

KVWL

# Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Westfalen-Lippe

01.06.2024

# INHALTSVERZEICHNIS

1. Vorwort.....	1
2. Die Region Westfalen-Lippe .....	2
3. Bedarfsplanung.....	3
3.1. Grundlagen .....	3
3.2. Die vier Versorgungsebenen nach §§ 11-14 BPL-RL.....	3
3.2.1. Hausärztliche Versorgung (§ 11 BPL-RL).....	3
3.2.2. Allgemeine fachärztliche Versorgung (§ 12 BPL-RL).....	4
3.2.3. Spezialisierte fachärztliche Versorgung (§ 13 BPL-RL) .....	7
3.2.4. Gesonderte fachärztliche Versorgung (§ 14 BPL-RL).....	8
4. Regionale Versorgungssituation .....	9
4.1. Ambulante Versorgung.....	9
4.1.1. Hausärztliche Versorgung.....	12
4.1.2. Allgemeine fachärztliche Versorgung.....	13
4.2. Einrichtungen der Krankenhausversorgung .....	16
4.3. Demografie und Morbidität in Westfalen-Lippe.....	17
4.4. Ziele der Bedarfsplanung in Westfalen-Lippe.....	19
4.5. Fördermaßnahmen im Bereich der KVWL .....	20
4.5.1. Nachwuchsförderung .....	20
4.5.2. Förderung der Übernahme von Versorgungsaufträgen.....	22
4.5.3. Strukturelle Förderung .....	22
5. Abkürzungsverzeichnis .....	24
6. Quellenverzeichnis.....	25
7. Planungsblätter .....	27

## 1. Vorwort

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) 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. Dezember 2012 zugrunde, zuletzt geändert am 16. März 2023 und in Kraft getreten am 3. Juni 2023.

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 und zuletzt am 9. November 2019 angepasst. Die aktuelle Anpassung berücksichtigt die allgemeine Entwicklung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung und die Reformen der BPL-RL.

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<sup>1</sup> wurden unterrichtet und um Stellungnahme gebeten.

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

---

<sup>1</sup> Die verwendeten Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörter gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechteridentitäten.

## 2. Die Region Westfalen-Lippe

Westfalen-Lippe ist der nordöstliche Landesteil Nordrhein-Westfalens (NRW) und gliedert sich in die Regierungsbezirke Arnsberg, Detmold und Münster. Zugehörig sind 18 Kreise und 9 kreisfreie Städte, insgesamt 231 Gemeinden. Auf einer Fläche von 21.456 qkm leben 8.350.365 Menschen<sup>2</sup>. Das entspricht einer durchschnittlichen Einwohnerdichte von rund 390 Menschen pro Quadratkilometer (Bundesvergleich: 238 Menschen pro Quadratkilometer)<sup>3</sup>.

Westfalen-Lippe besteht aus den Regionen Münsterland, Ostwestfalen, Sauerland und Siegerland sowie dem mittleren und östlichen Teil des Ruhrgebiets.

Die Regionen sind 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 westfälische Teil des Ruhrgebietes gehört zum Ballungsraum Rhein-Ruhr und ist durch eine besonders stark verdichtete Infrastruktur gekennzeichnet. Der Ballungsraum Rhein-Ruhr ist die mit Abstand bevölkerungsreichste und am dichtesten besiedelte Metropolregion in Deutschland, zählt zu den fünf größten Metropolregionen Europas und den vierzig größten Metropolregionen weltweit. Damit stellt der westfälische Teil des Ruhrgebiets in der Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung eine hervorzuhebende Besonderheit in Westfalen-Lippe dar. Der periphere ländliche Raum ist durch ein dichtes Verkehrs- und Wegenetz an Mittel- und Oberzentren angebunden, die Erreichbarkeit ist durch geografische Besonderheiten nicht beeinträchtigt. „Für die höherwertige Versorgung ist von jedem Standort mit privaten und öffentlichen Verkehrsmitteln in zumutbaren Zeiträumen ein Mittel- und Oberzentrum erreichbar“<sup>4</sup>. Hausarztpraxen sind nahezu überall innerhalb von 15 Minuten zu erreichen.

---

<sup>2</sup> Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2024)

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022)

<sup>4</sup> Ministerium für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen (2019), S. 24-25

## 3. Bedarfsplanung

### 3.1. Grundlagen

Grundlage der regionalen Bedarfsplanung ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 16. März 2023 und in Kraft getreten am 3. Juni 2023.

Die Vorgaben der Bundesrichtlinie werden grundsätzlich ohne Abweichungen für Westfalen-Lippe übernommen. Ausnahme ist die Planung der psychotherapeutischen Versorgung im Hochsauerlandkreis (siehe Kapitel 3.2.2).

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

Für die Anrechnung ermächtigter Ärztinnen und 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 im Sinne von § 3 BPL-RL in Verbindung mit § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 12 Abs. 3 S. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).

Planungsbereiche für die Arztgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte sind die 111 Mittelbereiche (MB) in Westfalen-Lippe nach der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Als allgemeine Verhältniszahl werden 1.616 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) pro Ärztin/Arzt zugrunde gelegt (§ 11 Abs. 4 BPL-RL). Für hausärztliche Planungsbereiche, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr (RVR) liegen, gelten die Übergangsregelungen nach § 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/-innen je Hausarzt/-ärztin
2020 und 2021	1.827 Einwohner/-innen je Hausarzt/-ärztin
2022 und 2023	1.789 Einwohner/-innen je Hausarzt/-ärztin
2024 und 2025	1.741 Einwohner/-innen je Hausarzt/-ärztin
2026 und 2027	1.693 Einwohner/-innen je Hausarzt/-ärztin

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

Auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Krankenkassen ist vom 26. November 2019 bis 16. Mai 2022 der § 67 BPL-RL zur Anwendung gekommen. Mit Ausnahme der Planungsbereiche des Ruhrgebietes, die bereits der Steuerung durch den § 65 BPL-RL unterliegen, wurden Zulassungsbeschränkungen in hausärztlichen Planungsbereichen in Westfalen-Lippe bereits ab Erreichen eines Versorgungsgrades von 100 Prozent beschlossen. Die Evaluation der Maßnahme hat ab Mai 2022 keine positive Steuerungswirkung mehr erkennen lassen und wurde daher eingestellt.

### 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 in Verbindung mit § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 12 Abs. 3 S. 2 Ärzte-ZV. Für die Planung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Hochsauerlandkreis gilt eine regionale Abweichung im Sinne von § 3 BPL-RL.

Ärztinnen und Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind nach § 12 BPL-RL:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde, im Folgenden Augenärztinnen und Augenärzte genannt.
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Visceralchirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie

sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie; nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie und die Fachärztinnen und Fachärzte für Thoraxchirurgie. Im Folgenden werden diese Ärztinnen und Ärzte Chirurginen und Chirurgen und Orthopädinnen und Orthopäden genannt.

3. Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, im Folgenden Frauenärztinnen und Frauenärzte genannt.
4. Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, im Folgenden Hautärztinnen und Hautärzte genannt.
5. Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenkunde (HNO), für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, im Folgenden HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte genannt.
6. Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, im Folgenden Nervenärztinnen und Nervenärzte genannt.
7. Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten, im Folgenden (psychologische oder ärztliche) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten genannt.
8. Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie, im Folgenden Urologinnen und Urologen genannt.
9. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderheilkunde und Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, im Folgenden Kinderärztinnen und Kinderärzte genannt.

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 Großstadtregionen des BBSR basiert (§ 12 Abs. 3 BPL-RL).

Typ	Beschreibung	Kreisfreie Städte/Kreise
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: Psychotherapeutinnen und 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Hochsauerlandkreis. Im Sinne der Zielsetzung einer möglichst bedarfsgerechten Verteilung des Versorgungsangebots nach Kapitel 4.4 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht auf der Kreisebene durchgeführt. Es gilt die Verhältniszahl des Kreistyps 5 für Psychotherapeutinnen und 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.

Es ist zu beachten, dass die Verhältniszahlen der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte sich auf die „bis unter 18-Jährigen“ und die Verhältniszahlen der Frauenärztinnen und Frauenärzte sich auf die weibliche Bevölkerung beziehen.

Der Morbiditätsfaktor wird auf die jeweiligen Verhältniszahlen angewendet.

Für die Arztgruppe der Nervenärztinnen und Nervenärzte kommt die Quotenregelung nach § 12 Abs. 5 BPL-RL zur Anwendung.

Für die Gruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kommen die Quotenregelungen nach § 25 BPL-RL zur Anwendung.



Die Quotenregelungen der BPL-RL dienen dazu, ein bedarfsgerechtes Angebot von Schwerpunktcompetenzen innerhalb einer Arztgruppe oder Berufsgruppe planungsbereichsbezogen sicherzustellen.

### 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 im Sinne von § 3 BPL-RL in Verbindung mit § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 12 Abs. 3 S. 2 Ärzte-ZV.

Ärztinnen und Ärzte der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind nach § 13 BPL-RL:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie und Fachärztinnen und Fachärzte Anästhesiologie und Intensivtherapie
2. Internistische Fachärztinnen und Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
4. Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik, Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologische Diagnostik sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Diagnostische Radiologie

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>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.

Für die Arztgruppe der Fachinternistinnen und Fachinternisten kommen die Quotenregelungen nach § 13 Abs. 6 BPL-RL zur Anwendung.

Bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie soll der Zulassungsausschuss darauf hinwirken, dass Bewerberinnen und 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 im Sinne von § 3 BPL-RL in Verbindung mit § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 12 Abs. 3 S. 2 Ärzte-ZV.

Zur gesonderten fachärztlichen Versorgung zählen nach § 14 BPL-RL Ärztinnen und Ärzte folgender Fachgebiete:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Humangenetik
2. Fachärztinnen und Fachärzte Laboratoriumsmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Immunologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Fachärztinnen und Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Biochemie
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie
4. Fachärztinnen und Fachärzte für Nuklearmedizin
5. Fachärztinnen und Fachärzte für Neuropathologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Pathologie und Fachärztinnen und Fachärzte für pathologische Anatomie
6. Fachärztinnen und Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Physiotherapie
7. Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie
8. Fachärztinnen und Fachärzte für Blutspende- und Transfusionsmedizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Transfusionsmedizin

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. Regionale Versorgungssituation

### 4.1. Ambulante Versorgung

In Westfalen-Lippe stellen zum 31.12.2023 insgesamt 16.098 Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die ambulante Versorgung von 8,35 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern<sup>5</sup> sicher.

11.528 Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besitzen eine Zulassung in eigener Praxis<sup>6</sup>, 4.570 arbeiten als Angestellte in Vertragsarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren. 590 Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nehmen im Jobsharing an der Versorgung teil und werden nicht auf die ausgewiesenen Versorgungsgrade angerechnet.

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




2013	2018	2023	Veränderung seit 2013
13.758 	14.592 	16.098 	+17,0%

Abbildung 1: Arztzahlentwicklung in Westfalen-Lippe (Stand: 26.11.2013, 01.04.2028, 20.11.2023)

Dabei ist die Zahl der Niederlassungen in eigener Praxis leicht rückläufig, die Zahl der Angestellten ist deutlich angestiegen. Die Zahl der „Jobsharerinnen und Jobsharer“ ist im Vergleich zu 2013 leicht gewachsen:










Teilnahmeform	2013	2018	2023	Veränderungen seit 2013
Niedergelassene	11.787 	11.622 	11.528 	- 2,2 %
Angestellte	1.404 	2.383 	4.570 	+ 225,5 %
Jobsharende	567 	587 	590 	+ 4,1 %

Abbildung 2: Entwicklung der Teilnahmeformen in Westfalen-Lippe (Stand: 26.11.2013, 01.04.2028, 20.11.2023)

Gegenüber 2013 gab es nicht nur einen Anstieg an tätigen Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Personen, sondern auch einen Anstieg in der Anzahl übernommener Versorgungsaufträge in Vollzeitäquivalenten (VZÄ).

<sup>5</sup> Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2024)

<sup>6</sup> Ärztinnen und Ärzte in eigener Praxis werden im Folgenden als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bezeichnet.

VZÄ	2013	2018	2023	Veränderung seit 2013
<b>Gesamt</b>	12.495,25	12.434,25	13.098,50	+4,5 %

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) (Stand: 26.11.2013, 01.04.2018 und 20.11.2023)

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

Teilzeittätigkeit	2013	2018	2023	Veränderung seit 2013
<b>Niedergelassene</b>	750	1.720	2.959	+ 294,5 %
<b>Angestellt</b>	779	1.519	2.936	+ 276,9 %
<b>Gesamt</b>	1.529	3.239	5.895	+ 285,6 %

Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Teilzeit nach Teilnehmergruppe (Stand: 26.11.2013, 01.04.2018 und 20.11.2023)

Die Anzahl der Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) ist in der Zeit seit 2013 leicht gesunken. Dafür ist die Anzahl der medizinischen Versorgungszentren (MVZs) deutlich angestiegen:

Praxisstrukturen	2013	2018	2023	Veränderung seit 2013
<b>BAG</b>	1.966	1.984	1.869	- 4,9 %
<b>MVZ</b>	134	198	331	+ 147,0 %

Abbildung 5: Entwicklung der Zahl der BAG und MVZ (Stand: 26.11.2013, 01.04.2018 und 20.11.2023)

Die Versorgung durch niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird in Westfalen-Lippe ergänzt durch 1.090 persönlich ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an Krankenhäusern und in Praxen. Die Anzahl der persönlichen Ermächtigungen ist seit 2013 rückläufig:

Ermächtigte	2013	2018	2023	Veränderung seit 2013
<b>Arztzahl</b>	1.235	1.183	1.090	- 11,7 %

Abbildung 6: Entwicklung der Zahl der Ermächtigten (Stand: 26.11.2013, 01.04.2018 und 20.11.2023)

Weniger Ermächtigte bedeutet keine Verschlechterung der Versorgung, da Ermächtigungen ergänzend ausgesprochen werden, soweit und solange die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht oder nicht ausreichend durch Niedergelassene erbracht werden können.

Darüber hinaus findet ambulante vertragsärztliche Versorgung in ermächtigten Einrichtungen statt. So gibt es in Westfalen-Lippe neben Ambulanzen an Krankenhäusern 13 Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, 65 psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), 14 sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V), 5 geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V, 5 Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V und eine Einrichtung der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V.

Im Jahr 2023 wurden von den Hausärztinnen und Hausärzten und den Fachärztinnen und Fachärzten in Westfalen-Lippe insgesamt 57,8 Millionen Behandlungsfälle abgerechnet.

Die Versorgung ist flächendeckend sichergestellt, das Versorgungsangebot überwiegend gleichmäßig verteilt. Aufgrund des demografischen Wandels, fehlenden Nachwuchses und veränderter Verfügbarkeit personeller Ressourcen treten jedoch örtliche Probleme vor allem in der hausärztlichen Versorgung auf, die sich in den kommenden Jahren verschärfen werden. Schon jetzt besteht mit Beschlüssen des Landesausschusses (Stand Mai 2024) in den Mittelbereichen Brilon, Ennepetal, Hemer, Lage, Lemgo, Meinerzhagen/Kierspe, Petershagen und Porta Westfalica eine unmittelbar drohende Unterversorgung mit Versorgungsgraden von unter 75 %. In Kalletal (MB Lemgo) wurde zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung eine KVWL-Eigen-einrichtung gegründet.

Die derzeit größte Herausforderung an die Sicherstellung ist die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe. In der hausärztlichen Versorgung sind aktuell rund 40 Prozent der Ärztinnen und Ärzte mindestens 60 Jahre alt. Bei den Ärztinnen und Ärzten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung inklusive der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind 31 Prozent mindestens 60 Jahre alt.

Angesichts des Nachwuchsmangels in der hausärztlichen Versorgung wird es zunehmend schwierig, aus der Versorgung ausscheidende Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen. Dies ist eine bundesweite Problematik. Für die anderen Arztgruppen stellt sich die Nachwuchssituation unterschiedlich dar. Sie ist insgesamt weniger gravierend, allerdings kommt es auch hier zu Praxisschließungen ohne Nachfolger, so dass Patientinnen und Patienten kurzfristig nach Ersatz suchen müssen. Um dem Mangel entgegenzuwirken, betreibt die KVWL ein umfangreiches Programm zur Nachwuchsförderung (siehe Kapitel 4.5.1), das über die Hausärztinnen und Hausärzte hinaus auf weitere grundversorgende Facharztgruppen ausgerichtet ist.

Doch nicht nur der ärztliche Nachwuchsmangel belastet die Versorgung. Auch der Fachkräftemangel und der damit verbundene Wettbewerb um medizinische Fachangestellte verstärkt das Risiko von Praxisschließungen ohne Nachfolger. Hinzu kommt ein wachsender Versorgungsdruck in den Praxen aufgrund fehlender Gesundheitsbildung der Patientinnen und Patienten, erhöhter Zuwendungsbedarfe für eine steigende Anzahl alter Menschen und Menschen mit geringen Deutschkenntnissen.

In der COVID-Pandemie, die das Gesundheitswesen von 2020 bis 2023 schwer belastet hat, hat die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Westfalen-Lippe ihre große Einsatzbereitschaft und ihr Leistungsvermögen in der Krise erfolgreich unter Beweis gestellt und entscheidend zur Bewältigung beigetragen.

### 4.1.1. Hausärztliche Versorgung

Aktuell stellen 5.166 (4.796,9 VZÄ) Hausärztinnen und Hausärzte die hausärztliche Versorgung in Westfalen-Lippe sicher. 74,4 % (3.845) sind selbständig tätig mit eigener Zulassung, 25,6 % (1.321) arbeiten angestellt mit wachsender Tendenz. Von den 2.212 Hausärztinnen sind fast zwei Drittel niedergelassen (63,7 %), bei den Hausärzten sind es sogar 82,5 %.

85,8 % der Hausärztinnen und Hausärzte (4.421) üben einen vollen Versorgungsauftrag aus. Mit 97,2 % sind fast alle niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte in Vollzeit tätig, während gut die Hälfte der Angestellten in Teilzeit arbeitet:

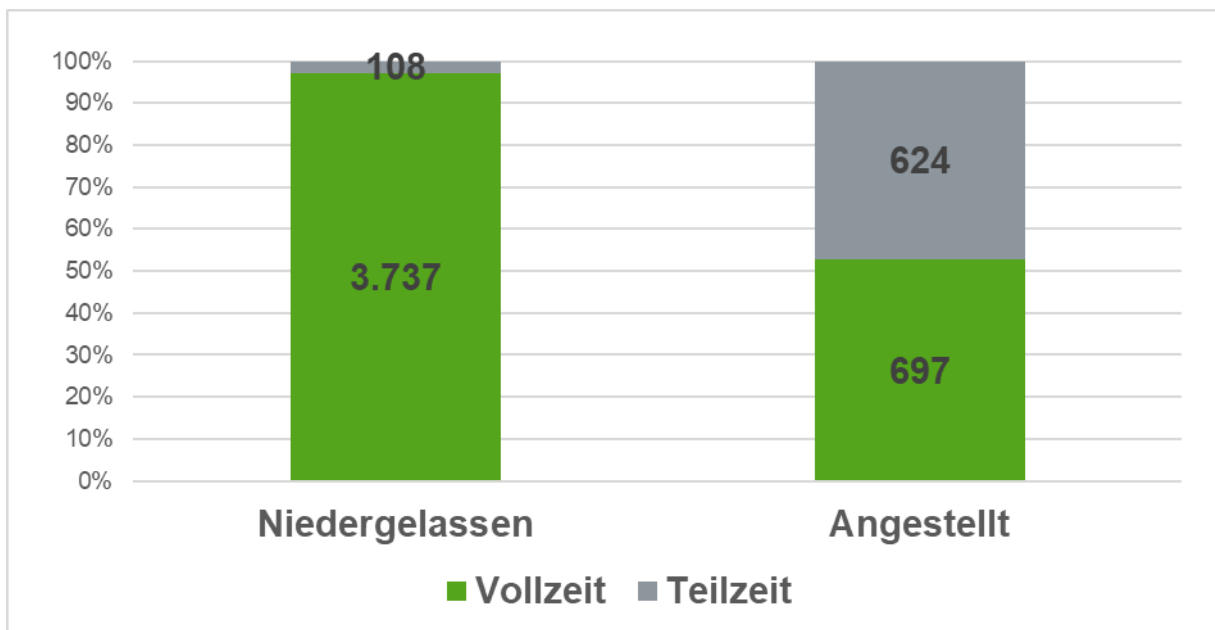


Abbildung 7: Versorgungsumfang nach Teilnehmergruppe (Stand: 20.11.2023)

Hausärztinnen und Hausärzte in selbständiger Tätigkeit verteilen sich annähernd gleich auf BAG (48,7 %) und auf Einzelpraxen (mit und ohne Angestellte) (50,8 %). Nur 0,5 % sind in MVZ niedergelassen. Bei den angestellten Hausärztinnen und Hausärzten ist die Verteilung gleichmäßiger: die meisten sind in Einzelpraxen angestellt (43,1 %), es folgen Anstellungen in BAG (36,2 %) und zuletzt Anstellungen in MVZ (20,7 %). 1.499 Hausärztinnen und Hausärzte (29,0 %) sind allein in Einzelpraxen ohne zusätzliche Angestellte tätig.

Von 10 Hausärztinnen und Hausärzten in Westfalen-Lippe sind 4 bereits mindestens 60 Jahre alt. Betrachtet man die Altersstruktur zusammen mit der Geschlechterverteilung wird deutlich, dass die Geschlechterverteilung in den niedrigeren Altersgruppen bis 60 Jahre sehr ausgeglichen ist. In den höheren Altersgruppen mit den über 60-Jährigen sind wesentlich mehr Männer als Frauen vertreten. Insgesamt waren Ende 2023 57,4 % der in der hausärztlichen Versorgung Tätigen männlich.

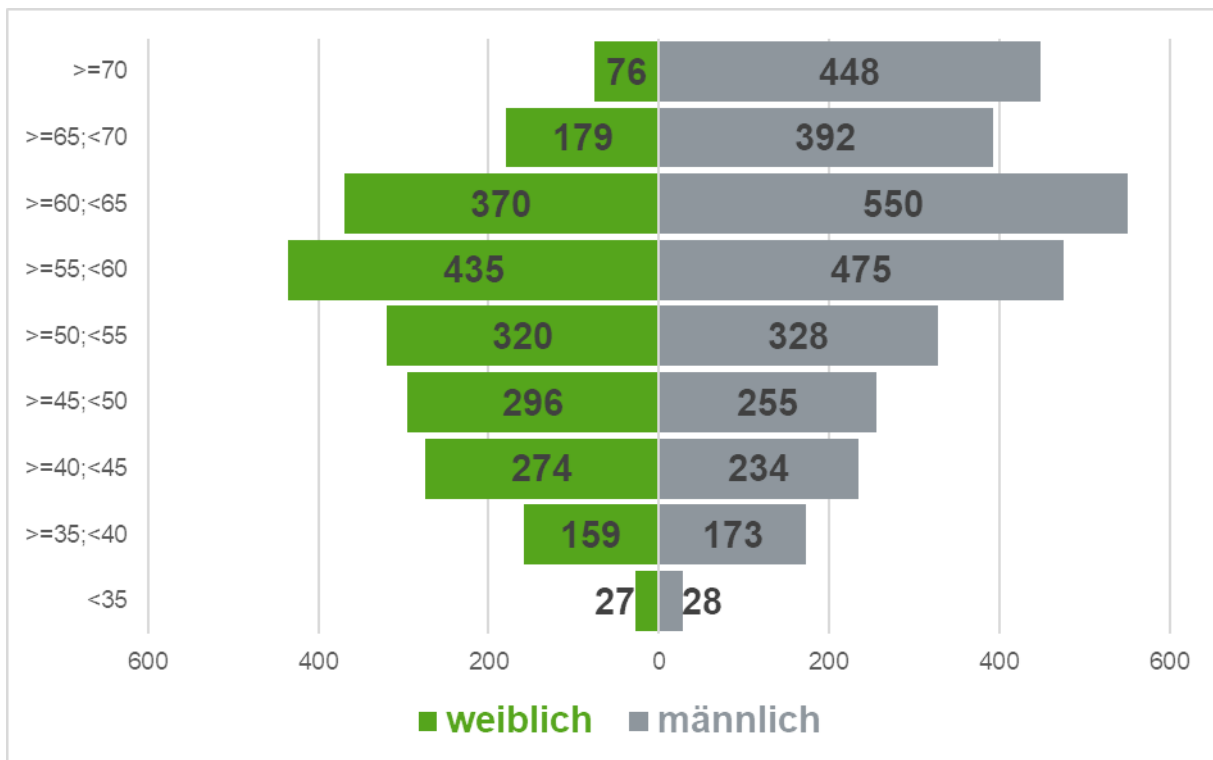


Abbildung 8: Altersverteilung nach Geschlecht in der hausärztlichen Versorgung (Stand: 20.11.2023)

2023 waren die Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre Tätigkeit beendet haben, durchschnittlich 63,4 Jahre alt.

Darüber hinaus sind zusätzlich 12 Jobsharende und 3 Ermächtigte in der hausärztlichen Versorgung tätig.

In der hausärztlichen Versorgung gibt es in Westfalen-Lippe kaum noch Planungsgebiete mit Zulassungssperren. Der Nachwuchsbedarf kann sich nicht allein aus Facharztanerkennungen in Westfalen-Lippe speisen, sondern ist auf Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger vor allem aus der stationären Versorgung und auf die Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte angewiesen.

#### 4.1.2. Allgemeine fachärztliche Versorgung

In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung stellen zurzeit 8.402 (6.368,95 VZÄ) niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die medizinische Versorgung sicher.

6.547 Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der allgemeinen Versorgung sind niedergelassen (77,9 %). Von den 4.756 Frauen sind 3.619 niedergelassen, dies entspricht einem Anteil von 76,1 %. Der Anteil der Niedergelassenen ist bei den Männern mit 80,3 % (2.928 Niedergelassene) etwas höher.

Fast die Hälfte (47,4 %) der Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (3.984) dieser Versorgungsebene arbeiten in Teilzeit. Die Anteile der Personen mit einem vollen oder beschränkten Versorgungsauftrag unterscheiden sich teilweise stark zwischen den verschiedenen Arztgruppen. Besonders stark ausgeprägt ist die Teilzeittätigkeit bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (74,2 %), bei den Fachärztinnen und Fachärzte für Hals, Nasen und Ohrenheilkunde sind es dagegen nur 21,7 %.

Unabhängig von den Arztgruppen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung besteht zusätzlich ein Unterschied in der Übernahme eines vollen oder beschränkten Versorgungsauftrages danach, ob die Ärztin oder der Arzt niedergelassen oder angestellt ist:

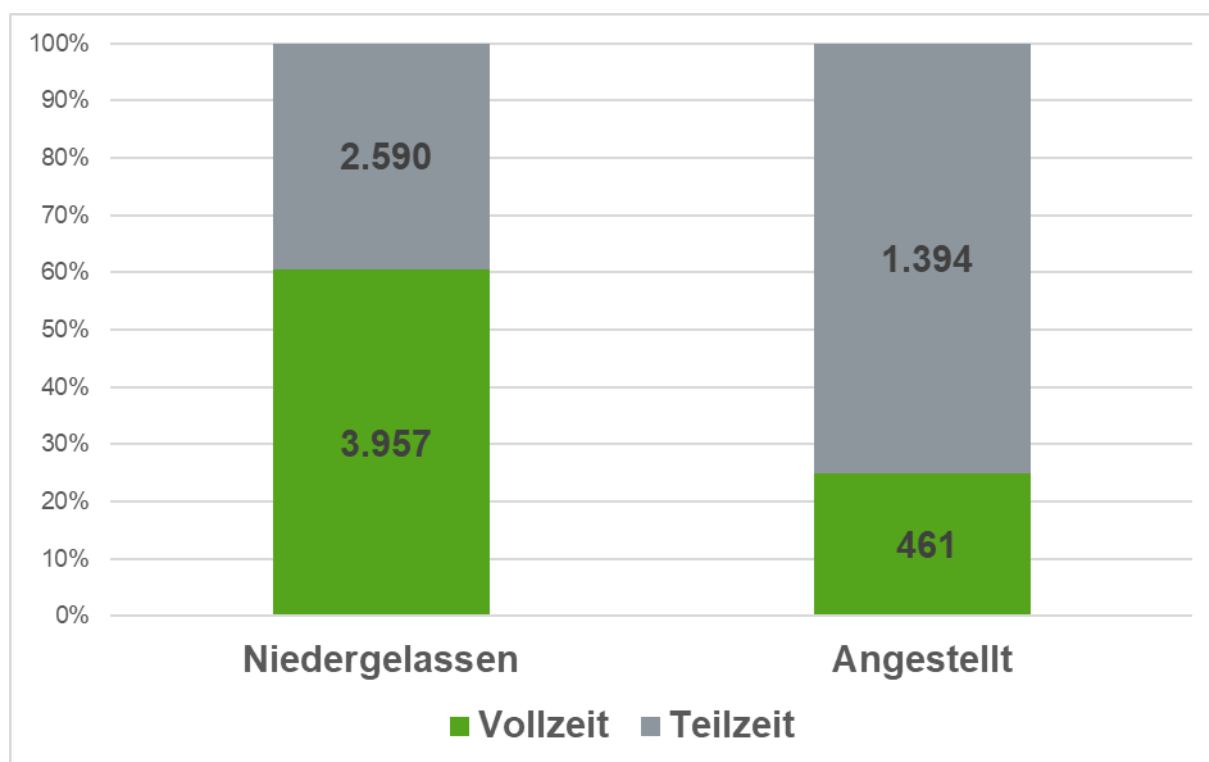


Abbildung 9: Versorgungsumfang nach Teilnehmergruppe (Stand: 20.11.2023)

So zeigt Abbildung 9, dass mit 2.590 (39,6 %) nur etwas mehr als ein Drittel der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten keinen vollen Versorgungsauftrag erfüllen, während dies bei den Angestellten bei 1.394 Personen (75,1 %) der Fall ist.

4.690 und damit 71,6 % der selbstständigen allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind in einer Einzelpraxis tätig, während 27,6 % in einer BAG arbeiten. Mit 0,8 % bzw. 50 Personen sind nur sehr wenige Niedergelassene in einem MVZ tätig. Dies unterscheidet sich stark zu den Angestellten, bei denen nur 28,9 % in der Praxisform Einzelpraxis mit Angestellten und 25,7 % in einer BAG arbeiten. Hier sind die meisten mit 45,3 % in einem MVZ tätig. In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind 4.154 Fachärztinnen und Fachärzte



bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einer Einzelpraxis ohne zusätzliche Angestellte tätig.

Fast ein Drittel bzw. 31,6 % der allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind mindestens 60 Jahre alt. Damit ist die Altersverteilung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Vergleich zu der hausärztlichen Versorgung besser.

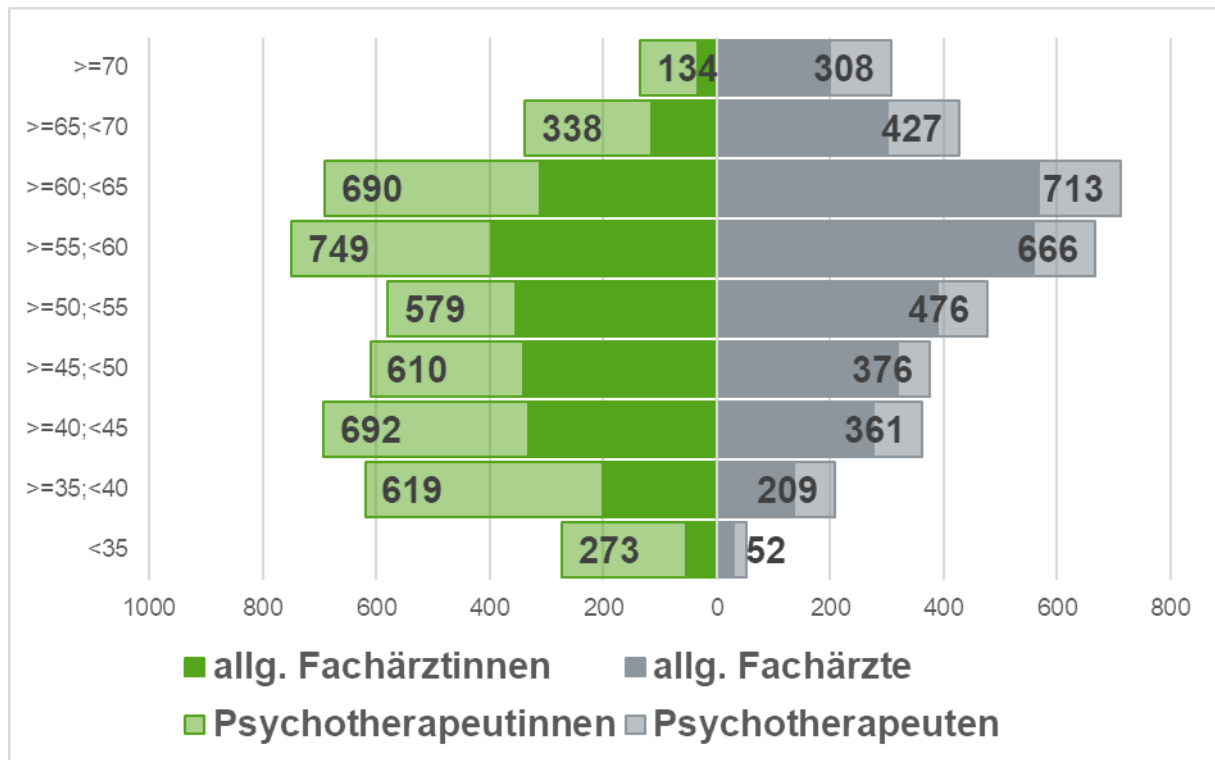


Abbildung 10: Altersverteilung nach Geschlecht in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, Beschriftung stellt die Gesamtzahl der Frauen bzw. Männer in der jeweiligen Altersgruppe dar (Stand: 20.11.2023)

Die Altersverteilung nach Geschlecht in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird in Abbildung 10 gezeigt. Wie auch in der hausärztlichen Versorgung sind in den oberen Altersgruppen ab 60 Jahre mehr Männer als Frauen vertreten. Dieses Verhältnis kehrt sich in den Altersgruppen bis 60 Jahre um. Das wird hauptsächlich durch die Gruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verursacht (hellgrün bzw. hellgrau). Bei den Ärztinnen und Ärzten ist die Geschlechterverteilung in den jüngeren Altersgruppen ausgeglichener.

Bei Betrachtung der einzelnen Fachgebiete wird deutlich, dass es hier große Unterschiede in der Geschlechterverteilung gibt. Am ausgeglichener ist die Verteilung der Geschlechter in der Arztgruppe der Hautärztinnen (47,6 %) und Hautärzte (52,5 %) und der Augenärztinnen (43,8 %) und Augenärzte (56,2 %). Der Frauenanteil ist in der Frauenheilkunde mit 76,3 % besonders hoch, gefolgt von der Psychotherapie (75,8 % weiblich). Chirurgie und Orthopädie dagegen ist ein überwiegend männliches Fach (88,5 %).

Die allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte, die im Jahr 2023 ihre Tätigkeit beendet haben, waren durchschnittlich 57,1 Jahre alt. Bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lag das Durchschnittsalter bei Beendigung bei 58,0 Jahren.

453 Jobsharende und 690 Ermächtigte sind zusätzlich in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung tätig.

## 4.2. Einrichtungen der Krankenhausversorgung

Der aktuelle Stand der Krankenhausbedarfsplanung ist niedergelegt im Krankenhausplan des Landes NRW vom 27. April 2022<sup>7</sup>. Die Krankenhausdatenbank des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) listet zum Stand 27. April 2022 281 Betriebsstätten für Krankenhäuser und Kliniken in Westfalen-Lippe für die stationäre Versorgung der Bevölkerung auf. Diese verteilen sich auf 185 Allgemeinkrankenhäuser, 20 Fachkrankenhäuser, 70 psychiatrische Fachkrankenhäuser und drei Universitätskliniken. Des Weiteren gibt es drei Betriebsstätten mit Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V<sup>8</sup>.

Die Krankenhausversorgung soll auf Landes- und Bundesebene grundlegend reformiert werden. Dabei wird folgende Zielsetzung verfolgt:

„Die neuen Rahmenvorgaben sollen sicherstellen, dass alle Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen in gleicher Weise Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung erhalten – von den Metropolregionen bis zum ländlichen Raum. Krankenhäuser mit internistischem und chirurgischem Versorgungsangebot werden in Nordrhein-Westfalen mit dem neuen Krankenhausplan für mindestens 90 % der Bevölkerung innerhalb von 20 Minuten erreichbar sein. Zur Kompetenz- und Qualitätssteigerung werden bei den anspruchsvollen medizinischen Leistungen Schwerpunkte im Rahmen einer abgestimmten Versorgung gesetzt.“<sup>9</sup>

Mit Inkrafttreten des neuen Krankenhausplanes NRW werden in den kommenden Jahren Veränderungen der Versorgungslandschaft einhergehen. Von einer zunehmenden Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen ist auszugehen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten soll an den Sektorengrenzen im Sinne eines Case-Managements verbessert werden. Mögliche Auswirkungen auf die ambulante Versorgung werden insoweit zu gegebener Zeit in der Bedarfsplanung geprüft.

---

<sup>7</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) (2022)

<sup>8</sup> MAGS (o. J.)

<sup>9</sup> MAGS (2022), S. 15

### 4.3. Demografie und Morbidität in Westfalen-Lippe

Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird die demografische Struktur der Bevölkerung in Deutschland auf regionaler Ebene in den Planungsbereichen erfasst und mit einem Morbiditätsfaktor ergänzt. Die daraus resultierenden regionalen Verhältniszahlen dienen als Grundlage für die Fortschreibung dieses Bedarfsplanes seit 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 im Herbst 2018 veröffentlicht hat<sup>10</sup>.

Nach Bevölkerungsberechnungen des Statistischen Landesamts IT.NRW nimmt die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen bis 2050 geringfügig von derzeit 17,9 Millionen auf 17,6 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern ab<sup>11</sup>. Eine stabile Geburtenrate und die Zuwanderung aus dem Ausland sorgen dafür, dass die Einwohnerzahl auf einem hohen Niveau bleibt. Ohne Zuwanderung würde die Bevölkerung auf rund 15,6 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2050 sinken<sup>12</sup>.

Regional werden unterschiedliche Entwicklungen erwartet. Vom Wachstum profitieren vor allem Großstädte entlang der Rheinschiene<sup>13</sup>. In Westfalen-Lippe ist von einem stärkeren Bevölkerungsrückgang in Höhe von 4,2 Prozent (minus ~350.000 EW) auszugehen. Am stärksten werden Bevölkerungsrückgänge für die Kreise Höxter (-14,3 Prozent), Olpe (-13,3 Prozent) und für den Märkischen Kreis (-13,0 Prozent) prognostiziert. Von den 27 Kreisen und kreisfreien Städten in Westfalen-Lippe wird nur für vier eine positive Bevölkerungsentwicklung vorausgerechnet: für den Kreis Paderborn (+0,1 Prozent), Gütersloh (+0,9 Prozent) und die kreisfreien Städte Bielefeld (+0,9 Prozent) und Münster (+3,1 Prozent)<sup>14</sup>.

---

<sup>10</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss (2018)

<sup>11</sup> IT.NRW (2022)

<sup>12</sup> IT.NRW (o. J.)

<sup>13</sup> IT.NRW (2022)

<sup>14</sup> IT.NRW (o. J.c), eigene Berechnung

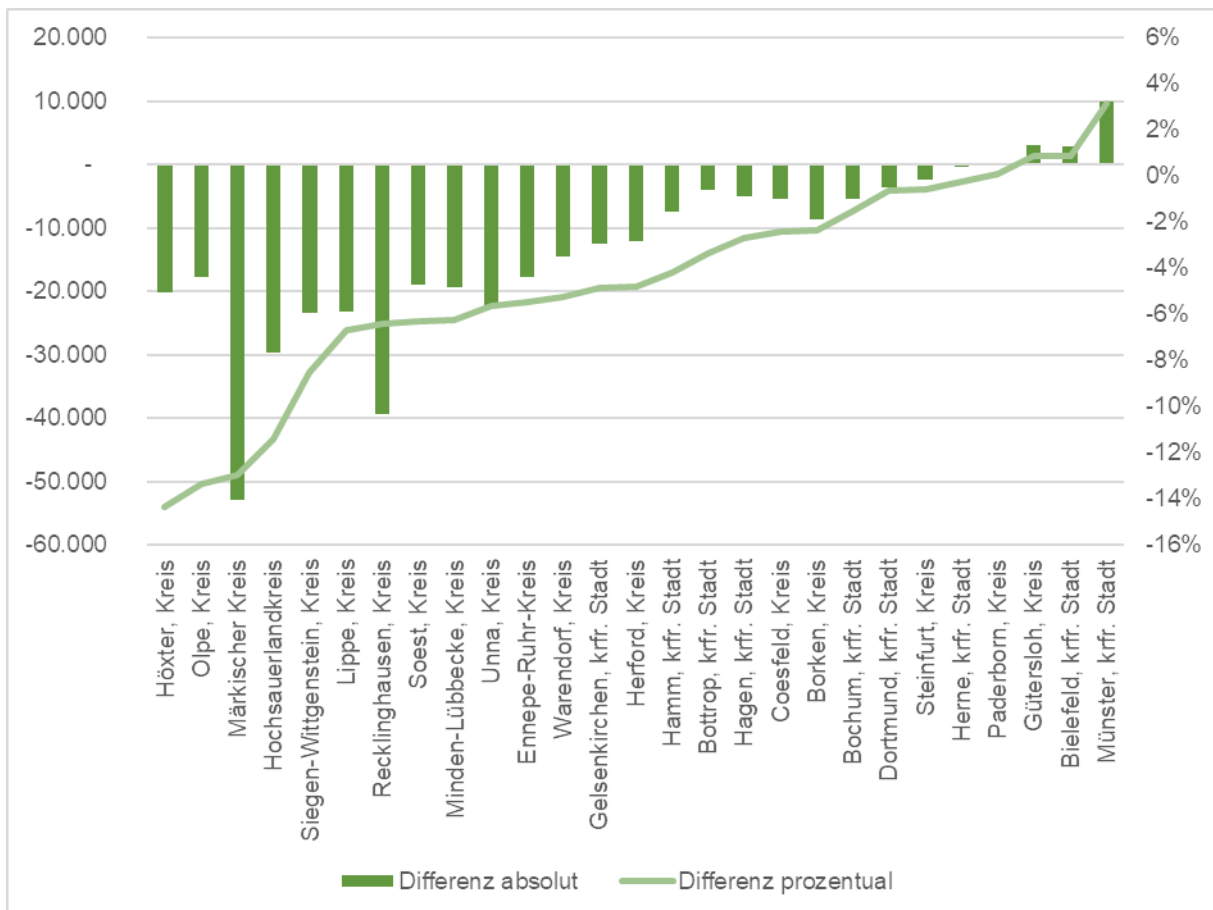


Abbildung 11: Prozentuale und absolute Differenz der Bevölkerungszahlen 2021 und 2050, Daten abgerufen unter: Landesdatenbank NRW, eigene Berechnung

Die Vorausberechnung zeigt auch, dass die Bevölkerung in den Kreisen stärker altern wird als in den kreisfreien Städten. Die höchsten Anstiege des Durchschnittsalters bis 2050 in NRW werden in den Kreisen Borken (+4,3 Jahre), Olpe (+4,3 Jahre), Coesfeld (+4,0 Jahre), Höxter (+3,9 Jahre) und Steinfurt (+3,8 Jahre) erwartet<sup>15</sup>.

Der Anteil der Menschen über 67 Jahre steigt in NRW im Vergleich zur Erwerbsbevölkerung von 30 Prozent auf rund 42 Prozent in 2050 deutlich an. Neben den Anforderungen an die Pflege ist auch von einer höheren Morbiditätslast auszugehen.

Die Integration der dringend benötigten Zuwanderer und geflüchteter Menschen in das Gesundheitssystem stellt auch die vertragsärztliche ambulante Versorgung vor Herausforderungen. Die Normen der Bedarfsplanung sind nicht geeignet, solche Herausforderungen an die Versorgung antizipatorisch zu planen und zu steuern. Hier müssen kurzfristig andere Lösungsinstrumente herangezogen werden mit dem Ziel, eine Überlastung zu vermeiden und alle Menschen zu versorgen.

<sup>15</sup> IT.NRW (2022)

#### 4.4. Ziele der Bedarfsplanung in Westfalen-Lippe

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, erreichbare 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.

Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzteschaft werden künftig je nach regionaler Ausprägung und Fachgebiet vermehrt Vertragsarztpraxen für eine Weitergabe an Nachwuchsärztinnen und 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 über einen Zeitraum von zehn Jahren. 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.

Eine besondere Herausforderung besteht in der Schaffung von zukunftsweisenden Praxisstrukturen, die kooperativ und flexibel aufgestellt sind und die dem medizinischen Nachwuchs einen attraktiven Arbeitsplatz bieten. Die eigene Niederlassung und die damit verbundene Selbständigkeit ist weiterhin prägend für das ambulante Versorgungsangebot in Westfalen-Lippe und garantiert eine effiziente Versorgung zum Wohl der Patientinnen und Patienten. Sie wird ergänzt und flankiert von einer Tätigkeit in Anstellung, die als Einstiegsoption für den medizinischen Nachwuchs, aber auch als Modell für einen gleitenden Ausstieg am Ende des Berufslebens zunehmend Bedeutung erlangt.

Neben der Versorgung in der Fläche mit ausreichend Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten stellt die Altersstruktur der Bevölkerung eine besondere Herausforderung an die Sicherstellung dar. Dies ist vor allem für das Angebot in der geriatrischen Versorgung bedeutsam, aber auch für die Schmerztherapie und

die Palliativmedizin. 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 Arzt-suche aus.

Zusammenfassend wird in den kommenden Jahren besonders darauf zu achten sein, Standortschließungen zu verhindern und Versorgungsstrukturen vor allem in strukturschwachen Gebieten zu stärken. Es müssen Anreize gesetzt werden, dass der ärztliche Nachwuchs auch weiterhin möglichst bedarfsgerecht verteilt ist. Es zeichnet sich ab, dass nicht genügend Nachwuchs zur Verfügung steht, um ausscheidende Ärztinnen und Ärzte in den kommenden fünf Jahren in gleicher Anzahl zu ersetzen. Aus diesem Mangel heraus ist es von besonderer Bedeutung, die vorhandenen Ressourcen effizient zu steuern und die Versorgung mit unterstützenden, arztentlastenden Maßnahmen sicherzustellen.

## **4.5. Fördermaßnahmen im Bereich der KVWL**

### **4.5.1. Nachwuchsförderung**

In den kommenden fünf bis zehn Jahren scheidet mehr als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus der ambulanten Versorgung aus und kann angesichts des Fachkräftemangels nicht in gleicher Anzahl ersetzt werden. Umso wichtiger ist es, den vorhandenen Nachwuchs frühzeitig zu erreichen und für die Übernahme eines Versorgungsauftrages in Westfalen-Lippe zu gewinnen.

Im Rahmen des Berufsmonitorings der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) werden alle vier Jahre Medizinstudierende zu ihren Berufsvorstellungen befragt, zuletzt im Jahr 2022. Die meisten Medizinstudierenden gaben bei der Frage nach den möglichen späteren Arbeitsorten an, dass sie gerne in ihrem Heimatbundesland (85,8 %), in der näheren Heimatregion (80,4 %) oder in der Region rund um die Universität (64,4 %) arbeiten möchten<sup>16</sup>. Auch bei den bereits in der ambulanten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten zeigt sich häufig, dass diese bereits vor ihrer Tätigkeit einen Bezug zu der späteren Arbeitsregion hatten.

In Westfalen-Lippe gibt es vier Universitäten mit humanmedizinischen Fakultäten: die Ruhr-Universität Bochum, die Universität Witten-Herdecke, die Universität Münster sowie seit September 2021 die Universität Bielefeld. Durch den Aufbau der medizini-

---

<sup>16</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023)

schen Fakultät in Bielefeld besteht nun die Chance, dass sich aufgrund der Verbundenheit der Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Heimat- oder Studienort mehr Ärztinnen und Ärzte für eine ärztliche Tätigkeit in Ostwestfalen-Lippe entscheiden werden. Aufgrund der Regelstudienzeit von sechs Jahren (12 Semester) und der mindestens fünf Jahre dauernden Facharztweiterbildung ist jedoch frühestens 2032 mit den ersten Effekten zu rechnen.

Mit der Praxisstartkampagne der KVWL werden bereits die Medizinstudierenden angesprochen und über Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Tätigkeit informiert. Förderprogramme von der finanziellen Unterstützung von Hospitationen und Blockpraktika in Landarztpraxen bis hin zur Famulatur und zum Praktischen Jahr in einer Hausarztpraxis werden seit Jahren sehr gut angenommen.

Das wichtigste Instrument zur Förderung des Nachwuchses ist jedoch die Förderung von Assistentinnen und Assistenten in ambulanten Weiterbildungsabschnitten (ÄiW). Die KVWL fördert auf der Grundlage des § 75a SGB V die ambulante Facharztweiterbildung im Fach Allgemeinmedizin und in grundversorgenden Fächern. Für eine Vollzeitstelle werden 5.400 EUR pro Monat als Grundgehalt zur Verfügung gestellt, die hälftig von der KVWL und hälftig von den Krankenkassen finanziert werden. Darüber hinaus werden auch Zusatzweiterbildungen in der Schmerztherapie und der Palliativmedizin in Vertragsarztpraxen gefördert. Insgesamt sind die Zahlen der ÄiW in den vergangenen Jahren stark angestiegen, die jährliche Förderung in Westfalen-Lippe hat im Jahr 2023 knapp 40 Millionen Euro betragen.

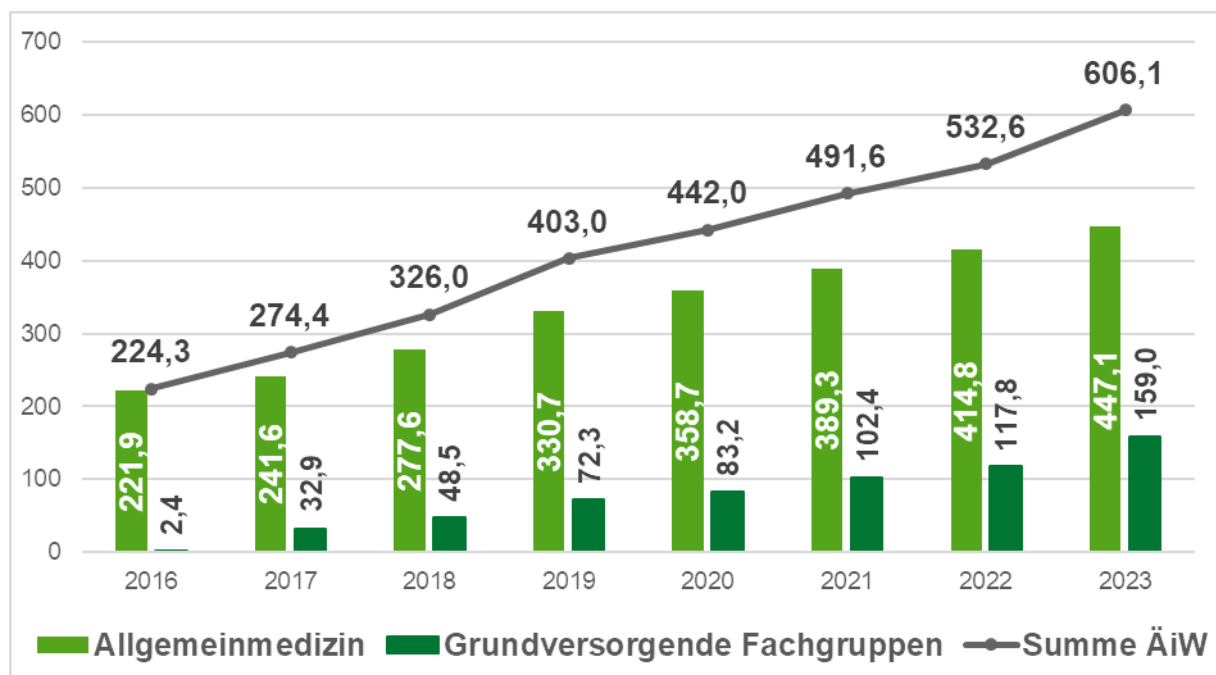


Abbildung 12: Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) in VZÄ (Stand: 31.12.2023)

Für die Hausarztmedizin stehen darüber hinaus in Westfalen-Lippe besondere Fördermöglichkeiten zur Verfügung. Der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin und die praktische Vorbereitung auf die Übernahme eines hausärztlichen Versorgungsauftrages werden aus Mitteln des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V durch die KVWL und

die gesetzlichen Krankenkassen gefördert. Für Fördergebiete in Westfalen-Lippe werden erhöhte Mittel bereitgestellt, um einen besonderen Anreiz zu setzen. In 2023 wurden rund 3,9 Millionen EUR in diese Fördermaßnahme investiert. Die zugrundeliegende Vereinbarung mit dem MAGS und den Ärztekammern ist Ende 2023 angepasst und bis Ende 2026 verlängert worden.

#### **4.5.2. Förderung der Übernahme von Versorgungsaufträgen**

Die KVWL hat 2013 eine Sicherstellungsrichtlinie beschlossen und zuletzt zum 1. Januar 2021 angepasst. Sie 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 sowie Kosten- und Gehaltszuschüssen, 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. Es 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.

Im Jahr 2023 wurden 2,76 Millionen Euro aus dem Strukturfonds für die Übernahme von Versorgungsaufträgen in Gebieten mit einem drohenden oder bestehenden Versorgungsmangel bereitgestellt, knapp 50 Ärztinnen und Ärzte konnten damit gefördert werden.

#### **4.5.3. Strukturelle Förderung**

Um die Sicherstellung zu gewährleisten, muss zunehmend auch in die Strukturen der Versorgung investiert werden.

Mit der Neuaufstellung der Terminservicestelle in Westfalen-Lippe im Jahr 2023 wurde die Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten erheblich verbessert und ein wichtiges Steuerungsinstrument geschaffen.

In Gebieten, für die eine Unterversorgung festgestellt oder unmittelbar droht, werden die verbleibenden Praxen mit einem Sicherstellungszuschlag nach § 105 Abs. 4 SGB V unterstützt. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Westfalen-Lippe hat mit Wirkung ab 1. April 2021 beschlossen, einen Zuschuss von fünf Prozent auf das im Fördergebiet von den leistungsberechtigten Ärztinnen und Ärz-



ten erwirtschaftete GKV-Honorar zu gewähren, das durch in Punkten bewertete Leistungen erzielt wurde. Kostenpauschalen fließen in die Berechnung nicht mit ein. Den Zuschuss erhalten alle im betroffenen Planungsbereich oder Teil eines Planungsbereichs in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte, deren Fachgebiet vom Beschluss des Landesausschusses erfasst wird und die Leistungen im Fördergebiet erbringen. Dies gilt für jedes Quartal, in dem der Beschluss des Landesausschusses zur drohenden Unterversorgung wirksam war.

Im Kreis Olpe stellt die KVWL seit Mai 2023 Praxisräume für einen substituierenden Arzt und finanziert das Praxispersonal. In Kalletal hat zum 1. Januar 2024 eine Eigen-einrichtung der KVWL den Betrieb aufgenommen, um eine hausärztliche Unterversorgung zu verhindern.

Zur strukturellen Förderung gehört auch die Zusammenarbeit und enge Abstimmung mit vielen Kommunen, Städten und Landkreisen in Westfalen-Lippe. Beispielhaft sei die Kooperation mit dem Kreis Herford genannt („Mit Praxis zur Praxis“, seit 2021), die mittlerweile zu einer Stabilisierung der hausärztlichen Versorgung in diesem Gebiet geführt hat. Medizinische Versorgung gehört zur Daseinsvorsorge und liegt daher im besonderen Interesse der politisch Verantwortlichen. Für den ärztlichen Nachwuchs sind die Attraktivität eines Niederlassungsortes, das familiäre Umfeld und die räumlichen Voraussetzungen für eine Tätigkeit von großer Bedeutung. Auf diese hat die KVWL keinen Einfluss. Eine gute Zusammenarbeit zwischen der KVWL in ihrer Zuständigkeit für den Sicherstellungsauftrag und den politischen Ebenen in ihrer Zuständigkeit für die Daseinsvorsorge verbessert die Chancen für die Lösung von Versorgungsproblemen erheblich.

## 5. Abkürzungsverzeichnis

ÄiW	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BPL-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HNO	Hals-Nasen-Ohrenkunde
IT.NRW	Information und Technik Nordrhein-Westfalen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW
MB	Mittelbereich (Planungsbereich in der hausärztlichen Versorgung)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
ROR	Raumordnungsregion (Planungsbereich in der speziellen fachärztlichen Versorgung)
RVR	Regionalverband Ruhr
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
VZÄ	Vollzeitäquivalent

## 6. Quellenverzeichnis

1. Information zum Gendern
2. IT.NRW (o. J.a): *Bevölkerungsstand – Gemeinden – Stichtag*. [www.landesdatenbank.nrw.de](http://www.landesdatenbank.nrw.de), Suchpfad: Startseite – Statistik – Gesellschaft und Staat – Bevölkerungsstand – Datenbank – 12411 Bevölkerungsstand – 12411-01i: Bevölkerungsstand-Gemeinden-Stichtag, abgerufen am: 15.04.2024.
3. DESTATIS (2022): *Basistabelle Bevölkerungsdichte*. [Basistabelle Bevölkerungsdichte - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de), abgerufen am: 15.04.2024
4. Ministerium für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen (2019): *Landesentwicklungsplan Nordrhein-Westfalen (LEP NRW)*. [20220915-lesefassung-lep.pdf \(wirtschaft.nrw\)](https://www.wirtschaft.nrw.de/20220915-lesefassung-lep.pdf), abgerufen am: 15.04.2024
5. DESTATIS (2022): *Basistabelle Bevölkerungsdichte*. [Basistabelle Bevölkerungsdichte - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de), abgerufen am: 15.04.2024
6. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) (2022): *Krankenhausplan NRW*. [krankenhausplan\\_nrw\\_2022.pdf \(mags.nrw\)](https://www.mags.nrw.de/krankenhausplan_nrw_2022.pdf), abgerufen am: 15.04.2024
7. MAGS (o. J.): *Krankenhausdatenbank Nordrhein-Westfalen*. <https://www.mags.nrw/krankenhausdatenbank>, abgerufen am: 15.04.2024
8. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) (2022): *Krankenhausplan NRW*. [krankenhausplan\\_nrw\\_2022.pdf \(mags.nrw\)](https://www.mags.nrw.de/krankenhausplan_nrw_2022.pdf), abgerufen am: 15.04.2024
9. IT.NRW (2022): *Neue Bevölkerungsvorausberechnung für NRW: Rückgang der Einwohnerzahl um 1,7 Prozent bis 2050*. [Rückgang der Einwohnerzahl um 1,7 Prozent bis 2050 | Landesbetrieb IT.NRW](https://www.landesbetrieb.it.nrw.de/rueckgang-der-einwohnerzahl-um-1-7-prozent-bis-2050), abgerufen am: 15.04.2024
10. IT.NRW (o. J.b): *Neue Bevölkerungsvorausberechnung*. [Neue Bevölkerungsvorausberechnung | Landesplanung NRW](https://www.landesplanung.nrw.de/neue-bevoelkerungsvorausberechnung), abgerufen am: 15.04.2024
11. IT.NRW (2022): *Neue Bevölkerungsvorausberechnung für NRW: Rückgang der Einwohnerzahl um 1,7 Prozent bis 2050*. [Rückgang der Einwohnerzahl um 1,7 Prozent bis 2050 | Landesbetrieb IT.NRW](https://www.landesbetrieb.it.nrw.de/rueckgang-der-einwohnerzahl-um-1-7-prozent-bis-2050), abgerufen am: 15.04.2024
12. IT.NRW (o. J.c): *Bevölkerungsvorausberechnung 2021-2050 nach Geschlecht-kreisfreie Städte und Kreise-Stichtag*. [www.landesdatenbank.nrw.de](http://www.landesdatenbank.nrw.de), Suchpfad: 1 Gebiet, Bevölkerung, Arbeitsmarkt, Wahlen – 12 Bevölkerung – 12421 Bevölkerungsvorausberechnung 2021-2050/2070 – 12421-01i. abgerufen am: 15.04.2024
13. IT.NRW (2022): *Neue Bevölkerungsvorausberechnung für NRW: Rückgang der Einwohnerzahl um 1,7 Prozent bis 2050*. [Rückgang der Einwohnerzahl um 1,7 Prozent bis 2050 | Landesbetrieb IT.NRW](https://www.landesbetrieb.it.nrw.de/rueckgang-der-einwohnerzahl-um-1-7-prozent-bis-2050), abgerufen am: 15.04.2024
14. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“*. [Beschluss \(g-ba.de\)](https://www.g-ba.de/beschluss), abgerufen am: 15.04.2024

15. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023): *Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022 – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. [Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022 - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung \(kbv.de\)](https://www.kbv.de/Berufsmonitoring-Medizinstudierende-2022-Ergebnisse-einer-bundesweiten-Befragung), abgerufen am: 15.04.2024

## 7. Planungsblätter

– siehe Anlagen –

Die Einwohnerzahlen bemessen sich nach dem letzten verfügbaren amtlichen Stand (§ 17 BPL-RL), ausgewiesen durch das IT.NRW, [vermerkt in den Datenblättern der Anlage 2.2.](#)