

Bedarfsplan

für den Bereich der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Stand: Oktober 2025

Rechtsgrundlagen: § 99 SGB V, § 12 Ärzte-ZV, § 4 BPL-RL

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Niedersachsen haben einvernehmlich den nachfolgenden Bedarfsplan aufgestellt.

Der Bedarfsplan ist eine systematische Darstellung des Versorgungsangebots in den jeweiligen Planungsräumen. Auf statistischer Grundlage werden Soll- und Ist-Zahlen gegenüber gestellt.

Der Bedarfsplan bildet auch die Grundlage für die Beratung von Ärzten, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bereit sind.

Abschnitt 1

Regionale Versorgungssituation

(§ 12 Absatz 3 Ärzte-ZV)

1.1

Ärztliche Versorgung

Zur Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt mit dem Instrument der Bedarfsplanung eine Steuerung des ärztlichen/-psychotherapeutischen Angebots in den einzelnen Regionen Niedersachsens. Sie identifiziert für die räumlichen Untergliederungen die Bereiche, in denen ein über- bzw. unterdurchschnittliches Versorgungsniveau vorliegt.

1.2

Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung

Hierzu wird auf den von der niedersächsischen Landesregierung aufgestellten Krankenhausplan in der jeweils gültigen Fassung verwiesen: www.ms.niedersachsen.de (*Themen > Gesundheit > Krankenhäuser > Krankenhausplanung*).

Bei Prüfung eines regional unterdurchschnittlichen Versorgungsniveaus ist die Leistungserbringung im Rahmen bestehender Verträge und Ermächtigungen durch Krankenhäuser und sonstige medizinische Einrichtungen entsprechend zu berücksichtigen.

1.3

Demografie und Soziodemografische Faktoren

In der Altersstruktur der niedersächsischen Bevölkerung sind eindeutige Verschiebungen erkennbar. Insgesamt ist ein Rückgang der Bevölkerung festzustellen. Hier sind zwei Faktoren zu beobachten: steigende Lebenserwartung und zugleich sinkende

Neugeborenenrate. Den durch den demografischen Wandel bedingten Herausforderungen ist auch in Niedersachsen angemessen zu begegnen. Sie treten in den einzelnen Landesteilen in unterschiedlich starker Ausprägung auf. Hinsichtlich der Altersstruktur und der sonstigen soziodemografischen Faktoren wird auf die Statistiken des Landesamts für Statistik Niedersachsen (LSN) verwiesen: <http://www.statistik.niedersachsen.de>.

1.4

Geografische Besonderheiten

Niedersachsen als Flächenland (ca. 48.000 km²) mit seinen elf Oberzentren ist durch unterschiedlichste geografische Gebiete (Nordseeküste mit Inseln, Mittelgebirge, Heidelandschaft, Wasser- und Waldflächen) geprägt. Dreiviertel der Landesfläche gehört zur norddeutschen Tiefebene, der Süden zum niedersächsischen Bergland. Die Agglomerationen der Stadtstaaten Hamburg und Bremen wirken weit nach Niedersachsen hinein.

1.5

Ziele der Bedarfsplanung

Ziel der Bedarfsplanung ist es, in allen Planungsbereichen die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der niedersächsischen Bevölkerung zu gewährleisten. Regionale Unterschiede im Versorgungsniveau sollen angeglichen werden.

1.6

Barrierefreiheit

Ende 2017 waren in Niedersachsen 752.251 Menschen als schwerbehindert anerkannt (Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen). Dies entsprach einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von rund 9,5 %. Von den Menschen mit einer Schwerbehinderung hatten 439.383 (58,4 %) bereits das 65. Lebensjahr überschritten (Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen). Zu diesen als schwerbehindert anerkannten Menschen kommt aufgrund des demographischen Wandels eine stetig steigende Anzahl an älteren Menschen, die den normalen Tagesablauf oftmals nur mit großen Mühen bewältigen können. So beträgt der Anteil der über 70-jährigen Menschen in Niedersachsen zum 31.12.2019 an der Gesamtbevölkerung 16,3 % (1.299.894 Personen) (Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen).

Innerhalb der medizinischen Versorgung finden gerade Menschen mit Behinderungen (aber auch eine steigende Zahl älterer Menschen) an vielen Orten und Einrichtungen Barrieren vor, die eine gleichberechtigte Teilhabe an der Versorgung erschweren.

Um einen gleichberechtigten Zugang für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, ist es daher ein Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, eine weitestgehend barrierefreie ärztliche bzw. psychotherapeutische Versorgung in allen Arztgruppen anzubieten. Dabei geht es hier nicht nur um bauliche und physische, sondern auch um kommunikative Barrieren.

Anhand der seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitgestellten bundeseinheitlichen Systematik (gültig ab 2020) zur gem. § 75 Abs. 1a SGB V geforderten Information über den barrierefreien Zugang zur Versorgung wurde die Arztauskunft für die niedersächsischen Praxen (<https://www.arztauskunft-niedersachsen.de>) um Angaben zur Barrierefreiheit erweitert. Bei der ersten Abfrage Ende 2019 / Anfang 2020 nahmen von rund 10.000 angeschriebenen niedersächsischen Praxen 4.289 (rund 43 %) teil. Diese freiwilligen Selbstauskünfte werden zukünftig wiederholt, sowie im Falle einer Neuaufnahme der Praxistätigkeit standardmäßig abgefragt, und in der Arztauskunft aktualisiert. Daher spiegeln die folgenden Zahlen bisher nur einen Teil der niedersächsischen Praxen wieder.

Eine ausführliche tabellarische Darstellung der weitgehend barrierefreien sowie der uneingeschränkt barrierefreien Praxen in Niedersachsen befindet sich in der Anlage 2 zum Bedarfsplan.

Ein barrierefreies WC geben rund 36 % der teilnehmenden niedersächsischen Praxen an, hinzu kommen rund 31 %, die ihr WC als bedingt barrierefrei angeben. Etwa 53 % der Praxen ermöglichen Patienten zudem eine Kommunikation über SMS, Fax oder E-Mail. Das Vorhandensein von Parkplätzen an der Praxis geben rund 51 % der teilnehmenden Praxen an. Zusätzlich geben rund 43 % an, dass auch Behindertenparkplätze vorhanden sind.

Praxen vollständig barrierefrei zu gestalten ist in vielen Fällen aus baulichen und finanziellen Gründen nicht möglich, jedoch sind in Niedersachsen bereits viele Praxen auf ältere und (schwer-)behinderte Menschen eingestellt. Obwohl nicht alle diese Praxen komplett barrierefrei sind, können mittlerweile immer mehr Praxen zumindest als barrierearm bezeichnet werden.

Vorgaben für barrierefreies Bauen oder für die barrierefreie Umgestaltung enthält die DIN-Norm 18040. Informationen für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind unter anderem bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (<https://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>), auf der Homepage des Praxis-Tools Barrierefreiheit (<https://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de>), der Bundesfachstelle Barrierefreiheit (<https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de>) sowie bei den Integrationsämtern des Landes Niedersachsen verfügbar.

Die Zulassungsausschüsse in Niedersachsen haben bei der Bewerberauswahl auf freie Arzt- sowie Psychotherapeutenplätze auch die Barrierefreiheit der Praxisräume zu berücksichtigen.

Abschnitt 2

Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung

Die niedersächsische Bedarfsplanung erfolgt auf der Grundlage der vom G-BA am 20. Dezember 2012 verabschiedeten Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) in der jeweils gültigen Fassung. Die dort definierten Planungsbereiche allgemeinen Verhältniszahlen und regionalen Verteilungsfaktoren für die einzelnen Arztgruppen kommen zur Anwendung, soweit nachstehend keine Abweichungen festgelegt werden.

Für die Zuordnung von Gemeinden zu Mittelbereichen nach der Anlage 3.1 BPL-RL gilt in Fällen von Gebietsstandsänderungen, dass neugebildete, eingegliederte, aufgelöste oder vereinigte Gemeinden dem Mittelbereich zugeordnet sind, dem die neue Gebietskörperschaft angehört. Maßgeblich für die Berücksichtigung der Veränderung ist der Zeitpunkt der Umsetzung in der amtlichen Einwohnerstatistik des LSN.

Die Auswirkungen dieses Bedarfsplans werden zeitnah überprüft und für eine Fortentwicklung des Bedarfsplans genutzt. Aus diesem Grund ist der Bedarfsplan nicht für einen Geltungszeitraum von drei bis fünf Jahren angelegt. Über Anpassungen nach § 99 Abs. 1 SGB V soll kurzfristiger beraten und entschieden werden.

Mit Datum vom 01.11.2016 fusionierten die Landkreise Göttingen und Osterode am Harz zum neuen Landkreis Göttingen. Während dies auf die Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung keinen Einfluss hat, sind jedoch die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gemäß § 12 BPL-RL betroffen.

Für die allgemeine fachärztliche Versorgung gemäß § 12 BPL-RL wird festgelegt, dass die bisherigen Planungsbereiche beibehalten werden, d.h. dass im Landkreis Göttingen zwei Planungsbereiche bestehen bleiben: LK Göttingen (alt)¹ und LK Osterode am Harz (alt)¹. Dies soll einer Sogwirkung des Großraums Göttingen gegenüber dem ehemaligen LK Osterode am Harz entgegenwirken. Für die Planungsbereiche LK Göttingen (alt)¹ und LK Osterode am Harz (alt)¹ werden abweichend von der Anlage 3.2 BPL-RL eigene Einteilungen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3 BPL-RL (Anlage 1) sowie abweichend von der Anlage 4.7 BPL-RL eigene regionale Verteilungsfaktoren für die betroffenen Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nach § 9 Absatz 10 BPL-RL nach den Vorgaben der BPL-RL im Zwei-Jahres-Turnus errechnet und im Bedarfsplanungseintrag der KVN Webseite zur Einsicht bereitgestellt.

Berechnet werden die Abweichungen, anhand der Anlage 4.7 BPL-RL, durch Zusammenfassung der regionalen Differenzierungsfaktoren pro PLZ-Bereich zu den angepassten Planungsbereichen und deren daraus resultierenden regionalen Verteilungsfaktoren.

Die abweichende Einteilung zu den Kreistypen für die Planungsbereiche Göttingen (alt) und Osterode am Harz (alt) erfolgt durch Beibehaltung der Einteilung aus der BPL-RL mit Stand vor dem 16.05.2019.

¹ Gebietsstand vom 31. Oktober 2016 (siehe auch: Gesetz über die kommunale Neuordnung der Landkreise Göttingen und Osterode am Harz vom 12. November 2015; Nds. GVBl. Nr. 19/2015)

2.1

Änderung von Planungsbereichen der hausärztlichen Versorgung

Im Rahmen der Überprüfung des im ersten Halbjahr 2013 aufgestellten Bedarfsplans hat sich für die Versorgungsebene der hausärztlichen Versorgung ein Änderungsbedarf beim Zuschnitt einiger Planungsbereiche ergeben. Gemäß § 2 i.V.m. § 11 Abs. 3 Satz 3 BPL-RL und § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V wird deshalb im Rahmen des Bedarfsplans zum Zwecke einer homogenen und stabilen hausärztlichen Versorgung davon Gebrauch gemacht, in den nachstehend aufgeführten Fällen eine von den Vorgaben des § 11 Abs. 3 Satz 1 BPL-RL abweichende Raumgliederung vorzunehmen.

Da aufgrund regionaler Besonderheiten in den nachstehenden Fällen für die Versorgungsebene der hausärztlichen Versorgung vom Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung als räumlicher Grundlage für den Planungsbereich abgewichen werden muss, wird in Abweichung von § 7 Satz 1 und § 11 Abs. 3 BPL-RL der Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen nicht mehr als „Mittelbereich“, sondern als „hausärztlicher Planungsbereich“ (HPB) bezeichnet.

Für die im Folgenden angepassten und/oder neu geschaffenen hausärztlichen Planungsbereiche (HPB) werden abweichend von der Anlage 4.7 BPL-RL eigene regionale Verteilungsfaktoren nach § 9 Absatz 10 BPL-RL nach den Vorgaben der BPL-RL im Zwei-Jahres-Turnus errechnet und im Bedarfsplanungseintrag der KVN Webseite zur Einsicht bereitgestellt. Berechnet werden auch diese Abweichungen, anhand der Anlage 4.7 BPL-RL, durch Zusammenfassung der regionalen Differenzierungsfaktoren pro PLZ-Bereich zu den angepassten Planungsbereichen und deren daraus resultierenden regionalen Verteilungsfaktoren.

2.2

Namensänderungen

HPB Harburg-Nord

Maßnahme:

Der HPB Hamburg wird in Harburg-Nord umbenannt.

Begründung:

Der bisherige Mittelbereich Hamburg umfasst grundsätzlich das Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg und angrenzender Gemeinden in den benachbarten Bundesländern. Da sich dieser Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, sind die auf dem Gebiet der KVN gelegenen Städte und Gemeinden gem. § 11 Abs. 3 Satz 2 BPL-RL für den Bereich der KVN getrennt zu beplanen. Die Namensänderung für den niedersächsischen HPB Hamburg in „Harburg-

Nord“ dient dem Ausschluss von Verwechslungen mit dem für das Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg bestehenden hausärztlichen Planungsbereich.

2.3

Auflösung von hausärztlichen Planungsbereichen

2.3.1 HPB Bremen

Maßnahme:

Der auf niedersächsischem Gebiet gelegene HPB Bremen wird aufgelöst. Die bisher zum HPB Bremen gehörenden Gemeinden werden wie folgt anderen bereits bestehenden oder neu gebildeten hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet (dem HPB Lilienthal wird hierbei zusätzlich die bisher zum HPB Osterholz-Scharmbeck gehörende Gemeinde Worpswede zugeordnet):

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Berne, Lemwerder	Brake
Stuhr, Weyhe	Delmenhorst
Ottersberg, Flecken	Achim
Schwanewede, Ritterhude	Osterholz-Scharmbeck
Lilienthal, Grasberg, Worpswede	Lilienthal

Begründung:

Der bisherige Mittelbereich Bremen umfasst grundsätzlich das Gebiet der Hansestadt Bremen und angrenzender Gemeinden im benachbarten Niedersachsen. Da sich dieser Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, sind die auf dem Gebiet der KVN gelegenen Gemeinden gem. § 11 Abs. 3 Satz 2 BPL-RL für den Bereich der KVN getrennt zu beplanen. Dies hat zur Folge, dass der bisherige niedersächsische Teil des HPB Bremen sich aus drei Bestandteilen zusammensetzt, die geografisch versprengt im Norden, Westen und Süden an den Grenzen der Stadt Bremen gelegen sind. Zwischen den einzelnen Teilen des niedersächsischen HPB Bremen besteht somit kein planerisch-hausärztlicher Bezug.

Die bisher zum HPB Bremen gehörenden Gemeinden und Städte werden den jeweils angrenzenden hausärztlichen Planungsbereichen, zu denen im Gegensatz zum bisherigen Zuschnitt ein geographischer Bezug besteht, zugeordnet. Die Gemeinden Berne und Lemwerder verfügen in der Patientenstruktur über Verflechtungen zum HPB Brake. Die Gemeinden Stuhr und Weyhe werden dem HPB Delmenhorst zugeordnet, weil es sich sowohl bei Delmenhorst als auch bei Stuhr und Weyhe um benachbarte charakteristische Pendlerregionen mit vergleichbaren regionalen Merkmalen handelt. Der Flecken Ottersberg ist hinsichtlich infrastruktureller Verflechtungen dem HPB Achim zuzuordnen. Die Gemeinden Schwanewede und Ritterhude werden aufgrund der gegebenen räumlichen Nähe dem HPB Osterholz-Scharmbeck zugeordnet. Aus

den bisher zum HPB Bremen gehörenden Gemeinden Lilienthal und Grasberg sowie der bisher zum HPB Osterholz-Scharmbeck gehörenden Gemeinde Worpswede wird aufgrund der erhöhten Bevölkerungszahl und geografischen Abgrenzbarkeit des Gebietes ein neuer HPB Lilienthal gebildet.

2.3.2 HPB Geesthacht

Maßnahme:

Der HPB Geesthacht wird aufgelöst. Die bisher zum HPB Geesthacht gehörenden Gemeinden werden wie folgt anderen HPB zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Drage, Marschacht, Tespe	Winsen (Luhe)

Begründung:

Der bisherige Mittelbereich Geesthacht umfasst grundsätzlich das Gebiet der Stadt Geesthacht (Schleswig-Holstein) und angrenzender Gemeinden und Städte in Schleswig-Holstein sowie drei Gemeinden im benachbarten Niedersachsen. Da sich dieser Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, sind die auf dem Gebiet der KVN gelegenen Gemeinden gem. § 11 Abs. 3 Satz 2 BPL-RL für den Bereich der KVN getrennt zu beplanen. Da die drei in Niedersachsen gelegenen Gemeinden des HPB Geesthacht durch die Elbe vom Rest des Planungsbereichs getrennt sind und für sich genommen eine zu geringe Bevölkerungsanzahl für eine eigenständige Planung aufweisen, werden sie dem benachbarten HPB Winsen (Luhe) zugeordnet.

2.3.3 HPB Sarstedt

Maßnahme:

Der HPB Sarstedt wird aufgelöst. Die bisher zum HPB Sarstedt gehörenden Städte und Gemeinden werden wie folgt anderen HPB zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Sarstedt	Hildesheim

Begründung:

Der HPB Sarstedt besteht lediglich aus dem Gebiet der Stadt Sarstedt und stellt damit sowohl hinsichtlich der Fläche als auch der Bevölkerungsanzahl (ca. 18.600 Einwohner) einen der kleinsten hausärztlichen Planungsbereiche in Niedersachsen dar. Wegen der vorhandenen starken versorgungstechnischen und infrastrukturellen Verflechtung mit dem HPB Hildesheim wird die Stadt Sarstedt diesem HPB zugeordnet.

2.3.4 HPB Bad Gandersheim

Maßnahme:

Der HPB Bad Gandersheim wird aufgelöst. Die bisher zum HPB Bad Gandersheim gehörenden Städte und Gemeinden werden wie folgt anderen HPB zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Bad Gandersheim	Einbeck

Begründung:

Zum HPB Bad Gandersheim gehörten ursprünglich die Stadt Bad Gandersheim und die Gemeinde Kreiensen. Da die Gemeinde Kreiensen mit Wirkung zum 01.01.2013 aufgelöst und in die Stadt Einbeck eingegliedert wurde, verblieb die Stadt Bad Gandersheim als alleinige Gebietskörperschaft für den HPB Bad Gandersheim. Da ein hausärztlicher Planungsbereich mit lediglich ca. 10.000 Einwohnern nicht sinnvoll zu beplanen ist, wird auch die Stadt Bad Gandersheim dem benachbarten HPB Einbeck zugeordnet.

2.4

Trennung von (Groß-)Städten und Umlandgemeinden

2.4.1 HPB Braunschweig

Maßnahme:

Die außerhalb des Gebiets der Stadt Braunschweig liegenden Gemeinden werden weitgehend aus dem HPB Braunschweig herausgelöst. Die bisher zum HPB Braunschweig gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Königslutter am Elm, Königslutter (gfr. Gebiet)	Helmstedt
Braunschweig (Stadt), Lehre, Cremlingen, Veltheim (Ohe), Sickte, Erkerode, Evessen, Dettum	Braunschweig
Vechede, Wendeburg, Schwülper, Diederse, Adenbüttel, Vordorf, Rötgesbüttel, Meine	Braunschweig-Umland

Begründung:

Der HPB Braunschweig ist bisher dadurch gekennzeichnet, dass er das Gebiet der kreisfreien Stadt Braunschweig und umliegender Gemeinden und Städte umfasst. Somit weist das Gebiet des HPB Braunschweig eine größere geografische Ausdehnung

auf als der gem. § 12 Abs. 3 BPL-RL auf das Gebiet der kreisfreien Stadt Braunschweig beschränkte Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung. Mit der Neuordnung einiger Gemeinden und Städte des HPB Braunschweig zu anderen hausärztlichen Planungsbereichen bzw. der Neubildung eines gesonderten HPB „Braunschweig–Umland“ wird das Ziel verfolgt, die in der BPL-RL grundsätzlich angestrebte kleinräumigere Planung der hausärztlichen gegenüber der fachärztlichen Versorgung für dieses Gebiet abzumildern.

Die Stadt Königslutter am Elm ist administrativ ein Bestandteil des Landkreises Helmstedt. Aufgrund der geringen Entfernung ist Königslutter auch infrastrukturell stärker mit Helmstedt verbunden. Helmstedt und Königslutter weisen als Städte im ehemaligen Zonenrandgebiet sowohl ähnliche regionale Leistungs- und Strukturmerkmale auf, welche sich von der großstädtischen Region in und um Braunschweig unterscheiden. Die Stadt Königslutter am Elm und das dazugehörige gemeindefreie Gebiet werden daher dem HPB Helmstedt zugeordnet.

Die nördlich und westlich von der Stadt Braunschweig gelegenen Gemeinden sind als ländliches Gebiet zu klassifizieren und unterscheiden sich im Hinblick auf das Merkmal der Bevölkerungsstruktur von der Stadt Braunschweig. Aus den äußeren Bereichen des nordwestlichen Umlands bestehen wesentlich kürzere, für die vertragsärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen in kleinere Zentren wie Peine oder Gifhorn, als nach Braunschweig. Die Strukturnachteile dieser Gemeinden im Vergleich zur Stadt Braunschweig begründen die Annahme, dass es bei einer gemeinsamen Planung mit dem Bereich der Stadt Braunschweig zu Verwerfungen innerhalb des Planungsbereichs kommen kann. Um hier eine ausreichende hausärztliche Versorgung sicherzustellen, werden die Gemeinden Vechelde, Wendeburg, Schwülper, Didderse, Adenbüttel, Vordorf, Rötgesbüttel und Meine aus dem HPB Braunschweig herausgelöst und zum neuen HPB Braunschweig-Umland zusammengefasst.

2.4.2 HPB Oldenburg

Maßnahme:

Die außerhalb des Gebiets der Stadt Oldenburg liegenden Gemeinden werden aus dem HPB Oldenburg herausgelöst. Die bisher zum HPB Oldenburg gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Wiefelstede	Rastede
Edewecht	Bad Zwischenahn
Oldenburg (Stadt)	Oldenburg
Hatten, Hude, Wardenburg	Hude
Großenkneten	Wildeshausen

Begründung:

Der HPB Oldenburg ist bisher dadurch gekennzeichnet, dass er das Gebiet der kreisfreien Stadt Oldenburg und umliegender Gemeinden umfasst. Somit weist das Gebiet des HPB Oldenburg eine weitaus größere geografische Ausdehnung auf als der gem. § 12 Abs. 3 BPL-RL auf das Gebiet der kreisfreien Stadt Oldenburg beschränkte Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung. Mit der Neuordnung einiger Gemeinden und Städte des HPB Oldenburg zu anderen hausärztlichen Planungsbereichen bzw. der Neubildung eines gesonderten HPB „Hude“ wird das Ziel verfolgt, die in der BPL-RL grundsätzlich angestrebte kleinräumigere Planung der hausärztlichen gegenüber der fachärztlichen Versorgung für dieses Gebiet abzumildern.

Die bisher zum HPB Oldenburg gehörende Gemeinde Wiefelstede wird aufgrund der gegebenen räumlichen Nähe dem HPB Rastede zugeordnet. Das gleich gilt für die Zuordnung der Gemeinde Edewecht zum HPB Bad Zwischenahn. Die Gemeinden Hude, Hatten und Wardenburg grenzen im Süden geografisch an die Stadt Oldenburg und werden deshalb als zusammenhängendes Gebiet zu einem eigenständigen HPB Hude zusammengefasst. Die Gemeinde Großenkneten liegt dagegen im Süden des Landkreises Oldenburg und weist stärkere Verflechtungen nach Wildeshausen auf. Sie wird deshalb dem HPB Wildeshausen zugeordnet.

2.4.3 HPB Osnabrück

Maßnahme:

Die außerhalb des Gebiets der Stadt Osnabrück liegenden Gemeinden werden weitgehend aus dem HPB Osnabrück herausgelöst. Die bisher zum HPB Osnabrück gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Osnabrück (Stadt), Hasbergen, Wallenhorst, Belm, Bissendorf	Osnabrück
Hilter am Teutoburger Wald, Dissen am Teutoburger Wald, Bad Iburg, Bad Laer Bad Rothenfelde, Glandorf	Georgsmarienhütte
Ostercappeln, Bohmte, Bad Essen	Wittlage

Begründung:

Der HPB Osnabrück ist bisher dadurch gekennzeichnet, dass er das Gebiet der kreisfreien Stadt Osnabrück sowie umliegender und zum Teil weiter entfernt liegender Gemeinden umfasst. Somit weist das Gebiet des HPB Osnabrück eine größere geografische Ausdehnung auf als der gem. § 12 Abs. 3 BPL-RL auf das Gebiet der kreisfreien Stadt Osnabrück beschränkte Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung. Mit der Neuordnung einiger Gemeinden und Städte des HPB Osnabrück

zu anderen hausärztlichen Planungsbereichen bzw. der Neubildung eines gesonder-ten HPB „Wittlage“ wird das Ziel verfolgt, die in der BPL-RL grundsätzlich angestrebte kleinräumigere Planung der hausärztlichen gegenüber der fachärztlichen Versorgung für dieses Gebiet abzumildern.

Hierzu werden die bisher zum HPB Osnabrück gehörenden Gemeinden Hilter a.T.W., Dissen a.T.W., Bad Iburg, Bad Laer, Bad Rothenfelde und Glandorf dem HPB Georgs-marienhütte zugeordnet. Diese Gemeinden liegen geografisch näher am HPB Georgs-marienhütte als an der Stadt Osnabrück, so dass sie auch planerisch dem nähergele-genen Gebiet zugeordnet werden sollten. Die Gemeinden Ostercappeln, Bohmte und Bad Essen bilden das Gebiet des Altkreises Wittlage und sind von der Stadt Osnab-rück geografisch deutlich abgegrenzt. Sie werden deshalb zu einem eigenständigen HPB Wittlage zusammengefasst.

2.4.4 HPB Göttingen

Maßnahme:

Die außerhalb des Gebiets der Stadt Göttingen liegenden Gemeinden und Städte wer-den zum Teil aus dem HPB Göttingen herausgelöst. Die bisher zum HPB Göttingen gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsberei-chen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Adelebsen	Uslar
Bühren, Niemetal, Dransfeld, Scheden, Jühnde	Hann. Münden
Göttingen (Stadt), Rosdorf, Friedland, Bovenden, Gleichen	Göttingen
Ebergötzen, Waake, Seeburg, Landolfs-hausen, Seulingen	Duderstadt

Begründung:

Der HPB Göttingen ist bisher dadurch gekennzeichnet, dass er das Gebiet der Stadt Göttingen und zum Teil weiter entfernt liegender Gemeinden umfasst. In der hausärzt-lichen Versorgung bestehen zwischen dem Stadtgebiet von Göttingen und den weiter entfernt liegenden Gemeinden des HPB so gut wie keine Verflechtungen, so dass diese Gemeinden räumlich näher gelegenen hausärztlichen Planungsbereichen zuge-ordnet werden.

Die Gemeinde Adelebsen wird deshalb dem räumlich näher gelegenen HPB Uslar zu-geordnet. Die Gemeinden Bühren, Niemetal, Scheden und Jühnde sowie die Stadt Dransfeld bilden das Gebiet der Samtgemeinde Dransfeld und waren früher Teil des Altkreises Hann. Münden. Das Gebiet der Samtgemeinde Dransfeld wird deshalb dem räumlich benachbarten HPB Hann. Münden zugeordnet. Die Gemeinden Ebergötzen,

Waake, Seeburg, Landolfshausen und Seulingen bilden das Gebiet der Samtgemeinde Radolfshausen, die räumlich durch den Roringen Berg von Göttingen getrennt ist. Die Gemeinden gehören zur historischen Landschaft „Eichsfeld“ und werden dem HPB Duderstadt zugeordnet.

2.4.5 HPB Delmenhorst

Maßnahme:

Die kreisfreie Stadt Delmenhorst wird weitgehend von den Umlandgemeinden getrennt. Die bisher zum HPB Delmenhorst gehörenden Gemeinden werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Groß Ippener, Prinzhöfte, Dünsen, Harpstedt, Winkelsett, Beckeln, Colnrade, Kirchseelte	Wildeshausen
Delmenhorst (Stadt), Ganderkesee	Delmenhorst

Begründung:

Der HPB Delmenhorst ist bisher dadurch gekennzeichnet, dass er das Gebiet der kreisfreien Stadt Delmenhorst und auch weiter entfernt liegender Gemeinden im Süden des Landkreises Oldenburg umfasst. Da die weiter entfernt gelegenen Gemeinden keinen oder nur geringen räumlichen Bezug zur Stadt Delmenhorst aufweisen, werden die bisher zum HPB Delmenhorst gehörenden Gemeinden bis auf Ganderkesee und die Stadt Delmenhorst selbst dem räumlich benachbarten HPB Wildeshausen zugeordnet.

2.4.6 HPB Wilhelmshaven

Maßnahme:

Die bisher zum HPB Wilhelmshaven gehörenden Gemeinden Friedeburg und Schortens werden aus dem hausärztlichen Planungsbereich herausgelöst. Die bisher zum HPB Wilhelmshaven gehörenden Gemeinden werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Friedeburg	Wittmund
Schortens	Jever
Wilhelmshaven (Stadt), Sande	Wilhelmshaven

Begründung:

Der HPB Wilhelmshaven setzt sich bisher aus der kreisfreien Stadt Wilhelmshaven, den Gemeinden Sande und Schortens sowie der zum Landkreis Wittmund gehörenden

Gemeinde Friedeburg zusammen. Die Bewohner von Schortens und Friedeburg weisen in der hausärztlichen Versorgung kaum Verflechtungen zu der kreisfreien Stadt Wilhelmshaven auf. Schortens wird deshalb dem benachbarten HPB Jever und Friedeburg dem benachbarten HPB Wittmund zugeordnet.

2.4.7 HPB Wolfsburg

Maßnahme:

Die bisher zum HPB Wolfsburg gehörenden Gemeinden Brome, Ehra-Lessien, Tüla, Barwedel, Bergfeld, Parsau, Jembke, Tiddische, Giebel (gfr. Gebiet), Bokensdorf, Osloß, Weyhausen, Tappenbeck, Rühren Dannendorf, Grafhorst, Velpke, Groß Twülpstedt und Bahrdorf werden aus dem hausärztlichen Planungsbereich herausgelöst. Die bisher zum HPB Wolfsburg gehörenden Gemeinden werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Wolfsburg (Stadt)	Wolfsburg
Brome, Ehra-Lessien, Tüla, Barwedel, Bergfeld, Parsau, Jembke, Tiddische, Giebel (gfr. Gebiet), Bokensdorf, Osloß, Weyhausen, Tappenbeck, Rühren Dannendorf, Grafhorst, Velpke, Groß Twülpstedt, Bahrdorf	Wolfsburg-Umland

Begründung:

Der HPB Wolfsburg setzt sich bisher aus der kreisfreien Stadt Wolfsburg und den zu den Landkreisen Gifhorn und Helmstedt gehörigen Umlandgemeinden zusammen. Somit weist das Gebiet des HPB Wolfsburg eine größere geografische Ausdehnung auf als der gem. § 12 Abs. 3 BPL-RL auf das Gebiet der kreisfreien Stadt Wolfsburg beschränkte Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung. Mit der Neuordnung der Umlandgemeinden der Stadt Wolfsburg zu einem neugebildeten HPB „Wolfsburg-Umland“ wird das Ziel verfolgt, die in der BPL-RL grundsätzlich angestrebte kleinräumigere Planung der hausärztlichen gegenüber der fachärztlichen Versorgung umzusetzen.

2.4.8 HPB Hannover

Maßnahme:

Die außerhalb des Gebiets der Landeshauptstadt Hannover liegenden Gemeinden und Städte werden aus dem HPB Hannover herausgelöst. Die bisher zum HPB Hannover gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Isernhagen	Isernhagen
Seelze	Garbsen
Hannover, Landeshauptstadt	Hannover
Pattensen, Hemmingen	Laatzen
Gehrden, Ronnenberg	Barsinghausen

Begründung:

Der HPB Hannover ist bisher dadurch gekennzeichnet, dass er das Gebiet der Landeshauptstadt Hannover und weitere Teile der Region Hannover umfasst. Somit weist das Gebiet des HPB Hannover eine größere geografische Ausdehnung auf als der gem. § 12 Abs. 3 BPL-RL auf das Gebiet der Landeshauptstadt Hannover beschränkte Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung. Mit der Neuordnung einiger Gemeinden und Städte des HPB Hannover zu anderen hausärztlichen Planungsbereichen wird das Ziel verfolgt, die in der BPL-RL grundsätzlich angestrebte kleinräumigere Planung der hausärztlichen gegenüber der fachärztlichen Versorgung für dieses Gebiet abzumildern.

Die Gemeinde Isernhagen wird deshalb einem neuen HPB Isernhagen zugeordnet. Das Gebiet der Stadt Seelze wird dem räumlich benachbarten HPB Garbsen zugeordnet. Die Städte Pattensen und Hemmingen werden dem HPB Laatzen zugeordnet. Die Städte Gehrden und Ronnenberg werden dem HPB Barsinghausen zugeordnet.

2.5

Neuzuschnitt von großflächigen Planungsbereichen

2.5.1 HPB Leer

Maßnahme:

Der HPB Leer wird in zwei eigenständige Planungsbereiche, die neuen hausärztlichen Planungsbereiche „Leer-Nord“ und „Leer-Süd“, aufgeteilt. Die bisher zum HPB Leer gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Leer (Stadt), Moormerland, Neukamperfehn, Holtland, Brinkum, Nortmoor, Hesel, Filsum, Detern, Firrel, Schwerinsdorf, Uplengen	Leer-Nord
Jemgum, Bunde, Weener, Westoverledingen, Rhauderfehn, Ostrhauderfehn	Leer-Süd

Begründung:

Der HPB Leer umfasst bisher das gesamte Gebiet des Landkreises Leer. Es handelt sich damit um einen der flächenmäßig größten Planungsbereiche in Niedersachsen. Mit der Aufteilung des bisherigen Gebietes des Planungsbereichs in zwei eigenständige hausärztliche Planungsbereiche wird eine kleinräumigere Planung in der hausärztlichen Versorgung angestrebt.

Die Aufspaltung des bisherigen Planungsbereichs wird in der Weise vorgenommen, dass die im Süden und Westen des Planungsbereichs gelegenen Gebiete des Rheiderlands und des Overledinger Lands vom bisherigen Planungsbereich getrennt und zu einem eigenständigen Planungsbereich „Leer-Süd“ zusammengefasst werden. Die hier gelegenen Gemeinden weisen in der hausärztlichen Versorgung kaum Verflechtungen zur Stadt Leer auf. Die neu gestalteten hausärztlichen Planungsbereiche im Landkreis Leer verfügen über eine ähnliche flächenmäßige Ausdehnung und Einwohnerzahl (Leer-Nord: ca. 85.000 Einwohner – Leer-Süd: ca. 75.000 Einwohner).

2.5.2 HPB Nienburg

Maßnahme:

Der HPB Nienburg wird in zwei eigenständige Planungsbereiche, die neuen hausärztlichen Planungsbereiche Stolzenau und Nienburg, aufgeteilt. Die bisher zum HPB Nienburg gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Diepenau, Warmßen, Uchte, Stolzenau, Steyerberg, Raddestorf, Leese, Rehburg-Loccum, Landesbergen, Penigsehl, Binnen, Liebenau, Estorf, Husum	Stolzenau
Wietzen, Marklohe, Nienburg (Weser), Stöckse, Steimbke, Rodewald, Heemsen, Balge, Warpe, Schweringe, Hassbergen, Bücken, Eystrup, Hoya, Hoyerhagen, Hilgermissen, Hassel (Weser), Hämelhausen, Gandesbergen, Drakenburg, Rohrsen, Linsburg	Nienburg

Begründung:

Der HPB Nienburg umfasst bisher das gesamte Gebiet des Landkreises Nienburg. Es handelt sich damit um einen der flächenmäßig größten Planungsbereiche in Niedersachsen. Mit der Aufteilung des bisherigen Gebietes des Planungsbereichs in zwei eigenständige hausärztliche Planungsbereiche wird eine kleinräumigere Planung in der hausärztlichen Versorgung angestrebt.

Die Aufteilung des bisherigen Planungsbereichs ist erforderlich, weil die im Norden und Süden des Landkreises Nienburg gelegenen Gemeinden und Städte kaum Verflechtungen in der hausärztlichen Versorgung aufweisen und der ÖPNV auch nicht auf eine entsprechende einheitliche Versorgung ausgerichtet ist. Die neu gebildeten Planungsbereiche orientieren sich an den Einzugsgebieten der Arztpraxen und den entsprechenden Patientenströme.

2.5.3 HPB Celle

Maßnahme:

Der HPB Celle wird in zwei eigenständige Planungsbereiche, die neuen hausärztlichen Planungsbereiche Celle und Celle-Nord, aufgeteilt. Die bisher zum HPB Celle gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Winsen (Aller), Wietze, Hambühren, Celle (Stadt), Adelheidsdorf, Nienhagen, Wathlingen, Bröckel, Eicklingen, Langlingen, Wienhausen, Ahnsbeck, Beedenbostel, Eldingen, Hohne, Lachendorf	Celle
Eschede, Südheide, Faßberg, Bergen (Stadt), Lohheide (gfr. Gebiet)	Celle-Nord

Begründung:

Der HPB Celle umfasst bisher das gesamte Gebiet des Landkreises Celle. Es handelt sich damit um einen der flächenmäßig größten Planungsbereiche in Niedersachsen. Mit der Aufteilung des bisherigen Gebietes des Planungsbereichs in zwei eigenständige hausärztliche Planungsbereiche wird eine kleinräumigere Planung in der hausärztlichen gegenüber der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angestrebt.

Die Aufteilung des bisherigen Planungsbereichs ist angezeigt, weil die im Norden und Süden des Landkreises Celle gelegenen Gemeinden und Städte kaum Verflechtungen in der hausärztlichen Versorgung aufweisen und der ÖPNV auch nicht auf eine entsprechende einheitliche Versorgung ausgerichtet ist. Die neu gebildeten Planungsbereiche orientieren sich an den Einzugsgebieten der Arztpraxen und den entsprechenden Patientenströmen.

2.5.4 HPB Bremerhaven

Maßnahme:

Der HPB Bremerhaven wird in zwei eigenständige Planungsbereiche, die neuen hausärztlichen Planungsbereiche Bremerhaven und Bremerhaven-Nord, aufgeteilt. Die bis-

her zum HPB Cuxhaven gehörende Gemeinde Nordholz wird dem neuen HPB Bremerhaven-Nord zugeordnet. Die bisher zum HPB Bremerhaven gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Beverstedt, Schiffdorf, Loxstedt, Hagen im Bremischen	Bremerhaven
Wurster Nordseeküste, Geestland (Stadt)	Bremerhaven-Nord

Begründung:

Der HPB Bremerhaven umfasst bisher einen Großteil des Gebietes des Landkreises Cuxhaven. Es handelt sich damit um einen der flächenmäßig größten Planungsbereiche in Niedersachsen. Mit der Aufteilung des bisherigen Gebietes des Planungsbereichs in zwei eigenständige hausärztliche Planungsbereiche wird eine kleinräumigere Planung in der hausärztlichen Versorgung angestrebt.

Die Aufteilung des bisherigen Planungsbereichs ist angezeigt, weil aufgrund einer planungsbereichsübergreifenden kommunalen Fusion in Zukunft eine Datenbeschaffung unmöglich sein wird. Durch den Zusammenschluss der Samtgemeinde Land Wursten (HPB Bremerhaven) mit der Gemeinde Nordholz (HPB Cuxhaven) zur neuen Gemeinde Wurster Nordseeküste zum 01.01.2015 bestand Handlungsbedarf zur Anpassung der hausärztlichen Planungsbereiche. Die neu gebildeten Planungsbereiche orientieren sich an den Einzugsgebieten der Arztpraxen und den entsprechenden Patientenströmen.

2.5.5 HPB Holzminden

Maßnahme:

Der HPB Holzminden wird in zwei eigenständige Planungsbereiche, die neuen hausärztlichen Planungsbereiche Holzminden und Holzminden-Nord, aufgeteilt. Die bisher zum HPB Holzminden gehörenden Gemeinden und Städte werden wie folgt hausärztlichen Planungsbereichen zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Lauenförde (Flecken), Boffzen, Boffzen (gemfr. Gebiet), Derental, Fürstenberg, Holzminden (gemfr. Gebiet), Holzminden (Stadt), Bevern (Flecken), Golmbach, Negenborn, Holenberg, Merxhausen (gemfr. Gebiet)	Holzminden
Arholzen, Bodenwerder (Stadt), Brevörde, Deensen, Dielmissen, Eimen, Eimen (gemfr. Gebiet), Eschershausen (gemfr. Gebiet), Eschershausen (Stadt),	Holzminden-Nord

Halle, Hehlen, Heinade, Heinsen, Heyen, Holzen, Kirchbrak, Lenne, Lüerdissen, Ottenstein (Flecken), Pegestorf, Polle, Stadtoldendorf (Stadt), Vahlbruch, Wangelnstedt	
---	--

Begründung:

Der HPB Holzminden umfasst bisher einen Großteil des Gebietes des Landkreises Holzminden. Mit der Aufteilung des bisherigen Gebietes des Planungsbereichs in zwei eigenständige hausärztliche Planungsbereiche wird eine kleinräumigere Planung in der hausärztlichen Versorgung angestrebt.

Die neu gebildeten Planungsbereiche orientieren sich an den Einzugsgebieten der Arztpraxen und den entsprechenden Patientenströmen. Weiterhin berücksichtigen Sie die geographischen und verkehrlichen Gegebenheiten im Landkreis Holzminden

2.6

Neuzuschnitt aufgrund von Versorgungsverflechtungen

2.6.1 HPB Harburg-Nord

Maßnahme:

Die bisher zum Gebiet des HPB Hamburg (neu: Harburg-Nord) gehörende Gemeinde Stelle wird dem HPB Winsen (Luhe) zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Stelle	Winsen (Luhe)

Begründung:

Das Gebiet der Gemeinde Stelle ist durch die Autobahn A7 räumlich vom HPB Harburg-Nord getrennt und auch sonst hinsichtlich der verkehrlichen und sozio-ökonomischen Infrastruktur nach Winsen ausgerichtet. Die Gemeinde Stelle wird deshalb dem HPB Winsen (Luhe) zugeordnet.

2.6.2 HPB Hildesheim

Maßnahme:

Die bisher zum Gebiet des HPB Hildesheim gehörende Stadt Elze wird dem HPB Alfeld (Leine) zugeordnet:

Gemeinde	Hausärztlicher Planungsbereich
Elze	Alfeld (Leine)

Begründung:

Das Gebiet der Stadt Elze ist hinsichtlich der verkehrlichen und sozio-ökonomischen Infrastruktur und der Patientenströme nach Alfeld (Leine) ausgerichtet. Die Stadt Elze wird deshalb dem HPB Alfeld (Leine) zugeordnet.

2.6.3 HPB Brake

Maßnahme:

Die bisher zum Gebiet des HPB Brake gehörende Gemeinde Stadland wird dem HPB Nordenham zugeordnet:

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Stadland	Nordenham

Begründung:

Das Gebiet der Gemeinde Stadland ist hinsichtlich der verkehrlichen und sozio-ökonomischen Infrastruktur sowie der Patientenströme nach Nordenham ausgerichtet. Die Gemeinde Stadland wird deshalb dem HPB Nordenham zugeordnet.

2.7

Neuzuschnitt und Neubildung von Planungsbereichen aus sonstigen Gründen

2.7.1 HPB Ostfriesische Inseln

Maßnahme:

Die ostfriesischen Inseln in Niedersachsen werden aus den bisherigen hausärztlichen Planungsbereichen herausgenommen und es wird ein neuer hausärztlicher Planungsbereich „Ostfriesische Inseln“ - bestehend aus den Inseln Borkum, Baltrum, Juist, Norderney, Langeoog, Spiekeroog und Wangerooge – gebildet.

Begründung:

Die ostfriesischen Inseln sind derzeit durch die in der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgegebene Zuordnung zu Mittelbereichen den folgenden hausärztlichen Planungsbereichen auf dem Festland zugeordnet:

Insel	Bisheriger HPB
Borkum	Emden
Baltrum, Juist, Norderney	Norden
Wangerooge	Jever
Langeoog, Spiekeroog	Wittmund

Neubildung:

Insel	Hausärztlicher Planungsbereich
Borkum, Baltrum, Juist, Norderney, Wangerooge, Langeoog, Spiekeroog	Ostfriesische Inseln

Die Zuordnung der Inseln zu Planungsbereichen auf dem Festland führt zu einer Verzerrung der Versorgungsrealität: Die Insel-Hausärzte versorgen nicht die Bewohner des Festlands und umgekehrt werden die Inselbewohner nicht von den Hausärzten auf dem Festland versorgt.

Die Inseln und das Festland sind deshalb als für sich unabhängige Versorgungseinheiten zu betrachten. Da es nicht zielführend ist, jede Insel als eigenen Planungsbereich zu betrachten, wird im Rahmen eines Kompromisses festgelegt, dass alle Inseln zusammen einen hausärztlichen Planungsbereich bilden. Damit wird erreicht, dass die Planungsbereiche auf dem Festland in der Bedarfsplanung nicht mehr durch das Hinzuzählen der auf den Inseln tätigen Ärztinnen und Ärzte verzerrt dargestellt werden. Bei den einzelnen Inseln ist es darüber hinaus unabhängig von der Bedarfsplanung erforderlich, dass auf jeder bewohnten Insel mindestens zwei Hausärzte tätig sein sollten.

2.7.2 HPB Soltau

Maßnahme:

Die bisher dem HPB Soltau zugeordneten Gemeinden Bispingen und Wietzendorf werden dem HPB Munster zugeordnet.

Gemeinden	Hausärztlicher Planungsbereich
Wietzendorf, Bispingen	HPB Munster

Begründung:

Beim HPB Munster handelt es sich um einen der hausärztlichen Planungsbereiche mit der geringsten Einwohnerzahl in Niedersachsen. Zudem ist in Munster ein großer Truppenübungsplatz der Bundeswehr angesiedelt. Daher umfasst die Einwohnerzahl zu einem erheblichen Teil Personen, die Angehörige und/oder Familienangehörige der Bundeswehr sind. Diese Personen benötigen das Angebot der vertragsärztlichen Versorgung zum Teil nicht, da sie Anspruch auf die medizinische Versorgung durch Bundeswehrärzte haben.

Um diese Verzerrungen des Planungsbereichs auszugleichen, wird der HPB Munster um die benachbarten Gemeinden Wietzendorf und Bispingen aus dem HPB Soltau vergrößert.

2.7.3 Zusammenlegung der Planungsbereiche Lüchow-Dannenberg und Uelzen in der Dermatologie

Maßnahme:

Die bisherigen Planungsbereiche Landkreis Lüchow-Dannenberg und Landkreis Uelzen werden für den Bereich der Dermatologie zum neuen Planungsbereich „Uelzen / Lüchow-Dannenberg“ zusammengelegt.

Landkreise	Planungsbereich
Uelzen, Lüchow-Dannenberg	PB Uelzen / Lüchow-Dannenberg

Begründung:

Der Planungsbereich Landkreis Lüchow-Dannenberg ist im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung mit ca. 49.000 Einwohnern von der Bevölkerungszahl her der kleinste Planungsbereich Deutschlands. Er gehört damit zu den am dünnsten besiedelten Landkreisen im Bundesgebiet. Im Landkreis Lüchow-Dannenberg ist seit Anfang 2019 kein einziger Dermatologe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit einem Versorgungsgrad von 0 Prozent besteht seitdem eine Unterversorgungsfeststellung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen.

Trotz fortlaufendem Angebot eines Investitionskotenzuschusses in Höhe von 75.000 € bei Aufnahme einer Praxistätigkeit und einer zusätzlichen Umsatzgarantie in Höhe des Fachgruppenschmitts für die ersten zwei Jahre nach einer Niederlassung konnte kein Dermatologe zu einer Niederlassung bewegt werden. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass der Betrieb einer dermatologischen Praxis in diesem Planungsbereich mit einer solch geringen Einwohnerzahl wirtschaftlich nicht darstellbar ist.

Die Einwohner des Landkreises Lüchow-Dannenberg werden inzwischen schwerpunktmäßig von den dermatologischen Praxen im angrenzenden Landkreis Uelzen versorgt. Um diese tatsächliche Versorgungsrealität auch in der Bedarfsplanung abzubilden, werden die Planungsbereiche Lüchow-Dannenberg und Uelzen in der Dermatologie deshalb zum Planungsbereich „Uelzen / Lüchow-Dannenberg“ zusammengelegt. Die KVN wird weiterhin gesonderte Förderungen für eine Niederlassung von Dermatologen im Landkreis Lüchow-Dannenberg ausloben, solange dort kein Dermatologe tätig ist.

Abschnitt 3

Anlagen

3.1 Planungsblätter

Planungsblätter für die Erstellung des Bedarfsplans und die Feststellungen zum Stand der Bedarfsplanung (= Fortschreibung):

1. Anlage 2.2 BPL-RL 2012
2. Anlage 2.4 BPL-RL 2012
3. Anlage 2.3 BPL-RL 2012 (ausschließlich für die Erstellung des Bedarfsplans)
4. Anlage 2.5 BPL-RL 2012
5. Anlage 2.6 BPL-RL 2012

3.2 Abweichende Zuordnungen und Verteilungsfaktoren

1. **Anlage 1:** Abweichende Zuordnungen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3 BPL-RL
- 2.

3.3 Tabellarische Übersichten Barrierefreiheit

1. **Anlage 2:** Tabellarische Übersichten Barrierefreiheit

Anlage 1: Abweichende Zuordnungen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3 BPL-RL

Planungsbereich	abweichender Kreistyp
Göttingen (alt)	2
Osterode am Harz (alt)	5

Anlage 2: Tabellarische Übersichten Barrierefreiheit (Stand 2020)

Fachgruppe	Anzahl Praxen (Betriebsstätten)	Anzahl barrierefreie Praxen (in Bezug auf den weitgehend barrierefreien Zugang und die Praxisräume)	Prozentualer Anteil barrierefreier Praxen (in Bezug auf den weitgehend barrierefreien Zugang und die Praxisräume)	Anzahl barrierefreie Praxen (in Bezug auf den uneingeschränkt barrierefreien Zugang und die Praxisräume)	Prozentualer Anteil barrierefreier Praxen (in Bezug auf den uneingeschränkt barrierefreien Zugang und die Praxisräume)
Hausärzte	3153	409	13,0	883	28,0
Augenärzte	259	38	14,7	52	20,1
Chirurgen und Orthopäden	766	69	9,0	198	25,8
Frauenärzte	730	93	12,7	163	22,3
Hautärzte	208	39	18,8	46	22,1
HNO-Ärzte	272	31	11,4	90	33,1
Nervenärzte	373	32	8,6	79	21,2
Kinder- und Jugendärzte	341	49	14,4	92	27,0
Psychotherapeuten	2534	225	8,9	167	6,6
Urologen	179	15	8,4	56	31,3
Anästhesisten	207	5	2,4	29	14,0
Radiologen	114	9	7,9	22	19,3
Fachinternisten	657	176	26,8	229	34,9
Kinder- und Jugendpsychiater	91	10	11,0	28	30,8
Humangenetiker	6	0	0,0	0	0,0
Laborärzte	26	1	3,8	1	3,8
Neurochirurgen	43	4	9,3	11	25,6
Nuklearmediziner	23	6	26,1	11	47,8
Pathologen	26	0	0,0	1	3,8
Phsyikal.-Rehab.-Mediziner	17	0	0,0	5	29,4
Strahlentherapeuten	10	1	10,0	8	80,0
Transfusionsmediziner	0	0	0,0	0	0,0
Gesamt:	10.035	1.212	12,1	2.171	21,6