

# **Bedarfsplan**

## **zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein**

**nach § 99 SGB V nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie  
(BPL-RL) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012  
zuletzt geändert am 26.01.2026**

**Erstellt von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
im Einvernehmen\* mit den Landesverbänden der Krankenkassen  
und den Ersatzkassen in Nordrhein**

\* Das Einvernehmen über den Bedarfsplan wurde am 16.01.2026 hergestellt.

Die Nichtbeanstandung durch die zuständige Aufsichtsbehörde ist am 21.01.2026 erfolgt.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Hintergrund.....	3
2.	Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)3	
2.1.	Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.....	3
2.2.	Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung .....	4
2.3.	Demografie und soziodemografische Faktoren .....	4
2.4.	Geografische Besonderheiten .....	5
2.5.	Ziele der Bedarfsplanung .....	5
2.6.	Barrierefreier Zugang zur Versorgung .....	6
2.7.	Fördermöglichkeiten der KV Nordrhein .....	7
3.	Bedarfsplanung .....	9
3.1.	Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung .....	9
3.1.1.	Die vier Versorgungsebenen .....	9
3.1.2.	Feststellung einer Überschreitung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads um 40 Prozent nach § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V .....	10
3.2.	Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019 .....	10
3.2.1.	Demografiefaktor wurde durch Morbiditätsfaktor ersetzt (§ 9 BPL-RL) .....	10
3.2.2.	Verhältniszahlen wurden angepasst (§§ 11 bis 14 BPL-RL) .....	11
3.2.3.	Quotenregelungen wurden ausgeweitet (§§ 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V; 12,13 BPL-RL) .....	11
4.	Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie.....	12
4.1.	Planungsbereich Stadt Leverkusen.....	13
4.2.	Planungsbereiche Stadt Aachen und Kreis Aachen .....	15
4.3.	Psychotherapeuten Kreis Wesel .....	16
4.4.	Allgemeine fachärztliche Versorgung im Rheinisch-Bergischen Kreis .....	18
5.	Planungsblätter .....	20
6.	Inkrafttreten .....	20

## 1. Hintergrund

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen und nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und der Entwicklung der Versorgungssituation entsprechend anzupassen (§ 99 SGB V i.V.m. §§ 12-14 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte i.V.m. § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL). Der Bedarfsplan soll die Grundlage zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung bieten und die Versorgungssituation darstellen und bewerten. Ziel der Bedarfsplanung ist die Gewährleistung einer gleichmäßig verteilten und angemessenen ambulanten ärztlichen Versorgung. Hierzu soll der Bedarfsplan einen Beitrag leisten, indem er die für die Beurteilung der Versorgungssituation wesentlichen Grundlageninformationen zusammenfassend darstellt.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter. Soweit im vorliegenden Text die Bezeichnung „Ärzte“ oder „Vertragsärzte“ verwendet wird, sind hiervon sowohl Mediziner als auch Psychotherapeuten jeden Geschlechts umfasst, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes beschrieben ist.

## 2. Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

### 2.1. Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

In Nordrhein leben 9,67 Millionen Menschen<sup>1</sup>. Davon sind 8,41 Millionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert<sup>2</sup>. Ihre ambulante Versorgung wird von rund 20.500 Vertragsärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ermächtigten Krankenhausärzten – dies entspricht 17.167,85 Vollzeitäquivalenten – sichergestellt.

Ein Kriterium für die Beurteilung der Versorgungssituation ist die Altersstruktur der Ärzteschaft. Im Oktober 2020 waren 28,7 % der niedergelassenen Vertragsärzte über 60 Jahre alt. Wenn es um die Zukunft der hausärztlichen Versorgung geht, ist dies ein zentraler Punkt für die Beurteilung der Entwicklung der Versorgungssituation. Die Planungsblätter nach Anlage 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie geben hierüber nähere Auskunft und unterstützen dadurch kontinuierlich die Zulassungsausschüsse bei der Beurteilung der Versorgungssituation.

---

<sup>1</sup> Landesdatenbank NRW – Tabelle 12411-31iz – 03/2019

<sup>2</sup> Statistik KM 6 – Stand 01.07.2020

Im Jahr 2019 wurden 72,2 Millionen Behandlungsfälle im ambulanten Bereich abgerechnet.

## **2.2. Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung**

Zuständige Behörde für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen ist das Landesgesundheitsministerium. Die Krankenhausplanung erfolgt dabei über einen Landeskrankenhausplan und Investitionsprogramme. Gesetzliche Grundlage hierfür sind das Krankenhausfinanzierungsgesetz, sowie das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW. Die grundsätzliche Ausrichtung wird dabei im Landeskrankenhausplan dargestellt. Die Konkretisierung der Rahmenvorgaben aus dem Krankenhausplan wird in regionalen Planungskonzepten entwickelt (§ 14 KHGG NRW). Darin werden vor allem Vereinbarungen über Angebotsstrukturen und Bettenkapazitäten getroffen.

Die nordrheinische stationäre Versorgung wird derzeit durch 173 Krankenhäuser gewährleistet<sup>3</sup>. Jährlich werden hier rund 2,4 Millionen Behandlungsfälle versorgt<sup>4</sup>. Im Durchschnitt verfügen die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen über 281 Krankenhausbetten<sup>5</sup>. Aufgrund eines vom Landesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens soll der Krankenhausplan bis zum Ende der 17. Legislaturperiode reformiert werden und das Bett nicht mehr zentrale Planungsgrundlage sein. Vorgeschlagen wird eine Planung anhand von Leistungsgruppen<sup>6</sup>. Daneben erbringen 51 Psychiatrische Institutsambulanzen, 29 Sozialpädiatrische Zentren, 20 Kinderspezialambulanzen und 11 Hochschulambulanzen Leistungen im ambulanten Bereich<sup>7</sup>. Ambulante Operationen nach § 115b SGB V werden von 147 Krankenhäusern erbracht<sup>8</sup>. Die Dialyseversorgung wird von insgesamt 78 Einrichtungen durchgeführt.

## **2.3. Demografie und soziodemografische Faktoren**

Die amtlichen Vorausberechnungen zur Bevölkerungsentwicklung prognostizieren bis zum Jahr 2040 einen Bevölkerungsanstieg um 2,3 % für Nordrhein<sup>9</sup>. Hiervon sind die einzelnen Regionen unterschiedlich stark betroffen. In einigen Gebieten sind deutliche Bevölkerungsrückgänge zu erwarten: Oberbergischer Kreis (- 6,9 %), Kreis Wesel (- 5,4 %) und Remscheid (- 5,3 %).

---

<sup>3</sup> Anlage 2.3 zum Stand der Bedarfsplanung – 07/2019

<sup>4</sup> IT-NRW (Statistisches Landesamt) – Statistischer Bericht Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2017

<sup>5</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales – 09/2020

<sup>6</sup> Ebda.

<sup>7</sup> vdek – 03/2021

<sup>8</sup> Anlage 2.3 zum Stand der Bedarfsplanung – 07/2019

<sup>9</sup> IT.NRW (Statistisches Landesamt) - NRW (ge)zählt: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2018 bis 2040/60, Ausgabe 04/2019 vom 15.07.2019

Mit einem erheblichen Bevölkerungszuwachs wird in den kreisfreien Städten Köln (+15,8 %), Düsseldorf (+14,0 %) und Bonn (+12,1 %) gerechnet. Keine Veränderung bzw. ein Zuwachs von nicht mehr als 1 % wird in den folgenden Regionen erwartet: Kreis Heinsberg, Kreis Aachen, Rhein-Kreis Neuss, Kreis Kleve, Stadt Leverkusen, Stadt Mönchengladbach.

Neben dem zu erwartenden Bevölkerungsanstieg ist eine Verschiebung der Altersverteilung der Bevölkerung zu erwarten. Diese Herausforderungen sind zu beachten, wenn es zum Beispiel darum geht, über regionale Abweichungen zur Bedarfsplanungs-Richtlinie zu entscheiden.

## **2.4. Geografische Besonderheiten**

Nordrhein-Westfalen ist das bevölkerungsreichste Bundesland. Die nordrheinische Infrastruktur ist umfangreich und sehr gut ausgebaut. Dies schafft eine besondere Mobilität für die Bevölkerung und eine starke Vernetzung der einzelnen Regionen. Die guten Verkehrsanbindungen ermöglichen Patientinnen und Patienten einen vergleichsweise guten Zugang zu medizinischen Angeboten, die einige Kilometer entfernt sind – beispielsweise im Bereich der spezialisierten Leistungen. Der ländliche Raum besitzt im Bundesvergleich eine überdurchschnittliche Einwohnerdichte und ist begünstigt durch eine große, gut in der Fläche verteilte Anzahl von Mittelzentren.

Wichtige Zentren sind die kreisfreien Städte Aachen, Bonn, Düsseldorf, Köln, Mönchengladbach und Krefeld. Im Bergischen Land sind es die Städte Wuppertal, Remscheid und Solingen, die umliegende Regionen mitversorgen. Eine weitere Metropolregion stellt der Regionalverband Ruhr mit den Städten Duisburg, Essen, Oberhausen und Mülheim a. d. Ruhr dar.

Ein großer Teil des westlichen Gebietes von Nordrhein grenzt an die Niederlande und an Belgien. Hier gibt es ebenso sowohl stark besiedelte als auch ländlichere Regionen.

## **2.5. Ziele der Bedarfsplanung**

Die Bedarfsplanung regelt die Verteilung der niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Sie berücksichtigt außerdem den Beitrag, der durch ermächtigte Ärzte und Einrichtungen in der ambulanten Versorgung geleistet wird. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hat der Gesetzgeber im Jahr 2012 die Möglichkeit geschaffen, von den bundesweiten Vorgaben zur Bedarfsplanung, wenn nötig abzuweichen, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

Die Bedarfsplanung ist ein Instrument, um ein bedarfsgerechtes ambulantes medizinisches Angebot für Patientinnen und Patienten bereitzustellen. Arztsitze sollen insbesondere an den Orten angesiedelt werden, wo sie für einen möglichst großen Teil der Bevölkerung am besten zu erreichen sind. Auf diese Weise können diese Praxen

effizient betrieben werden. Hierbei spielen regionale Zentren, wie beispielsweise Mittelzentren oder Oberzentren, eine wichtige Rolle. Eine wohnortnahe Versorgung ist insbesondere im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich sicherzustellen.

Regelungen der Bedarfsplanung haben langfristige Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen. Im Hinblick auf die Herausforderungen, die der demografische Wandel mit sich bringt, erfordert eine bedarfsgerechte Planung ein vorrauschauendes Handeln. Dies ist notwendig, um die gute ambulante Versorgung in Nordrhein fortzusetzen.

Eine wichtige Zielsetzung ist es, eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte zu ermöglichen. Hierfür hat der Gesetzgeber den Akteuren der Selbstverwaltung Instrumente an die Hand gegeben, mit denen eine gegebenenfalls bestehende Überversorgung abgebaut werden kann. Wenn die Zulassungsausschüsse darüber entscheiden, ob ein Praxissitz, der aufgegeben wird, erneut auszuschreiben ist, ist daher auch der Versorgungsgrad in der entsprechenden Region eins der zu berücksichtigenden Kriterien. Die Interessen der Beteiligten sind hierbei im Einzelfall abzuwägen. Der Abbau von Überversorgung kann helfen, Ärzte, die sich neu niederlassen, in die Regionen zu lenken, wo ein besonderer Bedarf an zusätzlichen Ärzten besteht.

In der Vergangenheit hatte man für den Regionalverband Ruhr abweichende Regelungen im Vergleich zum Rest der Bundesrepublik in Bezug auf die Bedarfsplanung getroffen. Dies war der besonderen Bevölkerungsdichte geschuldet und berücksichtigte die gegebenen geografischen Besonderheiten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Versorgungssituation im Regionalverband Ruhr geprüft und mit Beschluss vom 17.11.2017 die planungsrelevanten Verhältniszahlen für Hausärzte, Psychotherapeuten und spezialisierte Fachärzte angepasst. Um in der hausärztlichen Versorgungsebene einem Sogeffekt (weg vom ländlichen Raum und hin zu den Ballungszentren) entgegenzuwirken, erfolgt die Anpassung (Absenkung) der Verhältniszahl auf das bundeseinheitliche Niveau (1.609) seit dem Stichtag 01.01.2018 in fünf Schritten jeweils im Abstand von zwei Jahren. In der Folge entstehen zunehmend neue hausärztliche Niederlassungsmöglichkeiten insbesondere in Mittelbereichen mit einem hohen Bedarf bzw. niedrigen Versorgungsgrad.

## **2.6. Barrierefreier Zugang zur Versorgung**

„Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten.“ (§ 4 Absatz 1 Satz 3 BPL-RL).

In Nordrhein befindet sich die Umsetzung des § 4 Absatz 1 Satz 3 BPL-RL weiterhin auf einem guten Weg. Die Erfassung der Barrierefreiheit erfolgt aufgrund des Terminservice- und Versorgungsgesetzes bundesweit einheitlich (§ 75 Abs. 1(a) Satz 2 SGB V). Eine aktuelle Auswertung hat ergeben, dass zur Barrierefreiheit Daten von

7.340 Arztpraxen in Nordrhein hinterlegt sind. Die Informationen zur Barrierefreiheit liegen differenziert nach Zugang zu Praxisräumen, Sanitärbereich, Parkmöglichkeiten sowie Besonderheiten (bspw. Orientierungshilfen für Sehbehinderte) vor und werden fortlaufend aktualisiert. Bereits in den Jahren zuvor ist die Zahl der barrierearmen Praxen in Nordrhein von 2.300 im Jahr 2010 auf mindestens 6.200 im Jahr 2015 erheblich gestiegen.

Darüber hinaus können Patienten nun bei der Suche nach einer Arztpraxis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nach dem Grad der Barrierefreiheit differenzieren.

Der Abbau von Barrieren in Arztpraxen ist in Nordrhein in den letzten Jahren erfolgreich vorangeschritten und soll auch in Zukunft weiterverfolgt werden.

## **2.7. Fördermöglichkeiten der KV Nordrhein**

Um die hausärztliche Versorgung in weniger gut versorgten Gebieten zu verbessern und Anreize zur Niederlassung zu schaffen, hat die KV Nordrhein im November 2017 beschlossen, einen Strukturfonds einzurichten. Der Strukturfonds der KV Nordrhein wurde paritätisch mit den Kranken- und Ersatzkassen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2018 gebildet. Gemäß § 105 Absatz 1(a) SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu nunmehr verpflichtet.

Mit den bereitgestellten Mitteln werden Niederlassungen finanziell bezuschusst. Dadurch soll die ambulante Versorgung im Gebiet der KV Nordrhein weiterhin flächendeckend sichergestellt, Unterversorgung vermieden und die Weitergabe von Praxen an jüngere Nachfolger unterstützt werden.

Im Hinblick auf die große Zahl von Niederlassungsmöglichkeiten im Rahmen der Bedarfsplanung stehen die Hausärzte derzeit im Fokus der Förderung durch den Strukturfonds. In einigen hausärztlichen Planungsbereichen gestaltet sich die Versorgungslage – jedenfalls im nordrheinweiten Vergleich – als besonders verbesserungswürdig. Daher werden zwei Mal jährlich Fördergebiete festgelegt, um Förderungsprioritäten Rechnung zu tragen. Bei der Auswahl der Fördergebiete werden die aktuelle Anzahl der Ärzte im Planungsbereich, die Demografie/Morbidität der Bevölkerung und die Demografie der Ärzteschaft berücksichtigt. Die Gewährung von Fördermitteln ist derzeit in insgesamt 27 nordrheinischen Regionen möglich<sup>10</sup>. Die jeweils aktuellen Förderregionen können der Website [Arzt-sein-in-Nordrhein.de](http://Arzt-sein-in-Nordrhein.de) entnommen werden.

In diesen Fördergebieten können Investitionskostenzuschüsse beantragt werden. Damit sollen vorrangig Praxisübernahmen und Neugründungen im hausärztlichen Bereich, aber auch die Anstellung von Allgemeinmedizinern gefördert werden. Die

---

<sup>10</sup> Stand 01.01.2021

Höchstfördersumme beträgt bei einer rechnerisch vollen Zulassung 70.000 Euro. Die Eröffnung von Zweigpraxen wird in besonders begründeten Einzelfällen mit maximal 10.000 Euro bezuschusst. Praxishospitationen werden ebenfalls unterstützt. Darüber hinaus existieren kumulativ auch weitere Fördermaßnahmen außerhalb festgelegter Fördergebiete, wie beispielsweise die Förderung der Famulatur und des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin.

Nach der erfolgreichen Einführung des Strukturfonds hat sich dieser positiv weiterentwickelt. Insgesamt wurden seit dem 4. Quartal 2018 bis einschließlich des 4. Quartals 2020 220 Förderungen in Nordrhein gewährt. Die Schwerpunkte lagen dabei in der Förderung der Kreise Kleve, Rhein-Sieg-Kreis, Heinsberg, Viersen und des Rhein-Kreis-Neuss.

Zuletzt wurden im Kalenderjahr 2020 43 Investitionskostenzuschüsse, 28 Qualifizierungsjahre, 16 Quereinstiege, 10 Praxishospitationen, 34 Famulaturen und die Förderung des Betriebs der Terminservicestelle gem. § 105 Abs. 1 a S.3 Nr.7 SGB V genehmigt.

Die Ergebnisse der bisherigen Förderungen von hausärztlichen Niederlassungen zeigen, dass es zu einer sichtbaren Verbesserung der Versorgung in den Fördergebieten gekommen ist.

Es wurden seit Einführung des Strukturfonds bis einschließlich zum 31.01.2021 89 Investitionskostenzuschüsse in 30 Regionen gewährt, von denen 52 Prozent Neuniederlassungen, 43 Prozent Anstellungen und 5 Prozent Praxisübernahmen waren.

Seit 2018 kann ein Zuwachs von 14,5 Sitzen als Summe über alle Fördergebiete verzeichnet werden. Zudem ist der Versorgungsgrad trotz geänderter (abgesenkter) Verhältniszahlen in 14 Fördergebieten gestiegen. Weiter ist der Altersdurchschnitt in 10 Fördergebieten gesunken oder stabil geblieben.

Auch konnten durch die Förderung des Quereinstieges in die Allgemeinmedizin seit Februar 2019 bereits kurzfristig Hausärzte für die Versorgung gewonnen werden.

Von den bisher 48 genehmigten Qualifizierungsjahren für Allgemeininternisten wurden 22 Förderungen bereits beendet. 15 dieser Ärzte haben sich zwischenzeitlich hausärztlich niedergelassen bzw. wurden vertragsärztlich angestellt.

Von den bisher 17 geförderten Praxishospitationen haben sich 7 Hospitanten anschließend für eine vertragsärztliche Tätigkeit entschieden (davon 3 Zulassungen und 4 Anstellungen).

Die Fördermaßnahme der Famulatur, die seit Oktober 2019 beantragt werden kann, wurde im letzten Jahr durch die Studierenden vermehrt in Anspruch genommen,

sodass bisher 38 Förderungen genehmigt werden konnten. Davon handelte es sich bei 30 Famulaturen um Famulaturen in einer Hausarztpraxis und bei 8 Famulaturen um Praxen der grundversorgenden Fachärzte.

Auch haben sich bereits 3 Teilnehmer der „Landpartie“, die in Rees im Kreis Kleve im April 2019 stattfand, jeweils im Rahmen einer Gewährung eines Investitionskostenzuschusses zwischenzeitlich niedergelassen.

Somit bestätigt sich, dass die Förderung aus dem Strukturfonds eindeutig zu einer Verbesserung der Versorgung beiträgt.

### **3. Bedarfsplanung**

Die Bedarfsplanung basiert auf der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL), die vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 20. Dezember 2012 verabschiedet worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

#### **3.1. Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung**

##### **3.1.1. Die vier Versorgungsebenen**

###### **3.1.1.1. Hausärztliche Versorgung**

Die hausärztliche Versorgung wird entsprechend des 3. Abschnitts der Bedarfsplanungs-Richtlinie geplant. Der Arztgruppe der Hausärzte gehören Ärzte gemäß § 101 Abs. 5 SGB V an (§ 11 Abs. 2 BPL-RL). Entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird bei den Berechnungen ein Morbiditätsfaktor berücksichtigt, um die Häufigkeit von Erkrankungen und der aktuellen Altersstruktur innerhalb eines Planungsbereichs Rechnung zu tragen.

###### **3.1.1.2. Allgemeine fachärztliche Versorgung**

Die allgemeine fachärztliche Versorgung wird entsprechend des 4. Abschnitts der Bedarfsplanungs-Richtlinie geplant. Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Urologen sowie Kinder- und Jugendärzte (§ 12 Abs. 1 BPL-RL). Der Morbiditätsfaktor wird bei den Berechnungen entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt.

###### **3.1.1.3. Spezialisierte fachärztliche Versorgung**

Die spezialisierte fachärztliche Versorgung richtet sich nach dem 4. Abschnitt der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind Anästhesisten, Fachinternisten (fachärztlich tätig), Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen (§ 13 Abs. 1 BPL-RL). Die Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie werden ohne Abweichungen angewandt. Der Morbiditätsfaktor wird berücksichtigt.

#### **3.1.1.4. Gesonderte fachärztliche Versorgung**

Die gesonderte fachärztliche Versorgung wird entsprechend des 4. Abschnitts der Bedarfsplanungs-Richtlinie geplant. Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner (§ 14 Abs. 1 BPL-RL). Die Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie werden ohne Abweichungen angewandt. Der Morbiditätsfaktor wird berücksichtigt.

#### **3.1.2. Feststellung einer Überschreitung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads um 40 Prozent nach § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V**

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der KV Nordrhein trifft eine Feststellung, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist (§ 103 Abs. 1 S. 3 SGB V).

In den nach § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V ausgewiesenen Planungsbereichen sollen die Zulassungsausschüsse Anträge auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen (§ 103 Abs. 3a SGB V). Besteht jedoch nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in einem anderen Gebiet des Planungsbereiches ein Versorgungsbedarf aufgrund einer zu geringen Ärztedichte, kann sich der Nachfolger verpflichten, die Praxis in dieses Gebiet zu verlegen und die Praxis dort nachzubesetzen (§ 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V).

### **3.2. Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019**

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie ist als dynamisches Instrument zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung häufigen Veränderungen unterworfen, um für Veränderungen in der Versorgungslandschaft angemessen handhabbar zu sein. Mit Beschluss vom 16.05.2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Änderungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen, die die Bedarfsplanung in vielen Bereichen reformiert hat.

#### **3.2.1. Demografiefaktor wurde durch Morbiditätsfaktor ersetzt (§ 9 BPL-RL)**

Durch den Morbiditätsfaktor, der Altersgruppen und Geschlecht der Wohnbevölkerung einbezieht, wird nunmehr die Frage der Morbidität der Bevölkerung in der Bedarfsplanung adäquater berücksichtigt. Die Basis-Verhältniszahlen werden anhand der Leistungsbedarfsfaktoren angepasst, die den Behandlungsaufwand der 8 Alters- und Geschlechtsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegeln und die Abweichung der aktuellen Alters- und Geschlechtsstruktur vom Bundesdurchschnitt am Stichtag entsprechend gewichten. Die Gewichtung erfolgt danach, in welchem

Umfang je Klasse medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden. Diese Gewichtung fließt in die Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) ein.

Die Allgemeinen Verhältniszahlen werden durch die Vorgabe regionaler Verteilungsfaktoren je Planungsbereich modifiziert. Ein Abweichen der aktuellen regionalen Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt löst arztgruppen- und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl mit Hilfe von Leistungsbedarfsfaktoren aus. Diese spiegeln den Behandlungsaufwand innerhalb der Morbiditätsgruppen wider (Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren). Die regionale Abweichung vom Bundesdurchschnitt wird entsprechend gewichtet.

### **3.2.2. Verhältniszahlen wurden angepasst (§§ 11 bis 14 BPL-RL)**

Für die meisten Arztgruppen der Bedarfsplanung wurden die Allgemeinen Verhältniszahlen herabgesetzt. Dadurch soll dem gestiegenen Leistungsbedarf auch innerhalb der angenommenen Sollzahlen der Versorgung Rechnung getragen werden. Die abgesenkten Verhältniszahlen sind eine der Hauptursachen für die Vielzahl neuer Niederlassungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Bedarfsplanungsarztgruppen im Jahr 2020.

### **3.2.3. Quotenregelungen wurden ausgeweitet (§§ 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V; 12,13 BPL-RL)**

Im Rahmen der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019 wurden sowohl für einige Subspezialisierungen der Fachinternisten als auch für die Nervenärzte Quotenregelungen eingeführt.

Innerhalb der fachinternistischen Zulassungspraxis kam es in der Vergangenheit zu Häufungen einzelner Subspezialisierungen zulasten anderer, insbesondere von Rheumatologen. Durch die Einführung von Mindest- und Maximalquoten soll eine gleichmäßigere Verteilung der Subspezialisierungen sichergestellt werden.

In der Arztgruppe der Fachinternisten legte der G-BA für Rheumatologen eine Mindestquote von 8 Prozent fest, eine Erhöhung auf 10 Prozent soll nach 5 Jahren geprüft werden.

Die für ausgewählte Fachinternisten festgelegten Maximalquoten sollen bei Zulassung und Nachbesetzung nicht überschritten werden. Für die Arztgruppe der Kardiologen liegt dieser Anteil bei 33 Prozent, für Gastroenterologen bei 19 Prozent, für Pneumologen bei 18 Prozent und für Nephrologen bei 25 Prozent. Der Richtliniengeber fordert, dass bei Zulassung und Nachbesetzung ein Versorgungsanteil in Höhe des jeweiligen Prozentsatzes der regionalen Verhältniszahl nicht überschritten wird. Daher können ab dem Erreichen der Maximalquoten Ärzte des jeweiligen Schwerpunktes in einem bestimmten Planungsbereich nicht mehr zugelassen werden.

Die Nachbesetzung innerhalb eines abgebenden Schwerpunktes bleibt hiervon unberührt, wenn eine der Ausnahmekonstellationen des § 13 Abs. 6 BPL-RL greift.

Zum 30.06.2019 wurden ebenfalls Quoten für Nervenärzte eingeführt (§ 12 Abs. 5 BPL-RL).

Aufgrund zunehmender Spezialisierungen unter den neu hinzukommenden Ärzten, die in der Regel entweder nur der Neurologie oder Psychiatrie zuzuordnen sind, besteht die Gefahr, dass eine Verteilung dieser Ärzte in der Fläche nicht gleichmäßig erfolgt. Angestrebt wird ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Psychiatern und Neurologen. Ist das zahlenmäßige Verhältnis in einem Planungsbereich nicht ausgewogen (d. h. 50 : 50), entstehen ggf. zusätzlich zu besetzende Quotensitze.

Darüber hinaus wurde eine Mindestquote von 25 % für Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie eingeführt, um die Versorgung in Fällen, in denen eine medizinische Betreuung in beiden Disziplinen gleichzeitig erforderlich ist, aus einer Hand gewähren zu können (§ 12 Abs. 5 BPL-RL).

#### **4. Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Von den Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in den unten dargelegten Fällen gem. § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 2 BPL-RL abgewichen.

§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V erlaubt Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Näheres hierzu regelt § 2 BPL-RL. Danach können regionale Besonderheiten insbesondere sein:

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten) sowie
5. infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

Die in § 2 BPL-RL normierten Tatbestände sind nur beispielhaft und nicht abschließend aufgeführt.

#### **4.1. Planungsbereich Stadt Leverkusen**

Nach § 12 Abs. 4 BPL-RL wird hinsichtlich der Verhältniszahlen für die allgemeine fachärztliche Versorgung auf 6 Kreistypen abgestellt. Die Typisierung der Kreise orientiert sich dabei am Konzept der Großstadtreionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Das Konzept der Großstadtreionen des BBSR beschreibt die Verflechtung zwischen Kern- und Umland und trägt insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland Rechnung (Anlage 6 BPL-RL).

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgenommene Zuordnung der Kreise und kreisfreien Städte zu den unterschiedlichen Kreistypen ist grundsätzlich verbindlich und wird nicht in Frage gestellt. Die Zuordnung erfolgt dabei nach der Methodik des BBSR auf der Grundlage von Pendlerbewegungen von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen Wohn- und Arbeitsort. Diese sind nicht zwangsläufig deckungsgleich mit den tatsächlichen Mitversorgungseffekten bezogen auf die ambulante ärztliche Versorgung, da bei einer Betrachtung der Pendlerbewegung alle nicht berufstätigen Einwohnergruppen, wie z. B. Kinder und Pensionierte, unberücksichtigt bleiben und da die Annahme, dass der Weg zwischen Wohn- und Arbeitsort dem Weg zwischen Wohn- und Arztpraxisstandort zwangsläufig entspricht, zumindest im vorliegenden Fall des Planungsbereichs Stadt Leverkusen nicht zutrifft. Die Betrachtung beruflicher Pendlerbewegungen liefert vor diesem Hintergrund bei der Darstellung der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland explizit im Fall des Planungsbereichs Stadt Leverkusen eine abweichende Darstellung zur tatsächlichen Patientenbewegung und führt im Fall Leverkusen zu unzutreffenden Ergebnissen.

Mit Beschluss des G-BA vom 20.12.2012 wurde der Planungsbereich Stadt Leverkusen für die allgemeine fachärztliche Versorgungsebene gemäß der Anlage 3.2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie dem Kreistyp 2 zugeordnet und die vorherige Zuordnung zum Kreistyp 1 aufgegeben.

Die neue Zuordnung zum Kreistyp 2 suggerierte aufgrund der ausgewiesenen rechnerischen Versorgungsgrade im Planungsbereich Leverkusen eine hohe Überversorgung im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Auslastung der Arztpraxen bestätigte dies jedoch nicht – die Versorgungssituation war angemessen und nicht überdimensioniert, wie es aufgrund der neuen Versorgungsgrade schien.

Aus diesem Grund soll der Planungsbereich Leverkusen für die allgemeine fachärztliche Versorgung in Abweichung zu der Anlage 3.2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterhin dem Kreistypen 1 zugeordnet werden, um den Besonderheiten des Planungsbereichs sowie einer Verschlechterung der Versorgungssituation entgegen zu wirken.

Vor dem Hintergrund, dass „die Differenzierung der Kreistypen 1-4 nach dem Grad der Mitversorgung erfolgen soll“ (Tragende Gründe zu § 12 BPL-RL des Beschlusses vom 20.12.2012) bzw. „insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland Rechnung getragen wird“ (Anlage 6 Satz 7 BPL-RL) erschien eine Messung der Mitversorgungsleistung der Stadt Leverkusen in der Einheit der Mitversorgungsrelation sachgerecht.

Um dies zu betrachten, wurden Daten zur Mitversorgungsleistung vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) herangezogen, welche auf der Grundlage von Arzt-Patienten-Kontakten erstellt wurden. Sie bilden die ärztliche Versorgungsleistung in Planungsbereichen ab und setzen diese mit den Patientenbewegungen zwischen Wohn- und Arztpraxisstandort in Relation. Die Berechnung der Mitversorgungsrelation wurde seitens des ZI durch die vom ZI entwickelte Formel zur Berechnung der Mitversorgungsrelation (nach Czihal) vorgenommen. Die Zahlen zur Mitversorgungsrelation der Stadt Leverkusen weisen darauf hin, dass die Mitversorgungseffekte im Fall der Stadt Leverkusen für das Umland eher denen des Kreistyps 1 entsprechen als denen des Kreistyps 2, dem Leverkusen gemäß BPL-RL zugeordnet ist.

Diese genaue Betrachtung hat ergeben, dass die Zuordnung zu Kreistyp 1 für den Planungsbereich Leverkusen nach wie vor zutreffend ist.

Da die Kreistypeneinteilung nach den Grundsätzen und der Systematik der BPL-RL im Hinblick auf die Mitversorgungseffekte speziell für den Planungsbereich Stadt Leverkusen die Bedarfssituation erkennbar nicht ausreichend abbildet, ist dies als regionale Besonderheit im Sinne des § 2 BPL-RL zu betrachten.

Die Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist für die bedarfsgerechte Versorgung auch erforderlich (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Denn die Zuordnung des Planungsbereichs Stadt Leverkusen zum Kreistyp 1 führt zu einer mittelbaren Verbesserung der Versorgungssituation, indem die Verhältniszahlen abgesenkt werden und dadurch ein geringerer Versorgungsgrad resultiert. Blicke man hingegen bei der Zuordnung zum Kreistyp 2, würde dies unweigerlich mit einer Verschlechterung der Versorgung im Planungsbereich einhergehen, da die Planungsbereiche aufgrund der höheren Versorgungsgrade für Niederlassungen gesperrt wären. Dementsprechend werden für die Berechnungen der Versorgungsgrade die entsprechenden Verhältniszahlen des Kreistyps 1 zugrunde gelegt. Dies entspricht einer Anpassung an die Entwicklung, wie sie in § 99 Absatz 1 Satz 1 SGB V vorgeschrieben wird.

Die dargestellten Besonderheiten gelten ausschließlich für die Stadt Leverkusen und sind nicht auf andere Planungsbereiche übertragbar.

## **4.2. Planungsbereiche Stadt Aachen und Kreis Aachen**

Gemäß der Anlage 6 der Bedarfsplanungs-Richtlinie kann die Typisierung der Kreise nach § 12 BPL-RL und Anlage 3.2 alle fünf Jahre, erstmalig seit dem 01.01.2018, auf Basis aktuellerer Daten des BBSR angepasst werden. Bereits mit Wirkung zum 21.10.2009 wurde aufgrund des Gesetzes zur Bildung der Städteregion Aachen (Aachen-Gesetz) die Städteregion Aachen gegründet. Die Städteregion Aachen ist Rechtsnachfolgerin des Kreises Aachen und hat die Rechtsstellung eines Kreises, während die Stadt Aachen die Rechtsstellung einer kreisfreien Stadt hat. Sie ist aber gleichzeitig auch „regionsangehörig“ und hat demnach eine rechtliche Sonderstellung, die ihr nach dem Gesetz eingeschränkt die Rechte einer kreisfreien Stadt zugesteht. Durch öffentlich-rechtliche Vereinbarungen wurden eine Vielzahl von Aufgabenfeldern von der Stadt Aachen auf die Städteregion Aachen übertragen. Es hat aber keine Fusion der Stadt Aachen mit dem ehemaligen Kreis Aachen gegeben. Sinn und Zweck des Gesetzes war es, Synergieeffekte zu erzielen und die Verwaltungsarbeit zu reduzieren.

Nach § 6 des Aachen-Gesetzes kann diese Aufgabenübertragung nur durch Gesetz oder durch weitere öffentlich-rechtliche Vereinbarungen geändert werden. Dies und der systematische Kontext sprechen für den gesetzgeberischen Willen, dass die Kreisfreiheit der Stadt Aachen nur in den Bereichen eingeschränkt werden sollte, die im Rahmen des Gesetzes auf die Städteregion übertragen wurden und es ansonsten bei der Rechtsstellung einer kreisfreien Stadt verbleibt.

Die Stadt Aachen und der Kreis Aachen waren entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie jedoch weiterhin eigenständige Planungsbereiche auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Stadt Aachen war dem Kreistyp 1 zugeordnet, der Kreis Aachen dem Kreistyp 2.

Seit dem 01.01.2018 sieht die Bedarfsplanungs-Richtlinie in Anlehnung an die Systematik des BBSR vor, die Städteregion Aachen als einen einzigen Planungsbereich zu betrachten und dem Kreistyp 2 zuzuordnen.

Die Zusammenlegung der Planungsbereiche Stadt Aachen und Kreis Aachen ist jedoch nicht sachgerecht. Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist es erforderlich, diese weiterhin separat zu beplanen, um eine Konzentration von Vertragsärzten und Psychotherapeuten durch Vertragsarztsitzverlegungen in die Stadt Aachen zu vermeiden und die Versorgung im Kreis Aachen ebenfalls auf einem konstanten Niveau zu halten. Dies wurde erstmals im Bedarfsplan mit Wirkung zum 01.01.2018 festgelegt.

Regionale Besonderheiten, die für eine Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie gem. § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V und eine separate Beplanung der Stadt und des Kreises Aachen sprechen, sind unter anderem die regionale Demografie sowohl in der Stadt Aachen als auch im Kreis Aachen. Der Anteil der Einwohner im Kreis Aachen, die 65 Jahre und älter sind, ist höher als in der Stadt Aachen, woraus ein höherer Versorgungsbedarf im Kreis Aachen resultiert. Durch die separate Beplanung wird vermieden, dass sich Niederlassungen von Vertragsärzten und Psychotherapeuten in der Stadt Aachen konzentrieren und die flächendeckende allgemeine fachärztliche Versorgung im Kreis Aachen sichergestellt wird.

Aufgrund der geografischen Lage des Kreises Aachen, mit seinen Grenzen zu Belgien und den Niederlanden sowie der Nähe zu den Kreisen Heinsberg, Düren und Euskirchen, bestehen Mitversorgungseffekte aus dem Umland lediglich in geringem Maße. In den umliegenden Kreisen befinden sich keine Großstädte – aus der Zuordnung des BBSR der Kreise Heinsberg, Düren und Euskirchen zu den Kreistypen 3 bzw. 4 ergibt sich für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eine höhere Verhältniszahl als im Kreis Aachen, was bei gleichem Versorgungsgrad zu weniger Ärzten oder Psychotherapeuten pro Einwohner als im Kreis Aachen führt.

Bei der Betrachtung der infrastrukturellen Faktoren ist insbesondere die Verkehrsanbindung des Kreises Aachen an die Stadt Aachen von Bedeutung. Während der nördliche Teil des Kreises Aachen durch die Autobahnen A 44 und A 4 mit der Stadt Aachen verbunden ist, befinden sich im südlichen Teil des Kreises Aachen keine Autobahnen, die zur Stadt Aachen oder an das Umland anbinden. Vor diesem Hintergrund ist eine flächendeckende Verteilung von Ärzten und Psychotherapeuten im Kreis Aachen wichtig.

Die bereits in der Vergangenheit angewendeten Planungsbereichszuschnitte „Stadt Aachen“ und „Kreis Aachen“ ermöglichen eine differenziertere Planung. Die Aufteilung trägt zudem dazu bei, die flächendeckende allgemeine fachärztliche Versorgung in den ländlichen Regionen der Städtereion Aachen dauerhaft sicherzustellen.

Die Wirkung der oben beschriebenen Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Form der Beibehaltung der Planungsbereiche „Kreis Aachen“ und „Stadt Aachen“ besteht bereits seit der Anpassung der Typisierung der Kreise in der Anlage 3.2 BPL-RL zum 01.01.2018.

### **4.3. Psychotherapeuten Kreis Wesel**

Mit Beschluss vom 17.11.2017 hat der G-BA u. a. einen neuen Kreistyp 6 (polyzentrischer Verflechtungsraum) definiert und hierfür auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eine neue allgemeine Verhältniszahl für die Bedarfsplanungsarztgruppe der Psychotherapeuten festgelegt. Eingestuft sind hier die bisher der Sonderregion Ruhrgebiet zugeordneten kreisfreien Städte und Kreise.

Durch die Umsetzung des G-BA-Beschlusses vom 17.11.2017 sind im nordrheinischen Teil des Ruhrgebietes 49,5 Niederlassungsmöglichkeiten (bis zur Sperrgrenze) für Psychotherapeuten entstanden, davon alleine 20,5 im Kreis Wesel, der entgegen der anderen Planungsbereiche im nordrheinischen Teil des Ruhrgebiets ein Flächenkreis ist. Da der Kreis Wesel im Gegensatz zu anderen Planungsbereichen des Ruhrgebiets ein Flächenkreis ist, war zu erwarten, dass sich niederlassungswillige Psychotherapeuten überwiegend in den Städten des Kreises Wesel niederlassen würden, die ohnehin schon gut versorgt waren. Um eine gezielte und ausgewogene Verteilung der neuen Sitze innerhalb des Kreises Wesel zu erzielen, wurde im Kreis Wesel eine kleinräumigere Planung auf der Grundlage von vier zusammengefassten Regionen etabliert.

Die Regionen setzen sich wie folgt zusammen:

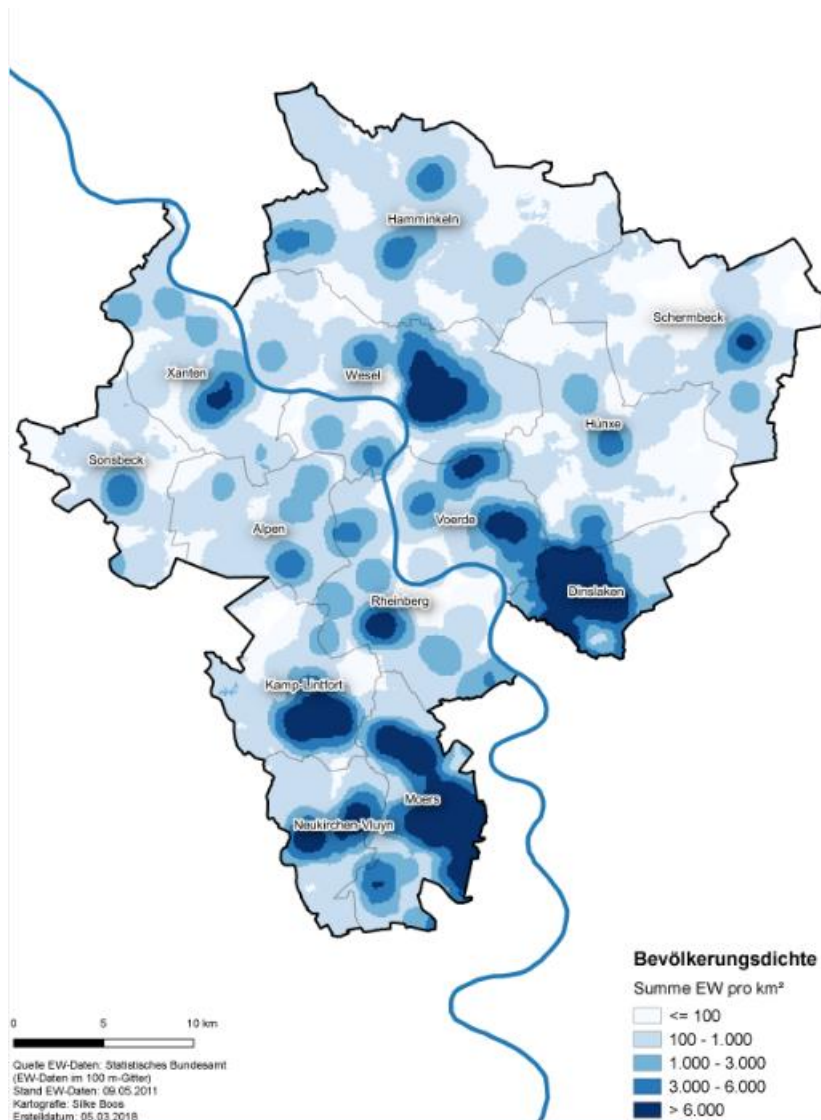
<b>Planungsbereich</b>	<b>Kommunen im Planungsbereich</b>
Wesel, Kreis – Region Dinslaken	Dinslaken, Stadt Hünxe
Wesel, Kreis – Region Moers	Kamp-Lintfort, Stadt Moers, Stadt Neukirchen-Vluyn, Stadt
Wesel, Kreis – Region Rheinberg	Alpen Rheinberg, Stadt Sonsbeck Xanten, Stadt
Wesel, Kreis – Region Wesel	Hamminkeln, Stadt Schermbbeck Voerde, Stadt Wesel, Stadt

Eine Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist grundsätzlich gem. § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V möglich, soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist.

Der Kreis Wesel weist die regionale Besonderheit auf, dass er – obwohl er zum polyzentrischen Verflechtungsraum zählt – ein großer Flächenkreis mit einer Randlage ist. Ferner grenzt der Kreis Wesel im Westen an den Kreis Kleve, von dem aufgrund der Zuordnung zum Kreistyp 5 keine Mitversorgung zu erwarten ist. Mit dem Ziel, eine ausgewogene Verteilung von Psychotherapeuten innerhalb des Kreises Wesel sicherzustellen und Niederlassungen zu steuern, erfolgt seit dem Stichtag 01.01.2018 die Bepanung des Kreises Wesel erfolgreich innerhalb der kleinräumigeren Regionen.

Die nachfolgende Karte veranschaulicht die Bevölkerungsdichte im Kreis Wesel. Es wird ersichtlich, dass diese insbesondere in den Städten Dinslaken, Moers, Wesel und Kamp-Lintfort hoch ist. Die Städte Rheinberg und Voerde weisen ebenfalls eine erhöhte Bevölkerungsdichte auf und profitieren insofern davon, dass in den Regionen

Rheinberg und Wesel durch die kleinräumigere Planung Niederlassungsmöglichkeiten entstanden sind.



Während eine Niederlassung in der Region Dinslaken aufgrund der bereits guten Versorgung nicht möglich war (Versorgungsgrad von 118,3 %), profitierten die Regionen Moers, Rheinberg sowie Wesel aufgrund der 20,5 neu entstandenen Niederlassungsmöglichkeiten. Die psychotherapeutische Versorgung in diesen Regionen hat sich durch die vollständige Vergabe der neu entstandenen Sitze erheblich verbessert. So betrug beispielsweise der Versorgungsgrad in der Region Wesel zum Beginn dieser Änderung noch 70,8 % (Stichtag 01.01.2018), zum Stichtag 01.07.2020 verbesserte er sich auf 99,01 %.

#### 4.4. Allgemeine fachärztliche Versorgung im Rheinisch-Bergischen Kreis

Durch Beschluss des G-BA vom 16.01.2025, in Kraft getreten am 09.04.2025, wurden die Zuordnung der Kreise und kreisfreien Städte zu den sechs Kreistypen nach § 12

Abs. 4 BPL-RL in der Anlage 3.2 zur BPL—RL neu festgesetzt. Die Neufestlegung erfolgte auf Grundlage der Bestimmung der Kreistypen nach Anlage 6 zur BPL-RL. Nach dieser Neufestsetzung ändert sich die Zuordnung des Rheinisch-Bergischen Kreises. Dieser wurde bislang – zuletzt durch Beschluss des G-BA vom 16.05.2019 – dem Kreistyp 2 zugeordnet, während der Beschluss des G-BA vom 16.01.2025 dem Rheinisch-Bergischen Kreis nunmehr den Kreistyp 3 zuweist. In der Anlage 3.2 wurde zugleich markiert, dass die Bestimmung des Kreistyps im Rheinisch-Bergischen Kreis mit hoher Sensitivität auf siedlungsstrukturelle und/oder demografische Veränderungen reagiert.

Die Zuweisung des Kreistyps 3 erfolgt aufgrund der Einwohnermajorität. Allerdings streuen die Einwohneranteile um 2 Prozentpunkte um 50 Prozent. Dies hat zur Folge, dass schon leichte siedlungsstrukturelle und/oder demografische Veränderungen zu einer Änderung des Kreistyps führen können. Solche Änderungen haben aber regelmäßig keine Auswirkungen auf die tatsächliche Versorgung und Mitversorgung der Patientinnen und Patienten im jeweiligen Kreis. Zudem besteht die Gefahr, dass es bei jeder Neufestlegung der Kreistypen erneut zu einem Wechsel des Kreistyps kommen kann („floatende Kreise“). Aus diesem Grund sind nach Ziff. 2.4 der Tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA die Landesausschüsse angehalten, die Neutypisierung vorrangig im Rahmen einer Prüfung nach § 2 mit Blick auf eine bedarfsgerechte Versorgung zu überprüfen und zu bewerten.

Die Zuweisung des Kreistyps 3 für den Rheinisch-Bergischen Kreis hat zu Folge, dass durch eine Erhöhung der allgemeinen Verhältniszahl auch die Versorgungsgrade der allgemeinen fachärztlichen Versorgung deutlich ansteigen würden – häufig auf einen Versorgungsgrad von über 140 %. Die tatsächliche Inanspruchnahme der allgemeinversorgenden Fachärzte spiegelt ein solch deutliches Maß an Überversorgung hingegen nicht wider. Sie zeigt vielmehr, dass die aktuelle Zuordnung des Rheinisch-Bergischen Kreises zum Kreistyp 2 die tatsächliche Inanspruchnahme der allgemeinversorgenden Fachärzte realitätsnah widerspiegelt. Zudem besteht die Gefahr, dass es bei einer Neufestlegung der Kreistypen wieder zu einer veränderten Zuordnung des Kreistyps kommt. Hierdurch würde auch das Ziel eines stabilen Planungshorizonts (Ziff. 2.4 der Tragenden Gründe) nicht erreicht.

Aus diesem Grund ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in seiner Sitzung am 10.04.2025 übereingekommen, den Rheinisch-Bergischen Kreis durch diese Festlegung im Bedarfsplan und abweichend von dem Beschluss des G-BA vom 16.01.2025 weiterhin dem Kreistyp 2 zuzuordnen. Hierdurch soll ein stabiler Planungshorizont gewährleistet und die tatsächliche Versorgung zutreffend abgebildet werden. Schon vor der bundesweiten Standardprüfung soll ggf. eine Sonderprüfung zu den Kreistypen veranlasst werden, um zu beurteilen, ob die Abweichung noch erforderlich ist. Die Prüfung soll nicht vor Ablauf von zwei Jahren erfolgen.

## **5. Planungsblätter**

Die Planungsblätter sind als Anlagen 1 und 2.2 beigefügt. Hierzu wird angemerkt:

Zweimal jährlich werden die Planungsblätter nach Anlage 2.2 aktualisiert und veröffentlicht. Dabei wird jeweils auf den letzten amtlichen Stand der Bevölkerungszahlen Bezug genommen (§ 17 BPL-RL). Das statistische Landesamt Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) gibt die Einwohnerzahlen mit Stand vom 30.06. und 31.12. eines Jahres bekannt. Der Anteil der weiblichen Bevölkerung, der maßgeblich für die Bedarfsplanung der Frauenärzte ist, kann ebenfalls aus diesen Statistiken entnommen werden. Die Einwohnerzahlen der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre für die Berechnung der Versorgungsgrade der Kinder- und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater werden hingegen nur einmal jährlich mit Bezug auf den Bevölkerungsstand zum 31.12. ausgewiesen.

## **6. Inkrafttreten**

Dieser Bedarfsplan tritt mit der Nichtbeanstandung durch die zuständige Aufsichtsbehörde, welche am 21.01.2026 erfolgt ist, rückwirkend zum 01.07.2025 in Kraft. Nach der Nichtbeanstandung durch die zuständige Aufsichtsbehörde ist er umgehend in den amtlichen Bekanntmachungen zu veröffentlichen und online von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung zu stellen.