

Bedarfsplan

zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein

**nach § 99 SGB V nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie
(BP-RL) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012
zuletzt geändert am 15. Dezember 2016**

**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 07.09.2017 hergestellt.

1) 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. Das SGB V sieht darüber hinaus vor, Leistungen im spezialfachärztlichen Bereich (nach § 116 b SGB V) bei der Ermittlung des Versorgungsgrads mit zu berücksichtigen. Da dieser Punkt bislang noch nicht in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BP-RL) geregelt ist, sind hierfür zu einem späteren Zeitpunkt Regelungen zu treffen. Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geregelt von den bundesweiten Vorgaben zur Bedarfsplanung wenn nötig abzuweichen, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

Die Bedarfsplanung ist ein Instrument um ein bedarfsgerechtes medizinisches Angebot für Patientinnen und Patienten bereit zu stellen. Arztstühle 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 vorausschauendes 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 zum Abbau von Überversorgung an die Hand gegeben. Wenn die Zulassungsausschüsse darüber entscheiden, ob ein Praxissitz, der aufgegeben wird, erneut auszuschreiben ist, ist darum auch der Versorgungsgrad in der entsprechenden Region eines 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 hat man für das Ruhrgebiet abweichende Regelungen im Gegensatz 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 sich vorgenommen die Versorgungssituation dieser Region innerhalb der nächsten fünf Jahre zu prüfen. Sollte er keine weiteren Entscheidungen treffen, entfallen nach Ende 2017 die derzeit gültigen speziellen Vorgaben. In einem solchen Fall wäre damit zu rechnen, dass ein Sogeffekt entstehen könnte, mit einer Ärzteverlagerung weg vom ländlichen Raum in dieses Ballungszentrum. Die Akteure der Bedarfsplanung sind daher gefordert, die Überprüfung der Versorgungssituation aktiv zu begleiten. Ziel muss es sein, die Bedarfsplanung so zu regeln, dass eine gleichmäßige und bedarfsgerechte Versorgung in ganz Nordrhein – unter Beachtung der Besonderheiten des Ruhrgebietes – sichergestellt wird.

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

a. Ärztliche Versorgung insgesamt

In Nordrhein leben rund 9,5 Millionen Menschen¹. Davon sind fast ca. 8,1 Millionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert². Ihre ambulante Versorgung wird von rund 19.500 Vertragsärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ermächtigten Krankenhausärzten - dies entspricht 17.194,51 Vollzeitäquivalenten - sichergestellt³. Dabei schwankte in 2015 der Anteil an Hausärzten je 100.000 Einwohnern zwischen 45,9 im Mittelbereich Kaarst und 89,7 im Mittelbereich Bad Honnef⁴.

Ein entscheidendes Kriterium für die Beurteilung der Versorgungssituation ist die Altersstruktur der Ärzteschaft. Im Jahr 2015 waren fast 24 % der niedergelassenen Vertragsärzte über 60 Jahre alt⁵. 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.

Jährlich werden rund 68,6 Millionen Behandlungsfälle im ambulanten Bereich abgerechnet⁶.

Daneben erbringen 57 Psychiatrische Institutsambulanzen, 29 Sozialpädiatrische Zentren⁷, 14 Kinderspezialambulanzen und 10 Hochschulambulanzen Leistungen im ambulanten Bereich⁸. Ambulante Operationen nach § 115b SGB V werden von 150 Krankenhäusern erbracht⁹. Die Dialyseversorgung wird von insgesamt 105 Einrichtungen durchgeführt. Hierbei handelt es sich um 76 ambulante Einrichtungen und 29 teilstationäre Institutionen¹⁰.

Die nordrheinische stationäre Versorgung wird durch 187 Krankenhäuser gewährleistet¹¹. Jährlich werden hier rund 2,3 Millionen Behandlungsfälle versorgt¹². Die aktuelle Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen zielt darauf ab landesweit mehrere tausend Krankenhausbetten abzubauen. Nach den derzeitigen Plänen wären insbesondere die Bereiche der Geburtshilfe und der Chirurgie vom Abbau betroffen. In den Bereichen der geriatrischen, neurologischen und psychischen Versorgung sollen hingegen Kapazitäten aufgebaut werden.

¹ Landesdatenbank NRW – Tabelle 12410-31iz – 12/2014

² Amtl. Statistik KM 6 – 07/2015

³ Anlagen 2.2 zum Stand der Bedarfsplanung – 07/2015

⁴ Anlagen 2.2 zum Stand der Bedarfsplanung – 07/2015

⁵ KV Nordrhein – 07/2015

⁶ KV Nordrhein – 12/2015

⁷ KV Nordrhein – 09/2014

⁸ vdek – 12/2015

⁹ Anlage 2.3 zum Stand der Bedarfsplanung – 07/2015

¹⁰ KV Nordrhein – 12/2015

¹¹ Anlage 2.3 zum Stand der Bedarfsplanung – 07/2015

¹² IT-NRW

b. Demografie

Die amtlichen Vorausberechnungen zur Bevölkerungsentwicklung prognostizieren bis zum Jahr 2030 einen Bevölkerungsrückgang um 1,3 % für Nordrhein. Hiervon sind die einzelnen Regionen sehr unterschiedlich betroffen. Für das Ruhrgebiet geht man von einem Bevölkerungsrückgang um 7 % aus. Die stärksten Ausreißer sind Remscheid (-16 %) und der Oberbergischer Kreis (-12 %). Mit einem erheblichen Bevölkerungszuwachs wird in den kreisfreien Städte Köln (+10 %) und Bonn (+11 %) gerechnet. Keine Veränderung bzw. ein Zuwachs von max. 1 % wird in den folgenden Regionen erwartet: Rhein-Sieg-Kreis, Leverkusen, Aachen, Rhein-Kreis Neuss und Kleve.

Neben dem zu erwartenden Bevölkerungsrückgang ist eine Verschiebung der Altersverteilung der Bevölkerung wahrscheinlich. Diese Herausforderungen sind zu bedenken, wenn es darum geht über regionale Abweichungen zur Bedarfsplanungs-Richtlinie zu entscheiden.

c. 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 Bereiche mitversorgen. Eine weitere wichtige Region stellt das Ruhrgebiet 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 stark besiedelte und ländlichere Regionen.

d. Barrierefreiheit in Praxen

„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 BP-RL).

In Nordrhein befindet sich die Umsetzung des § 4 Absatz 1 Satz 3 BP-RL auf einem guten Weg. Nach einer Befragung von mehr als 13.000 Arztpraxen in Nordrhein hat sich ergeben, dass sich die Zahl der barrierearmen Praxen von 2.300 im Jahr 2010 auf mindestens 6.200 im Jahr 2015 erhöht hat. 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 5 Jahren erfolgreich vorangeschritten und soll auch in Zukunft weiter verfolgt werden.

3) Bedarfsplanung

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

a. Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und Ärzten in ermächtigten Einrichtungen nach § 22 BP-RL

Am 17. April 2014 hat der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss über die Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum Thema „Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren“ (Neufassung des § 22) gefasst. Es wird unterschieden zwischen ermächtigten Ärzten (Abs. 1) und ermächtigten Einrichtungen (Abs. 2). Dieser Beschluss ist am 02. August 2014 in Kraft getreten.

Die Anrechnung von ermächtigten Ärzten soll in Anlehnung an § 22 Abs. 1 BP-RL fortan nach den folgenden Maßgaben erfolgen:

Bei der Zählung von ermächtigten Ärzten werden diese im Verhältnis der erbrachten Fallzahl zum Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region berücksichtigt.

Das heißt, sie werden jeweils nach dem erbrachten Tätigkeitsumfang mit dem mathematisch nächstliegenden Anrechnungsfaktor (0,25; 0,5; 0,75 bzw. 1,0) auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. Ermächtigte Ärzte, deren Tätigkeitsumfänge insgesamt weniger als 25 % für die jeweilige Arztgruppe betragen, bleiben unberücksichtigt.

Auf die Prüfung der Ermächtigung zur Erbringung von mindestens drei vertragsärztlichen Leistungsziffern gem. § 22 Abs. 1 Satz 3 BP-RL kann verzichtet werden, weil ermächtigte Ärzte in Nordrhein grundsätzlich über Ermächtigungsumfänge verfügen, die sie zur Erbringung von mindestens drei Leistungsziffern berechtigen. Wenn Ärzte weniger als drei Leistungsziffern erbringen, ist nicht zu erwarten, dass sie den Fallzahldurchschnitt zu mindestens einem Viertel des Vollversorgungsauftrages erreichen; insofern würde eine Zählung dieser Ärzte ohnehin nicht erfolgen.

Die Anrechnung von Ärzten in ermächtigten Einrichtungen erfolgt gemäß den Bestimmungen in Absatz 2 (§ 22 BP-RL).

Mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sind bei der Feststellung von Unter- und Überversorgung sowohl ermächtigte Ärzte, als auch ermächtigte Einrichtungen (gemäß § 22 BP-RL) nicht mehr zu berücksichtigen. Auch bei der Feststellung der Überschreitung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads um 40 Prozent (gemäß § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V) sind die ermächtigten Ärzte und ermächtigten Einrichtungen nicht zu berücksichtigen.

Ungeachtet dessen wird auch der Wert des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung der erteilten Ermächtigungen und ermächtigten Einrichtungen neben dem Versorgungsgrad ohne Berücksichtigung von Ermächtigungen entsprechend den Neuerungen des GKV-VSG dokumentiert (vgl. § 22 BP-RL).

b. 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 nachzubesetzen (§ 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V).

c. Wirkung der Umsetzung des § 105 Absatz 3 SGB V

Gemäß Anlage 2.1 BP-RL Fußnote 2 sind die Ergebnisse der Umsetzung des § 105 Absatz 3 SGB V arztgruppen- und planungsbereichsbezogen zu berücksichtigen. Hierzu soll im Bedarfsplan eine systematische Berichterstattung zur Wirkung dieses Instruments erfolgen. Sofern eine Wirkung zu dokumentieren ist, erfolgt dies im Rahmen der Berichterstattung gemäß § 4 Absatz 1 Satz 6 BP-RL.

d. Hausärztliche Versorgung

Entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird bei den Berechnungen ein Demografiefaktor berücksichtigt, um der aktuellen Altersstruktur der Bevölkerung eines Planungsbereichs Rechnung zu tragen.

e. Allgemeine fachärztliche Versorgung

Der Demografiefaktor wird bei den Berechnungen entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt.

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

§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V erlaubt Abweichungen von der BP-RL, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Näheres hierzu regelt § 2 BP-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 BP-RL normierten Tatbestände sind nur beispielhaft und nicht abschließend aufgeführt.

I. Planungsbereich Stadt Leverkusen

Der Planungsbereich Stadt Leverkusen wird für die allgemeine fachärztliche Versorgungsebene dem Kreistyp 1 zugeordnet. Gemäß der Anlage 3.2 BP-RL (in der derzeit gültigen Fassung) wäre der Planungsbereich Stadt Leverkusen dem Kreistyp 2 zuzuordnen.

Während die zwischenzeitlich aufgrund der Zuordnung zum Kreistyp 2 ausgewiesenen rechnerischen Versorgungsgrade im Planungsbereich Leverkusen eine hohe Überversorgung im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nahelegten, zeigte die Auslastung der Leverkusener Arztpraxen, dass die Versorgungssituation, die auf der Grundlage der vorherigen Zuordnung zum Kreistyp 1 gewachsen ist, angemessen ist und nicht in einem Maße überdimensioniert ist, wie es die bisherigen Verhältniszahlen suggerierten.

Nach § 12 Abs. 4 BP-RL wird hinsichtlich der Verhältniszahlen für die allgemeine fachärztliche Versorgung auf 5 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 BP-RL).

Die vom 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.

Vor dem Hintergrund, dass „die Differenzierung der Kreistypen 1-4 nach dem Grad der Mitversorgung erfolgen soll“ (Tragende Gründe zu § 12 BP-RL, Beschlussdatum 20.12.2012) bzw. „insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland Rechnung getragen wird“ (Anlage 6 Satz 7 BP-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 BP-RL zugeordnet ist.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass der Planungsbereich Leverkusen vor der Reform der Bedarfsplanung bereits dem Kreistyp 1 zugeordnet war. Eine genaue Betrachtung hat ergeben, dass diese Zuordnung für den Planungsbereich Leverkusen nach wie vor zutreffend ist.

Da die Kreistypeneinteilung nach den Grundsätzen und der Systematik der BP-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 BP-RL zu betrachten.

Weitere Voraussetzung für ein Abweichen von der BP-RL ist, dass dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Der Bedarfsplan soll die Grundlage dafür bieten, eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Eine Zuordnung des Planungsbereichs Stadt Leverkusen zum Kreistyp 1 führt nicht zu einer unmittelbaren Verbesserung der Versorgungssituation. Es werden dadurch lediglich die Verhältniszahlen abgesenkt; es liegt auch danach durchgehend eine rechnerische Überversorgung vor.

Bei der bestehenden Zuordnung der Stadt Leverkusen zum Kreistyp 2 wäre jedoch unweigerlich mit einer Verschlechterung der derzeitigen Versorgung zu rechnen.

Aufgrund der dargelegten Besonderheiten des Planungsbereichs Stadt Leverkusen und um einem zu erwartenden Abbau von Vertragsarztsitzen sowie einer daraus resultierenden Versorgungsverschlechterung entgegen zu wirken, wird der Planungsbereich Stadt Leverkusen für die allgemeine

fachärztliche Versorgungsebene dem Kreistyp 1 zugeordnet. Als Folge 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.

II. Planungsbereiche Stadt Aachen und Kreis Aachen

Die Stadt Aachen und der Kreis Aachen sind bzw. waren bis zum Änderungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Anpassung der Typisierung der Kreise, der gemäß Anlage 6 BP-RL auf Basis aktuellerer Daten des BBSR alle fünf Jahre zu erfolgen hat, eigenständige Planungsbereiche auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Stadt Aachen war dem Kreistyp 1 zugeordnet, der Kreis Aachen dem Kreistyp 2. Nunmehr 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.

Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist es erforderlich, die Stadt Aachen und den Kreis Aachen separat zu beplanen. Es besteht die Gefahr, dass sich durch eine Zusammenlegung der Planungsbereiche „Stadt Aachen“ und „Kreis Aachen“ zu einem Planungsbereich „Städteregion Aachen“ Vertragsärzte und Psychotherapeuten durch Vertragsarztsitzverlegungen innerhalb des Planungsbereichs zunehmend in der Stadt Aachen konzentrieren würden. Dies würde zu einer Verschlechterung der Versorgung in der Fläche führen.

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:

Unter Betrachtung der regionalen Demografie in der Stadt Aachen und dem Kreis Aachen fällt auf, dass der Anteil der Einwohner im Kreis Aachen, die 65 Jahre und älter sind, höher ist als in der Stadt Aachen. Aufgrund der ungünstigeren Altersstruktur der Einwohner im Kreis Aachen ist davon auszugehen, dass der Versorgungsbedarf im Kreis Aachen höher ist als in der Stadt Aachen. Um diesem gerecht zu werden, ist einer Konzentration von Vertragsärzten und Psychotherapeuten in der Stadt Aachen vorzubeugen und die flächendeckende allgemeine fachärztliche Versorgung im Kreis Aachen sicherzustellen.

Unter Betrachtung der räumlichen Faktoren ist die Randlage des Kreises Aachen zu erkennen. Der Kreis Aachen grenzt im Westen an die Staatsgrenzen zu Belgien und den Niederlanden an. Im Norden grenzt der Kreis Aachen an den Kreis Heinsberg, im Osten an den Kreis Düren und im Süden an den Kreis Euskirchen an. In diesen Kreisen befinden sich keine Großstädte. Die Kreise sind deshalb gemäß BBSR mit dem Kreistyp 3 bzw. 4 typisiert. Daraus ergibt sich für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eine höhere Verhältniszahl als im Kreis Aachen (Kreistyp 2). Dies führt bei gleichem Versorgungsgrad zu weniger Ärzten oder

Psychotherapeuten pro Einwohner als im Kreis Aachen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass Mitversorgungseffekte aus dem Umland für den Kreis Aachen lediglich in geringem Maße erfolgen. Die Verteilung der Versorgung in der Fläche im Kreis Aachen ist deshalb maßgeblich für eine bedarfsgerechte Versorgung.

Bei der Betrachtung der infrastrukturellen Faktoren ist insbesondere die Verkehrsanbindung des Kreises Aachen an die Stadt Aachen von Bedeutung. Der nördliche Teil des Kreises Aachen ist durch die Autobahnen A 44 und A 4 mit der Stadt Aachen verbunden. Im südlichen Teil des Kreises Aachen befinden sich 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 Städteregion Aachen dauerhaft sicherzustellen.

Die separate Bepflanzung der Stadt Aachen und dementsprechend auch des Kreises Aachen ist zudem aufgrund der folgenden Ausführungen sachgerecht:

Die Städteregion Aachen wurde mit Wirkung vom 21.10.2009 aufgrund des Gesetzes zur Bildung der Städteregion Aachen (Aachen-Gesetz) gegründet.

Danach ist die Städteregion Aachen 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 Wirkung der oben beschriebenen Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Form der Beibehaltung der Planungsbereiche „Kreis Aachen“ und „Stadt Aachen“ beginnt mit Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Anlage 3.2 BP-RL bzgl. der Zusammenlegung der genannten bisherigen Planungsbereiche zu einem gemeinsamen Planungsbereich in der Ausdehnung der Städteregion Aachen.

f. Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Die Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie werden ohne Abweichungen angewandt. Der Demografiefaktor wird berücksichtigt.

g. Gesonderte fachärztliche Versorgung

Die Planung der Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Physikalischen und Rehabilitationsmediziner sowie der Strahlentherapeuten erfolgt entsprechend den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie für den Planungsbereich der KV-Region Nordrhein.

Demgegenüber haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die nordrhein-westfälischen Krankenkassen/-verbände mit Zustimmung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) darauf verständigt, für vier Arztgruppen dieser Versorgungsebene eine Planung auf Grundlage eines das Land Nordrhein-Westfalen umfassenden Planungsbereiches durchzuführen. Dabei handelt es sich um die:

- Humangenetiker
- Laborärzte
- Pathologen
- Transfusionsmediziner

Zuständiger Landesausschuss auch für die zuletzt genannten vier Arztgruppen ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

4) 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 BP-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 des Versorgungsgrades der Kinderärzte und der Kinder- und Jugendpsychiater werden hingegen einmal jährlich mit Bezug auf den Bevölkerungsstand zum 31.12. ausgewiesen.

5) Inkrafttreten

Dieser Bedarfsplan tritt am 01.01.2018 vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch die zuständige Aufsichtsbehörde in Kraft. Hieraufhin ist er umgehend in den amtlichen Bekanntmachungen zu veröffentlichen und online von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung zu stellen.