

KVWL

# Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Westfalen-Lippe

26.11.2019

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Vorwort .....	3
2. Regionale Versorgungssituation.....	4
2.1. Ärztliche Versorgung .....	4
2.2. Einrichtungen der Krankenhausversorgung .....	6
2.3. Demografische und sozioökonomische Faktoren .....	6
2.4. Geografische Besonderheiten .....	7
2.5. Ziele der Bedarfsplanung .....	7
2.6. Fördermöglichkeiten der KVWL .....	8
3. Bedarfsplanung .....	9
3.1. Grundlagen .....	9
3.2. Die vier Versorgungsebenen nach §§ 11-14 BPL-RL .....	9
3.2.1. Hausärztliche Versorgung .....	9
3.2.2. Allgemeine fachärztliche Versorgung .....	10
3.2.3. Spezialisierte fachärztliche Versorgung .....	12
3.2.4. Gesonderte fachärztliche Versorgung .....	13
4. Planungsblätter .....	13
5. Abkürzungen .....	14

## 1. Vorwort

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe ist nach § 99 Abs. 1 SGB V beauftragt, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Diesem Bedarfsplan liegt die Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung vom 20.12.2012 zugrunde, zuletzt geändert am 16.05.2019 und in Kraft getreten am 30.06.2019.

Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion und Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung (§ 4 Abs. 1 BPL-RL).

Die Grundsätze der Bedarfsplanung mit den Besonderheiten der regionalen Versorgung und systematischen Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie sollen in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren beschrieben werden. Der Bedarfsplan für Westfalen-Lippe wurde am 20. Juni 2013 aufgestellt, am 31. Mai 2016 evaluiert und den Veränderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie zuletzt am 9.11.2018 angepasst. Die aktuelle Anpassung berücksichtigt die Reform der Bedarfsplanung vom Mai 2019, die zum 30. Juni 2019 in Kraft getreten ist.

Der aktuelle Stand der Bedarfsplanung wird in der Regel halbjährlich erhoben und enthält die Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion. Sie bildet die Basis der Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Westfalen-Lippe.

Die kommunalen Verbände und die maßgeblichen Organisationen zur Wahrung der Interessen der Patientinnen und Patienten wurden unterrichtet.

Die dem Bedarfsplan zugrundeliegenden Daten der vertragsärztlichen Versorgung in Westfalen-Lippe wurden aktualisiert.

Die wesentliche Veränderung in diesem Bedarfsplan gegenüber dem Stand vom November 2018 besteht in der Übernahme der neuen Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die am 30.6.2019 in Kraft getreten ist.

Besonders hinzuweisen ist auf die Anwendung der Regelung des § 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie auf die hausärztliche Versorgung (siehe Punkt 3.2.1).

Weitere Anpassungen und systematische Abweichungen erfolgen derzeit nicht.

## 2. Regionale Versorgungssituation

### 2.1 Ärztliche Versorgung

In Westfalen-Lippe stellen mit Stand zum 1. April 2018 insgesamt 14.592 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>1</sup> die ambulante Versorgung von 8,26 Mio. Einwohnern sicher.

11.622 Ärzte und Psychotherapeuten besitzen eine Zulassung in eigener Praxis, 2.383 arbeiten als Angestellte in Vertragsarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren. 587 Ärzte und Psychotherapeuten nehmen als sogenannte „Jobsharer“ an der Versorgung teil, die nicht auf die ausgewiesenen Versorgungsgrade angerechnet werden.

Seit der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2013 hat die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe insgesamt zugenommen:

2018	2013	Veränderung in %
14.592	13.758	+ 6,1%

Stand 1.4.2018 und 26.11.2013

Dabei ist die Zahl der Zulassungen leicht rückläufig, die Zahl der Angestellten ist deutlich angestiegen. Die Zahl der „Jobsharer“ ist ebenfalls leicht angestiegen.

Teilnahmeform:	2018	2013	Veränderung in %
Zugelassene	11.622	11.787	- 1,4 %
Angestellte	2.383	1.404	+ 69,7 %
Jobsharer	587	567	+ 3,5 %

Stand 1.4.2018 und 26.11.2013

Dem Zuwachs an Ärzten und Psychotherapeuten in diesem Zeitraum steht ein leichter Rückgang an übernommenen Versorgungsaufträgen gegenüber (Rückgang von 12.495,25 auf 12.434,25 um 0,5 Prozent).

In der hausärztlichen Versorgung nimmt das Versorgungsangebot trotz leicht wachsender Arztzahlen seit 2013 ab, wenn auch bisher nur in geringem Umfang.

Hausärzte	2018	2013	Veränderung in %
Ärzte	5.056	4.978	+ 1,6 %
Versorgungsaufträge	4.767	4.810	- 0,9 %

Stand 1.4.2018 und 26.11.2013

Die Anzahl von teilzeittätigen Ärzten und Psychotherapeuten wächst insgesamt deutlich an.

<sup>1</sup> Der Kürze und besseren Lesbarkeit halber wird im weiteren Verlauf auf die Verwendung femininer Formen (Ärztinnen, Psychotherapeutinnen) verzichtet, wenn alle Angehörigen der genannten Berufsgruppen gemeint sind.

<b>Teilzeittätigkeit</b>	<b>2018</b>	<b>2013</b>	<b>Veränderung in %</b>
Zugelassen	1.720	750	+ 129 %
Angestellt	1.519	779	+ 95 %
<b>Gesamt</b>	<b>3.239</b>	<b>1.529</b>	<b>+ 112 %</b>

Stand 1.4.2018 und 26.11.2013 ohne Jobsharing

Die Zahl der Gemeinschaftspraxen ist in diesen fünf Jahren geringfügig angewachsen von 1.966 auf 1.984.

Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren ist im gleichen Zeitraum von 134 auf 198 angewachsen.

Die Versorgung durch zugelassene und angestellte Ärzte und Psychotherapeuten wird in Westfalen-Lippe ergänzt durch 1.183 persönlich ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten an Krankenhäusern und in Praxen. Die Anzahl der persönlichen Ermächtigungen ist seit 2013 (1.235) leicht rückläufig.

Darüber hinaus findet ambulante vertragsärztliche Versorgung in ermächtigten Einrichtungen statt. So gibt es in Westfalen-Lippe neben Ambulanzen an Krankenhäusern 6 Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, 54 psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), 14 sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V), vier geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V und zwei Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V.

Im Jahr 2018 wurden von Haus- und Fachärzten in Westfalen-Lippe insgesamt 55 Mio. Behandlungsfälle abgerechnet.

Die Versorgung ist flächendeckend sichergestellt, das Versorgungsangebot gleichmäßig verteilt.

Problematisch ist die Altersstruktur der Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe. In der hausärztlichen Versorgung sind aktuell rund 38 Prozent der Ärzte mindestens 60 Jahre alt. Bei den Ärzten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung inkl. der Psychotherapeuten sind es 30 Prozent. Angesichts des Nachwuchsmangels in der hausärztlichen Versorgung wird es zunehmend schwierig, aus der Versorgung ausscheidende Ärzte zu ersetzen. Dies ist keine regionale, sondern eine bundesweite Problematik. Hier liegt derzeit die größte Herausforderung an die Sicherstellung. Für die anderen Arztgruppen stellt sich die Nachwuchssituation unterschiedlich dar, ist insgesamt aber weniger gravierend.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe betreibt ein umfangreiches Programm zur Nachwuchsförderung, das über die Hausärzte hinaus auf weitere grundversorgende Fachgruppen ausgerichtet ist.

## 2.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung

Im März 2018 waren 208 Krankenhausstandorte in Westfalen-Lippe für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zugelassen. Der aktuelle Stand der Krankenhausbedarfsplanung ist niedergelegt im Krankenhausplan des Landes NRW<sup>2</sup>.

Für die Krankenhausversorgung im Bereich der somatischen Grundversorgung (insbesondere Innere Medizin, Chirurgie) beinhalten die Vorgaben der Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen, dass entsprechende stationäre Angebote – von verkehrsbedingten oder topographisch besonderen Situationen abgesehen – nicht weiter als 15 – 20 Kilometer entfernt vom Wohnort sein sollen.

Insgesamt wird in Westfalen-Lippe eine flächendeckende und umfassende stationäre Versorgung angeboten.

Im Jahr 2020 soll der neue Krankenhausplan NRW in Kraft treten. Ein durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW (MAGS) in Auftrag gegebenes Gutachten zur Krankenhauslandschaft liegt bereits vor. Mit der neuen Krankenhausplanung werden Veränderungen der Versorgungslandschaft einhergehen, die auch Auswirkungen auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung haben könnten. Sofern dies eintritt, werden die Auswirkungen im Bedarfsplan für Westfalen-Lippe geprüft.

## 2.3 Demografie und sozioökonomische Faktoren

Die aktuellen amtlichen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung<sup>3</sup> sagen für die kommenden Jahre bis 2040 einen allgemeinen Bevölkerungsrückgang in Westfalen-Lippe voraus. Am stärksten ist davon der Regierungsbezirk Arnsberg betroffen (minus 6,9 Prozent), gefolgt vom Regierungsbezirk Detmold (minus 4,0 Prozent); am geringsten betroffen ist der Regierungsbezirk Münster (minus 2,5 Prozent). Der prognostizierte Bevölkerungsrückgang trifft gleichermaßen den Ballungsraum Ruhrgebiet wie auch ländliche Regionen. Mit Bevölkerungszuwächsen ist nach den amtlichen Prognosen nur in den kreisfreien Städten Dortmund, Bielefeld und Münster und in den Kreisen Gütersloh, Paderborn und Steinfurt zu rechnen. Insgesamt verliert Westfalen-Lippe bis zum Jahr 2040 voraussichtlich 2,4 Prozent seiner Einwohner, dies entspricht rund 195.000 Personen. In die Berechnungen der Bedarfsplanung fließt diese Entwicklung mit ein. Für die Versorgungssteuerung ist sie relevant, weil mit einem Bevölkerungsrückgang auch die Attraktivität eines Standortes für eine ärztliche Niederlassung abnimmt.

Neben dem zu erwartenden Bevölkerungsrückgang wird der Anteil alter Menschen zunehmen. Dies ist vor allem für das Angebot in der geriatrischen Versorgung bedeutsam. Die eingeschränkte Mobilität alter Menschen stellt zudem höhere Anforderungen an die Barrierefreiheit von Arztpraxen. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe weist die Barrierefreiheit der Praxen in der elektronischen Arztsuche aus.

---

<sup>2</sup> Krankenhausplan NRW 2015 (<https://www.mags.nrw/krankenhausplan-nordrhein-westfalen>)

<sup>3</sup> IT.NRW

Mit der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird die demografische Struktur der Bevölkerung in Deutschland und auf regionaler Ebene in den Planungsbereichen noch stärker berücksichtigt und mit einem Morbiditätsfaktor ergänzt. Die daraus resultierenden regionalen Verhältniszahlen dienen als Grundlage für die Fortschreibung dieses Bedarfsplanes ab November 2019.

Sozioökonomische Faktoren wie Einkommen und Arbeitslosenquote stellen für die Ermittlung des ambulanten Versorgungsbedarfs weiterhin keine quantifizierbare Größe dar. Dies ist das Ergebnis eines Gutachtens, das der Gemeinsame Bundesausschuss in Auftrag gegeben und im Herbst 2018 veröffentlicht hat.

## 2.4 Geografische Besonderheiten

„Nordrhein-Westfalen ist als bevölkerungsreichstes Bundesland auch eines der verkehrsreichsten. Ein gut ausgebautes Netz aus Straßen, Radwegen, Schienen, Wasserwegen und Flughäfen sorgt für moderne Mobilität.“<sup>4</sup>

Der Landesteil Westfalen-Lippe mit den Regierungsbezirken Arnsberg, Münster und Detmold lässt sich untergliedern in die Kreise und kreisfreien Städte, die unmittelbar zum Ballungsraum Rhein-Ruhr gehören, und das übrige Gebiet, das sich nördlich, südlich und östlich davon erstreckt. Dieses Gebiet ist geprägt durch die Oberzentren Münster, Bielefeld, Paderborn und Siegen als solitäre Verdichtungsgebiete, durch eine Ballungsrandzone (Hamm, Kreis Unna, Teile des Märkischen Kreises) und durch ländlichen Raum. Der ländliche Raum besitzt im Bundesvergleich eine überdurchschnittliche Einwohnerdichte und ist begünstigt durch eine große, gut in der Fläche verteilte Anzahl von Mittelzentren.

Der periphere ländliche Raum ist durch ein dichtes Verkehrs- und Wegenetz an Mittel- und Oberzentren angebunden, die Erreichbarkeit ist durch geographische Besonderheiten nicht beeinträchtigt. Der Öffentliche Personennahverkehr ist insgesamt gut ausgebaut und wird auf Basis einer regionalen Planung weiter verbessert.<sup>5</sup>

Der westfälische Teil des Ballungsraumes Rhein-Ruhr ist als europäische Metropolregion durch eine besonders stark ausgeprägte Infrastruktur gekennzeichnet. Sie ist die mit Abstand bevölkerungsreichste und am dichtesten besiedelte Metropolregion in Deutschland und zählt zu den fünf größten Metropolregionen Europas. Damit stellt sie in der Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung eine hervorzuhebende Besonderheit Westfalen-Lippes dar.

## 2.5 Ziele der Bedarfsplanung

Der Bedarfsplan ist als Rahmenplan Grundlage für die ambulante Versorgung der Bevölkerung. Dieser Rahmenplan bildet die Basis für Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Versorgung.

Ziel der Bedarfsplanung für Westfalen-Lippe ist es primär, unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes der Gesetzlichen Krankenversicherung eine stabile, erreichba-

<sup>4</sup> <http://www.mbwsv.nrw.de/verkehr/index.php>

<sup>5</sup> Landesentwicklungsplan NRW, 8.2.2017, S. 11 ff.

re und bedarfsgerecht verteilte ambulante vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen.

Arztsitze müssen vor allem dort angesiedelt bzw. erhalten werden, wo sie für eine möglichst große Zahl von Menschen am besten erreichbar sind und damit auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sinnvoll betrieben werden können. Dabei kommt den Mittelzentren für die allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung und den Oberzentren für die gesonderte fachärztliche Versorgung eine wichtige Rolle zu.

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung sollen die geriatrische Kompetenz von Ärzten sowie die Barrierefreiheit von Arztpraxen gefördert werden.

Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzteschaft werden künftig je nach regionaler Ausprägung und Fachgebiet vermehrt Vertragsarztpraxen für eine Weitergabe an Nachwuchsärzte zur Verfügung stehen. Bei den hierzu anstehenden zulassungsrechtlichen Entscheidungen sollen die mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie und diesem Bedarfsplan verbundenen Ziele berücksichtigt werden.

In der nächsten Zukunft gilt es, die Auswirkungen der Anpassung des Ruhrgebietes in der hausärztlichen Versorgung an die bundeseinheitliche Verhältniszahl und die damit verbundene Entstehung neuer Niederlassungsmöglichkeiten im jeweiligen Umfang zu beobachten. Die Anpassung erfolgt zwar über einen Zeitraum von zehn Jahren, dennoch werden schon jetzt Planungsbereiche für eine größere Anzahl neuer Zulassungen oder Anstellungen geöffnet. Dies darf nicht dazu führen, dass sich das Versorgungsangebot in attraktiven und bereits gut versorgten Zentren großer Städte zulasten angrenzender ländlicher Gebiete erhöht. Hier muss gegebenenfalls mit den Mitteln der Bedarfsplanung interveniert und umgesteuert werden.

## 2.6 Fördermöglichkeiten der KVWL

Die Kassenärztliche Vereinigung hat in 2013 eine Sicherstellungsrichtlinie beschlossen und führt auf dieser Grundlage ein Förderverzeichnis in ihren amtlichen Bekanntmachungen, das aus Sicherstellungsgründen förderfähige Gebiete in Westfalen-Lippe ausweist. Die Kassenärztliche Vereinigung fördert die Übernahme von Versorgungsaufträgen in diesen Gebieten mit Praxisdarlehen, Umsatzgarantien oder Kostenzuschüssen, um die weitere Schließung von Arztpraxen zu verhindern und die Versorgung wieder zu verbessern. Dazu besteht ein Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V, dessen Mittel hälftig aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a SGB V entnommen und hälftig von den Krankenkassen ergänzt werden.

Die Förderung erfolgt flexibel und ist für die hausärztliche Versorgung kleinräumig angelegt. Üblicherweise wird auf der Ebene von Kommunen gefördert, aber selbst eine Standortförderung ist möglich. Damit wird die Bedarfsplanung durch konkrete Anreize unterstützt und eine sehr zielgerichtete Versorgungssteuerung ermöglicht.



## 3. Bedarfsplanung

### 3.1 Grundlagen

Grundlage der regionalen Bedarfsplanung ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 20.12.2012, in zuletzt geändert am 19.05.2019, in Kraft getreten am 30.06.2019.

Die Vorgaben der Bundesrichtlinie werden grundsätzlich ohne Abweichungen für Westfalen-Lippe übernommen.

Ausnahme ist die Planung der psychotherapeutischen Versorgung im Hochsauerlandkreis (siehe 3.2.2).

Darüber hinaus soll in der hausärztlichen Versorgung von der Möglichkeit des § 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie Gebrauch gemacht werden, Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent mit Zulassungssperren zu versehen und mögliche Zulassungen in reaktivierten Planungsbereichen auf die Zahl zu begrenzen, die zum Erreichen eines Versorgungsgrades von 100 Prozent erforderlich ist. Ausgenommen von dieser Regelung ist das Ruhrgebiet, das bereits einer Steuerung durch den § 65 BPL-RL unterliegt. Die Anwendung des § 67 BPL-RL soll einen Zuwachs in der hausärztlichen Versorgung in denjenigen Planungsbereichen fördern, deren Versorgungsgrad unter 100 Prozent liegt und die einen höheren Bedarf an zusätzlicher Versorgung haben.

Der Morbiditätsfaktor nach § 9 BPL-RL kommt flächendeckend in Westfalen-Lippe zur Anwendung.

Für die Anrechnung ermächtigter Ärzte gilt § 22 BPL-RL. Die Berechnungsergebnisse werden in den Datenblättern ausgewiesen. Für die Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Versorgungslage in einem Planungsbereich werden sie nicht herangezogen.

### 3.2 Die vier Versorgungsebenen nach §§ 11-14 BPL-RL

#### 3.2.1 Hausärztliche Versorgung (§ 11 BPL-RL)

Grundlage der regionalen Bedarfsplanung für die der hausärztlichen Versorgung angehörende Arztgruppe ist die BPL-RL ohne regionale Abweichungen i. S. v. § 3 BPL-RL i. V. m. § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 12 Abs. 3 S. 2 Ärzte-ZV.

Planungsbereiche für die Arztgruppe der Hausärzte sind die 111 Mittelbereiche in Westfalen-Lippe nach der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Als allgemeine Verhältniszahl werden 1.609 Einwohner pro Arzt zugrunde gelegt (BPL-RL § 11 Abs. 4). Für die Mittelbereiche der ehemaligen Sonderregion Ruhrgebiet wird die Verhältniszahl von 2018 bis 2028 in sechs Schritten von 1.926 Einwohnern pro Hausarzt auf den bundeseinheitlichen Wert angepasst (§ 65 BPL-RL). Dieser Übergangszeitraum wird als erforderlich angesehen, um angesichts des Nachwuchsmangels in der hausärztlichen Versorgung eine Fehlsteuerung

in die großen Zentren des Ruhrgebiets zulasten angrenzender Gebiete und weiter entfernter ländlicher Räume zu vermeiden.

Die Anpassung betrifft die Mittelbereiche Bergkamen, Bochum, Bottrop, Castrop-Rauxel, Datteln, Dorsten, Dortmund, Ennepetal, Gelsenkirchen, Gevelsberg, Gladbeck, Hagen, Haltern, Hamm, Hattingen, Herdecke, Herne, Herten, Kamen, Lünen, Marl, Oer-Erkenschwick, Recklinghausen, Schwelm, Schwerte, Sprockhövel, Unna, Waltrop, Werne, Wetter und Witten.

Die Anpassung erfolgt durch eine Absenkung der Verhältniszahl in zeitlichem Abstand von je zwei Jahren:

Jahre	Verhältniszahl
2018 und 2019	1.926 Einwohner je Hausarzt
2020 und 2021	1.830 Einwohner je Hausarzt
2022 und 2023	1.782 Einwohner je Hausarzt
2024 und 2025	1.733 Einwohner je Hausarzt
2026 und 2027	1.685 Einwohner je Hausarzt

Der Morbiditätsfaktor nach § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie wird auf die Verhältniszahlen angewendet.

Auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Krankenkassen soll § 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Anwendung kommen. Mit Ausnahme der Planungsbereiche des Ruhrgebietes, die bereits der Steuerung durch den § 65 Bedarfsplanungs-Richtlinie unterliegen, sollen Zulassungsbeschränkungen in hausärztlichen Planungsbereichen in Westfalen-Lippe bereits ab Erreichen eines Versorgungsgrades von 100 Prozent beschlossen werden. Durch diese Maßnahme soll eine stärkere Steuerung des hausärztlichen Nachwuchses in weniger gut versorgte Planungsbereiche gefördert werden.

### 3.2.2 Allgemeine fachärztliche Versorgung (§ 12 BPL-RL)

Grundlage der regionalen Bedarfsplanung für die der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehörenden Arztgruppen ist § 12 BPL-RL i. V. m. § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 12 Abs. 3 S. 2 Ärzte-ZV. Für die Planung der Psychotherapeuten im Hochsauerlandkreis gilt eine regionale Abweichung im Sinne von § 3 BPL-RL.

Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind:

1. Augenärzte
2. Chirurgen und Orthopäden
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Psychotherapeuten
8. Urologen
9. Kinderärzte

Planungsbereiche für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind die 27 Kreise und kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Für die Feststellung der Allgemeinen Verhältniszahlen werden diese Planungsbereiche sechs raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet, deren Typisierung auf dem Konzept der Großstadtreionen des BBSR basiert (§ 12 Abs. 3 PBL-RL).

Typ 1	Stark mitversorgend	Bielefeld, Münster
Typ 2	Dualversorgung	Herford
Typ 3	Stark mitversorgt	Coesfeld
Typ 4	Mitversorgt	Gütersloh, Höxter, Lippe, Soest, Steinfurt, Warendorf
Typ 5	Eigenversorgung	Borken, Hochsauerlandkreis, Märkischer Kreis, Minden-Lübbecke, Olpe, Paderborn, Siegen-Wittgenstein
Typ 6	Polyzentrischer Verflechtungsraum	Bochum, Bottrop, Dortmund, Ennepe-Ruhr-Kreis, Gelsenkirchen, Hagen, Hamm, Herne, Recklinghausen, Unna

Es gelten die Verhältniszahlen nach § 12 Abs. 4 BPL-RL.

Abweichung: Psychotherapeuten im Hochsauerlandkreis

Durch die Einführung neuer Verhältniszahlen für den eigenversorgenden Kreistyp 5 im Jahr 2013 entstand eine größere Anzahl zusätzlicher Niederlassungsmöglichkeiten in der Gruppe der Psychotherapeuten im Hochsauerlandkreis. Im Sinne der Zielsetzung einer möglichst bedarfsgerechten Verteilung des Versorgungsangebots nach 2.5 dieses Bedarfsplans sollten diese zusätzlichen Sitze so gesteuert werden, dass die Bevölkerung in allen Teilen des weiträumigen Landkreises von dem Zuwachs profitieren konnte und die Erreichbarkeit des Angebots in diesem ländlichen Raum gleichmäßig verbessert wurde. Dies ist gelungen. Deshalb wird im Hochsauerlandkreis von der Bundesrichtlinie abgewichen und die Planung der Psychotherapeuten nicht auf der Kreisebene durchgeführt. Es gilt die Verhältniszahl des Kreistyps 5 für Psychotherapeuten (5.750 EW) unter Beachtung des Morbiditätsfaktors. Planungsbereiche sind die Mittelbereiche Arnsberg, Brilon, Marsberg, Meschede, Schmallenberg, Sundern und Winterberg. In der Anlage 2.2 werden diese Planungsbereiche für die psychotherapeutische Versorgung gesondert ausgewiesen.

Die Verhältniszahlen der Kinder- und Jugendärzte beziehen sich auf die „bis unter 18-Jährigen“, die Verhältniszahlen der Frauenärzte beziehen sich auf die weibliche Bevölkerung.

Der Morbiditätsfaktor wird auf die jeweiligen Verhältniszahlen angewendet.

Für die Arztgruppe der Nervenärzte kommt die Quotenregelung nach § 12 Abs. 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Anwendung.

Für die Gruppe der Psychotherapeuten kommen die Quotenregelungen nach § 25 Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Anwendung.

### 3.2.3 Spezialisierte fachärztliche Versorgung (§ 13 BPL-RL)

Grundlage der regionalen Bedarfsplanung für die der spezialisierten fachärztlichen Versorgung angehörenden Arztgruppen ist die BPL-RL ohne regionale Abweichungen i. S. v. § 3 BPL-RL i. V. m. § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 12 Abs. 3 S. 2 Ärzte-ZV.

Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind:

1. Anästhesisten
2. Fachinternisten (fachärztlich tätig)
3. Kinder- und Jugendpsychiater
4. Radiologen

Planungsbereich für die Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind die acht Raumordnungsregionen (ROR) in Westfalen-Lippe in der Zuordnung des BBSR (§ 13 Abs. 3 BPL-RL).

<b>Raumordnungsregion (ROR)</b>	<b>Angehörige Kreise und kreisfreie Städte</b>
Arnsberg	Hochsauerlandkreis, Soest
Bielefeld	Bielefeld, Gütersloh, Herford, Lippe, Minden-Lübbecke
Bochum-Hagen	Bochum, Ennepe-Ruhr-Kreis, Hagen, Herne, Märkischer Kreis
Dortmund	Dortmund, Hamm, Unna
Emscher-Lippe	Bottrop, Gelsenkirchen, Recklinghausen
Münster	Borken, Coesfeld, Münster, Steinfurt, Warendorf
Paderborn	Höxter, Paderborn
Siegen	Olpe, Siegen-Wittgenstein

Es gelten die Verhältniszahlen nach § 13 Abs. 4 BPL-RL. Der Morbiditätsfaktor kommt zur Anwendung.

Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendlichenpsychiater beträgt in allen Raumordnungsregionen 16.895 Einwohner pro Arzt der Gruppe und bezieht sich auf die „bis unter 18-jährigen“. Der Morbiditätsfaktor wird auf diese Verhältniszahl angewendet.

Für die Arztgruppe der Fachinternisten kommen die Quotenregelungen nach § 13 Abs. 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Anwendung.

Bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie soll der Zulassungsausschuss darauf hinwirken, dass Bewerber Berücksichtigung finden, deren Versorgungsschwerpunkte in Schmerztherapie oder Palliativmedizin liegen (§ 13 Abs. 5 BPL-RL).

### 3.2.4 Gesonderte fachärztliche Versorgung (§ 14 BPL-RL)

Grundlage der regionalen Bedarfsplanung für die der gesonderten fachärztlichen Versorgung angehörenden Arztgruppen ist die BPL-RL ohne regionale Abweichungen i. S. v. § 3 BPL-RL i. V. m. § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 12 Abs. 3 S. 2 Ärzte-ZV.

Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind:

1. Humangenetiker
2. Laborärzte
3. Neurochirurgen
4. Nuklearmediziner
5. Pathologen
6. Physikalische und Rehabilitations-Mediziner
7. Strahlentherapeuten
8. Transfusionsmediziner

Planungsbereich für die aufgeführten Arztgruppen ist die Region Westfalen-Lippe.

Es gelten die Verhältniszahlen nach § 14 Abs. 4 BPL-RL. Der Morbiditätsfaktor wird auf diese Verhältniszahlen angewendet.

## 4. Planungsblätter

– siehe Anlagen –

Die Einwohnerzahlen bemessen sich nach dem letzten verfügbaren amtlichen Stand (§ 17 BPL-RL), ausgewiesen durch das IT.NRW. Zugrunde gelegt werden die Zensus-Zahlen mit Stand vom 31.12.2018.

## 5. Abkürzungen

BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BPL-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
MB	Mittelbereich (Planungsbereich in der hausärztlichen Versorgung)
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
ROR	Raumordnungsregion (Planungsbereich in der speziellen fachärztlichen Versorgung)