach.

Mit 16.330 Einwohnern ist Ramstein-Miesenbach die bevölkerungsreichste Verbandsgemeinde, Hochspeyer dagegen mit 6.705 Einwohnern die bevölkerungsärmste. Innerhalb der Verbandsgemeinden erstrecken sich die Bevölkerungszahlen von kleinen Ortsgemeinden mit 162 Einwohnern wie Gerhardsbrunn bis zu 8.473 Einwohnern in der Stadt Landstuhl.⁵

Die Siedlungsklassifizierung in Deutschland weist die Region Kaiserslautern als zentral gelegenen städtischen Raum aus, der durch weiträumige Pendlerverflechtungen geprägt ist.⁶ Ein überdurchschnittlich hoher Auspendleranteil von 67,5 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist insbesondere im Landkreis Kaiserslautern zu verzeichnen. Die Stadt Kaiserslautern dagegen liegt mit 34 Prozent deutlich unter dem Landesschnitt von 51 Prozent.⁷

Für den Landkreis Kaiserslautern sind die Wege in die nächsten Ballungszentren für deutsche Verhältnisse unterdurchschnittlich. Während im Bundes- und Landesschnitt das nächste Oberzentrum in 36 Minuten PKW-Fahrzeit zu erreichen ist, wird aus dem Kreis Kaiserslautern im Durchschnitt nur ca. 21 Minuten bis in das nächstgelegene Oberzentrum benötigt.⁸ Die nächstgelegenen Oberzentren sind neben Kaiserslautern die Städte Mainz, Saarbrücken, Ludwigshafen und Mannheim.

Hinsichtlich der durchschnittlichen PKW-Fahrzeiten zu den nächstgelegenen Mittelzentren unterscheiden sich die Entfernungen unter den Verbandsgemeinden deutlich. Die Erreichbarkeiten dieser Mittelzentren sind insbesondere für die Betrachtung der medizinischen Versorgungslage einer ländlichen Region von Bedeutung, da diese zumeist die Fachärzte 1. Ordnung⁹ und Krankenhäuser der Grundversorgung beheimaten. Während in Rheinland-Pfalz die durchschnittliche Fahrzeit zum nächstgelegenen Mittelzentrum 11 Minuten beträgt, sind beispielsweise aus den Verbandsgemeinden Hochspeyer und Kaiserslautern Süd ca. 17 Minuten PKW-Fahrzeit einzuplanen. Dagegen erreicht man das nächste Mittelzentrum aus den Verbandsgemeinden Landstuhl oder Ramstein-Miesenbach aus bereits in durchschnittlich 4 bis 5 Minuten.¹⁰

⁵ Statistik RLP (Stand 31.12.2011).

⁶ Siedlungsklassifizierungen des BBSR.

⁷ Pendlerstatistik des Statistischen Bundesamtes und der Länder (Stand 30.06.2011).

⁸ INKAR 2011.

⁹ Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung : Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen (Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 20.12.2012)

¹⁰ INKAR 2011.

3.2 BEVÖLKERUNG: ENTWICKLUNGEN UND STRUKTUREN

In diesem Kapitel sollen die Entwicklungen und Strukturen der Bevölkerung in der Kreisregion Kaiserslautern als der bestimmende Einflussfaktor auf die Nachfrage ambulanter medizinischer Versorgungsleistungen beschrieben und analysiert werden.

Dabei ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Lassen sich aus der Bevölkerungsentwicklung der letzten Jahre anhaltende Trends ablesen, die im Hinblick auf die Region belastbaren Prognosen über die zukünftige Anzahl und Struktur der Bevölkerung ermöglichen?
- Wie gestaltet sich der demographische Wandel in der Region Kaiserslautern bis zum Jahr 2030?
- Weisen die Stadt und der Kreis Kaiserslautern hierbei im Landesvergleich regionale Besonderheiten auf, die sich kritisch auf die zukünftige ambulante Versorgung auswirken könnten?

Die seit etwa 40 Jahren unverändert anhaltende demographische Entwicklung in Deutschland ist geprägt durch das Zusammenwirken einer konstant niedrigen Geburtenrate (1,4 Kinder pro Frau) und einer weiterhin steigenden Lebenserwartung. Auf Basis dieser Faktoren können relativ zuverlässig Vorhersagen über den zukünftigen Altersaufbau unserer Bevölkerung getroffen werden. Auch mögliche Außenwanderungsgewinne durch Migration können diese Strukturveränderungen bislang kaum beeinflussen.

Prognoseunsicherheiten bei regionalen Betrachtungen bezüglich Bevölkerungszahlen und Bevölkerungsaufbau bestehen vor allem in der Vorhersage der Binnenwanderungsbewegungen zwischen den Regionen.

Diese Betrachtung gewinnt immer mehr an Bedeutung, da in Deutschland die regionalen Disparitäten zwischen Wachstums- und Schrumpfsregionen immer mehr zunehmen. Die ohnehin stark zurückgehende junge Bevölkerung der ländlich peripheren und strukturschwachen Regionen wird durch die städtischen Wachstumsregionen immer stärker angezogen. Diese Wanderungsbewegungen intensivieren den durch den Sterbeüberschuss verursachten Bevölkerungsrückgang in den ländlichen Regionen, während einige städtische Regionen diesen durch Zuzug kompensieren können. Es findet sozusagen ein Kannibalisierungsprozess zwischen den einzelnen Regionen statt.

Tabelle 1: Stadt und Kreis Kaiserslautern im sozio-demographischen Vergleich¹¹

Demographische Kennzahlen auf 1.000 Einwohner 2011	Kaiserslautern Stadt	Kaiserslautern Kreis
Geburten	8,5	7,6
Sterbefälle	12	11,3
Geburtendefizit	-3,5	-3,7
Zuzüge	73,6	62,5
Fortzüge	64,1	66,6
Wanderungssaldo	9,5	-4,1
Bevölkerungsentwicklung (Geburtendefizit+ Wanderungssaldo)	+6	-7,8

Ein Vergleich der sozio-demographischen Kennzahlen des Jahres 2011 zwischen dem Kreis Kaiserslautern und dem Oberzentrum Stadt Kaiserslautern verdeutlicht dies. Der natürliche Bevölkerungsverlust von -3,7 Promille im Kreis Kaiserslautern stellt im Vergleich zu anderen Landkreisen einen verhältnismäßig moderaten Wert dar. Der deutliche Rückgang der Bevölkerungszahl ist daneben in erster Linie auf den negativen Wanderungssaldo von -4,1 auf 1.000 Einwohner zurückzuführen. Lediglich die Vulkaneifel (-4,9) und der Rhein-Hunsrück-Kreis (-5,0) verzeichneten 2011 noch niedrigere Werte.

Dagegen kann die Stadt Kaiserslautern mit einem Wanderungssaldo von 9,5 das Geburtendefizit von -3,5 mehr als ausgleichen und einen Zuwachs von 6 Einwohnern pro 1.000 Einwohner verzeichnen (vgl. Tabelle 1). Dieses Wanderungssaldo liegt deutlich über dem Landesdurchschnitt von 2,0 sowie über dem Durchschnitt der kreisfreien Städte mit 6,3. Lediglich Landau i. d. Pfalz kann einen noch höheren Wanderungssaldo mit 9,7 vorweisen.

Auch in Rheinland-Pfalz gesamt sind die Disparitäten zwischen Wachstums- und Schrumpfsregionen deutlich ausgeprägt. Bei Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen zwischen 2005 bis 2011 lässt sich ein eindeutiges Muster erkennen. Während die Regionen der südlichen Rheinschiene und die Region Koblenz eine stabile Bevölkerungsentwicklung aufwiesen, waren in der Westlichen Pfalz, im Hunsrück und der Eifel zum Teil deutliche Bevölkerungsrückgänge zu verzeichnen (vgl. Abbildung 3). Deutliches bis starkes Bevölkerungswachstum trat lediglich in der Region Trier sowie den Städten Mainz und Landau auf.

¹¹ Statistik RLP. Regionaldaten (Stand 31.12.2011).

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung 2005 bis 2011

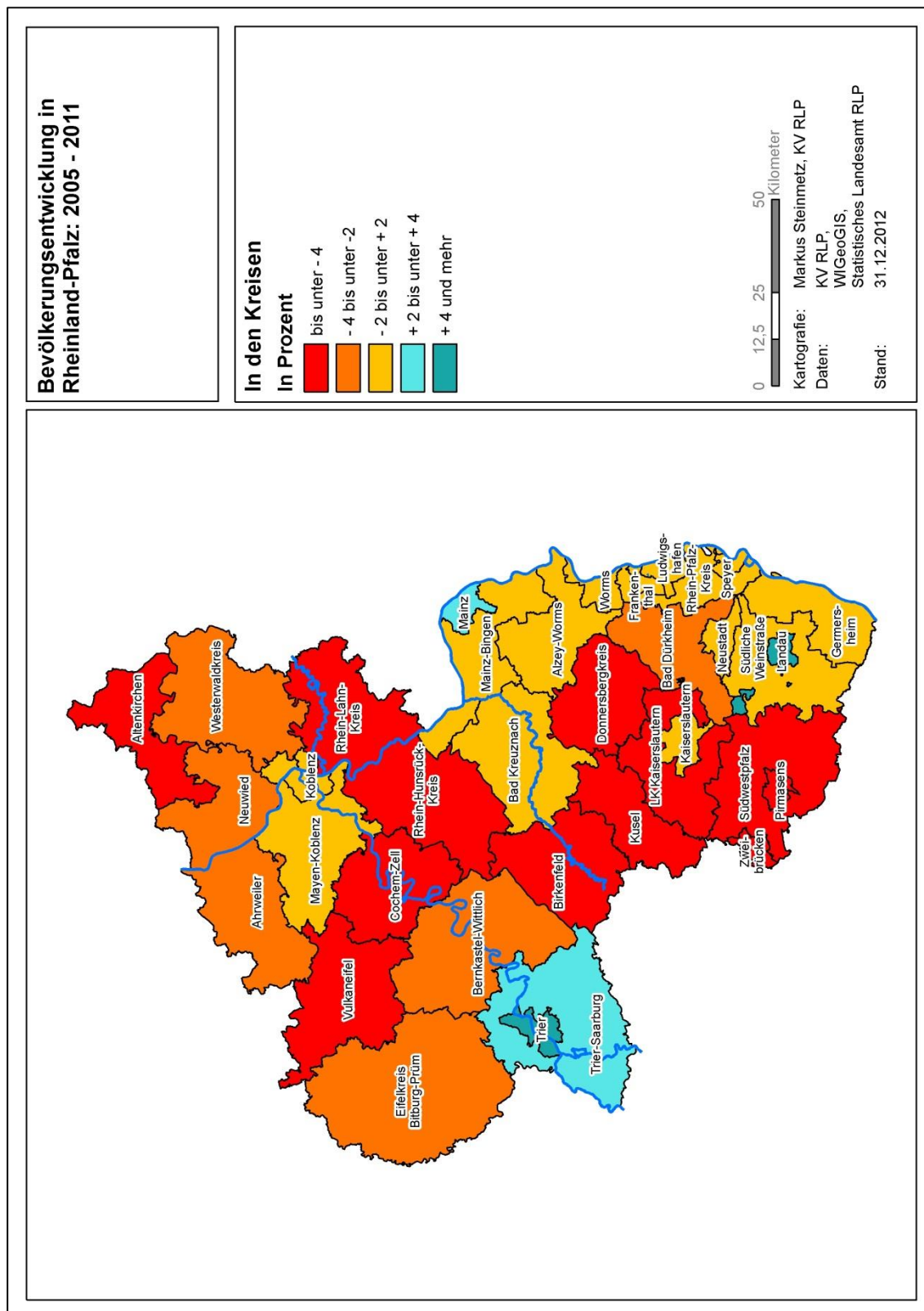
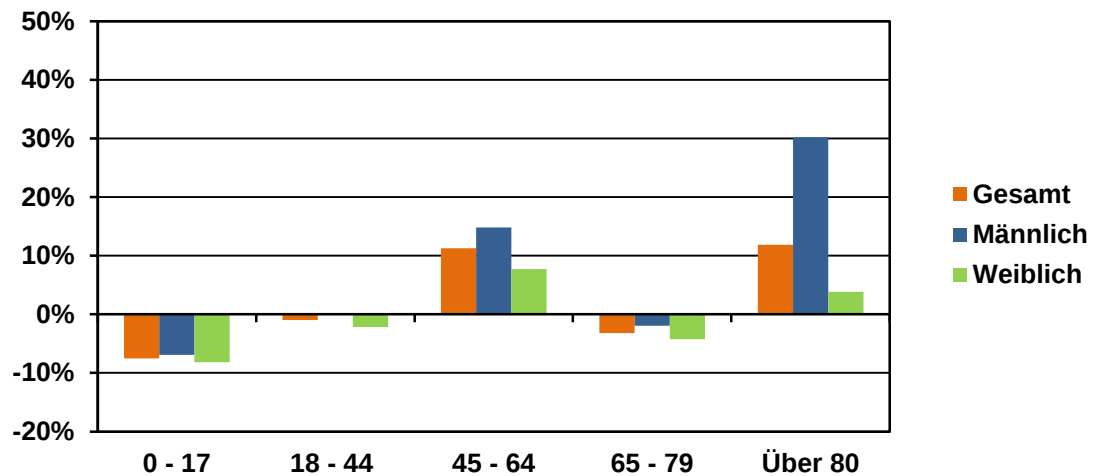
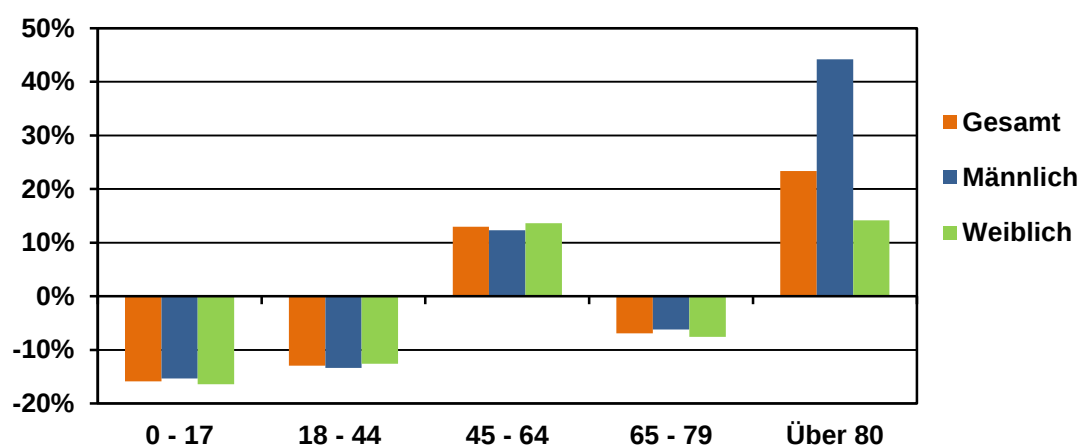


Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung in der Stadt Kaiserslautern 2005 bis 2011



Die Entwicklung der Einwohnerzahlen der Stadt Kaiserslautern in den Jahren 2005 bis 2011 zeigt Bevölkerungszuwächse lediglich in den Altersgruppen der 45- bis 64-Jährigen, die um ca. 11 Prozent angestiegen sowie der über 80-Jährigen (vgl. Abbildung 4). Bei dieser Gruppe hat besonders der Anteil der männlichen Bevölkerung signifikant zugenommen (30 Prozent). Der deutlichste Rückgang konnte mit -7,5 Prozent in der Altersklasse der unter 18-Jährigen festgestellt werden. Auch in der Bevölkerungsgruppe der 18- bis 44-Jährigen ist ein leichter Rückgang (-1 Prozent) zu verzeichnen. Insgesamt konnte die Stadt Kaiserslautern jedoch einen Bevölkerungszuwachs von 1,4 Prozent verzeichnen.

Abbildung 5: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Kaiserslautern 2005 bis 2011

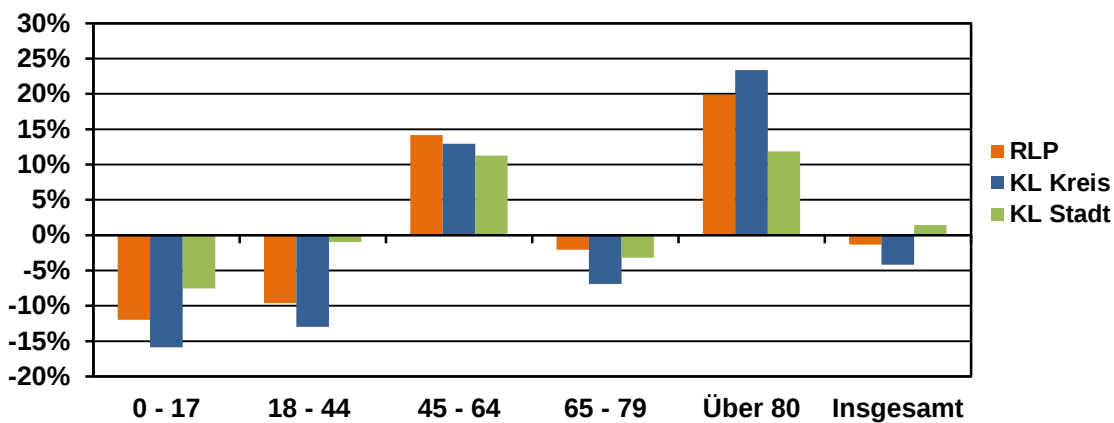


Der Kreis Kaiserslautern hingegen musste einen Bevölkerungsrückgang von -4,2 Prozent hinnehmen. Dieser Wert liegt deutlich über dem Landesdurchschnitt von -1,4 Prozent. Insbesondere die Anzahl der Kinder und Jugendlichen sowie der Anteil der jungen potenziell Erwerbstätigen (zwischen 18 und 44 Jahre) schrumpften um 16 bzw.

13 Prozent (vgl. Abbildung 5). Die Anzahl der Hochbetagten (über 80 Jahre), insbesondere der kriegsunversehrten Männerjahrgänge, hat im selben Zeitraum dagegen stark zugenommen (+44 Prozent). Die Entwicklung ist in einzelnen Altersgruppen und zwischen den Geschlechtern recht unterschiedlich verlaufen, lässt aber die Tendenzen der demographischen Entwicklung erkennen.

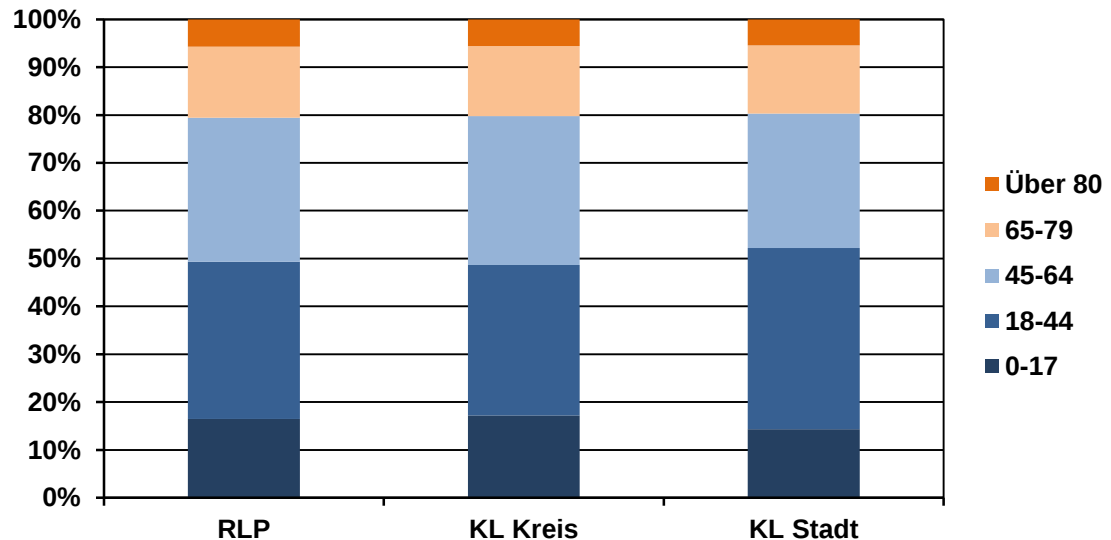
Verglichen zum Landesdurchschnitt schneidet die Stadt Kaiserslautern mit einem geringeren Verlust der jüngeren Jahrgänge und einem Bevölkerungsanstieg insgesamt in der Entwicklung von 2005 bis 2011 besser ab. Das Gegenteil trifft auf den Landkreis zu (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Bevölkerungsentwicklung 2005 bis 2011: Kreis und Stadt Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz



Ein Vergleich der Altersstruktur der Bevölkerung in der Stadt und dem Landkreis Kaiserslautern mit dem Landesdurchschnitt zeigt, dass der Landkreis Kaiserslautern durchschnittliche Werte vorweist. Die Stadt Kaiserslautern weist insbesondere einen überdurchschnittlichen Anteil der Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen auf. Folglich sind dort immer noch über 50 Prozent der Bevölkerung jünger als 45 Jahre. Im Landkreis Kaiserslautern und im Landesdurchschnitt ist dies nicht der Fall (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Altersgruppenanteile 2011: Kreis und Stadt Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz



Bei einer Fortschreibung dieser Entwicklungen unter den Annahmen¹², wie sie das Statistische Landesamt in seiner jüngst veröffentlichten dritten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für das Jahr 2030¹³ angewandt hat, wird es im Kreis Kaiserslautern im Vergleich zum Land Rheinland-Pfalz zu folgenden Veränderungen kommen:

- Überdurchschnittlich starker Rückgang der unter 65-Jährigen und überdurchschnittlich starker Anstieg der über 65-Jährigen Wohnbevölkerung
- Bevölkerungsanteile der Altersgruppen der über 50-Jährigen überdurchschnittlich und Bevölkerungsanteile der Altersgruppen der unter 50-Jährigen unterdurchschnittlich besetzt

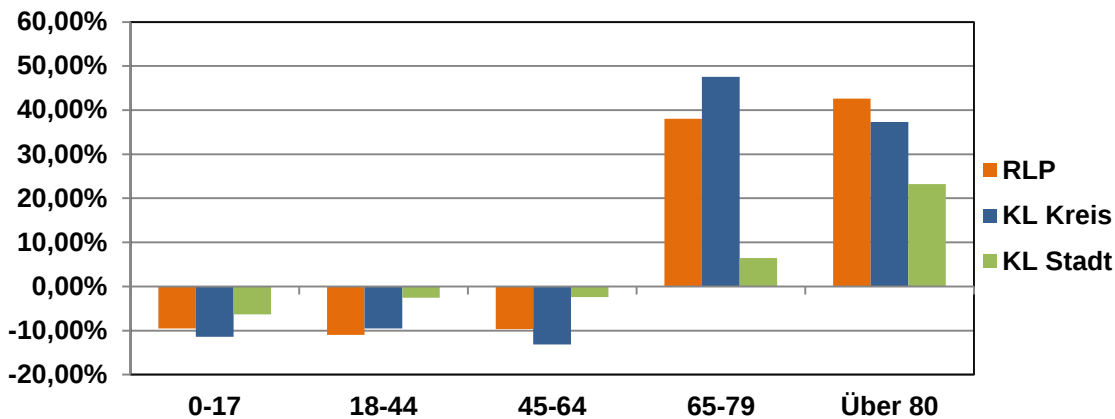
Die Stadt Kaiserslautern dagegen wird voraussichtlich folgende Entwicklung vorweisen:

- unterdurchschnittlicher Rückgang der unter 65-Jährigen und unterdurchschnittlicher Anstieg der über 65-Jährigen Wohnbevölkerung
- Bevölkerungsanteile der Altersgruppen der über 50-Jährigen unterdurchschnittlich besetzt und Bevölkerungsanteile der Altersgruppen der unter 50-Jährigen überdurchschnittlich besetzt

¹² Geburtenrate konstant bei 1,4 Kindern, gleichbleibende regionale Wanderungssalden, jährlicher Wanderungsgewinn von 4000 Personen für Rheinland-Pfalz, steigende Lebenserwartung auf 89,2 Jahren bei Frauen und 85 Jahren bei Männern bis 2060

¹³ Rheinland-Pfalz 2030: Dritte kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung für die verbandsfreien Gemeinden und Verbandsgemeinden, Ergebnisse für den Eifelkreis Bitburg-Prüm, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz.

Abbildung 8: Bevölkerungsentwicklung 2011 bis 2030: Kreis und Stadt Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz



Insgesamt wird sich die Bevölkerung im Kreis Kaiserslautern nach den Prognosen des Statistischen Landesamtes bis 2030 um 10 Prozent auf ca. 94.578 Einwohner reduzieren, wobei der Rückgang in den einzelnen Verbandsgemeinden unterschiedlich stark ausfallen wird (vgl. Tabelle 2). Für die Stadt Kaiserslautern wird bis 2030 ein Rückgang um 9 Prozent auf 91.153 prognostiziert. Innerhalb der Altersklassen ist zu sehen, dass sich die Altersgruppenanteile zugunsten der Älteren verschieben werden. Bis 2030 entwickelt sich der Landkreis Kaiserslautern durchschnittlich verglichen zum gesamten Land Rheinland-Pfalz. Die Stadt Kaiserslautern erreicht dagegen weiterhin einen überdurchschnittlichen Anteil der jüngeren Altersgruppen. Dennoch ist auch hier der Trend der Überalterung der Gesellschaft nicht zu übersehen (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Altersgruppenanteile 2030: Kreis und Stadt Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz

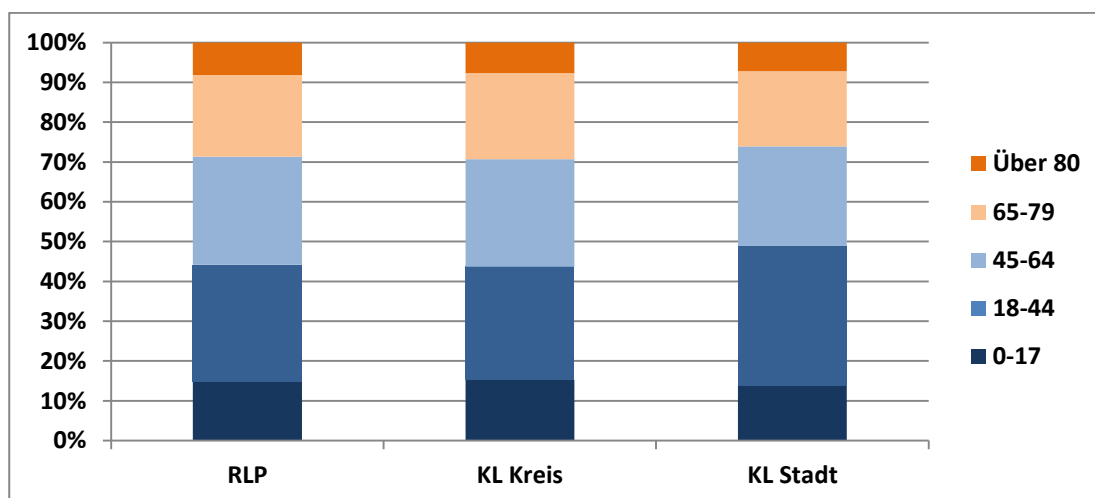


Tabelle 2: Bevölkerungsprognose 2030: Verbandsgemeinden im Kreis Kaiserslautern

Verbandsgemeinde	Einwohner 2011	Einwohner 2030	Entwicklung (in %)
Bruchmühlbach-Miesau	10.256	9.009	-12,20
Enkenbach-Alsenborn	12.712	11.970	-5,90
Hochspeyer	6.706	5.989	-10,70
Kaiserslautern-Süd	10.795	9.848	-8,80
Landstuhl	15.316	13.475	-12,01
Otterbach	9.458	8.649	-8,56
Otterberg	9.389	8.708	-7,30
Ramstein-Miesenbach	16.330	13.580	-16,90
Weilerbach	13.645	13.350	-2,20
<i>Kreis KL Gesamt</i>	<i>104.607</i>	<i>94.578</i>	<i>-10,60</i>
<i>Stadt KL</i>	<i>99.790</i>	<i>91.153</i>	<i>-9,47</i>
<i>Region KL Gesamt</i>	<i>204.397</i>	<i>185.731</i>	<i>-9,13</i>

Die Alterung der Bevölkerung im Kreis Kaiserslautern und der Stadt Kaiserslautern bis zum Jahr 2030 lässt sich zusätzlich gut durch das Maß des Altenquotienten belegen. Dieser gibt das Verhältnis der Erwerbstätigenbevölkerung (im Alter von 20 bis 64 Jahren) zur Bevölkerung im Alter von über 64 Jahren an.

Im Jahr 2011 lag dieser im Kreis Kaiserslautern bei einem Wert von 34, d.h. es kommen auf 100 Personen von 20 bis 64 Jahren 34 über 64-Jährige. Dies ist durchschnittlich im Landesvergleich. Im Jahr 2030 wird der Landkreis Kaiserslautern einen höheren Altenquotient haben als der Landesdurchschnitt (Altenquotient 55 zu 52).

Die Stadt Kaiserslautern wies im Jahr 2011 dagegen einen unterdurchschnittlichen Altenquotient mit 31 auf. Dieser steigt zwar bis zum Jahr 2030 auf 45, es vergrößert sich aber die Diskrepanz zum Landesdurchschnittswert von 52. Das heißt im Vergleich zum Land Rheinland-Pfalz wird die Bevölkerung der Stadt Kaiserslautern weniger stark von Überalterung betroffen sein.

Betrachtet man bei der Bevölkerungsprognose 2030 die Entwicklung in allen Kreisen von Rheinland-Pfalz, zeichnet sich ein ähnliches räumliches Muster analog zur Bevölkerungsentwicklung von 2005 bis 2011 ab. Die Region Trier und die südliche Rheinschiene inklusive der Städte Neustadt und Landau müssen nur leichte Bevölkerungsverluste hinnehmen oder wachsen durch Zuwanderung sogar (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Bevölkerungsprognose 2030 Rheinland-Pfalz

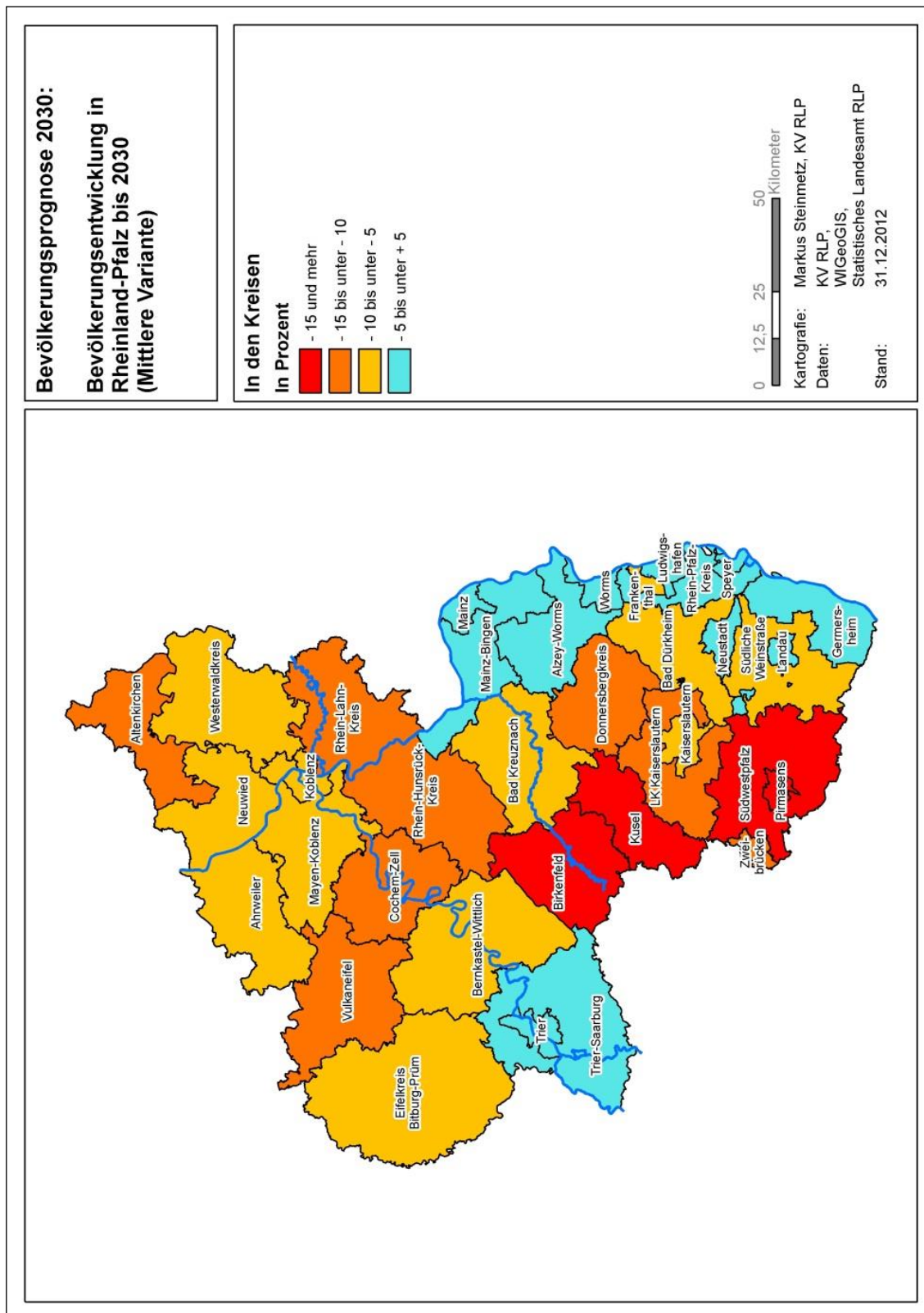


Abbildung 11: Bevölkerungsprognose 2030 Rheinland-Pfalz: Unter 20-Jährige

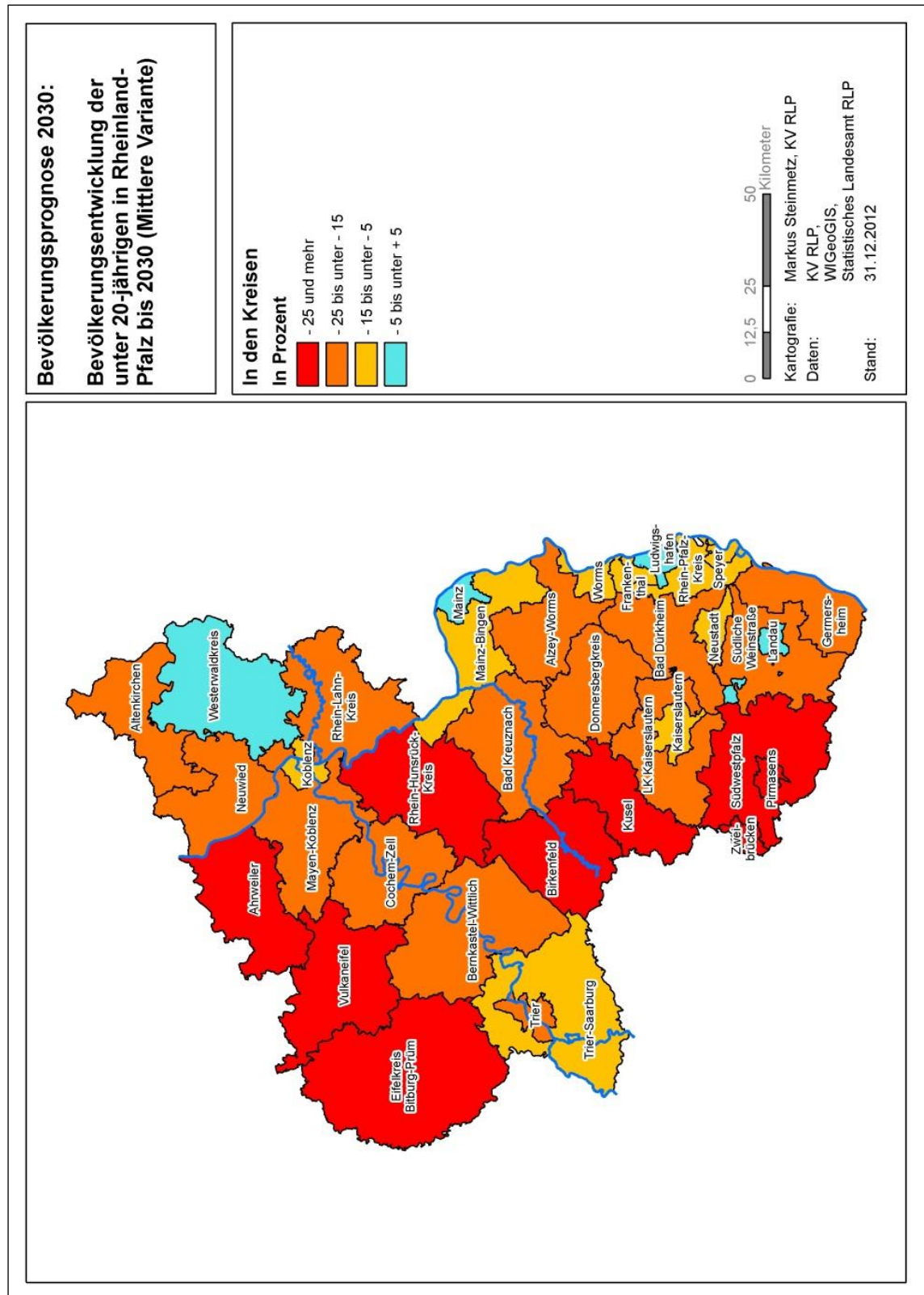
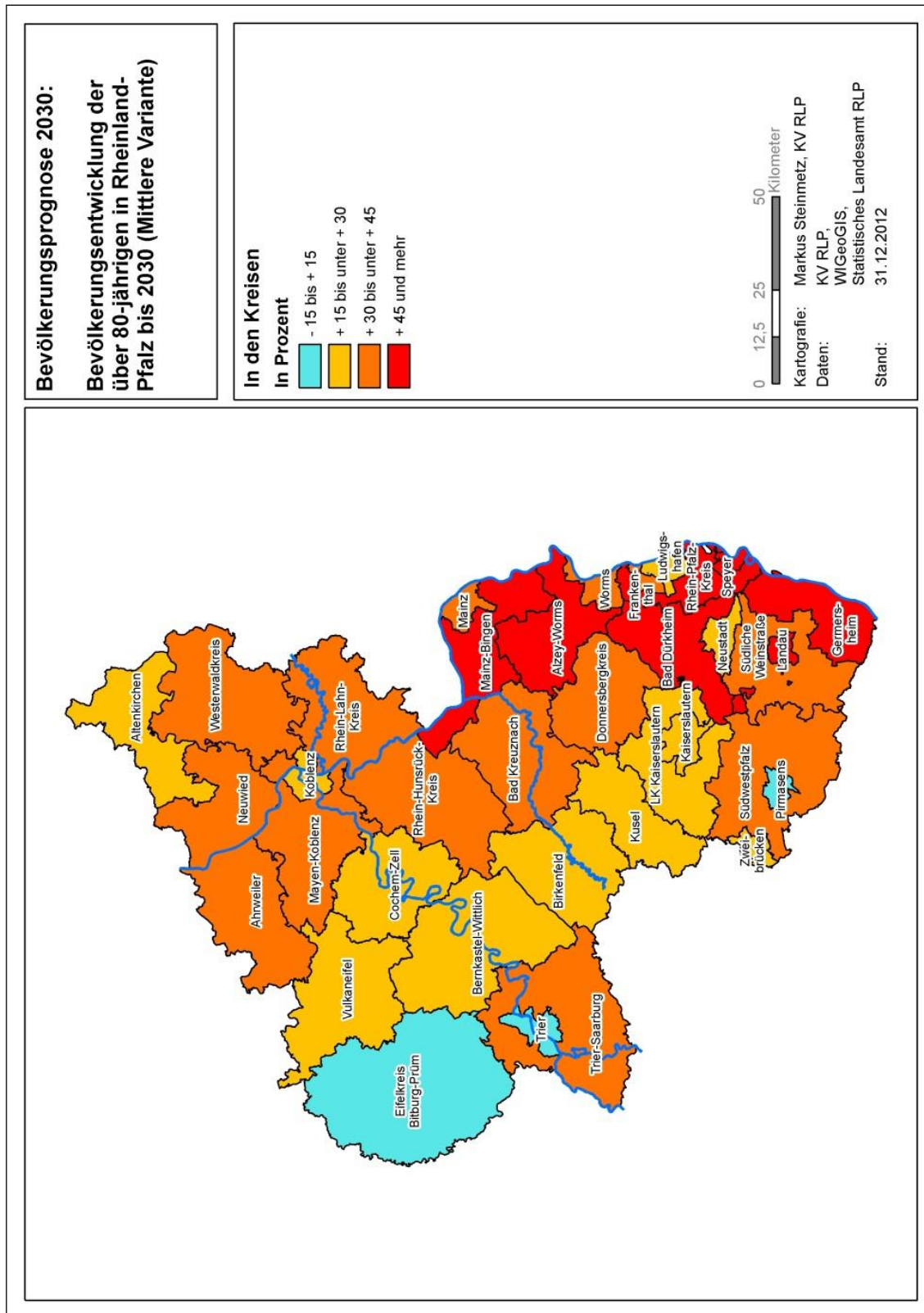


Abbildung 12: Bevölkerungsprognose 2030 Rheinland-Pfalz: Über 80-Jährige



Zwar wird auch dort der Rückgang der unter 20-Jährigen sichtbar, jedoch weniger dramatisch als in den Abwanderungsregionen. Der Anstieg der Zahl der über 80-Jährigen dagegen wird in den Wachstumsregionen deutlich stärker ausfallen, da die Verschiebung der Bevölkerungsanteile in die höheren Altersgruppen hier zeitverzögert stattfindet. Die Bevölkerung altert hier sozusagen nach (vgl. Abbildung 11 und Abbildung 12).

Eine der Eingangsfragestellungen dieses Kapitels war, ob der Kreis und die Stadt Kaiserslautern regionale Besonderheiten hinsichtlich der zu erwartenden Bevölkerungsstrukturveränderungen aufweisen und inwieweit sich dies kritisch auf die ambulante Versorgung auswirken könnte.

Die Intensität des demographischen Wandels wird im Kreis und der Stadt Kaiserslautern unterschiedlich stark ausfallen. Während der Landkreis mit für ländliche Regionen typischen Veränderungen bezüglich des Rückgangs der jungen und Zuwachs der älteren Jahrgänge zu kämpfen hat, profitiert die Stadt auch in Zukunft von ihrer relativ jungen Bevölkerungsstruktur, so dass sich die Alterung dort weniger schnell vollzieht. Der Bevölkerungsrückgang im Landkreis wird voraussichtlich überdurchschnittlich schnell vonstattengehen. Folglich kommt hier durch den Altersstrukturwandel ihrer Patientenschaft auch auf die ambulante Versorgung eine große Herausforderung zu.

3.3 SOZIOÖKONOMISCHE INDIKATOREN

Neben sozio-demografischen Indikatoren zur Bevölkerungsentwicklung, -struktur und -mobilität, die den Kreis Kaiserslautern als vom demographischen Wandel überdurchschnittlich stark betroffene Abwanderungsregion kennzeichnen, sind in der weiteren Betrachtung auch sozio-ökonomische Indikatoren für die Beschreibung regionaler Unterschiede und ihre Auswirkungen auf Bedarf sowie Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung von Interesse.

Es wurde bereits erläutert, dass für die Erreichbarkeit von Mittelzentren die Einwohner des Kreises Kaiserslautern längere Wegstrecken und Fahrzeiten als in anderen Regionen in Kauf nehmen müssen, bezüglich der Oberzentren sind diese jedoch unterdurchschnittlich. Dies ist jedoch nur ein Aspekt der Sozial-, Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Einkommenssituation vor Ort.

Bei der Betrachtung verschiedener sozioökonomischer Indikatoren im regionalen Vergleich lässt sich für die Stadt und den Kreis Kaiserslautern folgende sozioökonomische Situation erkennen (vgl. Tabelle 3).

Der überdurchschnittliche Anteil an Single-Haushalten in der Stadt Kaiserslautern und die unterdurchschnittliche Anzahl an Pflegebedürftigen ist eher typisch für städtische Räume, die tendenziell eine jüngere Bevölkerungsstruktur vorweisen. Auch bezüglich der Wirtschaftsstruktur weist die Stadt Kaiserslautern typische Werte für städtisches Gebiet auf, einen hohen Anteil an Beschäftigten im tertiären Sektor sowie einen geringen im sekundären. Die Beschäftigtenstruktur ist geprägt durch vergleichsweise

durchschnittliche Anteile an hoch und gering qualifizierten Beschäftigten. Allerdings sind knapp 13 Prozent in Forschung und Entwicklung beschäftigt, was den dritthöchsten Wert in Rheinland-Pfalz darstellt. Die Technische Universität Kaiserslautern macht sich hier als bedeutender Standortfaktor bemerkbar. Hervorzuheben ist darüber hinaus, dass in der Stadt Kaiserslautern Stadt überdurchschnittlich viele Menschen von der Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind.

Tabelle 3: Sozioökonomische Regionalindikatoren auf Kreisebene im Vergleich¹⁴

Regionalindikatoren	Kaiserslautern Kreis	Kaiserslautern Stadt	Rheinland-Pfalz	Höchster Wert	Niedrigster Wert
Sozialstruktur					
Ein-Personen-Haushalte (in %)	31,1	41,3	35,6	46,9	29
Pflegebedürftige (je 10.000 Einwohner)	249,4	214,5	264	388	197
Schulabgänger ohne Abschluss (in %)	6	6,1	7,1	12,4	3,7
Wirtschaftsstruktur					
Erwerbstätige Sekundärer Sektor (in %)	23,7	19,4	26	46	11
Erwerbstätige Tertiärer Sektor (in %)	73,9	80,4	72	89	52
Beschäftigte in Forschung und Entwicklung (in%)	1,9	12,9	9,9	17,2	0,4
Beschäftigtenstruktur und Arbeitslosigkeit					
Anteil hoch qualifizierter Beschäftigter (in %)	3,9	9,9	7,8	17,9	2,9
Anteil gering qualifizierter Beschäftigter (in %)	38,5	30,6	31,4	42	24,5
Langzeitarbeitslose (in % der Arbeitslosen)	31	38,2	32,7	43,8	11,5
Wirtschaftskraft					
Bruttoinlandsprodukt (in € je Erwerbstätigen)	54.100	51.100	55.100	80.000	46.700
Bruttowertschöpfung (in € je Erwerbstätigen)	48.300	45.600	49.200	71.400	41.700
Gewerbesteuereinnahmen (in € je Erwerbstätigen)	151,8	437,8	308	913	84
Einkommenssituation					
Durchschnittl. Haushaltsnettoeinkommen (in €)	1.449	1.365	1.553	1.820	1.365
Durchschnittl. Rentenzahlbetrag (in €)	787,9	794,4	773	905	613
Grundsicherungsempfänger (in %)	6,5	13,6	7,6	18,5	3,3

¹⁴ INKAR 2011.

Als Folge der relativ schwachen Wirtschaftskraft weist die Stadt Kaiserslautern die schlechteste Einkommenssituation im Landesvergleich auf. Des Weiteren sind überdurchschnittlich viele Einwohner auf staatliche Transferleistungen wie der Grundsicherung angewiesen. Lediglich Primasens und Ludwigshafen am Rhein weisen noch höhere Werte auf.

Der Landkreis Kaiserslautern ist hinsichtlich der Sozialstruktur geprägt von einer für ländliche Regionen typischen unterdurchschnittlichen Anzahl an Single-Haushalten. Auch im Hinblick auf die Anzahl der Pflegebedürftigen pro 10.000 Einwohner weist der Kreis einen unterdurchschnittlichen Wert auf und liegt mit einem Wert von 249 unter dem vieler anderer Landkreise. Hinsichtlich der Wirtschaftsstruktur treten keine Besonderheiten auf. Der sekundäre Sektor ist im Landesvergleich unterdurchschnittlich besetzt, der tertiäre Sektor durchschnittlich.

Bezüglich der Beschäftigtenstruktur wird deutlich, dass der Anteil an hoch qualifizierten Beschäftigten im Landesvergleich sehr gering ist, der Anteil der gering qualifizierten überdurchschnittlich hoch. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen bewegt sich im durchschnittlichen Rahmen.

Wird die Wirtschaftskraft des Kreises Kaiserslautern betrachtet, liegt das Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen, trotz hohem Anteil an gering Qualifizierten, nur geringfügig unter dem Landesdurchschnitt, jedoch deutlich über dem Wert der Stadt Kaiserslautern. Das gleiche gilt für die Bruttowertschöpfung. Dagegen beträgt der Wert der Gewerbesteuerereinnahmen gerade mal die Hälfte des Landesdurchschnitts, was mit einer kleinteiligeren Wirtschaftsstruktur im Landkreis in Zusammenhang gebracht werden könnte. Die Einkommenssituation dagegen unterscheidet sich nur geringfügig vom Landesschnitt und der Stadt Kaiserslautern. Zudem sind mit 6,5 pro 1.000 Einwohner unterdurchschnittlich wenige Einwohner auf staatliche Transferleistungen wie die Grundsicherung angewiesen.

4 Vertragsärztliche Versorgung in der Kreisregion Kaiserslautern

4.1 STRUKTUREN DER VERTRAGSÄRZTESCHAFT

Die ambulante medizinische Versorgung wird durch die dafür nach Maßgabe des SGB V (§95 Abs.1 Satz 1) zugelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten erbracht. Sie sind für die Bevölkerung die ersten und wichtigsten Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung. Deshalb ist neben der Kenntnis künftiger Bevölkerungsentwicklungen und –strukturen in der Kreisregion Kaiserslautern das Wissen über die vorhandenen Strukturen der Vertragsärzteschaft von immanenter Bedeutung. Nur durch die gemeinsame Analyse der Nachfrage- und Anbieterseite in der Region kann abgeschätzt werden, wie sich die Versorgungslage im weiteren Zeitverlauf voraussichtlich entwickeln wird. Dies wiederum stellt eine unabdingbare

Voraussetzung dafür dar, rechtzeitig geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung ergreifen zu können.

Als Vertragsärzteschaft wird für die folgenden Analysen zwischen Hausärzten und Fachärzten in der Bedarfsplanungssystematik unterschieden.¹⁵ Hiernach zählen zu den Hausärzten Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung. Alle übrigen Fachgruppen, inklusive der Kinderärzte und Psychotherapeuten, umfasst der Versorgungsbereich der Fachärzte. Es werden ferner nur zugelassene Vertragsärzte und bei solchen oder in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte erfasst. Für die Erbringung spezialisierter Leistungen ermächtigte Ärzte sind nicht Gegenstand dieser Betrachtung, weil eine vergleichbare Quantifizierung der durch sie erbrachten Versorgungsumfänge nicht erfolgen kann.

In diesem Zusammenhang werden die Strukturen der Vertragsärzteschaft in der Kreisregion Kaiserslautern zunächst unter folgenden Gesichtspunkten untersucht:

- Vertragsärztezahlen und ihre Tätigkeitsformen
- Altersstruktur
- Räumliche Verteilung

4.1.1 VERTRAGSÄRZTEZAHLEN UND TÄTIGKEITSFORMEN

Bei Analysen unter Verwendung von Vertragsärztezahlen muss generell zwischen der Zählung von Personen (Kopfzahlen) und der Zählung von Vollzeitäquivalenten, den sogenannten Versorgungsaufträgen, unterschieden werden. Die Kopfzahlen spiegeln nicht den tatsächlich für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Tätigkeitsumfang der Ärzteschaft wieder. Aufgrund der Möglichkeiten zur Teilzeitanstellung in Praxen oder hälftigen Zulassungen wird bei der Zählung von Versorgungsaufträgen nach Tätigkeitsumfängen klassifiziert. Angestellte Ärzte werden in Viertelschritten beginnend von 0,25 für bis zu zehn Wochenstunden Tätige, auf bis 1,0 für mehr als 30 Wochenstunden Tätige gezählt.

Zugelassene Vertragsärzte werden entweder mit 0,5 (hälftige Zulassung) oder mit 1,0 (Vollzulassung) bewertet. Zusätzlich können Versorgungsaufträge in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen verrechnet werden.

Arztzahlen nach Organisations-, Praxis- und Statusformen können höher als die der tatsächlich tätigen Ärzte ausfallen, da ein Vertragsarzt durch Tätigkeiten in mehr als einer Organisations- und Praxisform (zumeist zusätzliche Tätigkeit in einer Zweigpraxis) doppelt gezählt wird. Daraus ergibt sich für den Kreisregion Kaiserslautern folgendes Bild der Versorgungsrealität (vgl. Tabelle 4).

¹⁵ Ausführlich wird dies noch in Kapitel 3.b beschrieben.

Tabelle 4: Vertragsärztezahl und Versorgungsaufträge (Stand 31.12.2012)

	Arztzahl	Versorgungsaufträge
Kreis Kaiserslautern		
Hausärzte	81	76,75
Fachärzte	81	72,5
<i>Gesamt</i>	<i>162</i>	<i>149,25</i>
Stadt Kaiserslautern		
Hausärzte	66	65,75
Fachärzte	196	178,25
<i>Region Gesamt</i>	<i>262</i>	<i>244</i>

Die Kopffzahlen der Vertragsärzteschaft sind im Kreis 8 Prozent und in der Stadt Kaiserslautern 7 Prozent höher als die erteilten Versorgungsaufträge. Dies ist vor allem auf die Anzahl der angestellten Ärzte zurückzuführen, deren Anteil seit der Einführung neuer Organisations- und Statusformen stetig wächst.

Sehr deutlich ist, dass insbesondere Fachärzte sich überwiegend im Stadtgebiet niederlassen. Dies lässt zwar die Ungleichverteilung zwischen Stadt und Landkreis ansteigen, ist jedoch kein ungewöhnliches Bild. Die Funktion der Stadt als Zentrum führt dazu, dass im Facharztbereich die umliegenden Gemeinden durch die Stadt mitversorgt werden und Patienten auch bereit sind, für die fachärztliche Behandlung weitere Strecken in Kauf zu nehmen als dies bei der hausärztlichen Versorgung der Fall ist.

Wird die Struktur der heutigen Organisations- und Praxisformen des Kreises Kaiserslautern betrachtet, so fällt auf, dass nur noch weniger als die Hälfte der Vertragsärzte in der klassischen Konstellation als zugelassener Arzt in einer Einzelpraxis tätig sind. Die zugelassenen Vertragsärzte schließen sich zunehmend in örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren zusammen, um durch diese Organisationsmodelle organisatorische wie wirtschaftliche Synergien zu erzielen (vgl. Tabelle 5).

Zudem hat auch das Angestelltenverhältnis im Kreis Kaiserslautern an Attraktivität gewonnen. Gründe hierfür sind das mit der Gründung oder Übernahme einer Praxis verbundene wirtschaftliche Risiko sowie die Möglichkeiten einer Teilzeitbeschäftigung als angestellter Arzt. Mehr als 15 Prozent der Vertragsärzteschaft im Kreis Kaiserslautern ist mittlerweile angestellt, größtenteils in einer Einzelpraxis oder einer Zweigpraxis sowie in Medizinischen Versorgungszentren und örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften. Diese Organisationsmodelle bieten gerade in ländlichen Räumen zusätzliche Möglichkeiten, die wohnortnahe ambulante Versorgung sicherzustellen.

Medizinische Versorgungszentren decken mehrere Fachgebiete gleichzeitig ab und können auch durch zusätzliche Nebenbetriebsstätten in der Fläche präsent sein. Zweigpraxen stellen zusätzlich zum Vertragsarztsitz betriebene Praxisstandorte dar,

die unter der Prämisse genehmigt werden können, dass die Tätigkeit des Arztes am Vertragsarztsitz nicht durch die Tätigkeit an einem anderen Ort beeinträchtigt wird, dort aber die Versorgungssituation der Patienten verbessert. Die Tätigkeit in der Zweigpraxis wird entweder durch den zugelassenen Arzt selbst oder durch einen Angestellten ausgeübt.

Tabelle 5: *Arztzahlen nach Organisations-, Praxis- und Statusformen im Kreis Kaiserslautern (Stand 31.12.2012)*

Organisations- und Praxisform	Arztstatus		Gesamt
	Zulassung	Anstellung	
Einzelpraxis	84	10	94
KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft	2	0	2
Medizinisches Versorgungszentrum	4	4	8
Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft	45	6	51
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	4	1	5
Zweigpraxis	2	6	15
<i>Gesamt</i>	<i>148</i>	<i>27</i>	<i>175</i>

Bezüglich des Arztstatus und der Praxisformen sieht es in der Stadt Kaiserslautern ähnlich aus wie im Landkreis. Auch hier führen nur noch weniger als die Hälfte der zugelassenen Ärzte eine Einzelpraxis. Beliebte Kooperationsformen stellen insbesondere die örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft dar. Die angestellten Ärzte, die in der Summe ähnlich wie im Landkreis ca. 15 Prozent der Vertragsärzte ausmachen, sind vor allem in Medizinische Versorgungszentren, örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften und Zweigpraxen tätig.

Dass die Arztzahlen insgesamt (Tabelle 4) nicht mit denen innerhalb der Organisations- und Praxisformen (Tabelle 5 und 6) übereinstimmen, ist auf Mehrfachzählungen einzelner Ärzte zurückzuführen, die z.B. eine Zweigpraxis betreiben oder an mehreren Standorten angestellt sind.

Tabelle 6: *Arztzahlen nach Organisations-, Praxis- und Statusformen in der Stadt Kaiserslautern (Stand 31.12.2012)*

Organisations- und Praxisform	Arztstatus		Gesamt
	Zulassung	Anstellung	
Einzelpraxis	132	4	136
KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft	4		4
Medizinisches Versorgungszentrum	2	16	18
Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft	83	10	93
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	18	5	23
Zweigpraxis	5	10	15
<i>Gesamt</i>	<i>244</i>	<i>45</i>	<i>289</i>

4.1.2 ALTERSSTRUKTUR

Die Altersstruktur in der Vertragsärzteschaft einer Region ist ein aussagekräftiger Indikator für die Beurteilung der zukünftigen Versorgungslage, weil durch sie Voraussagen über Zeitraum und Umfang altersbedingt wiederzubesetzender Arztstellen möglich sind.

Die Altersstrukturen der Haus- und Fachärzteschaft im Kreis und in der Stadt Kaiserslautern stellen sich folgendermaßen dar (vgl. Abbildung 13).

Das mittlere Alter der aktiven Haus- und Fachärzte in der Stadt Kaiserslautern beträgt 55 bzw. 53 Jahre. Ein deutlich größerer Unterschied kann im Landkreis festgestellt werden. Während der durchschnittliche Facharzt mit einem Alter von 51 Jahren verhältnismäßig jung ist, sind die Hausärzte mit einem Median von 57 erheblich älter. Dies wird in der Altersgruppenverteilung nochmals deutlich.

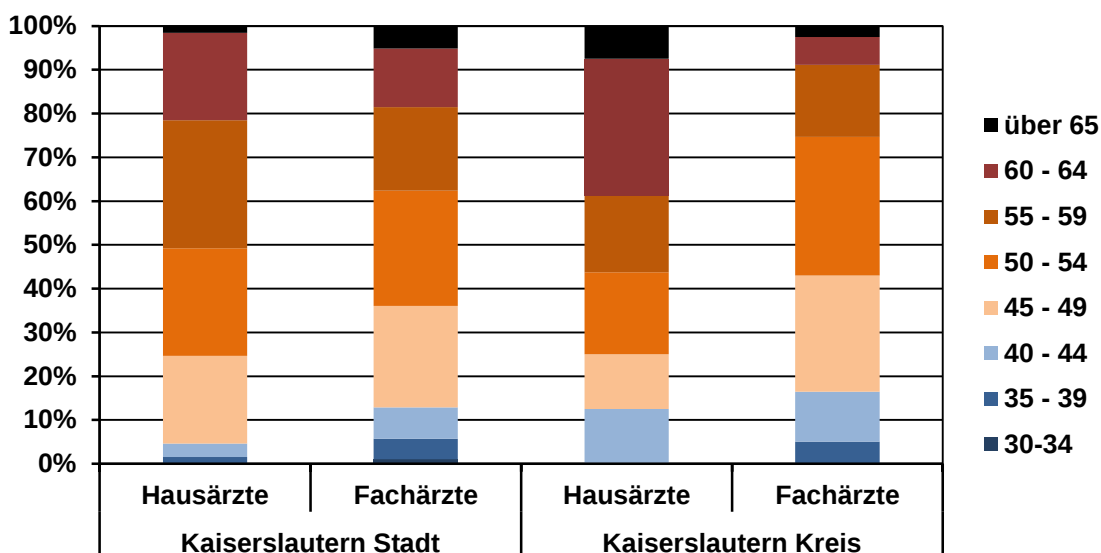
Die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen ist bei den Hausärzten sowohl in der Stadt als auch im Landkreis gegenüber den Fachärzten deutlich größer ausgeprägt. Bei den Hausärzten im Landkreis sind bereits 30 Prozent zwischen 60 und 64 Jahren und weitere 8 Prozent 65 Jahre oder älter.

In der Stadt trifft dies auf 21 Prozent aller Hausärzte zu. Insgesamt sind bei den Stadt- und Landhausärzten über 50 Prozent bereits 55 Jahre und älter. Statistisch betrachtet stehen diese Ärzte kurz vor dem Ausscheiden aus der ambulanten Versorgung. Das durchschnittliche Austrittsalter aus der vertragsärztlichen Versorgung liegt derzeit bei 62 Jahren.

Bei den Fachärzten ist die Altersstruktur deutlich jünger. Insbesondere im Landkreis haben über 70 Prozent der Fachärzte ein Alter von weniger als 55 Jahren. In der Stadt beträgt dieser Anteil immerhin noch über 60%. Die Gruppe der 50- bis 54-Jährigen ist

bei den Fachärzten insgesamt am stärksten ausgeprägt, gefolgt von den 45 bis 49-Jährigen.

Abbildung 13: Altersstruktur der Haus- und Fachärzte in Stadt und Kreis Kaiserslautern



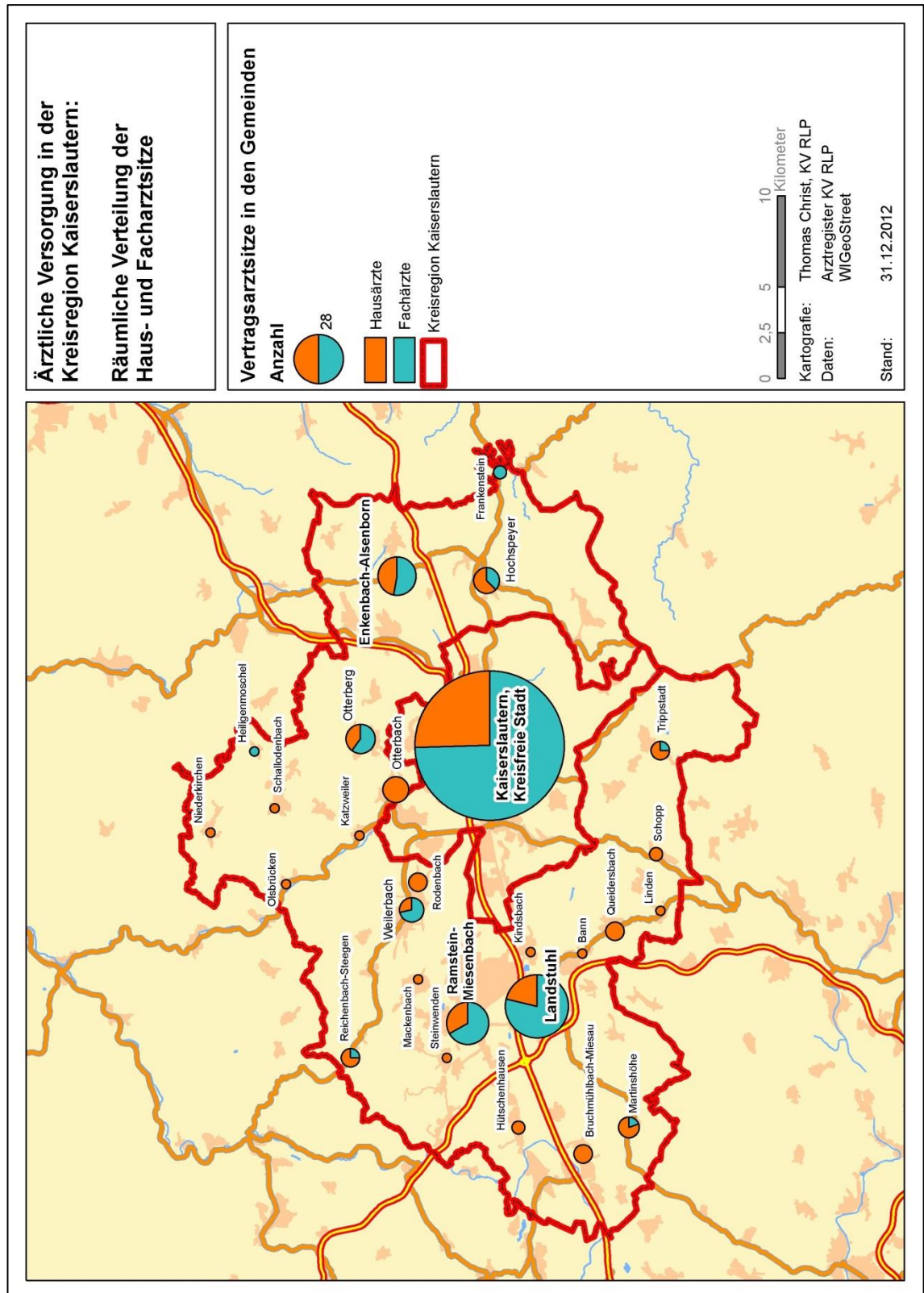
Die vorhandene Altersstruktur hat vor allem zwei Ursachen. Erstens fehlen immer häufiger jüngere Nachrücker, die für eine Verjüngung der Ärzteschaft sorgen würden. Dies gilt insbesondere für den hausärztlichen Versorgungsbereich, in dem beispielsweise im Jahre 2011 in Rheinland-Pfalz nur 239 neue Facharztanerkennungen 501 Abgängen aus der Versorgung gegenüberstanden.¹⁶ Zweitens ist das mittlere Alter der Einsteiger in die vertragsärztliche Versorgung auf mittlerweile 44 Jahre angestiegen, d.h. die neu hinzugekommenen Leistungserbringer stehen der ambulanten Versorgung potentiell immer weniger Jahre zur Verfügung und müssen früher ersetzt werden.

4.1.3 RÄUMLICHE VERTEILUNG

Ein weiterer Indikator für die Beurteilung der Versorgungslage im Hinblick auf eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung einer Region ist die räumliche Verteilung der Vertragsärzteschaft (vgl. Abbildung 14).

¹⁶ Nach Angaben der Bezirksärztekammern Rheinland-Pfalz für die Fachgebietsanerkennungen „Allgemeinmedizin“ und „Innere und Allgemeinmedizin“

Abbildung 14: Räumliche Verteilung der Vertragsärzteschaft in der Kreisregion Kaiserslautern



Im Kreis Kaiserslautern finden sich die Vertragsarztsitze der Fachärzte vor allem in den Mittelzentren Landstuhl, Ramstein-Miesenbach sowie Enkenbach-Alsenborn. Der bedeutendste Anteil der Fachärzte in der Region ist jedoch in der Stadt Kaiserslautern zu finden, die zusätzlich die umliegenden Gebiete mit versorgt.

Die Hausärzte dagegen sind in der Fläche der Kreisregion weiträumig verteilt und stellen eine vergleichsweise wohnortnahe hausärztliche Versorgung sicher. Dennoch ist zu beachten, dass die Anzahl der Hausärzte in den Verbandsgemeinden sehr unterschiedlich ausfallen, so dass perspektivisch gesehen bereits das Ausscheiden einzelner Ärzte zu gravierenden Veränderungen führen kann. Betroffen wären davon insbesondere die Gemeinden ohne Verwaltungssitz und die weiter vom Zentrum Kaiserslautern entfernt gelegenen Regionen, insbesondere im Norden und Westen des Kreises.

4.2 BEDARFSPLANUNG

Ein maßgebliches Instrument, das zur Erreichung einer flächendeckenden Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland beitragen soll, ist die Bedarfsplanung. Nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien regelt diese, in welchen Planungsgebieten wie viele Vertragsärzte einer geplanten Arztgruppe rechnerisch benötigt werden und ob in diesen gegebenenfalls Unter- oder Überversorgung vorliegt. Zu deren Feststellung wird ein Versorgungsgrad mittels Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen ermittelt. Die jüngste Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie vom 20.12.2012 trägt langjähriger Kritik an der bestehenden Bedarfsplanung Rechnung und implementiert eine Vielzahl von Neuerungen, die auch Auswirkungen auf die ambulante Versorgung in der Kreisregion Kaiserslautern haben werden.

Eine dieser Neuerungen ist die Einführung einer 4-Versorgungsebenen-Systematik, die neue Planungsbereiche und Arztgruppen umfasst. Darüber hinaus werden Möglichkeiten für regionale Modifikationen eröffnet.

Bisher war die Kreisregion alleiniger Planungsbereich für alle geplanten Arztgruppen. Insbesondere für die Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung war dieser Planungsbereich oft unzureichend. Denn gerade in ländlichen und großräumigen Kreisen konnte im Gesamtkreis keine Unterversorgung festgestellt werden, obwohl möglicherweise durch räumliche Ungleichverteilungen der Arztsitze in Teilgebieten signifikante Lücken vorliegen.

Hintergrund bei der Neueinteilung der hausärztlichen Planungsbereiche ist die Raumabgrenzung in der siedlungsstrukturellen Systematik der Mittelbereiche¹⁷. Diese orientieren sich in ihren Raumabgrenzungen nicht nur an administrativen Grenzen, sondern auch an den Entfernungen, Lagebeziehungen, Verkehrsanbindungen und traditionellen Bindungen zwischen Gemeinden und damit an dem zu erwartenden

¹⁷ Nach der Systematik des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Verhalten der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge wie der ambulanten Versorgung.

Tabelle 7: Systematik der neuen Bedarfsplanung für die Kreisregion Kaiserslautern

Versorgungsebene	Planungsbereich ¹⁸	Arztgruppen ¹⁹	Relativzahl-Soll (Verhältnis Arzt/Einwohner) ²⁰
Hausärztliche Versorgung	Mittelbereiche Landstuhl Kaiserslautern	Hausärzte	1 : 1.671
Allgemeine fachärztliche Versorgung	Kreisregion Kaiserslautern	Augenärzte	1 : 20.664
		Chirurgen	1 : 39.711
		Frauenärzte	1 : 6.042 ²¹
		Hautärzte	1: 40.042
		HNO-Ärzte	1: 31.768
		Nervenärzte	1: 31.183
		Orthopäden	1: 23.813
		Psychotherapeuten	1: 5.953
		Urologen	1: 47.189
		Kinderärzte	1: 3.859 ²²
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Raumordnungs- region Westpfalz	Anästhesisten	1 : 46.917
		Fachinternisten	1 : 21.508
		Kinder- und Jugendpsychiater	1 : 16.909 ²³
		Radiologen	1 : 49.095
Gesonderte fachärztliche Versorgung	Rheinland-Pfalz	Humangenetiker	1 : 606.384
		Laborärzte	1 : 102.001
		Neurochirurgen	1 : 161.207
		Nuklearmediziner	1 : 118.468
		Pathologen	1 : 120.910
		Physikalische- und Rehabilitationsmediziner	1 : 170.542
		Strahlentherapeuten	1 : 173.576
		Transfusionsmediziner	1 : 1.322.452

18 Nach der Systematik des BBSR.

19 Nach Definition der Bedarfsplanung. Diese Definitionen können merklich von anderen Arztgruppene Definitionen abweichen.

20 Angegeben sind die Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie vom 20.12.2012 für die hier betrachtete Region ohne Demografiefaktor, dessen Anwendung dazu führen kann, dass die in der Bedarfsplanung verwendeten Verhältniszahlen von den hier genannten leicht abweichen können.

21 Auf die weibliche Bevölkerung bezogen.

22 Auf die Bevölkerung bis unter 18 Jahre bezogen.

23 Auf die Bevölkerung bis unter 18 Jahre bezogen.

Abbildung 15: Hausärztliche Versorgungsebene der neuen Bedarfsplanung

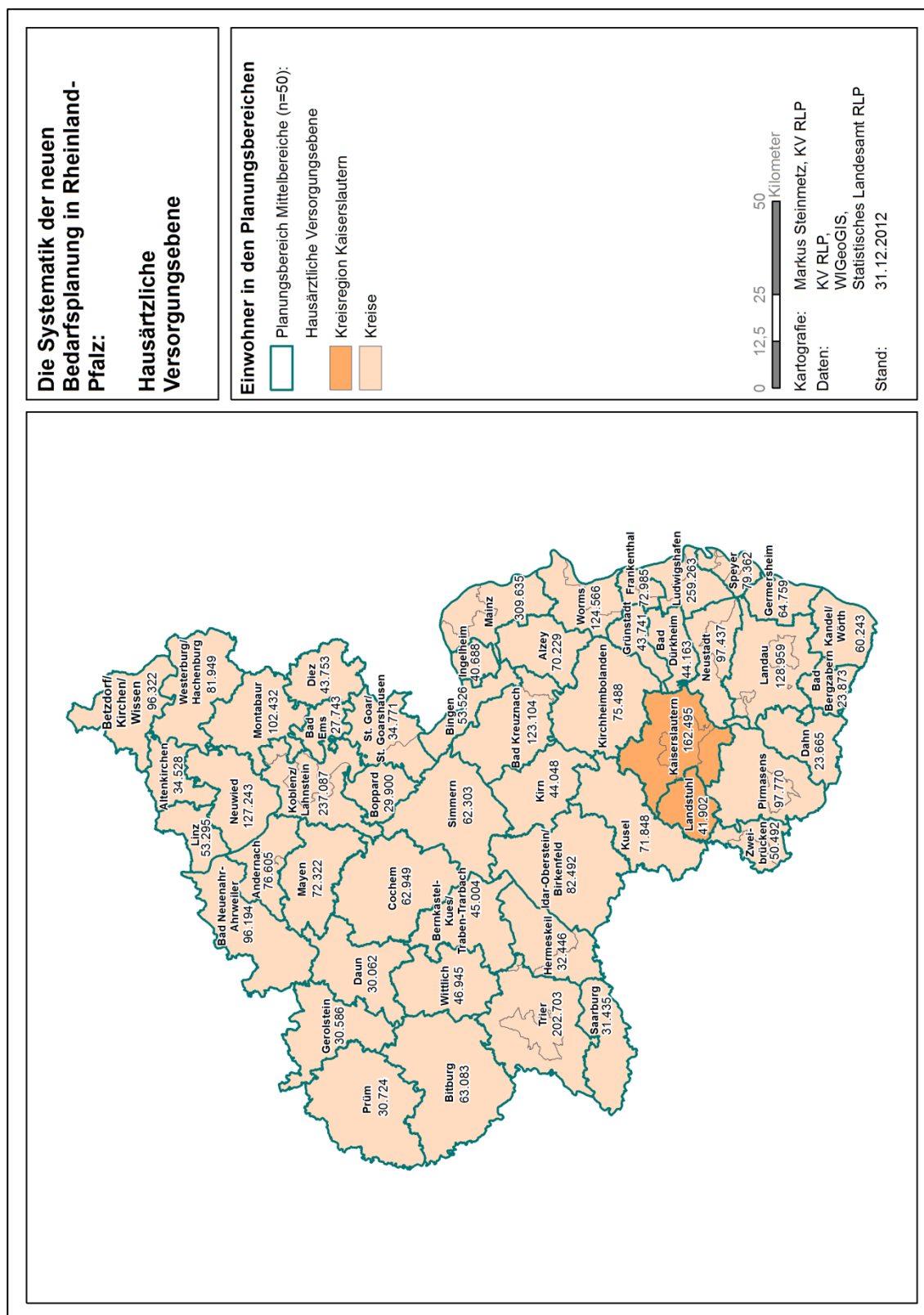
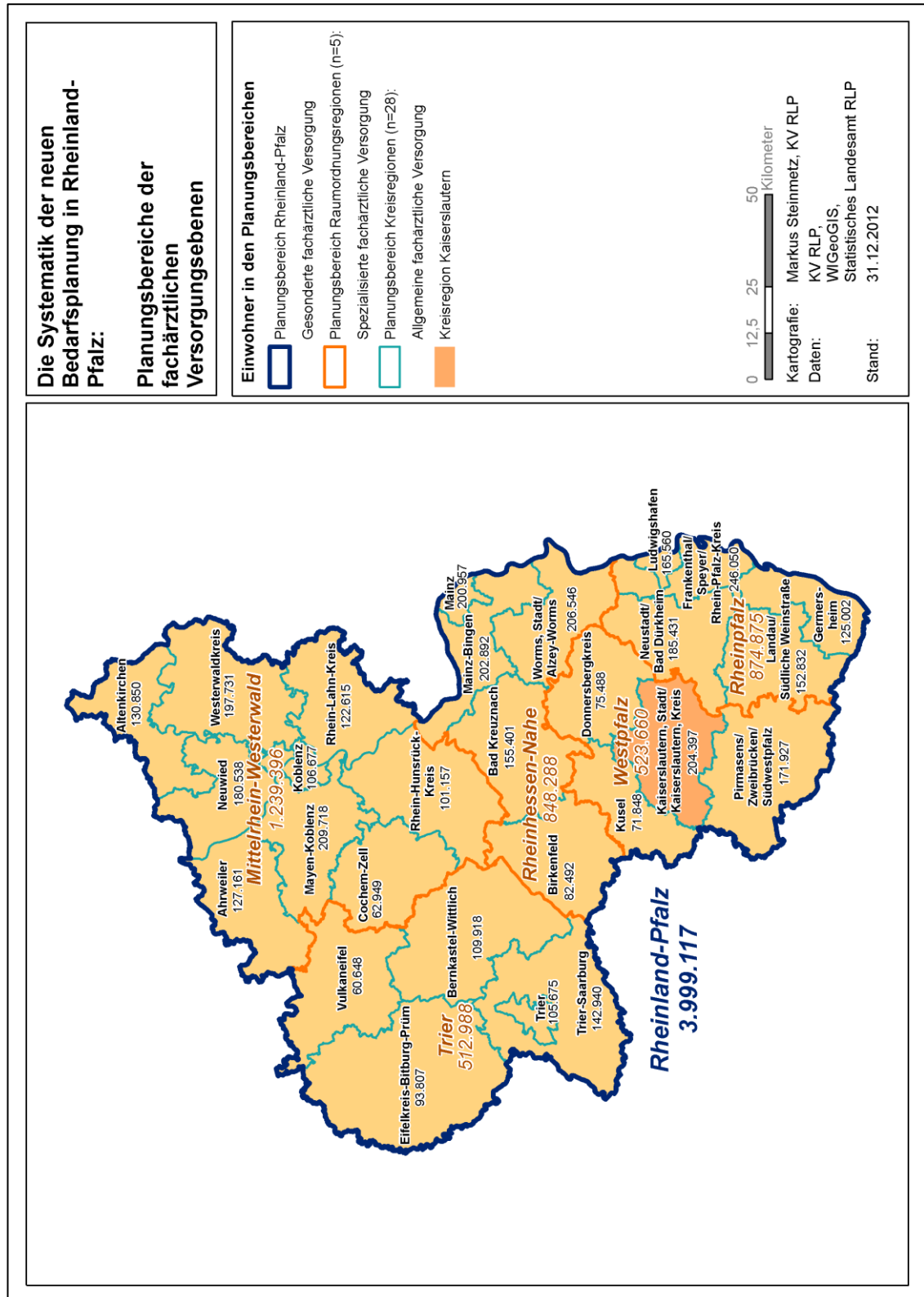


Abbildung 16: Fachärztliche Versorgungsebenen in der neuen Bedarfsplanung



Für Kaiserslautern bedeuten diese Neuerungen, dass für den hausärztlichen Versorgungsbereich zukünftig zwei Planungsbereiche existieren, sodass flexibler und kleinräumiger geplant werden kann. Der Mittelbereich Kaiserslautern beheimatet ca. 162.500 Einwohner und umfasst neben der kreisfreien Stadt Kaiserslautern die Verbandsgemeinden Enkenbach-Alsenborn, Hochspeyer, Kaiserslautern-Süd, Otterbach, Otterberg und Weilerbach. Im Mittelbereich Landstuhl, der aus den Verbandsgemeinden Bruchmühlbach-Miesau, Landstuhl und Ramstein-Miesenbach besteht, leben ca. 41.900 Einwohner (vgl. Abbildung 15). Die Gliederung der hausärztlichen Planungsbereiche ist somit hinsichtlich der Bevölkerungszahl in dieser Region geprägt durch ein deutliches Ungleichgewicht.

Die fachärztliche Versorgung gliedert sich nach der neuen 4-Ebenen-Systematik in drei Versorgungsebenen auf. Hier gilt die Regel je größer der Spezialisierungsgrad desto größer der Planungsbereich. Die 10 Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene werden wie bisher auf Kreisregionsebene beplant, so dass sich für die Kreisregion Kaiserslautern keine neue Planungssituation ergibt. Aus diesem Planungsbereich herausgenommen sind die Anästhesisten, Fachinternisten und Radiologen, die zusammen mit der neu in die Bedarfsplanung aufgenommene Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater nun die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene bilden. Für diese Fachgruppen stellt die deutlich größere Raumordnungsregion Westpfalz den Planungsbereich dar (vgl. Abbildung 16). Für die Kreisregion Kaiserslautern wird in Bezug auf diese Arztgruppen der Versorgungsgrad nicht mehr separat ermittelt.

Die gänzlich neu zur Bedarfsplanung hinzugekommenen Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung werden aufgrund ihres hohen Spezialisierungsgrades sogar auf ganz Rheinland-Pfalz bezogen beplant.

Die neue Bedarfsplanung betrachtet nicht nur die absolute Bevölkerungszahl als Planungsgrundlage, sondern sie berücksichtigt auch die unterschiedliche Demographie und Morbidität der Bevölkerung in den Planungsbereichen. Durch einen Demografiefaktor werden die allgemeinen Verhältniszahlen der Arztgruppen dahingehend modifiziert, dass die Altersstruktur und der Behandlungsbedarf der Bevölkerung im Alter von unter bzw. über 65 Jahren jeweils separat in die Bedarfsberechnung mit einbezogen werden. Das heißt, dass in Regionen mit höheren Bevölkerungsanteilen der über 65-Jährigen und höherem Behandlungsaufwand unter Umständen ein zusätzlicher Bedarf an Vertragsärzten ausgewiesen werden kann.

Ferner können auch regionale Besonderheiten in folgenden Bereichen für eine bedarfsgerechte Versorgung berücksichtigt werden:

- Regionale Demografie
(z.B. über- oder unterdurchschnittlich besetzte Altersgruppen)
- Regionale Morbidität
(z.B. auffällige Prävalenz- und Inzidenzraten)

- Sozioökonomische Faktoren
(z.B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, Pflegebedarf)
- Räumliche Faktoren
(z.B. Erreichbarkeiten)
- Infrastrukturelle Besonderheiten
(z.B. Versorgungssituation im stationären Bereich)

4.3 BEREITSCHAFTSDIENSTORGANISATION

In der Kreisregion Kaiserslautern ist der Bereitschaftsdienst fast ausschließlich durch die zwei Bereitschaftsdienstzentralen in KV-Trägerschaft in Kaiserslautern und Landstuhl-Ramstein organisiert. Nur insgesamt sieben Ortsgemeinden im nördlichen Kreisgebiet werden von angrenzenden Bereitschaftsdienstzentralen, den Zentralen in Meisenheim bzw. Kusel, versorgt (vgl. Abbildung 17).

Um ihre zuständige Bereitschaftsdienstzentrale zu erreichen, benötigt die Bevölkerung im Kreis Kaiserslautern durchschnittlich eine Fahrdistanz von 10,6 Kilometern. Fast die Hälfte der Bevölkerung (47 Prozent) legt eine Fahrdistanz von 10 bis 15 Kilometern zurück. Immerhin 10 Prozent der Bevölkerung im Landkreis müssen eine Strecke zwischen 20 und 30 Kilometern fahren, um die jeweils zuständige Bereitschaftsdienstzentrale zu erreichen (vgl. Abbildung 18). Davon betroffen ist unter anderem die Bevölkerung der Gemeinden Sulzbachtal und Hirschhorn, die mit 25 bzw. 26 Kilometern die höchsten Durchschnittsentfernungen aufweisen. Beide genannten Gemeinden sind der Bereitschaftsdienstzentrale in Meisenheim im angrenzenden Landkreis Bad Kreuznach zugeordnet.

Die Bevölkerung aus der Stadt Kaiserslautern erreicht die Bereitschaftsdienstzentrale in Kaiserslautern durchschnittlich über eine Entfernung von 3 Kilometern. Über 50 Prozent sind bereits unter 2,5 Kilometern am Ziel, weitere 30 Prozent fahren eine Distanz von bis zu 5 Kilometern. Nur 3 Prozent müssen eine Distanz zwischen 7,5 und 15 Kilometern zurücklegen.

Abbildung 17: Bereitschaftsdienstorganisation in Rheinland-Pfalz

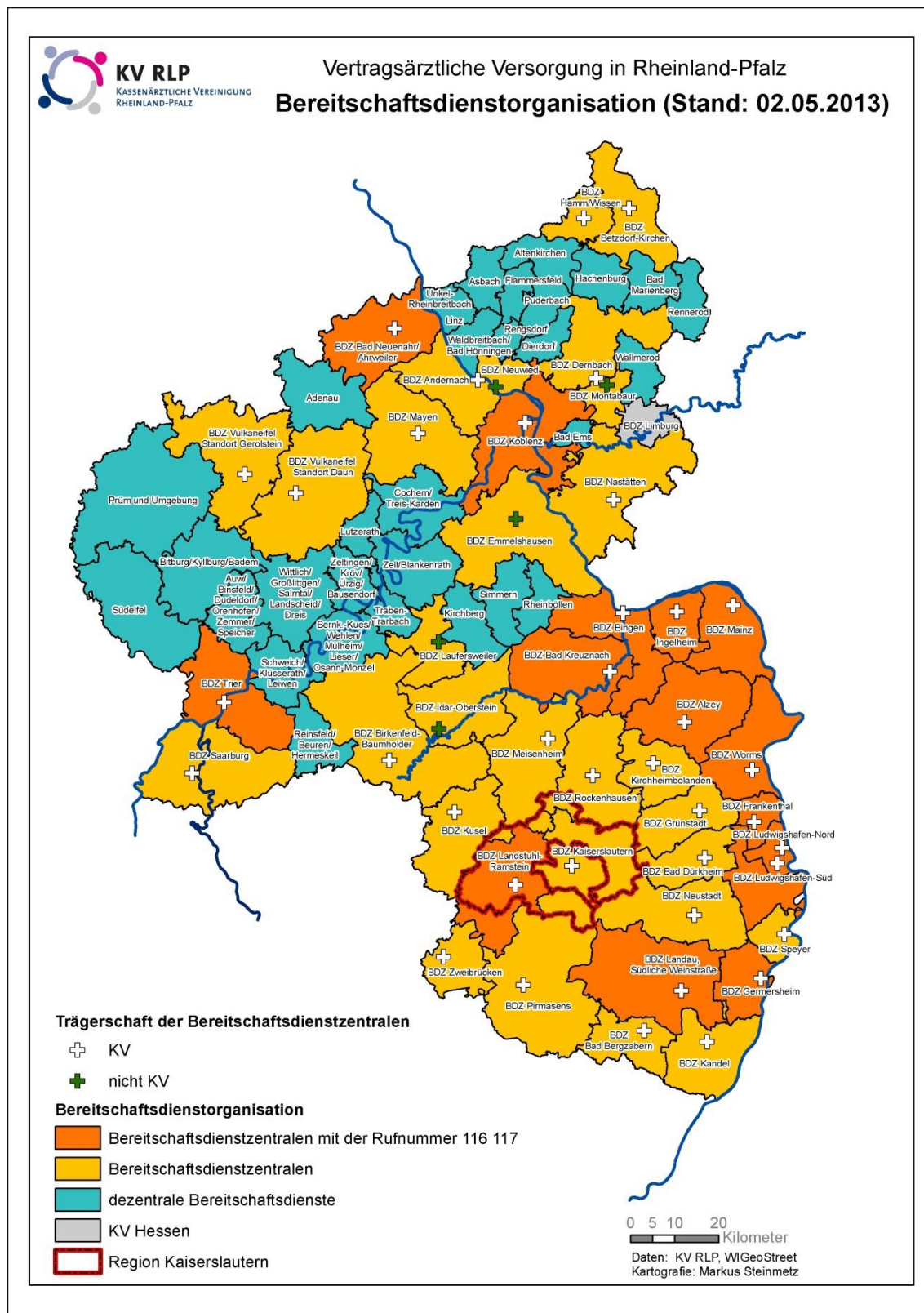
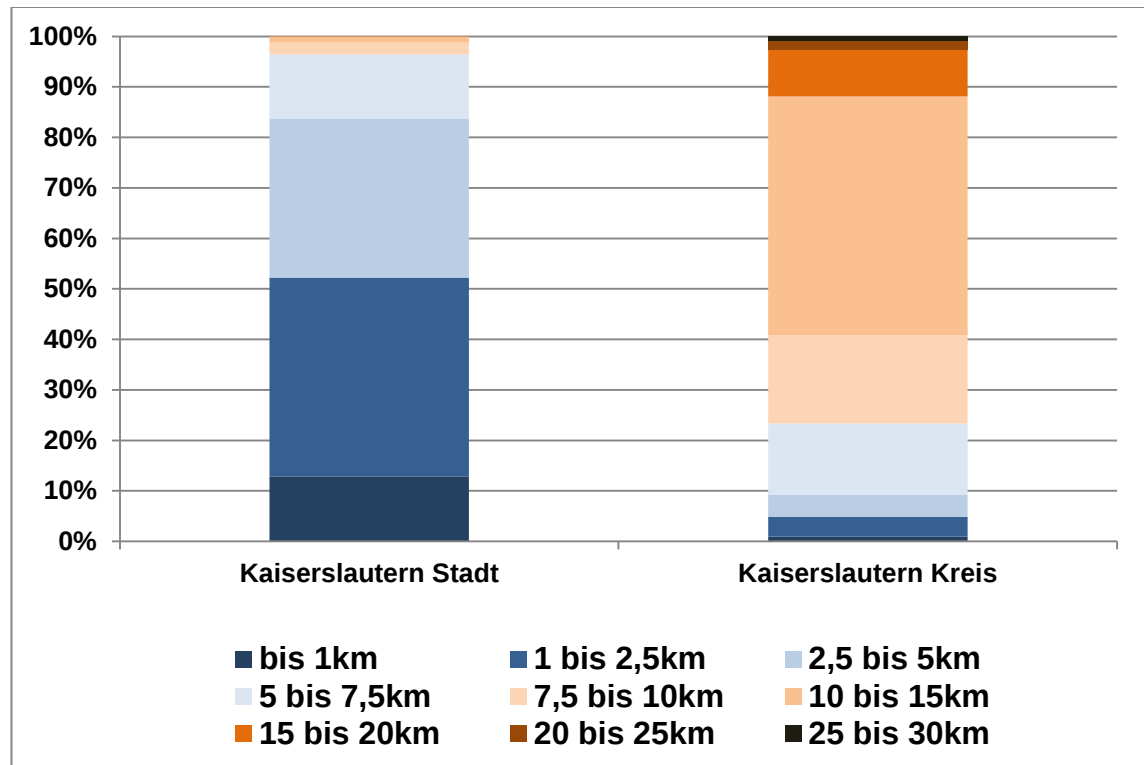


Abbildung 18: Durchschnittliche Fahrdistanzen zur zuständigen Bereitschaftsdienstzentrale in der Kreisregion Kaiserslautern



4.4 HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Eine wichtige Säule der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist der Hausarzt. Aktuell stellen 2.737 zugelassene und angestellte Hausärzte die ambulante Versorgung der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz vor Ort sicher (Stand 31.12.2012), dabei sind sie als erster und wichtigster Ansprechpartner unverzichtbar.

Gerade in ländlichen Kreisen wie dem Kreis Kaiserslautern steht die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung vor großen Herausforderungen, weil sich hier die Auswirkungen der landesweiten Problematiken in der Hausarztversorgung (Überalterung der Bevölkerung und Ärzteschaft, fehlende Attraktivität des Hausarztberufes) früher und heftiger als in anderen, städtischer geprägten Regionen des Landes zeigen.

Vor diesem Hintergrund sollen die Strukturen und daraus resultierenden Gefährdungen der hausärztlichen Versorgung im Kreis und der Stadt Kaiserslautern unter folgenden Gesichtspunkten betrachtet werden:

- Altersbedingter projizierter Nachbesetzungsbedarf von Hausärzten bis 2020
- Erreichbarkeiten der Hausärzte
- Struktur und Entwicklung der Patientenschaft
- Patientenauslastung und Arbeitsintensität der Hausärzte

4.4.1 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG

ALTERSBEDINGTER PROJIZIERTER NACHBESETZUNGSBEDARF VON HAUSÄRZTEN BIS 2020

Die Altersstruktur der Hausärzte im Kreis und der Stadt Kaiserslautern ist, wie bereits in Kapitel 4.1.2 beschrieben, durch einen hohen Anteil von praktizierenden Vertragsärzten im Alter von über 54 Jahren gekennzeichnet. Es kann also damit gerechnet werden, dass ein großer Anteil der Hausärzte noch in diesem Jahrzehnt altersbedingt aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidet und somit ein großer Nachbesetzungsbedarf für Hausarztstellen entsteht.

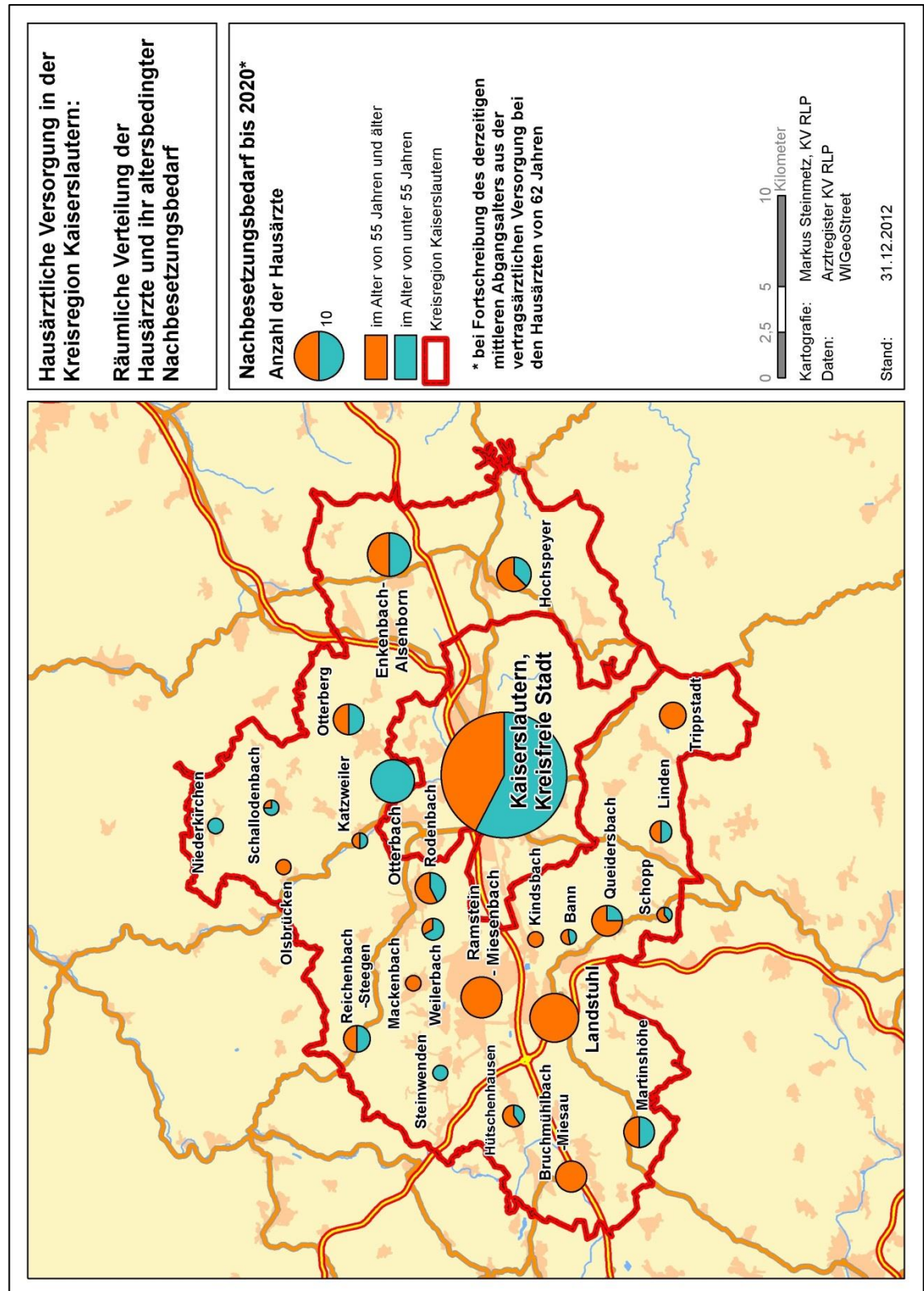
Um Zeitpunkt und Umfang altersbedingt wiederzubesetzender Arztstellen projizieren zu können, ist die Festlegung eines Ausscheidealters notwendig. Trotz der Aufhebung der Regelaltersgrenze von 68 Jahren für die vertragsärztliche Tätigkeit ist das mittlere Ausscheidealter insgesamt gesunken. Aktuell liegt dies für Hausärzte in Rheinland-Pfalz bei 62 Jahren. Dieser Wert wird für die nachfolgenden Betrachtungen auch für die Jahre bis 2020 als konstant angenommen.

Hieraus ergibt sich für den Kreis und die Stadt Kaiserslautern folgender projizierter Nachbesetzungsbedarf:

Tabelle 8: Nachbesetzungsbedarf an Hausärzten bis 2020 im Kreis und der Stadt Kaiserslautern

Nachbesetzungsbedarf	Absolut	Prozentual
Kreis Kaiserslautern		
Bei den Zugelassenen	40	59
Bei den Angestellten	6	46
<i>Insgesamt</i>	46	57
Stadt Kaiserslautern		
Bei den Zugelassenen	34	52
Bei den Angestellten	0	0
<i>Insgesamt</i>	34	51

Abbildung 19: Räumliche Verteilung des altersbedingten Nachbesetzungsbedarfes bis 2020



Bei den zugelassenen Hausärzten besteht im Kreis sowie in der Stadt Kaiserslautern schon bis in das Jahr 2020 ein 59- bzw. 52-prozentiger Nachbesetzungsbedarf. Erschwerend hinzu kommt die Tatsache, dass insbesondere für zahlreiche Einzelpraxen bis 2020 Nachfolger gefunden werden müssen. Diese Praxen werden zum Teil seit Jahrzehnten von denselben engagierten Hausärzten geführt, für die es kaum interessierte Nachfolger gibt. Dadurch ist insbesondere die Versorgung in kleineren Gemeinden und in der Fläche gefährdet.

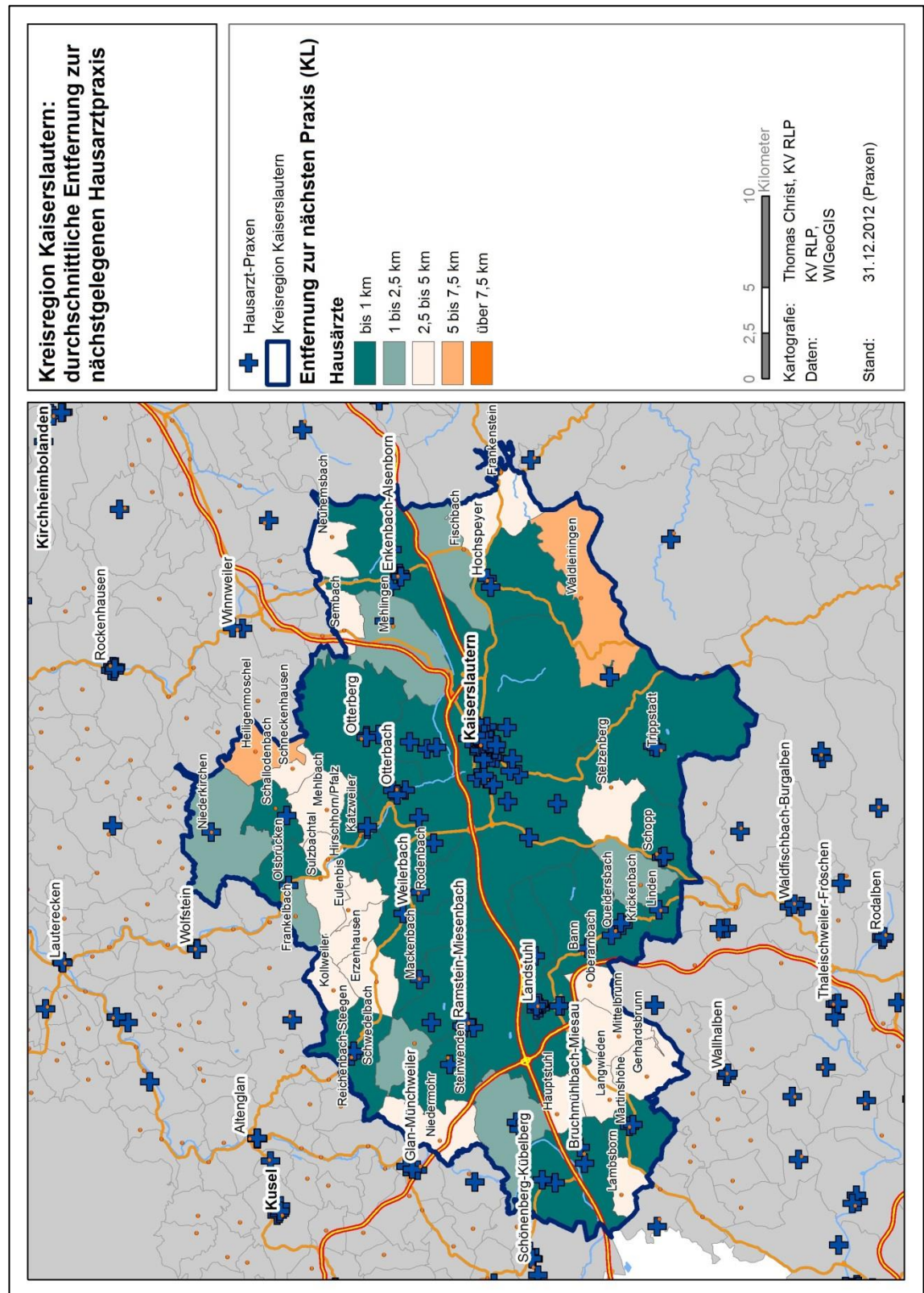
Den Gemeinden Olsbrücken, Kindsbach, Mackenbach und Trippstadt droht der Verlust der hausärztlichen Versorgung, wenn keine Nachfolger für die jeweiligen Einzelpraxissitze gefunden werden. Besonders dramatisch ist die Situation in den Verbandsgemeindesitzen Landstuhl, Bruchmühlbach-Miesau und Ramstein-Miesenbach, wo ein Großteil der Bevölkerung des Kreises Kaiserslautern wohnhaft ist. Dort müssen bis 2020 statistisch für alle Hausärzte Nachfolger gefunden werden, was eine sehr ernste Bedrohung der zukünftigen wohnortnahen hausärztlichen Versorgung für mehr als 40.000 Einwohner darstellt. Dies wird auch Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung in der gesamten Region Kaiserslautern haben.

4.4.2 ERREICHBARKEITEN

Die flächendeckende und wohnortnahe Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch Hausärzte ist ein Hauptziel der Politik und der Vertragspartner im Gesundheitswesen sowie die ausdrückliche Erwartung der Bevölkerung. Der Indikator für die Beurteilung der Verwirklichung dieses Ziels ist die Erreichbarkeit der nächstgelegenen Hausarztpraxis. Gerade in ländlichen Räumen wie dem Kreis Kaiserslautern ist die Entfernung zur nächstgelegenen Hausarztpraxis für den Zugang der Bevölkerung zur ambulanten Versorgung aus zwei Gründen von entscheidender Bedeutung. Erstens stehen im Gegensatz zu den städtischen Räumen nicht mehrere Hausärzte in näherer Umgebung zur Verfügung. Zweitens ist der Anteil älterer immobiler Patienten mit Nahversorgungsbedarf in den ländlichen Regionen stärker ausgeprägt.

Die durchschnittliche Fahrdistanz zum nächstgelegenen Hausarzt beträgt im Kreis Kaiserslautern 1,3 Kilometer. Etwa 83 Prozent der Bevölkerung (87.000 Einwohner) können in maximal 2,5 km Fahrdistanz ihren nächstgelegenen Hausarzt erreichen. 16,5 Prozent der Bevölkerung muss mehr als 2,5 km und bis maximal 5 km Fahrdistanz aufwenden. Für die restlichen 9 Prozent beträgt die Minimaldistanz für die Fahrt zum nächsten Hausarzt zwischen 5 und 7,5 km (vgl. Abbildung 20). Insgesamt lässt sich sagen, dass die Distanzen für einen Landkreis moderat sind und noch unter dem Landedurchschnitt (1,4 km) liegen. Wenn der projizierte Nachbesetzungsbedarf an Hausärzten bis 2020 jedoch nicht gedeckt werden kann, wird sich die Anzahl der Gemeinden und der Anteil der Bevölkerung mit Fahrdistanzen von mehr als 2,5 km Minimaldistanz in der Folge deutlich erhöhen.

Abbildung 20: Erreichbarkeiten der Hausarztpraxen in der Kreisregion Kaiserslautern



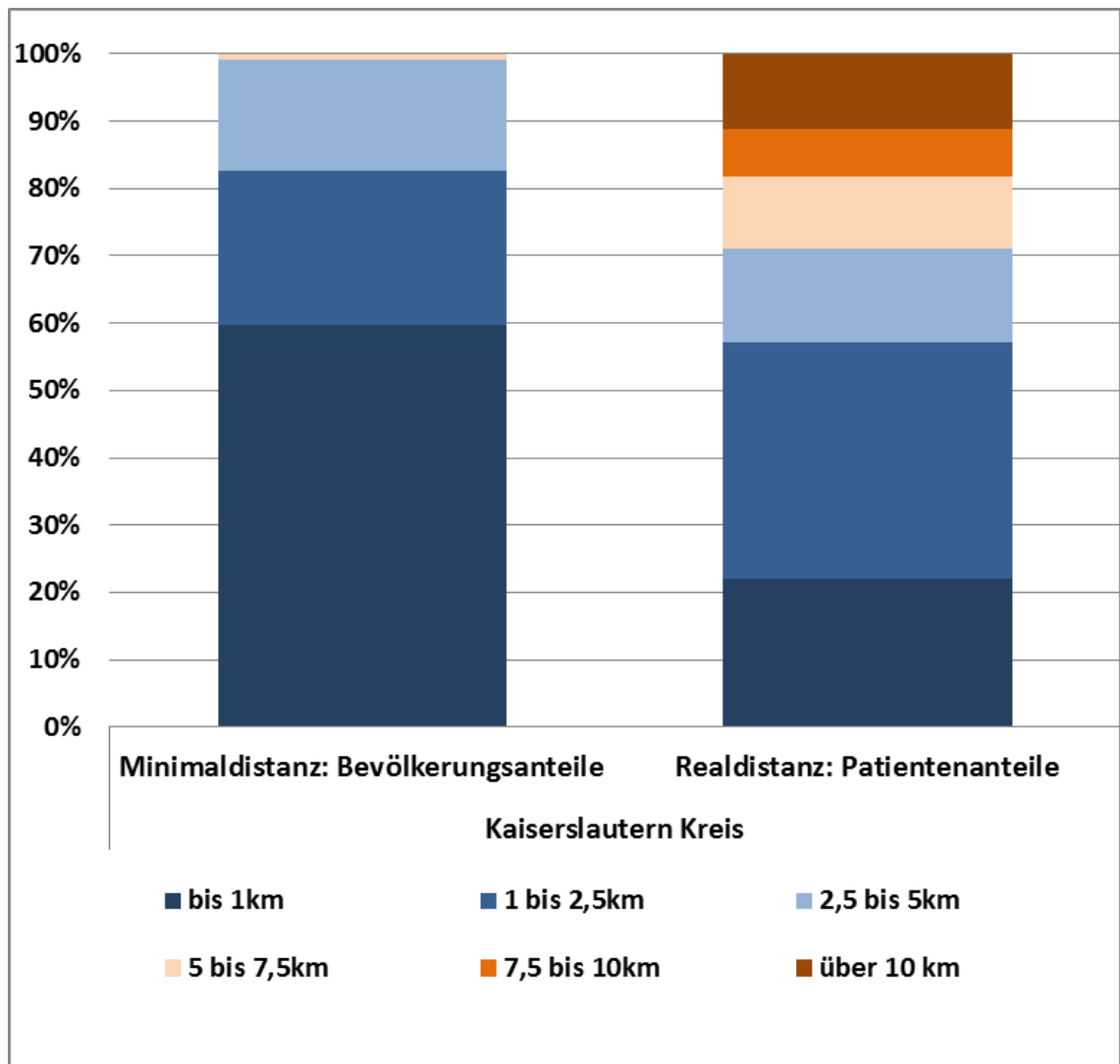
Von den höchsten Fahrdistanzen betroffen sind aktuell vor allem Gemeinden in den Verbandsgemeinden Otterberg und Hochspeyer nahe der Grenzbereiche im Nordosten und Südosten des Kreises. Inwieweit hier eventuell auch durch Praxen jenseits der Landesgrenze erbrachte Mitversorgungseffekte existieren, kann an dieser Stelle leider nicht thematisiert werden.

In der Stadt Kaiserslautern beträgt die durchschnittliche Fahrdistanz der Bevölkerung 0,75 km. Mit 78 Prozent der Bevölkerung hat die deutliche Mehrheit lediglich eine Minimaldistanz von weniger als 1 km bis zum nächsten Hausarzt zurückzulegen. Weitere 18 Prozent sind 1 bis 2,5 km unterwegs, um den nächsten Hausarzt aufzusuchen. Lediglich 3,8 Prozent müssen einen weiteren Weg von bis zu 7,5 km auf sich nehmen.

In der Realität weichen die tatsächlichen Fahrdistanzen in der hausärztlichen Versorgung von der räumlichen Verteilung der Hausärzte deutlich ab. Durchschnittlich legten die Hausarztpatienten im 2. Quartal 2012 im Landkreis Kaiserslautern mit 4,5 km Fahrdistanz einen fast vierfach so langen Fahrweg zurück, wie es die Inanspruchnahme der nächstgelegenen Hausarztpraxis erforderlich gemacht hätte. Hierbei spielen unter anderem persönliche Präferenzen, Verkehrsanbindungen sowie Arbeits- und Pendlerwege der Patienten eine Rolle. Nur 23 Prozent der Patienten suchen einen Hausarzt auf, dessen Praxis weniger als 1 km Fahrdistanz von ihrem Wohnsitz entfernt liegt, obwohl dies rechnerisch für fast 60 Prozent möglich wäre. Dafür fahren 12 Prozent der Patienten über 7,5 km zu einem Hausarzt, obwohl dies für keinen der Einwohner notwendig wäre.

Für die Stadt Kaiserslautern ist eine derartige Auswertung bezüglich der Fahrdistanzen nicht sinnvoll, da aufgrund fehlender Informationen zum exakten Wohnsitz eine genaue Auswertung technisch und aus Datenschutzgründen nicht möglich ist. Es kann lediglich festgestellt werden, dass 88 Prozent der Stadtbevölkerung innerorts und 12 Prozent außerorts ihren Hausarzt aufsuchen.

Abbildung 21: Gegenüberstellung der Fahrdistanzen in der hausärztlichen Versorgung



4.4.3 STRUKTUR UND ENTWICKLUNG DER PATIENTENSCHAFT

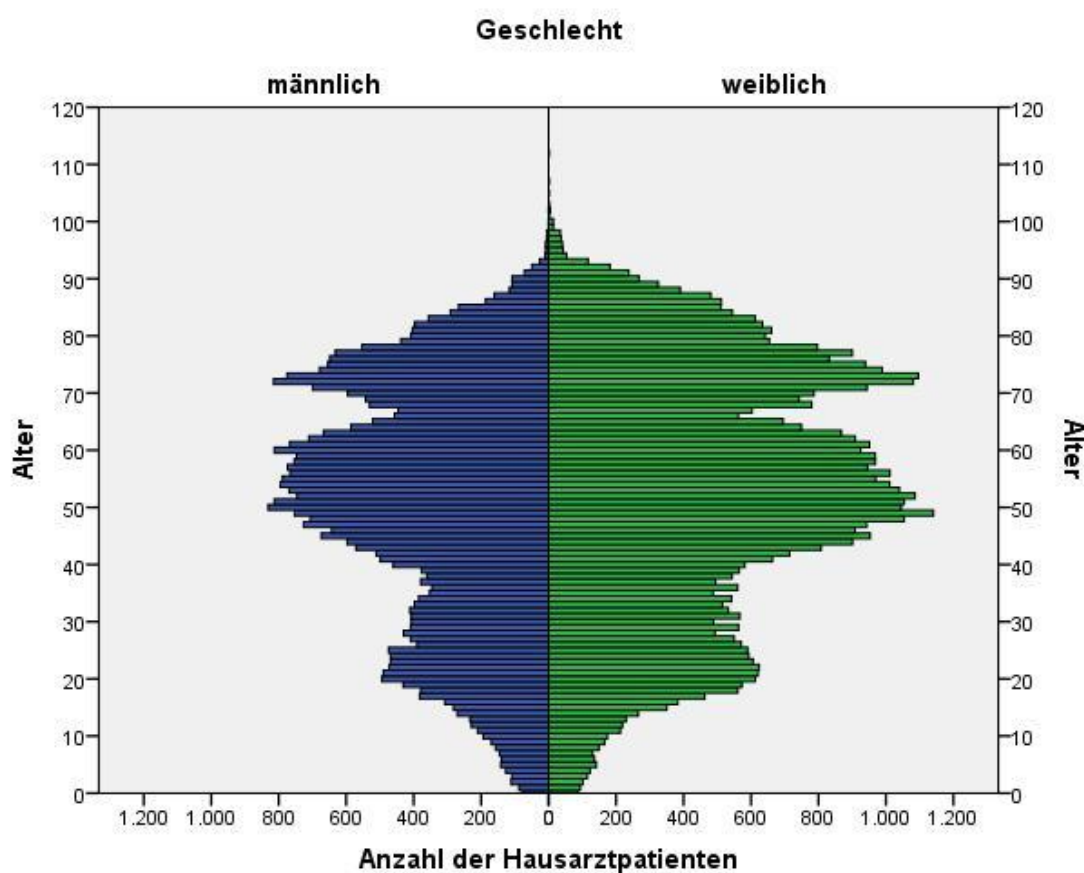
Um die Situation der hausärztlichen Versorgung im Kreis und der Stadt Kaiserslautern beurteilen und Prognosen über zukünftige Entwicklungen abgeben zu können, muss neben Analysen der Versorgungsstrukturen und der Bevölkerungsstruktur auch die Patientenschaft betrachtet werden.

Folgende Punkte für die hausärztliche Versorgung sind hierbei von Interesse:

- Anzahl, Geschlecht und Altersstruktur der Hausarztpatienten
- Inanspruchnahmeverhalten
- Prognose 2030

Im 2. Quartal 2012 nahmen 56.762 Patienten aus dem Kreis Kaiserslautern sowie 43.123 Patienten aus der Stadt Kaiserslautern Leistungen der ambulanten Hausarztversorgung in Anspruch. Dabei war die Verteilung nach Lebensjahren in der Alterspyramide zwischen männlichen und weiblichen Hausarztpatienten nahezu identisch. Allerdings waren die absoluten Fallzahlen der Frauen zum Teil deutlich höher. Sie stellten insgesamt 58 Prozent der Hausarztpatienten, während die Männer nur auf 42 Prozent kamen (vgl. Abbildung 22).

Abbildung 22: Geschlechterstruktur in der hausärztlichen Versorgung in der Kreisregion Kaiserslautern



Das mittlere Alter der Hausarztpatienten betrug 53 Jahre, was insbesondere an den deutlich höheren Inanspruchnahmeraten der höheren Altersklassen liegt.

Die Inanspruchnahmerate ist als der altersgruppenspezifische Quotient der Hausarztpatientenzahl und der Anzahl der entsprechenden Bevölkerungsgruppe zu verstehen. Sie gibt an, wie viel Prozent der jeweiligen Altersklasse in einem bestimmten Quartal Leistungen bei einem Hausarzt in Anspruch genommen hat.

Insgesamt nahmen 54 Prozent der Bevölkerung im Kreis Kaiserslautern im untersuchten Quartal Leistungen der hausärztlichen Versorgung in Anspruch. Der Landesdurchschnitt liegt bei 51 Prozent. Mit zunehmendem Alter steigt diese Rate

linear an. Während 28 Prozent in der Altersklasse der unter 18-Jährigen Leistungen bei einem Hausarzt in Anspruch genommen haben, war dies bei den über 80-Jährigen zu 87 Prozent der Fall (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Patientenzahlen nach Altersklassen und Inanspruchnahmeraten im Kreis Kaiserslautern

Altersklasse	Bevölkerung der Altersklasse	Anteil der Altersklasse an der Gesamtbevölkerung	Anzahl Hausarztpatienten innerhalb der Altersklassen	Inanspruchnahmerate innerhalb der Altersklassen
0 bis 17	18.017	17,22%	5.075	28,17%
18 bis 44	32.877	31,43%	15.144	46,06%
45 bis 64	32.552	31,12%	19.666	60,41%
65 bis 79	15.294	14,62%	11.757	76,87%
Über 80	5.867	5,61%	5.119	87,25%
Insgesamt	104.607		56.761	54,26%

Die Stadt Kaiserslautern weist mit insgesamt 43 Prozent eine deutlich niedrigere Inanspruchnahmerate auf, verglichen zum Landkreis Kaiserslautern. Mit zunehmendem Alter steigt auch hier die Inanspruchnahme linear an, pendelt sich jedoch in jeder Altersgruppe um einen Wert ein, der etwa 10 Prozent unter dem jeweiligen Vergleichswert im Landkreis liegt (vgl. Tabelle 10). Hervorzuheben ist hier die Altersgruppe der 0 bis 17-Jährigen, die mit 13 Prozent in der Stadt Kaiserslautern deutlich unter dem Wert des Landkreises mit 28 Prozent liegt.

Tabelle 10: Patientenzahlen nach Altersklassen und Inanspruchnahmeraten in der Stadt Kaiserslautern

Altersklasse	Bevölkerung der Altersklasse	Anteil der Altersklasse an der Gesamtbevölkerung	Anzahl Hausarztpatienten innerhalb der Altersklassen	Inanspruchnahmerate innerhalb der Altersklassen
0 bis 17	14.267	14,30%	1.877	13,16%
18 bis 44	37.838	37,92%	12.633	33,39%
45 bis 64	28.024	28,08%	14.718	52,51%
65 bis 79	14.213	14,24%	9.642	67,83%
Über 80	5.448	5,46%	4.253	78,06%
Insgesamt	99.790		43.123	43,21%

Der Grund für die generell geringere Inanspruchnahmerate von Hausärzten in der Stadt kann sein, dass die Patienten tendenziell eher den Facharzt aufsuchen. Auf dem Land ist es aufgrund der größeren Wohnortferne von Fachärzten meist üblich, zuerst den Hausarzt zu kontaktieren. Bei den Kindern und Jugendlichen ist hier vermutlich die in der Regel bessere räumliche Erreichbarkeit von Kinderärzten ausschlaggebend.

Den zentralen Parameter für eine Schätzung der zukünftigen Zahl an Hausarztpatienten bildet die aktuelle Inanspruchnahmerate in unterschiedlichen Altersklassen, die für den Prognosezeitraum als konstant angenommen und mittels der Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Landesamtes hochgerechnet wird. Sicherlich ist mit dieser Annahme eines konstanten Patientenverhaltens eine nicht unerhebliche Prognoseunsicherheit verbunden, doch lassen sich die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts und Veränderung der Lebensstile auf den Behandlungsbedarf nur sehr eingeschränkt vorhersagen und demzufolge nicht in quantifizierbaren Veränderungen ausdrücken. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass auch im Jahr 2030 von der Bevölkerung die hausärztliche Versorgung noch bevorzugt in Anspruch genommen werden dürfte. Gerade der Hausarzt zeichnet sich auch in Zukunft insbesondere durch den persönlichen Kontakt aus.

Für den Kreis Kaiserslautern ergibt sich nach dieser Methode folgende Entwicklung der Patientenzahlen bis 2030 (vgl. Tabelle 11). Trotz einer deutlichen Zunahme der absoluten Hausarztpatienten von ca. 5.000 in den Altersklassen der über 65-Jährigen kommt es insgesamt zu einem Rückgang von 5 Prozent. Der starke prozentuale Anstieg in den hohen Altersklassen wird durch den starken Rückgang in den jüngeren und mittleren Jahrgängen überkompensiert. Nach dieser Berechnung sind im Kreis Kaiserslautern im Jahr 2030 je Quartal ca. 2.800 Patienten in der hausärztlichen Versorgung weniger zu erwarten.

Tabelle 11: Prognose der Hausarzt-Patientenzahlen 2030 im Kreis Kaiserslautern

Altersklasse	Patientenzahl 2011	Patientenzahl 2030	Entwicklung absolut	Entwicklung prozentual
0 bis 17	5.075	4.065	-1.010	-20%
18 bis 44	15.144	12.390	-2.754	-18%
45 bis 64	19.666	15.445	-4.221	-21%
65 bis 79	11.757	15.682	3.925	33%
Über 80	5.119	6.355	1.236	24%
<i>Insgesamt</i>	<i>56.761</i>	<i>53.937</i>	<i>-2.823</i>	<i>-5%</i>

Die Stadt Kaiserslautern kommt gleichermaßen auf einen Rückgang der Zahl an Hausarztpatienten um 5 Prozent, jedoch sind die Verschiebungen innerhalb der Altersklassen nicht ganz so stark ausgeprägt wie im Landkreis. So verzeichnen die über 65-Jährigen nur einen Anstieg um 21 Prozent und somit um ca. 3.000 Patienten

im Quartal, dafür ist der Rückgang in den jungen Altersklassen mit 12 bis 19 Prozent weniger stark ausgeprägt. Dies hängt damit zusammen, dass die Stadt Kaiserslautern insgesamt voraussichtlich einen geringeren Rückgang der Bevölkerung der jungen Altersgruppen zu verzeichnen haben wird sowie einen geringeren Anstieg Zahl der älteren Jahrgänge.

Tabelle 12: Prognose der Hausarzt-Patientenzahlen 2030 in der Stadt Kaiserslautern

Altersklasse	Patientenzahl 2011	Patientenzahl 2030	Entwicklung absolut	Entwicklung prozentual
0 bis 17	1.877	1.654	-223	-12%
18 bis 44	12.633	10.695	-1.938	-15%
45 bis 64	14.718	11.947	2.771	-19%
65 bis 79	9.642	11.676	2.034	21%
Über 80	4.253	5.147	894	21%
<i>Insgesamt</i>	<i>43.123</i>	<i>41.118</i>	<i>-2.005</i>	<i>- 5%</i>

4.4.4 BEHANDLUNGSHÄUFIGKEITEN UND BEHANDLUNGSBEDARF

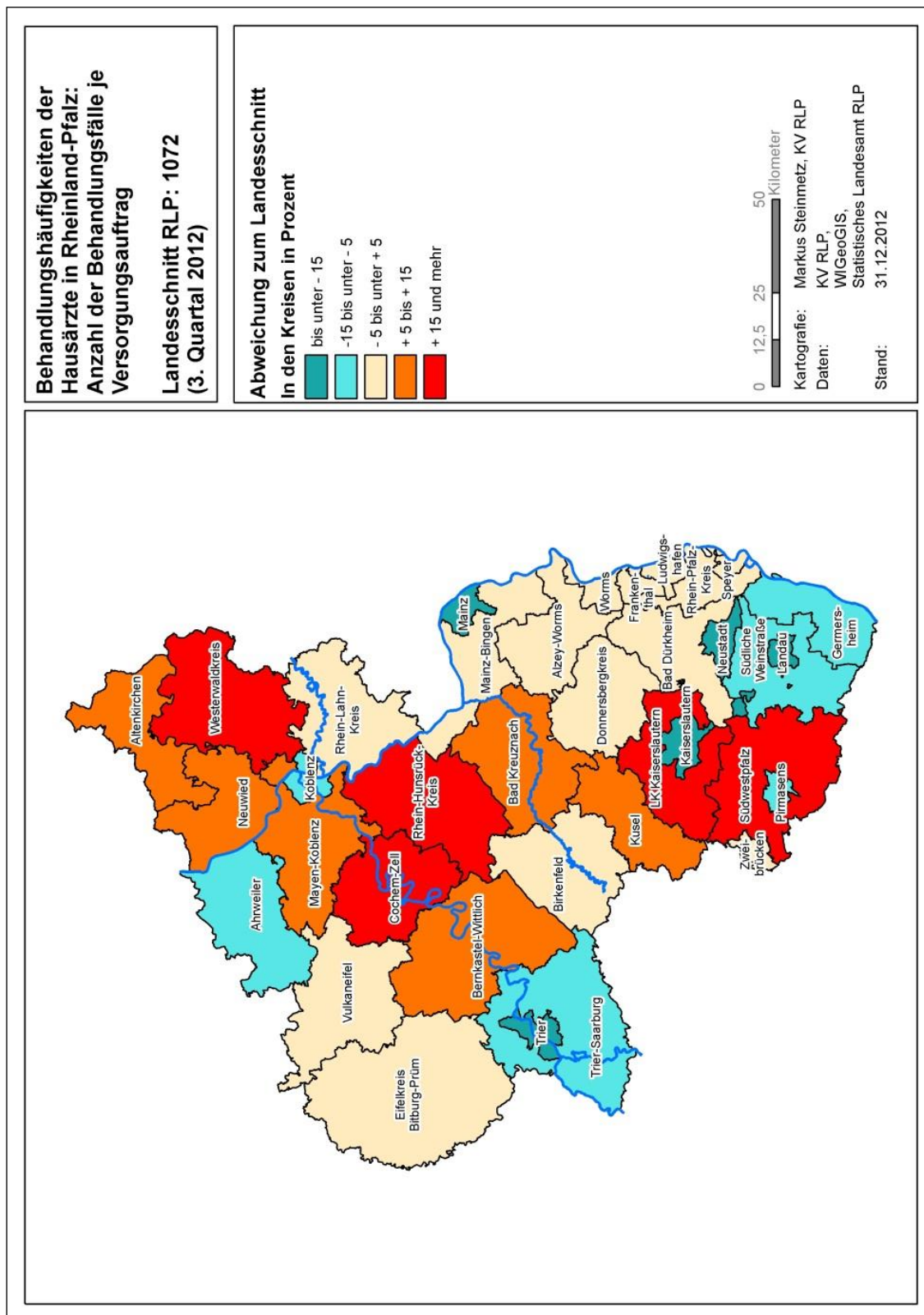
Mit Betrachtung des altersbedingten Nachbesetzungsbedarfes, der Erreichbarkeiten und der Patientenschaft wurde versucht, die Strukturen der hausärztlichen Versorgung im Kreis und in der Stadt Kaiserslautern zu erfassen. Zielsetzung war die Identifizierung und Prognostizierung möglicher Gefährdungen. Abschließend stellt sich die Frage, ob es nicht schon heute in der Versorgungsrealität zu Versorgungsengpässen kommt, oder ob die Region von negativen Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung überdurchschnittlich betroffen ist.

Zwei verfügbare Kennzahlen zur Bewertung der hausärztlichen Versorgungssituation sind die Behandlungshäufigkeit und der Behandlungsbedarf.

Die Behandlungshäufigkeit wurde anhand der Anzahl der Behandlungsfälle je hausärztlichem Versorgungsauftrag im 3. Quartal 2012 ermittelt. Ein Behandlungsfall repräsentiert hierbei die Abrechnung einer kurativ ambulanten Leistung eines GKV-Patienten im betrachteten Quartal.

Der Kreis Kaiserslautern liegt mit 1.291 Behandlungsfällen im Quartal je hausärztlichem Versorgungsauftrag deutlich über dem Landesschnitt in Höhe von 1.072 Behandlungsfällen. Die Landkreise Südwestpfalz und Cochem-Zell weisen mit 1.450 sowie 1.383 Behandlungsfällen die mit Abstand höchsten Raten auf. Dagegen weist die Stadt Kaiserslautern mit 867 Behandlungsfällen im Quartal je hausärztlichem Versorgungsauftrag analog zu den kreisfreien Städten Mainz, Trier, Neustadt und Landau eine deutlich unterdurchschnittliche Anzahl von Behandlungsfällen auf.

Abbildung 23: Behandlungshäufigkeiten der Hausärzte in Rheinland-Pfalz



Zusätzlich zur Behandlungshäufigkeit wurde der auf diesen Behandlungsfällen basierende Behandlungsbedarf ermittelt, indem jedem Behandlungsfall eine dafür vorgesehene zeitliche Beanspruchung zugeordnet wurde.

Dieser Zeitbedarf ist der erforderliche Zeitaufwand in Minuten, der im EBM²⁴ für abrechenbare Leistungen einzelnen festgesetzt ist (vgl. Abbildung 24).

Der Behandlungsbedarf der Hausärzte im Kreis Kaiserslautern ist zwischen 2010 und 2012 mit 0,3 Prozent nur geringfügig angestiegen, während in benachbarten Kreisen wie Kusel oder Bad Dürkheim ein deutlich höherer Anstieg zu verzeichnen war. Mit 551 Stunden im 3. Quartal 2012 war der Behandlungsbedarf jedoch dennoch überdurchschnittlich hoch. Er lag damit 4,3 Prozent über dem landesweiten Vergleichswert. Ein überdurchschnittlich hoher Behandlungsbedarf ist in fast allen Landkreisen an der westlichen Grenze von Rheinland-Pfalz, des Weiteren nördlich von Koblenz und in Teilen der Rheinpfalz messbar (vgl. Abbildung 24).

Ein zum Teil deutlich unterdurchschnittlicher Behandlungsbedarf ist dagegen in fast allen kreisfreien Städten, mit Ausnahme von Pirmasens und Zweibrücken feststellbar. Großräumig weisen die Region Rheinhessen und die südliche Rheinpfalz den am stärksten unterdurchschnittlichen Behandlungsbedarf aus. Die Stadt Kaiserslautern kann mit einem Behandlungsbedarf von 385 Stunden im 3. Quartal dazugezählt werden. Jedoch zeigt die Entwicklung von 2010 bis 2012 mit 2,3 Prozent eine deutlich steigende Tendenz (vgl. Abbildung 25).

24 Einheitlicher Bewertungsmaßstab: Gebührenordnungsziffernkatalog für die Abrechnung vertragsärztlich ambulant erbrachter Leistungen in Deutschland.

Abbildung 24: Behandlungsbedarf der Hausärzte in Rheinland-Pfalz

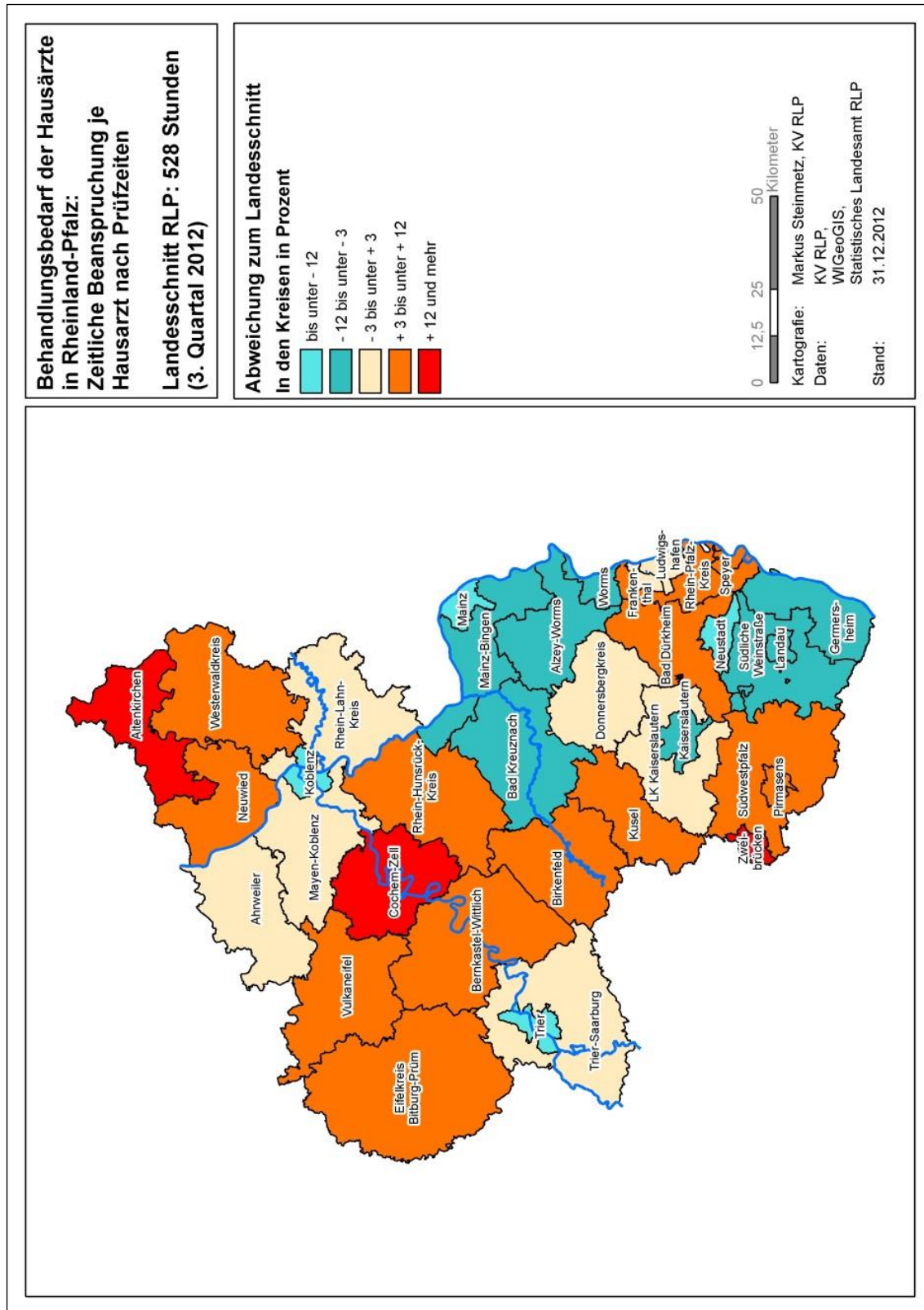
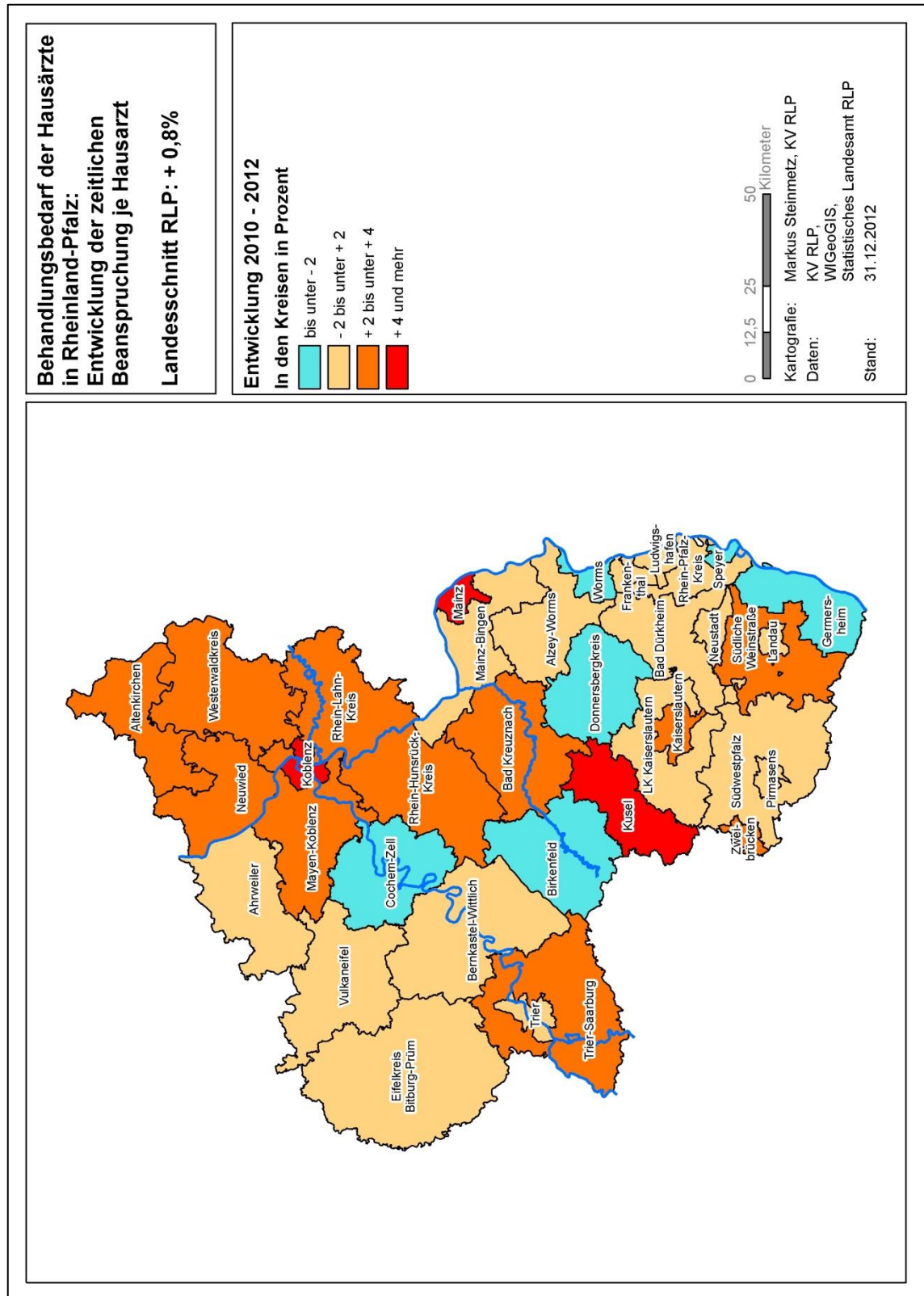


Abbildung 25: Entwicklung des Behandlungsbedarfes der Hausärzte in Rheinland-Pfalz 2010 - 2012



5 Weitere Leistungsanbieter des Gesundheitswesens in der Kreisregion Kaiserslautern

5.1 STATIONÄRE VERSORGUNG

Die Vielzahl von Leistungsanbietern in der medizinischen Versorgung bildet ein komplexes System, in dem alle Akteure miteinander in Beziehung stehen. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung fungiert in diesem System als Koordinator und Lotse für die gesetzlich Versicherten vor Ort.

Neben der Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln für die örtlichen Leistungsanbieter, interagieren die niedergelassenen und angestellten Vertragsärzte in ihrer täglichen Arbeit insbesondere auch mit dem stationären Versorgungsbereich, beispielsweise durch die Überweisung ihrer Patienten zur weiteren Behandlung in Krankenhäuser sowie deren Nachsorge nach erfolgter Krankenhausentlassung. Insbesondere der fortwährende Anstieg in der Nachsorge von stationären Behandlungsfällen im ambulanten Sektor hat zunehmend an Bedeutung gewonnen, da die Anzahl der Krankenhausesfälle einerseits deutlich angestiegen sowie andererseits die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in den Krankenhäuser merklich gesunken ist.²⁵

Die in Deutschland formal immer noch bestehende strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung wird in der Realität durch vielfältige Überschneidungen zwischen den beiden Sektoren mittlerweile zunehmend überwunden. So wird etwa dem stationären Versorgungsbereich vermehrt die Möglichkeit gegeben, sich auch an der ambulanten Versorgung zu beteiligen. Dies kann beispielsweise in Form der Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erfolgen), wie dies zum Beispiel beim MVZ Pfalz-Klinikum in Kaiserslautern der Fall ist. Daneben sind die für besondere Leistungen in der ambulanten Versorgung ermächtigten Ärzte in der Regel Krankenhausärzte. Demgegenüber können niedergelassene Vertragsärzte als Belegärzte in Krankenhäusern tätig werden.

Zur Sicherstellung einer hochwertigen, flächendeckenden und wohnortnahen Gesundheitsversorgung insbesondere in ländlichen Regionen müssen deshalb stationäre Einrichtungen bei der Analyse der Versorgungsstrukturen mitberücksichtigt werden.

Im Kreis und in der Stadt Kaiserslautern wird die stationäre Versorgung durch zwei Krankenhäuser sichergestellt. Diese sind im vom zuständigen Ministerium aufgestellten Landes-Krankenhausplan Rheinland-Pfalz als Plankrankenhäuser ausgewiesen und somit zur stationären Versorgung und Abrechnung mit den Krankenkassen zugelassen. Es handelt sich dabei um das Verbund-Krankenhaus Nardini Klinikum am

²⁵ Anstieg der Krankenhausesfälle von 2005 bis 2011: + 11% (von 16,5 auf 18,3 Mio.), Quelle: AOK-Krankenhausreport 2012. Rückgang der durchschnittlichen Verweiltage von 2005 bis 2011: - 11% (von 8,7 auf 7,7), Quelle: Statistisches Bundesamt.

Standort St. Johannis in Landstuhl für die Regelversorgung und das Westpfalz-Klinikum am Standort Kaiserslautern für die Maximalversorgung.

Der Landeskrankenhausplan weist die Anzahl der Planbetten in den einzelnen Fachbereichen aus. Für den Landkreis Kaiserslautern sind im Landeskrankenhausplan folgende Planbettenzahlen ausgewiesen (vgl. Tabelle 13). Um das stationäre Versorgungsangebot regional vergleichen zu können, kann die Bettendichte, d.h. die Anzahl der einzelnen Fachbetten je 100.000 Einwohner, zum Landesschnitt in Relation gesetzt werden. Ferner wird das Angebot an Belegbetten aufgeführt, welches Auskunft darüber geben kann, in welchen Umfang vollstationäre Leistungen durch Vertragsärzte aus dem ambulanten Sektor erbracht werden.

Tabelle 13: Stationäres Versorgungsangebot im Kreis Kaiserslautern (Stand 31.01.2012)

Fachbereich	Anzahl Planbetten	Bettendichte absolut	Bettendichte relativ zu RLP
Innere Medizin	93	89	-53 %
Chirurgie	70	67	-42 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	1	-62 %
Unfallchirurgie/ Orthopädie	78	75	+97 %
Gynäkologie/ Geburtshilfe	38	36	-18 %
Intensivmedizin/ Anästhesie	14	13	-28 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	0	0	0
Tagesklinik Innere Medizin	8	8	+59 %
Gesamt	302	289	-54 %

Insgesamt sind im Kreis Kaiserslautern am Krankenhausstandort Landstuhl 302 Planbetten im Krankenhausplan zur stationären Versorgung ausgewiesen. Unter Berücksichtigung aller Fachbereiche ist die Bettendichte mit 289 Betten auf 100.000 Einwohner insgesamt um 54 Prozent niedriger als der Landesschnitt. Nur in den Fachbereichen Unfallchirurgie/Orthopädie und der Tagesklinik für Innere Medizin liegt die Bettendichte deutlich über dem Landesschnitt. Hierbei gilt es aber zu beachten, dass durch die insgesamt geringe Bettendichte keinesfalls zwingend von einer Unterversorgung ausgegangen werden kann. Vielmehr wird der Landkreis Kaiserslautern zum einen durch den Maximalversorger der Stadt Kaiserslautern sowie durch umliegende Kreise mitversorgt. Des Weiteren sind im Kreis Kaiserslautern in 23 der 31 beplanten Fachbereiche überhaupt keine Planbetten ausgewiesen, da in ländlichen Kreisen in der Regel keine Krankenhäuser der Maximalversorgung mit einem breiten Fachspektrum vorhanden sind. Es fehlen so bedeutende Fachgebiete wie Augenheilkunde, Dermatologie, Geriatrie, Kinder- und Jugendmedizin, Radiologie

und Neurologie. Diese werden entweder in der Stadt Kaiserslautern, in den Nachbarkreisen oder dem nächsten Oberzentrum bereitgestellt.

Auch die Stadt Kaiserslautern weist trotz Maximalversorger keine Planbetten in 17 von 31 Fachgebieten auf (vgl. Tabelle 14). So fehlt zum Beispiel der Fachbereich Unfallchirurgie und Orthopädie in der Stadt, da er im Kreis Kaiserslautern mit 78 Betten beplant ist.

Der Schwerpunkt der stationären Versorgung im Kreis Kaiserslautern liegt eindeutig in der Regelversorgung mit Innerer Medizin und chirurgisch-orthopädischen Leistungen. Hinzu kommt ein Versorgungsschwerpunkt in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Tabelle 14: Stationäres Versorgungsangebot in der Stadt Kaiserslautern (Stand 31.01.2012)

Fachbereich	Anzahl Planbetten	Bettendichte absolut	Bettendichte relativ zu RLP
Innere Medizin	310	311	+65 %
Kinder- und Jugendmedizin	76	76	+235 %
Neurologie	94	94	+239 %
Chirurgie	134	134	+18 %
Neurochirurgie	42	42	+573 %
Kardiovaskularchirurgie	53	53	+967 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	1	-61 %
Gynäkologie/ Geburtshilfe	85	85	+92 %
Urologie	54	54	+115 %
Intensivmedizin/ Anästhesie	15	15	-20 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	54	54	+328 %
Augenheilkunde	12	12	+89 %
Tagesklinik Innere Medizin	10	10	+109 %
Tagesklinik Intensivmedizin/ Anästhesie	5	5	+591 %
Gesamt	949	951	+ 51 %

In der Stadt Kaiserslautern sind für den Krankenhausstandort Kaiserslautern 949 Planbetten im Krankenhausplan ausgeschrieben. Die Bettendichte ist mit 951 Betten auf 100.000 Einwohner um 51 Prozent höher als der Landesschnitt. Als Maximalversorger deckt das Westpfalz-Klinikum fast alle medizinischen Fachrichtungen der Krankenversorgung ab. Ein Schwerpunkt liegt beispielsweise auf der Kardiovaskularchirurgie, die mit 53 Betten eine fast 1000-prozentige Überdeckung der Bettendichte verglichen zum Land erreicht. In den meisten vorhandenen Fachbereichen liegt die Bettendichte ebenfalls deutlich über dem Landesschnitt.

Hierbei gilt es aber zu beachten, dass dadurch nicht zwingend von einer Überversorgung ausgegangen werden kann. Als Oberzentrum versorgen diese ausgewiesenen Planbetten benachbarte Kreise (insbesondere den Landkreis Kaiserslautern) mit, in denen diese Fachbetten nicht vorhanden sind.

5.2 ANBIETER UND EINRICHTUNGEN MEDIZINISCH-PFLEGERISCHER LEISTUNGEN

Das Spektrum der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen ist breit gefächert. Neben dem stationären Sektor ist eine Vielzahl von weiteren, den ambulanten Sektor ergänzenden Anbietern und Einrichtungen medizinisch-pflegerischer Leistungen von Nöten, um eine optimale Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung vor Ort zu gewährleisten.

In der Kreisregion Kaiserslautern sind medizinisch-pflegerische Leistungsanbieter aus folgenden Bereichen der Gesundheitsversorgung vorhanden (vgl. Tabelle 15):

Tabelle 15: Anbieter und Einrichtungen medizinisch-pflegerischer Leistungen im Kreis und der Stadt Kaiserslautern²⁶

Anbieter und Einrichtungen	Kreis Kaiserslautern	Stadt Kaiserslautern
Apotheken	29	35
Ambulante Hospizdienste	0	1
Ambulante Pflegedienste	11	8
Pflegeheime	14	11
Pflegestützpunkte	3	4
Rettungswachen	3	2
Notarztstandorte	1	1
Sanitätshäuser	0	1
Physiotherapie	39	27

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Aktualität und Vollständigkeit und es kann nicht beurteilt werden, ob durch diese Anbieter und Einrichtungen, der sektorenübergreifende Bedarf der Bevölkerung in der Region an Leistungen der Gesundheitsversorgung gedeckt werden kann.

²⁶ Quellen: Landkreis Vulkaneifel, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Stand 2009).

6 Morbidität: Krankheitslast im Kreis und der Stadt Kaiserslautern

Ein für die Inanspruchnahme und damit die benötigten Strukturen der ärztlichen Versorgung maßgeblicher Parameter ist die als Morbidität bezeichnete Krankheitslast der Bevölkerung.

In Wechselwirkung mit der Veränderung der Altersstruktur der Patientenschaft kommt es zu einem Wandel der Krankheitsmuster. Ein immer größerer Anteil der Bevölkerung ist wegen des gleichzeitigen Auftretens mehrerer chronischer Krankheiten auf medizinische Versorgung angewiesen. Die Häufigkeit derartiger Krankheitsbilder steigt mit zunehmendem Alter der Patienten deutlich an. Wie im einleitenden Kapitel erwähnt, stellt diese Multimorbidität von variablen Anteilen der Bevölkerung eine der Hauptherausforderungen für die vertragsärztliche Versorgung dar. Multimorbide Patienten erfordern einen zumeist lebenslangen begleitenden Behandlungsprozess, der sich für die Vertragsärzteschaft wie folgt darstellt:

- Hohe Behandlungshäufigkeit (hohe Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten)
- Intensiver Behandlungsbedarf (hohe zeitliche Beanspruchung pro Patient)
- Zunehmender Bürokratieaufwand durch vorgeschriebene Behandlungspfade
- Zunehmender Koordinationsaufwand durch Notwendigkeit der Abstimmung des Behandlungsprozesses mit den ambulanten und stationären Arztkollegen

Die Kenntnis der regional unterschiedlichen Häufigkeiten dieser Krankheitsmuster kann ein wichtiger Indikator zur Bestimmung des regionalen Behandlungsbedarfes der Bevölkerung sein.

Um die Häufigkeit von Krankheiten bzw. Multimorbidität als aussagekräftigen Indikator für die regionale Krankheitslast der Bevölkerung analysieren zu können, wurde folgende Methodik angewandt:

- Auswertung der vertragsärztlich gestellten Diagnosen im Jahr 2011
- Als multimorbid gezählt wurden nur diejenigen Patienten, bei denen mindestens 3 chronische Krankheiten²⁷ in mindestens 2 Quartalen diagnostiziert wurden

²⁷ Nach Maßgabe der Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA), das für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2011 80 Krankheiten berücksichtigt hat.

- Für die Berechnung der Krankheitslast in Form von Diagnoseraten wurde zur Bestimmung der zugrunde gelegten Grundgesamtheit die Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherten²⁸ für Rheinland-Pfalz verwendet und der landesweite Anteil der GKV-Versicherten auf die Bevölkerungszahl des Kreises umgerechnet

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

Die Häufigkeiten fallen auf Kreisebene in Rheinland-Pfalz regional sehr unterschiedlich aus (vgl. Abbildung 26). Während die westlichen Kreise, mit Ausnahme der Region Trier, im Vergleich zum Landesschnitt überdurchschnittlich hohe Diagnoseraten aufweisen, nimmt die Häufigkeit der multimorbiden Patienten nach Norden und Osten hin tendenziell ab. Dort finden sich die landesweit am stärksten unterdurchschnittlichen Krankheitslasten der Bevölkerung durch multimorbide Patienten. Insbesondere sind hier die Region Mainz, der Kreis Germersheim sowie die Stadt Koblenz und die Westerwaldregion zu nennen.

Die Stadt Kaiserslautern weist mit 15,4 Prozent und 13.066 identifizierten multimorbiden Patienten im Jahr 2011 eine fast exakt im Landesdurchschnitt von 15,6 Prozent liegende Diagnoserate unter den gesetzlich Versicherten auf. Dagegen liegt der Kreis Kaiserslautern mit einer Diagnoserate von 17,3 Prozent und 15.393 multimorbiden Patienten im oberen Drittel der Krankheitslast in Rheinland-Pfalz, mehr als 12 Prozent über dem Landesschnitt.

Nun stellt sich die Frage, inwiefern dies durch regionale Besonderheiten erklärt werden kann und durch welche chronischen Krankheitsmuster diese überdurchschnittliche Krankheitslasten in der Region Kaiserslautern wird.

Als ein Grund für einen hohen Anteil multimorbider Patienten an den gesetzlich Krankenversicherten im Kreis Kaiserslautern kann die regionale Altersstruktur mit überdurchschnittlich hohen Altersgruppenanteilen der über 64-Jährigen vermutet werden. Doch kann hierbei nicht zwingend ein monokausaler Zusammenhang hergestellt werden, da in Rheinland-Pfalz auch von Abwanderung und Überalterung geprägte ländlich-periphere Räume mit unterdurchschnittlicher Morbidität vorzufinden sind.

Vielmehr können die chronischen Krankheitsmuster der Multimorbiden Patienten regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und somit die Krankheitslast der Bevölkerung beeinflussen. Bei einer Betrachtung der 12 häufigsten diagnostizierten chronischen Krankheiten im Kreis Kaiserslautern fallen deutliche Unterschiede im Vergleich zum Landesschnitt auf (vgl. Tabelle 16).

28 KM-6 Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit 2011 (Stichtag 01.07.2011).

Abbildung 26: Multimorbidität in Rheinland-Pfalz 2011

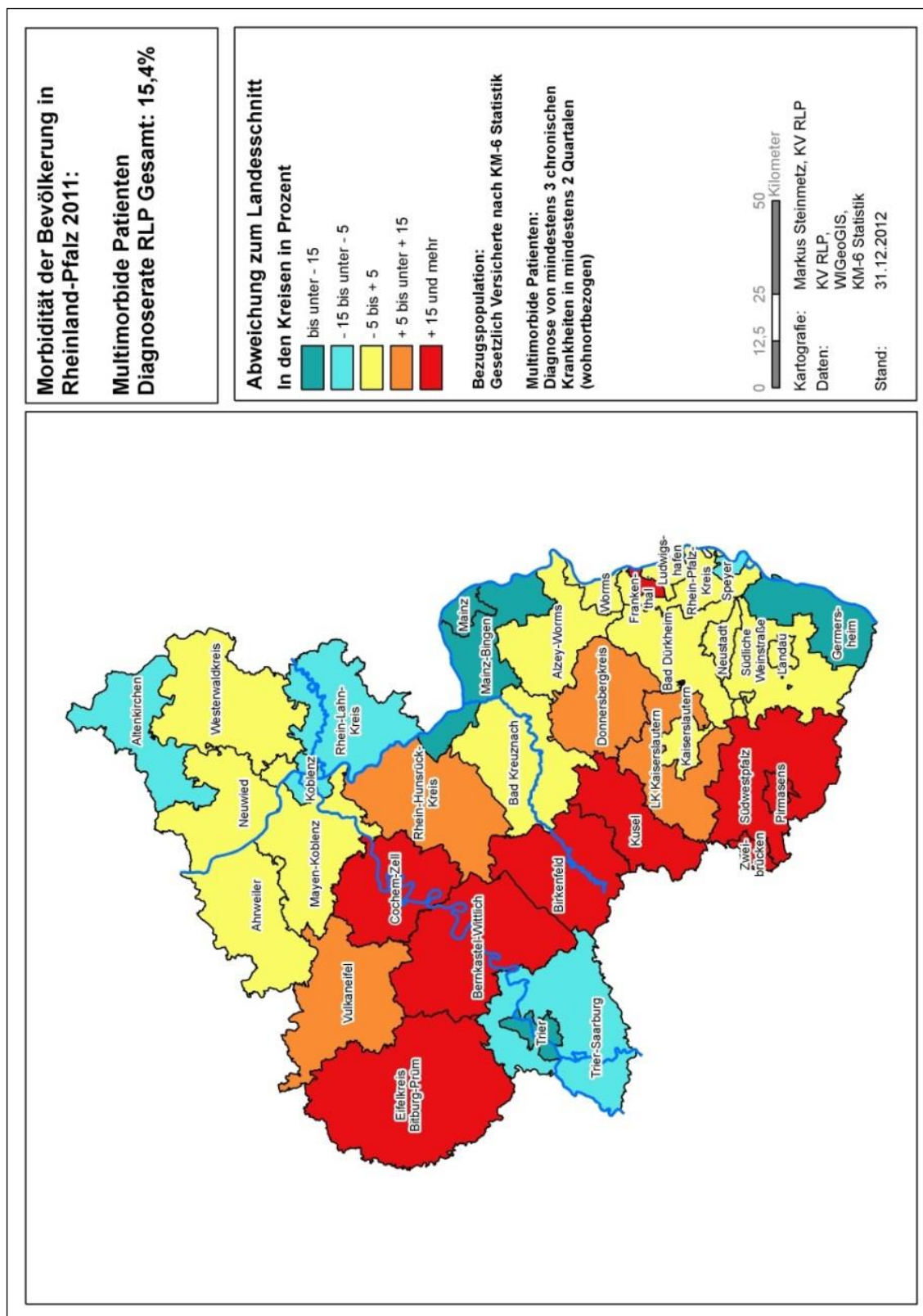


Tabelle 16: Morbidität im Kreis Kaiserslautern: Diagnoseraten der 12 bei multimorbiden Patienten am häufigsten diagnostizierten chronischen Krankheiten

Rang	Chronische Krankheit	Patienten mit entsprechender Diagnose (gesamt)				Multimorbide Patienten mit entsprechender Diagnose		
		Anzahl	Anteil an den gesetzlich Versicherten	Landesschnitt	Abweichung vom Landesschnitt	Anzahl	Anteil an den gesetzlich Versicherten	Abweichung vom Landesschnitt
1	Hypertonie	23.267	26,48	24,45	8,33	11.452	12,88	11,43
2	Depression	11.067	12,60	10,90	15,52	4.591	5,16	16,87
3	Diabetes mellitus	9.590	10,92	10,17	7,31	6.236	7,01	10,97
4	Ischämische Herzkrankheit	6.945	7,91	6,78	16,67	4.980	5,60	20,37
5	Osteoarthritis der großen Gelenke	5.836	6,64	5,94	11,78	2.942	3,31	18,44
6	Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	5.423	6,17	5,24	17,71	2.843	3,20	19,08
7	Herzinsuffizienz	4.834	5,50	4,10	34,24	3.284	3,69	34,66
8	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	4.663	5,31	3,91	35,67	2.879	3,24	37,52
9	Angsterkrankungen	4.448	5,06	4,35	16,46	1.650	1,86	19,76
10	Asthma Bronchiale	4.310	4,91	3,96	23,78	1.252	1,4	30,84
11	Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie	3.404	3,87	2,62	48,16	1.824	2,05	39,13
12	Erkrankungen der Herzklappen	3.207	3,65	3,37	8,31	1.713	1,93	8,24

Die 12 bei den multimorbiden Patienten im Kreis Kaiserslautern am häufigsten diagnostizierten chronischen Krankheiten weisen alle zum Teil deutlich überdurchschnittliche Diagnoseraten im Vergleich zum Landesdurchschnitt auf. Hierbei sind insbesondere Herzinsuffizienz, Atherosklerose und Hypertensive Herz-/Nierenerkrankung/Enzephalopathie zu nennen, die mehr als ein Drittel höhere Diagnoseraten vorweisen als der Landesschnitt. Betrachtet man die Diagnosehäufigkeiten innerhalb der Gruppe der Multimorbiden (vgl. Tabelle 18), so lässt sich eine Bestätigung hierfür finden. Deutlich überdurchschnittlich viele

multimorbide Patienten weisen diese drei Krankheiten auf. Hinzu kommt ein deutlich überdurchschnittliches Aufkommen an Atemwegserkrankungen (Emphysem/ Chronische obstruktive Bronchitis, Asthma bronchiale), was auch für die Stadt Kaiserslautern auffällig ist. Asthma bronchiale und Chronische obstruktive Bronchitis wurden 2011 bei den multimorbiden Patienten knapp 15 bzw. 26 Prozent häufiger diagnostiziert als im landesweiten Schnitt.

Tabelle 17: Morbidität in der Stadt Kaiserslautern: Diagnoseraten der 12 bei multimorbiden Patienten am häufigsten diagnostizierten chronischen Krankheiten

Rang	Chronische Krankheit	Patienten mit entsprechender Diagnose (gesamt)				Multimorbide Patienten mit entsprechender Diagnose		
		Anzahl	Anteil an den gesetzlich Versicherten	Landesschnitt	Abweichung vom Landesschnitt	Anzahl	Anteil an den gesetzlich Versicherten	Abweichung vom Landesschnitt
1	Hypertonie	18.709	22,32	24,45	-8,68	9.233	10,89	-5,82
2	Depression	10.291	12,28	10,90	12,61	4.319	5,09	15,25
3	Diabetes mellitus	8.328	9,94	10,17	-2,31	5.204	6,14	-2,92
4	Ischämische Herzkrankheit	5.706	6,81	6,78	0,48	3.960	4,67	0,33
5	Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	4.864	5,80	5,24	10,67	2.617	3,09	14,91
6	Osteoarthritis der großen Gelenke	4.724	5,64	5,94	-5,15	2.158	2,54	-8,93
7	Angsterkrankungen	4.137	4,94	4,35	0,59	1.564	1,84	19,00
8	Asthma bronchiale	3.673	4,38	3,96	0,42	1.148	1,35	26,16
9	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	3.639	4,43	3,91	10,99	2.267	2,67	13,52
10	Herzinsuffizienz	3.404	4,06	4,10	-0,91	2.275	2,68	-2,21
11	Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie	2.890	3,45	2,62	0,83	1.450	1,71	15,94
12	Vorhoffarrhythmie	2.268	2,71	3,04	-11,00	1.518	1,79	-10,18

Ansonsten zeigt sich in der Stadt Kaiserslautern ein anderes Krankheitsbild der Bevölkerung als im Landkreis. Die größte Abweichung ist bei der Depression zu finden, mit einem Plus von 12,6 Prozent verglichen zum Landesschnitt (vgl. Tabelle 17).

Des Weiteren finden sich überdurchschnittlich häufig die Diagnosen Atherosklerose sowie Demenz. Dagegen ist die Hypertonie innerhalb der Bevölkerung in der Stadt Kaiserslautern mit einer Abweichung von -8 Prozent deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägt. Auch die Vorhoffarrhythmie ist mit -11 Prozent eine unterdurchschnittliche Diagnose. Daneben ist bei den Multimorbiden Patienten in der Stadt Kaiserslautern die Hypertensive Herz-/Nierenerkrankung/Enzephalopathie knapp 16 Prozent öfter diagnostiziert worden als im Landesvergleich.

Tabelle 18: Multimorbidität im Kreis Kaiserslautern: Krankheitshäufigkeiten bei den chronisch Kranken

Rang	Chronische Krankheit	Anteil an den Multimorbiden Patienten	Abweichung vom Landesschnitt
1	Hypertonie	74,40	-1,05
2	Diabetes mellitus	40,51	-1,46
3	Ischämische Herzkrankheit	32,35	6,89
4	Depression	29,83	3,78
5	Herzinsuffizienz	21,33	19,58
6	Osteoarthritis der großen Gelenke	19,11	5,17
7	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	18,70	22,12
8	Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	18,47	5,74
9	Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie	11,85	23,54
10	Erkrankungen der Herzklappen	11,13	-3,88
11	Angsterkrankungen	10,72	6,34
12	Asthma Bronchiale	8,13	16,14

Tabelle 19: Multimorbidität in der Stadt Kaiserslautern: Krankheitshäufigkeiten bei den chronisch Kranken

Rang	Chronische Krankheit	Anteil an den Multimorbiden Patienten	Abweichung vom Landesschnitt
1	Hypertonie	70,66	-6,02
2	Diabetes mellitus	39,83	-3,12
3	Depression	33,06	15,02
4	Ischämische Herzkrankheit	30,31	0,13
5	Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	20,03	14,67
6	Herzinsuffizienz	17,41	-2,41
7	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	17,35	13,29
8	Osteoarthritis der großen Gelenke	16,52	-9,11
9	Angsterkrankungen	11,97	18,75
10	Vorhoffibrillation	11,62	-10,36
11	Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie	11,10	15,70
12	Asthma bronchiale	8,79	25,57

Da die an dieser Stelle zugrunde gelegte Definition von Multimorbidität eine Patientenpopulation mit mindestens 3 chronischen Krankheiten umfasst, soll abschließend untersucht werden, ob sich in der Betrachtung der 10 häufigsten 3-fach-Kombinationen an chronischen Krankheiten Bestätigungen bisher gemachter Beobachtungen der chronischen Krankheitsmuster in der Stadt und im Kreis Kaiserslautern finden lassen.

Die häufigste Kombination chronischer Krankheiten im Kreis Kaiserslautern lautet Diabetes mellitus, Ischämische Herzkrankheit und Hypertonie und ist bei etwa 12 Prozent der multimorbiden Patienten vorzufinden (vgl. Tabelle 20). Dieser Wert liegt knapp unter dem Landesdurchschnitt. Alle anderen 3-fach-Kombinationen, die Diabetes mellitus als chronische Krankheit einschließen, weisen dagegen zum Teil deutlich überdurchschnittliche Diagnoseraten auf. Dies liegt wahrscheinlich an den jeweiligen Co-Morbiditäten, die im Kreis Kaiserslautern überdurchschnittlich häufig diagnostiziert werden.

Tabelle 20: *Multimorbidität im Kreis Kaiserslautern: Krankheitsmuster der 10 häufigsten 3-fach-Kombinationen der chronischen Krankheiten*

Rang	Kombination chronischer Krankheiten	Anteil an den Multimorbiden Patienten (%)	Abweichung vom Landesschnitt (%)
1	Diabetes mellitus - Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie	11,66	-2,71
2	Diabetes mellitus - Herzinsuffizienz - Hypertonie	8,22	24,80
3	Diabetes mellitus - Depression - Hypertonie	8,15	17,93
4	Herzinsuffizienz - Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie	6,87	0,22
5	Diabetes mellitus - Hypertonie - Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	6,75	11,08
6	Diabetes mellitus - Osteoarthritis der großen Gelenke - Hypertonie	6,46	10,40
7	Diabetes mellitus - Hypertonie - Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	5,64	14,21
8	Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie - Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	5,52	1,36
9	Diabetes mellitus - Hypertonie - Vorhoffibrillation	5,17	18,17
10	Depression - Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie	4,94	-2,14

In der Stadt Kaiserslautern dagegen zeichnen die häufigsten 3-fach-Kombinationen der chronischen Krankheiten ein anderes Bild. Hier sind es vor allem Atherosklerose und die periphere Gefäßerkrankung, die in Kombinationen mit anderen chronischen Krankheiten überdurchschnittlich häufig auftreten (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Multimorbidität in der Stadt Kaiserslautern: Krankheitsmuster der 10 häufigsten 3- fach-Kombinationen der chronischen Krankheiten

Rang	Kombination chronischer Krankheiten	Anteil an den Multimorbiden Patienten (%)	Abweichung vom Landesschnitt (%)
1	Diabetes mellitus - Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie	11,97	-0,14
2	Diabetes mellitus - Depression - Hypertonie	7,44	7,61
3	Diabetes mellitus - Hypertonie - Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	6,91	13,73
4	Herzinsuffizienz - Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie	6,65	-2,93
5	Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie - Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	6,65	22,23
6	Diabetes mellitus - Herzinsuffizienz - Hypertonie	6,15	-6,55
7	Depression - Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie	5,42	7,40
8	Diabetes mellitus - Osteoarthritis der großen Gelenke - Hypertonie	5,42	-7,45
9	Diabetes mellitus - Hypertonie - Niereninsuffizienz	5,23	-3,81
10	Ischämische Herzkrankheit - Hypertonie - Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	5,04	11,04

Das aufgrund dieser Betrachtungen der Morbidität für die Stadt und den Kreis Kaiserslautern identifizierte Muster der regionalen Krankheitslast lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Insgesamt durchschnittlicher Anteil an multimorbiden Patienten in der Stadt Kaiserslautern, ein deutlich überdurchschnittlicher im Kreis Kaiserslautern
- Überdurchschnittliche Krankheitslast durch Herzinsuffizienz, Atherosklerose und Hypertensive Herz-/Nierenerkrankung/Enzephalopathie im Kreis Kaiserslautern
- stark überdurchschnittliche Krankheitslast durch Atemwegserkrankungen (Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis, Asthma bronchiale) in der gesamten Region Kaiserslautern

Daraus kann abgeleitet werden, dass für die Region Kaiserslautern trotz der prognostizierten Rückgänge der Bevölkerungszahlen aufgrund einer hohen Morbidität auch zukünftig ein hoher Bedarf an Leistungserbringern zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung benötigt werden wird. Dies sicherzustellen wird eine Herausforderung darstellen, die ein hohes Engagement vor Ort erfordern wird, die aber nicht ohne die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen auf Landes- und Bundesebene bewältigt werden kann.

7 Verzeichnisse

7.1 VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abbildung 1:	Übersichtskarte	9
Abbildung 2:	Siedlungsstruktur	10
Abbildung 3:	Bevölkerungsentwicklung 2005 bis 2011	14
Abbildung 4:	Bevölkerungsentwicklung in der Stadt Kaiserslautern 2005 bis 2011	15
Abbildung 5:	Bevölkerungsentwicklung im Kreis Kaiserslautern 2005 bis 2011	15
Abbildung 6:	Bevölkerungsentwicklung 2005 bis 2011: Kreis und Stadt Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz	16
Abbildung 7:	Altersgruppenanteile 2011: Kreis und Stadt Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz	17
Abbildung 8:	Bevölkerungsentwicklung 2011 bis 2030: Kreis und Stadt Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz	18
Abbildung 9:	Altersgruppenanteile 2030: Kreis und Stadt Kaiserslautern, Rheinland-Pfalz	18
Abbildung 10:	Bevölkerungsprognose 2030 Rheinland-Pfalz	20
Abbildung 11:	Bevölkerungsprognose 2030 Rheinland-Pfalz: Unter 20-Jährige	21
Abbildung 12:	Bevölkerungsprognose 2030 Rheinland-Pfalz: Über 80-Jährige	22
Abbildung 13:	Altersstruktur der Haus- und Fachärzte in Stadt und Kreis Kaiserslautern	30
Abbildung 14:	Räumliche Verteilung der Vertragsärzteschaft in der Kreisregion Kaiserslautern	31
Abbildung 15:	Hausärztliche Versorgungsebene der neuen Bedarfsplanung	34
Abbildung 16:	Fachärztliche Versorgungsebenen in der neuen Bedarfsplanung	35
Abbildung 17:	Bereitschaftsdienstorganisation in Rheinland-Pfalz	38
Abbildung 18:	Durchschnittliche Fahrdistanzen zur zuständigen Bereitschaftsdienstzentrale in der Kreisregion Kaiserslautern	39
Abbildung 19:	Räumliche Verteilung des altersbedingten Nachbesetzungsbedarfes bis 2020	41
Abbildung 20:	Erreichbarkeiten der Hausarztpraxen in der Kreisregion Kaiserslautern	43
Abbildung 21:	Gegenüberstellung der Fahrdistanzen in der hausärztlichen Versorgung	45
Abbildung 22:	Geschlechterstruktur in der hausärztlichen Versorgung in der Kreisregion Kaiserslautern	46
Abbildung 23:	Behandlungshäufigkeiten der Hausärzte in Rheinland-Pfalz	50
Abbildung 24:	Behandlungsbedarf der Hausärzte in Rheinland-Pfalz	52
Abbildung 25:	Entwicklung des Behandlungsbedarfes der Hausärzte in Rheinland-Pfalz 2010 - 2012	53
Abbildung 26:	Multimorbidität in Rheinland-Pfalz 2011	60

7.2 VERZEICHNIS DER TABELLEN

Tabelle 1:	Stadt und Kreis Kaiserslautern im sozio-demographischen Vergleich	13
Tabelle 2:	Bevölkerungsprognose 2030: Verbandsgemeinden im Kreis Kaiserslautern	19
Tabelle 3:	Sozioökonomische Regionalindikatoren auf Kreisebene im Vergleich	24
Tabelle 4:	Vertragsärztezahl und Versorgungsaufträge (Stand 31.12.2012)	27
Tabelle 5:	Arztzahlen nach Organisations-, Praxis- und Statusformen im Kreis Kaiserslautern (Stand 31.12.2012)	28
Tabelle 6:	Arztzahlen nach Organisations-, Praxis- und Statusformen in der Stadt Kaiserslautern (Stand 31.12.2012)	29
Tabelle 7:	Systematik der neuen Bedarfsplanung für die Kreisregion Kaiserslautern	33
Tabelle 8:	Nachbesetzungsbedarf an Hausärzten bis 2020 im Kreis und der Stadt Kaiserslautern	40
Tabelle 9:	Patientenzahlen nach Altersklassen und Inanspruchnahmeraten im Kreis Kaiserslautern	47
Tabelle 10:	Patientenzahlen nach Altersklassen und Inanspruchnahmeraten in der Stadt Kaiserslautern	47
Tabelle 11:	Prognose der Hausarzt-Patientenzahlen 2030 im Kreis Kaiserslautern	48
Tabelle 12:	Prognose der Hausarzt-Patientenzahlen 2030 in der Stadt Kaiserslautern	49
Tabelle 13:	Stationäres Versorgungsangebot im Kreis Kaiserslautern (Stand 31.01.2012)	55
Tabelle 14:	Stationäres Versorgungsangebot in der Stadt Kaiserslautern (Stand 31.01.2012)	56
Tabelle 15:	Anbieter und Einrichtungen medizinisch-pflegerischer Leistungen im Kreis und der Stadt Kaiserslautern	57
Tabelle 16:	Morbidität im Kreis Kaiserslautern: Diagnoseraten der 12 bei multimorbiden Patienten am häufigsten diagnostizierten chronischen Krankheiten	61
Tabelle 17:	Morbidität in der Stadt Kaiserslautern: Diagnoseraten der 12 bei multimorbiden Patienten am häufigsten diagnostizierten chronischen Krankheiten	62
Tabelle 18:	Multimorbidität im Kreis Kaiserslautern: Krankheitshäufigkeiten bei den chronisch Kranken	63
Tabelle 19:	Multimorbidität in der Stadt Kaiserslautern: Krankheitshäufigkeiten bei den chronisch Kranken	64
Tabelle 20:	Multimorbidität im Kreis Kaiserslautern: Krankheitsmuster der 10 häufigsten 3- fach-Kombinationen der chronischen Krankheiten	65
Tabelle 21:	Multimorbidität in der Stadt Kaiserslautern: Krankheitsmuster der 10 häufigsten 3- fach-Kombinationen der chronischen Krankheiten	66

7.3 QUELLENVERZEICHNIS

Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBSR) (Hrsg.) (2011):

INKAR 2011 – Indikatoren zur Stadt- und Raumentwicklung Ausgabe 2011. Selbstverlag. Bonn

Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBSR):

Raumabgrenzungen: Referenzdateien und Karten.

(http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1086478/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Downloads/downloadsReferenz2.html#anker1).

Bundesministerium für Gesundheit: KM-6 Statistik (Hrsg.) (2011):

Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung 2011. Stichtag 01.07.2011.

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2010):

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011. Bonn.

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2012):

Bedarfsplanungsrichtlinie vom 20.12.2012.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2012):

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen. Berlin.

Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.) (2012):

Krankenhaus-Report 2012. Stuttgart.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz:

Regionaldaten. (<http://www.infothek.statistik.rlp.de/neu/MeineHeimat/meinKreis.aspx>)

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2012):

Rheinland-Pfalz 2030: Dritte kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung für die verbandsfreien Gemeinden und Verbandsgemeinden: Ergebnisse für den Landkreis Vulkaneifel. Bad Ems.

Impressum

Herausgeber

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

Konzeption & Text

Markus Steinmetz, Janina Bauer und
Thomas Christ
Ressort Versorgungsforschung,
Abteilung Sicherstellung

Kontakt

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

Hinweise

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

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

Stand

Mai 2013