



Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Aktualisierung des Morbiditätsfaktors und Anpassung der
Kreistypisierung wie auch deren Methodik

Vom 16. Januar 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Zu § 11 bis 14 und zu § 65	2
2.2	Zu Anlage 3.2	2
2.3	Zu Anlage 4	2
2.4	Anlage 6.....	3
3.	Bürokratiekostenermittlung	3
4.	Verfahrensablauf	4
5.	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens.....	5
5.1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	5
5.2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	5
5.3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	5
5.4	Eingegangene Stellungnahmen	5
5.5	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren	6
5.6	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	25
5.7	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	29
5.8	Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen.....	34
5.9	Mündliche Stellungnahmen	38

1. Rechtsgrundlage

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und 101 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist beauftragt, die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Zu § 11 bis 14 und zu § 65

Die Ausweisung neuer aktualisierter allgemeiner Verhältniszahlen für alle Arztgruppen sowie aktualisierter regionaler Verteilungsfaktoren für alle Planungsbereiche der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Wirkung zum 01.07.2025 erfolgt aufgrund der in § 9 Absatz 14 Bedarfsplanungs-Richtlinie verordneten Regelung. So erfolgt die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in zwei Schritten. Zur Ermittlung der allgemeinen Verhältniszahlen werden die Basis-Verhältniszahlen im ersten Schritt entsprechend des § 9 Absatz 4 bis 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie im Zweijahresturnus an die Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesweiten Bevölkerung im Zeitverlauf angepasst. Weiterhin werden die Basis-Verhältniszahlen im ersten Schritt im Sechsjahresturnus an den Behandlungsaufwand der acht Alters- und Geschlechtsgruppen innerhalb einer Arztgruppe angepasst.

Für den zweiten Berechnungsschritt des Morbiditätsfaktors bzw. zur Ermittlung der neuen regionalen Verhältniszahlen, werden entsprechend des § 9 Absatz 8 bis 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie im Zweijahresturnus die Abweichungen der aktuellen, regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt und darüber hinaus im Sechsjahresturnus der regionale Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe aktualisiert.

2.2 Zu Anlage 3.2

Die Typisierung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen in Anlage 3.2 wird auf Basis der aktuell vorliegenden räumlichen Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) nach den Vorgaben in Anlage 6 aktualisiert und bildet somit den aktuellen Stand der demografischen und siedlungsstrukturellen Entwicklung ab.

2.3 Zu Anlage 4

Turnusmäßig wurden für die Berechnung der allgemeinen Verhältniszahl die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A – alle zwei Jahre) nach Anlage 4.1.1.b und die Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht (LBF-AG – alle sechs Jahre) nach Anlage 4.1.2 aktualisiert.

Zur Berechnung der regionalen Verhältniszahl unter Berücksichtigung der lokalen Morbidität wurden die bundesweiten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-B – alle zwei Jahre) nach Anlage 4.2.1.a, die Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM – alle sechs Jahre) nach Anlage 4.2.2 sowie die regionalen Verteilungsfaktoren nach Anlage 4.2.3 unter Berücksichtigung aktualisierter regionaler Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-Reg – alle zwei Jahre) nach Anlage 4.2.1.b aktualisiert.

Für die Berechnung der bundesweiten und regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren AGMF-B und AGMF-Reg und der Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) zur Bestimmung der regionalen Verteilungsfaktoren nach Anlage 4.2.3 wird einheitlich die Liste des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zum Ausgleichsjahr 2024 unter Berücksichtigung der ICD-Codes nach ICD-10-GM 2023 für weitere sechs Jahre verwendet. Im Rahmen des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts wurde das Bundesversicherungsamt, dessen Daten zuvor die Datenbasis bildeten, zum 1. Januar 2020 in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) umbenannt. Im Zuge der Umbenennung und des neuen Aktualisierungszeitraums wurden in Anlage 4 entsprechend Änderungen in einer Fußnote und mit Blick auf die neuen Bezugsjahre in den Formeln und Fußnoten vorgenommen.

Mit der Änderung der Datengrundlage stellt der Gemeinsame Bundesausschuss sicher, dass die Erfassung multimorbider Patienten auf Grundlage der Abrechnungsdaten vollumfänglicher erfolgt, da es in den vergangenen Jahren zu Anpassungen am ICD-10 Verzeichnis gekommen ist. An einer Einteilung in 16 Morbiditätsgruppen und der Einstufung eines Patienten als erhöht morbide, wenn dieser in einem Jahr mindestens sechs Krankheiten der Liste des Bundesamtes für Soziale Sicherung aufweist, wurde weiterhin festgehalten.

2.4 Anlage 6

In Anlage 6 wurde der Aktualisierungszyklus angepasst, so dass künftig die Aktualisierung des Morbiditätsfaktors und der Kreistypen zeitlich zusammenfallen. Weiterhin wird erläutert, aus welchen Gründen bestimmte Kreise/Kreisregionen in Anlage 3.2 gesondert gekennzeichnet werden. Es handelt sich um solche Regionen, bei denen es bei bereits geringfügigen siedlungsstrukturellen Änderungen zu Umtypisierungen kommen kann. Aus Gründen eines stabilen Planungshorizonts sollen die Landesausschüsse ein besonderes Augenmerk auf solche Regionen richten, sofern sich im Zuge einer Aktualisierung Änderungen ergeben. An den Typisierungsvorgaben für Mischkreise (Kreise, deren Gemeinden mehr als zwei unterschiedliche Typen aufweisen), werden auf Basis der Bundesarztregisterstatistik nunmehr neben der Arztgruppe der Psychotherapeuten für die Berechnung des bundesweiten Verhältnisses der Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 dieser Richtlinie auch die Kinder- und Jugendärzte nicht mit einbezogen. Für diese Arztgruppe gilt im Zuge von Verhältniszahlanpassungen bei den Kinder- und Jugendärzten mit Vereinheitlichung des Versorgungsniveaus in den Typen 2 bis 6 (Beschluss des G-BA vom 16.05.2019) kein differenziertes Mitversorgungskonzept mehr. Der Einbezug dieser Gruppe würde daher zu Verzerrungen bei der Ermittlung des durchschnittlichen typenbezogenen Versorgungsniveaus führen. Weiterhin wurden einige redaktionelle Änderungen vorgenommen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. **Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.10.2024	UA BPL	Beauftragung der AG BPL-RL Neuregelungen
23.10.2024	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V
11.12.2024	UA BPL	Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
16.01.2025	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie Aktualisierung des Morbiditätsfaktors und Anpassung der Kreistypisierung wie auch deren Methodik

Berlin, den 16. Januar 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

5. Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

5.1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA BPL hat in seiner Sitzung am 23. Oktober 2024 den in Kapitel 5.4 aufgeführten Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Institutionen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V),
- Bundespsychotherapeutenkammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V),
- der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (gemäß § 91 Absatz 5a SGB V).

5.2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA BPL beschloss in seiner Sitzung am 23. Oktober 2024 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 24. Oktober 2024 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

5.3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

5.4 Eingegangene Stellungnahmen

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer	21.11.2024	Verzicht
Bundespsychotherapeutenkammer	21.11.2024	
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	14.11.2024	Verzicht

5.5 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 23.10.2024

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Aktualisierung des Morbiditätsfaktors und Anpassung der
Kreistypisierung wie auch deren Methodik

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung vom 20. Dezember 2012 (BAnz AT 31.12.2012 B7), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. In § 11 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1 616“ durch die Angabe „1 633“ ersetzt
 2. In § 12 Absatz 4 Satz 1 wird die Tabelle wie folgt gefasst:

”

	Typ 1 (stark mitversorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend)	Typ 3 (stark mit- versorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigenversorgt)	Typ 6 (polyzentrischer Verflechtungsraum)
Augenärzte	12 703	19 179	23 446	21 001	19 591	19 379
Chirurgen und Orthopäden	9 145	14 123	17 003	16 034	14 753	13 577
Frauenärzte	3 828	5 762	6 774	6 533	6 196	5 696
Hautärzte	21 238	34 940	41 904	41 027	39 185	34 971
HNO-Ärzte	17 390	26 508	33 914	32 538	31 256	24 925
Nervenärzte	13 578	20 802	25 000	23 777	22 512	20 386
Psycho- therapeuten	3 155	5 287	6 354	6 044	5 722	5 182
Urologen	26 734	42 435	49 612	46 540	44 302	34 938
Kinder- und Jugendärzte	2 043	2 862	2 862	2 862	2 862	2 862

- “
3. In § 13 Absatz 4 wird die Angabe „46 093“ durch die Angabe „46 347“, die Angabe „48 801“ durch die Angabe „49 062“, die Angabe „14 507“ durch die Angabe „14 689“ und die Angabe „15 211“ durch die Angabe „15 209“ ersetzt.

4. In § 14 Absatz 4 wird die Angabe „562 623“ durch die Angabe „559 088“, die Angabe „92 218“ durch die Angabe „92 605“, die Angabe „144 183“ durch die Angabe „145 316“, die Angabe „106 128“ durch die Angabe „106 666“, die Angabe „108 909“ durch die Angabe „109 210“, die Angabe „153 267“ durch die Angabe „154 093“, die Angabe „152 321“ durch die Angabe „152 891“ und die Angabe „1 200 078“ durch die Angabe „1 209 737“ ersetzt.
5. In § 65 Satz 1 wird die Tabelle wie folgt gefasst:

Jahre	Allgemeine Verhältniszahl
2018 und 2019	1 926
2020 und 2021	1 827
2022 und 2023	1 789
2024 und 2025	1 759
2026 und 2027	1 710

6. Die Anlage 3.2 wird wie folgt gefasst:

„Anlage 3.2 Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3 dieser Richtlinie (Gebietsstand: 31. Dezember 2022)

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
KV Schleswig-Holstein				
010020	Kiel, Landeshauptstadt	1	0	
010030	Lübeck, Hansestadt	1	0	
010510	Dithmarschen	5	0	
010530	Herzogtum Lauenburg	3	0	
010540	Nordfriesland	5	0	
010550	Ostholstein	4	0	
010560	Pinneberg	3	0	
010570	Plön	4	0	
010580	Rendsburg-Eckernförde/Neumünster	4	1	
010590	Schleswig-Flensburg/Flensburg	5	1	
010600	Segeberg	4	0	
010610	Steinburg	4	0	
010620	Stormarn	3	0	
KV Hamburg				
020000	Hamburg, Freie und Hansestadt	1	0	
KV Bremen				
040110	Bremen, Stadt	1	0	
040120	Bremerhaven, Stadt	1	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
KV Niedersachsen				

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
031010	Braunschweig, Stadt	1	0	
031020	Salzgitter, Stadt	1	0	
031030	Wolfsburg, Stadt	1	0	
031510	Gifhorn	3	0	
031530	Goslar	4	0	
031540	Helmstedt	3	0	
031550	Northeim	4	0	
031570	Peine	3	0	
031580	Wolfenbüttel	3	0	
031590	Göttingen	5	0	
032410	Region Hannover	5	0	
032510	Diepholz/Delmenhorst	4	1	
032520	Hamelnd-Pyrmont	4	0	
032540	Hildesheim	5	0	
032550	Holzminden	5	0	
032560	Nienburg (Weser)	4	0	**
032570	Schaumburg	4	0	
033510	Celle	4	0	
033520	Cuxhaven	3	0	
033530	Harburg	3	0	
033540	Lüchow-Dannenberg	5	0	
033550	Lüneburg	4	0	exkl. Amt Neuhaus
033560	Osterholz	3	0	
033570	Rotenburg (Wümme)	4	0	
033580	Heidekreis	5	0	
033590	Stade	4	0	
033600	Uelzen	5	0	
033610	Verden	4	0	
034030	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	1	0	
034040	Osnabrück, Stadt	1	0	
034510	Ammerland	3	0	
034520	Aurich/Emden	5	1	
034530	Cloppenburg	5	0	
034540	Emsland	5	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
034550	Friesland/Wilhelmshaven	5	1	
034560	Grafschaft Bentheim	5	0	
034570	Leer	5	0	
034580	Oldenburg (Oldenburg)	3	0	
034590	Osnabrück	4	0	
034600	Vechta	5	0	
034610	Wesermarsch	4	0	
034620	Wittmund	5	0	
KV Westfalen-Lippe				
055120	Bottrop, Stadt	6	0	
055130	Gelsenkirchen, Stadt	6	0	
055150	Münster, Stadt	1	0	
055540	Borken	5	0	
055580	Coesfeld	4	0	
055620	Recklinghausen	6	0	
055660	Steinfurt	4	0	
055700	Warendorf	5	0	**
057110	Bielefeld, Stadt	1	0	
057540	Gütersloh	4	0	
057580	Herford	4	0	
057620	Höxter	5	0	
057660	Lippe	4	0	
057700	Minden-Lübbecke	5	0	
057740	Paderborn	5	0	
059110	Bochum, Stadt	6	0	
059130	Dortmund, Stadt	6	0	
059140	Hagen, Stadt	6	0	
059150	Hamm, Stadt	6	0	
059160	Herne, Stadt	6	0	
059540	Ennepe-Ruhr-Kreis	6	0	
059580	Hochsauerlandkreis	5	0	
059620	Märkischer Kreis	4	0	
059660	Olpe	5	0	
059700	Siegen-Wittgenstein	5	0	
059740	Soest	5	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
059780	Unna	6	0	
KV Nordrhein				
051110	Düsseldorf, Stadt	1	0	
051120	Duisburg, Stadt	6	0	
051130	Essen, Stadt	6	0	
051140	Krefeld, Stadt	1	0	
051160	Mönchengladbach, Stadt	1	0	
051170	Mülheim an der Ruhr, Stadt	6	0	
051190	Oberhausen, Stadt	6	0	
051200	Remscheid, Stadt	2	0	
051220	Solingen, Stadt	2	0	
051240	Wuppertal, Stadt	2	0	
051540	Kleve	5	0	
051580	Mettmann	2	0	
051620	Rhein-Kreis Neuss	2	0	
051660	Viersen	2	0	
051700	Wesel	6	0	
053140	Bonn, Stadt	1	0	
053150	Köln, Stadt	1	0	
053160	Leverkusen, Stadt	2	0	
053340	Städteregion Aachen	5	0	
053580	Düren	4	0	
053620	Rhein-Erft-Kreis	2	0	
053660	Euskirchen	4	0	
053700	Heinsberg	4	0	
053740	Oberbergischer Kreis	5	0	
053780	Rheinisch-Bergischer Kreis	3	0	**
053820	Rhein-Sieg-Kreis	3	0	
KV Hessen				
064110	Darmstadt, Stadt	1	0	
064120	Frankfurt am Main, Stadt	1	0	
064130	Offenbach am Main, Stadt	2	0	
064140	Wiesbaden, Landeshauptstadt	1	0	
064310	Bergstraße	3	0	
064320	Darmstadt-Dieburg	3	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
064330	Groß-Gerau	2	0	
064340	Hochtaunuskreis	2	0	
064350	Main-Kinzig-Kreis	4	0	
064360	Main-Taunus-Kreis	2	0	
064370	Odenwaldkreis	5	0	**
064380	Offenbach	2	0	
064390	Rheingau-Taunus-Kreis	3	0	
064400	Wetteraukreis	4	0	
065310	Gießen	5	0	
065320	Lahn-Dill-Kreis	5	0	
065330	Limburg-Weilburg	4	0	
065340	Marburg-Biedenkopf	5	0	
065350	Vogelsbergkreis	5	0	
066110	Kassel, Stadt	1	0	
066310	Fulda	5	0	
066320	Hersfeld-Rotenburg	5	0	
066330	Kassel	3	0	
066340	Schwalm-Eder-Kreis	4	0	
066350	Waldeck-Frankenberg	5	0	
066360	Werra-Meißner-Kreis	5	0	
KV Rheinland-Pfalz				
071110	Koblenz, Stadt	1	0	
071310	Ahrweiler	4	0	
071320	Altenkirchen (Westerwald)	5	0	
071330	Bad Kreuznach	4	0	
071340	Birkenfeld	5	0	
071350	Cochem-Zell	4	0	
071370	Mayen-Koblenz	4	0	
071380	Neuwied	4	0	
071400	Rhein-Hunsrück-Kreis	4	0	
071410	Rhein-Lahn-Kreis	4	0	
071430	Westerwaldkreis	5	0	
072110	Trier, Stadt	1	0	
072310	Berncastel-Wittlich	5	0	
072320	Eifelkreis Bitburg-Prüm	5	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
072330	Vulkaneifel	5	0	
072350	Trier-Saarburg	3	0	
073140	Ludwigshafen am Rhein, Stadt	1	0	
073150	Mainz, Stadt	1	0	
073310	Alzey-Worms/Worms	3	1	
073320	Bad Dürkheim/Neustadt	4	1	
073330	Donnersbergkreis	4	0	
073340	Germersheim	4	0	
073350	Kreis u. Stadt Kaiserslautern	5	1	
073360	Kusel	5	0	
073370	Südliche Weinstraße/Landau	4	1	
073380	Rhein-Pfalz-Kreis/Frankenthal/Speyer	3	1	**
073390	Mainz-Bingen	3	0	
073400	Südwestpfalz/Pirmasens/Zweibrücken	5	1	
KV Baden-Württemberg				
081110	Stuttgart, Landeshauptstadt	1	0	
081150	Böblingen	3	0	
081160	Esslingen	4	0	
081170	Göppingen	5	0	
081180	Ludwigsburg	2	0	
081190	Rems-Murr-Kreis	3	0	
081210	Heilbronn, Stadt	1	0	
081250	Heilbronn	3	0	
081260	Hohenlohekreis	5	0	
081270	Schwäbisch Hall	5	0	
081280	Main-Tauber-Kreis	5	0	
081350	Heidenheim	5	0	
081360	Ostalbkreis	5	0	
082120	Karlsruhe, Stadt	1	0	
082150	Karlsruhe	3	0	**
082160	Rastatt/Baden-Baden	5	1	
082210	Heidelberg, Stadt	1	0	
082220	Mannheim, Universitätsstadt	1	0	
082250	Neckar-Odenwald-Kreis	5	0	
082260	Rhein-Neckar-Kreis	4	0	**

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
082310	Pforzheim, Stadt	1	0	
082350	Calw	4	0	
082360	Enzkreis	3	0	
082370	Freudenstadt	5	0	
083110	Freiburg im Breisgau, Stadt	1	0	
083150	Breisgau-Hochschwarzwald	3	0	**
083160	Emmendingen	4	0	
083170	Ortenaukreis	5	0	
083250	Rottweil	5	0	
083260	Schwarzwald-Baar-Kreis	5	0	
083270	Tuttlingen	5	0	
083350	Konstanz	5	0	
083360	Lörrach	5	0	
083370	Waldshut	5	0	
084150	Reutlingen	5	0	
084160	Tübingen	3	0	
084170	Zollernalbkreis	5	0	
084210	Ulm, Universitätsstadt	1	0	
084250	Alb-Donau-Kreis	4	0	**
084260	Biberach	5	0	
084350	Bodenseekreis	5	0	
084360	Ravensburg	5	0	
084370	Sigmaringen	5	0	
KV Bayerns				
091610	Ingolstadt, Stadt	1	0	
091620	München, Landeshauptstadt	1	0	
091710	Altötting	5	0	
091720	Berchtesgadener Land	5	0	
091730	Bad Tölz-Wolfratshausen	4	0	
091740	Dachau	3	0	
091750	Ebersberg	3	0	
091760	Eichstätt	3	0	
091770	Erding	3	0	
091780	Freising	3	0	
091790	Fürstenfeldbruck	2	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
091800	Garmisch-Partenkirchen	5	0	
091810	Landsberg a. Lech	4	0	
091820	Miesbach	4	0	
091830	Mühdorf a. Inn	5	0	
091840	München	2	0	
091850	Neuburg-Schrobenhausen	4	0	
091860	Pfaffenhofen a.d. Ilm	3	0	
091870	Kreis u. Stadt Rosenheim	5	1	
091880	Starnberg	3	0	
091890	Traunstein	5	0	
091900	Weilheim-Schongau	5	0	
092710	Deggendorf	5	0	
092720	Freyung-Grafenau	5	0	
092730	Kelheim	4	0	
092740	Kreis u. Stadt Landshut	5	1	
092750	Kreis u. Stadt Passau	5	1	
092760	Regen	5	0	
092770	Rottal-Inn	5	0	
092780	Straubing-Bogen/Straubing	5	1	
092790	Dingolfing-Landau	5	0	
093620	Regensburg, Stadt	1	0	
093710	Amberg-Sulzbach/Amberg	5	1	
093720	Cham	5	0	
093730	Neumarkt i.d. Opf.	4	0	
093740	Neustadt a.d. Waldnaab/Weiden	5	1	
093750	Regensburg	3	0	
093760	Schwandorf	5	0	
093770	Tirschenreuth	5	0	
094710	Kreis u. Stadt Bamberg	5	1	
094720	Kreis u. Stadt Bayreuth	5	1	
094730	Kreis u. Stadt Coburg	5	1	
094740	Forchheim	3	0	
094750	Kreis u. Stadt Hof	5	1	
094760	Kronach	5	0	
094770	Kulmbach	5	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
094780	Lichtenfels	5	0	
094790	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	5	0	
095620	Erlangen, Stadt	2	0	
095630	Fürth, Stadt	2	0	
095640	Nürnberg, Stadt	1	0	
095710	Kreis u. Stadt Ansbach	5	1	
095720	Erlangen-Höchstadt	3	0	
095730	Fürth	3	0	**
095740	Nürnberger Land	3	0	
095750	Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim	4	0	
095760	Roth/Schwabach	4	1	
095770	Weißenburg-Gunzenhausen	5	0	
096630	Würzburg, Stadt	1	0	
096710	Kreis u. Stadt Aschaffenburg	3	1	
096720	Bad Kissingen	5	0	
096730	Rhön-Grabfeld	5	0	
096740	Haßberge	5	0	
096750	Kitzingen	4	0	
096760	Miltenberg	4	0	
096770	Main-Spessart	5	0	**
096780	Kreis und Stadt Schweinfurt	5	1	
096790	Würzburg	3	0	
097610	Augsburg, Stadt	1	0	
097710	Aichach-Friedberg	3	0	
097720	Augsburg	4	0	
097730	Dillingen a.d. Donau	5	0	
097740	Günzburg	5	0	
097750	Neu-Ulm	4	0	
097760	Lindau (Bodensee)	5	0	
097770	Ostallgäu/Kaufbeuren	5	1	
097780	Unterallgäu/Memmingen	5	1	
097790	Donau-Ries	5	0	
097800	Oberallgäu/Kempton	5	1	
KV Berlin				
110000	Berlin, Stadt	1	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
KV Saarland				
100410	Regionalverband Saarbrücken	1	0	
100420	Merzig-Wadern	5	0	
100430	Neunkirchen	4	0	
100440	Saarlouis	4	0	
100450	Saar-Pfalz-Kreis	4	0	
100460	Sankt Wendel	4	0	
KV Mecklenburg-Vorpommern				
130030	Rostock, Hansestadt	1	0	
130710	Mecklenburgische Seenplatte	5	0	
130720	Landkreis Rostock	4	0	
130730	Vorpommern-Rügen	5	0	
130740	Nordwestmecklenburg/Schwerin	5	1	
130750	Vorpommern-Greifswald	5	0	
130760	Ludwigslust-Parchim	5	0	inkl. Amt Neuhaus
KV Brandenburg				
120540	Potsdam, Stadt	1	0	
120600	Barnim	4	0	
120610	Dahme-Spreewald	4	0	
120620	Elbe-Elster	5	0	
120630	Havelland	4	0	
120640	Märkisch-Oderland	5	0	
120650	Oberhavel	3	0	
120660	Oberspreewald-Lausitz	5	0	
120670	Oder-Spree/Frankfurt	5	1	
120680	Ostprignitz-Ruppin	5	0	
120690	Potsdam-Mittelmark/Brandenburg	4	1	
120700	Prignitz	5	0	
120710	Spree-Neiße/Cottbus	5	1	
120720	Teltow-Fläming	4	0	
120730	Uckermark	5	0	
KV Sachsen-Anhalt				
150020	Halle (Saale), Stadt	1	0	
150030	Magdeburg, Landeshauptstadt	1	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
150810	Altmarkkreis Salzwedel	5	0	
150820	Anhalt-Bitterfeld/Dessau-Roßlau	5	1	
150830	Börde	4	0	
150840	Burgenlandkreis	5	0	
150850	Harz	5	0	
150860	Jerichower Land	4	0	
150870	Mansfeld-Südharz	5	0	
150880	Saalekreis	3	0	
150890	Salzlandkreis	5	0	
150900	Stendal	5	0	
150910	Wittenberg	5	0	
KV Thüringen				
160510	Erfurt, Stadt	1	0	
160530	Jena, Stadt	1	0	
160610	Eichsfeld	5	0	
160620	Nordhausen	5	0	
160630	Wartburgkreis	5	1	
160640	Unstrut-Hainich-Kreis	5	0	
160650	Kyffhäuserkreis	5	0	
160660	Schmalkalden-Meiningen/Suhl	5	1	
160670	Gotha	5	0	
160680	Sömmerda	4	0	
160690	Hildburghausen	5	0	
160700	Ilm-Kreis	4	0	
160710	Weimarer Land/Weimar	4	1	
160720	Sonneberg	5	0	
160730	Saalfeld-Rudolstadt	5	0	
160740	Saale-Holzland-Kreis	4	0	
160750	Saale-Orla-Kreis	5	0	
160760	Greiz/Gera	5	1	
160770	Altenburger Land	5	0	
KV Sachsen				
145110	Chemnitz, Stadt	1	0	
145210	Erzgebirgskreis	5	0	
145220	Mittelsachsen	5	0	

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
145230	Vogtlandkreis	5	0	
145240	Zwickau	5	0	
146120	Dresden, Stadt	1	0	
146250	Bautzen	5	0	
146260	Görlitz	5	0	
146270	Meißen	4	0	
146280	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	4	0	
147130	Leipzig, Stadt	1	0	
147290	Leipzig	4	0	
147300	Nordsachsen	4	0	

* (1=ja) (0=nein)

** Die Bestimmung des Typs reagiert mit hoher Sensitivität auf siedlungsstrukturelle und/oder demografische Veränderungen“

7. Die Anlage 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Anlage 4.1.1 wird Abschnitt „b) Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A) wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Die AGF-A ergeben sich auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Einwohner Alters- und Geschlechtergruppe 2023}}{\text{Einwohner 2023}}$$

- ab) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Für den Zeitraum 1. Juli 2025 bis 30. Juni 2027 gelten folgende AGF-A:

Arztgruppe	AGF-A									
	Anteil männliche Bevölkerung					Anteil weibliche Bevölkerung				
	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater		9,70 %	15,90 %	19,26 %	4,49 %		9,12 %	14,99 %	20,07 %	6,47 %
Frauenärzte						18,00 %	29,60 %	39,63 %	12,78 %	
Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	51,47 %					48,53 %				

Stichtag Bevölkerung: 31. Dezember 2023

Quelle: Berechnungen auf Grundlage „Fortschreibung des Bevölkerungsstandes nach Zensus 2011, Statistisches Bundesamt“

Anmerkung: Die AGF-A werden nicht gerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich zwei Nachkommastellen.“

- b) In Anlage 4.1.2 wird Satz 7 wie folgt gefasst:

„Auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}} \text{ (Abrechnungsdaten 2021 - 2023)}}{\text{Einwohner}_{\text{Arztgruppe und Geschlechtergruppe}} \text{ (Bevölkerungsdaten 2023)}} \bigg/ \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}} \text{ (Abrechnungsdaten 2021 - 2023)}}{\text{Einwohner} \text{ (Bevölkerungsdaten 2023)}}$$

gelten für den Zeitraum 1. Juli 2025 bis 30. Juni 2031 folgende LBF-AG:

Arztgruppe	LBF-AG									
	männlich					weiblich				
	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.
Hausärzte		0,212	0,625	1,150	2,181		0,227	0,784	1,285	2,542
Augenärzte		0,455	0,153	0,979	3,486		0,513	0,223	1,297	3,799
Chirurgen und Orthopäden		0,359	0,665	1,171	1,277		0,272	0,710	1,664	1,721
Frauenärzte							0,188	2,140	0,734	0,327
HNO-Ärzte		0,873	0,705	0,969	1,855		0,736	0,858	1,093	1,826
Hautärzte		0,260	0,576	1,046	2,614		0,319	0,949	1,372	1,818
Kinder- und Jugendärzte	1,033					0,965				
Nervenärzte		0,039	0,602	1,139	1,724		0,059	0,911	1,607	2,152
Psychotherapeuten		0,661	0,833	0,524	0,049		1,230	2,146	1,289	0,121
Urologen		0,137	0,462	2,220	6,204		0,031	0,174	0,529	1,115
Fachinternisten		0,036	0,351	1,593	2,694		0,047	0,478	1,533	1,998
Anästhesisten		0,776	0,489	1,061	1,568		0,593	0,715	1,471	1,789
Kinder- und Jugendpsychiater	1,150					0,840				
Radiologen		0,121	0,570	1,128	1,217		0,138	0,741	2,082	1,301
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner		0,142	0,478	0,999	1,170		0,150	0,721	2,050	2,041
Nuklearmediziner		0,064	0,364	1,305	1,814		0,089	0,737	1,898	1,601
Strahlentherapeuten		0,006	0,076	1,430	3,238		0,005	0,262	1,996	1,951
Neurochirurgen		0,015	0,458	1,462	1,517		0,018	0,541	1,872	1,816
Humangenetiker		1,632	0,733	0,480	0,381		1,236	1,904	0,955	0,395
Laborärzte		0,474	0,667	0,945	1,370		0,562	1,461	1,241	1,317
Pathologen		0,073	0,342	1,090	1,877		0,106	1,221	1,797	1,406
Transfusionsmediziner		0,386	0,526	0,909	1,234		0,474	2,059	1,143	1,042

Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenzentralen Bundesvereinigung der Quartale 1/2021 bis 4/2023

Anmerkung: Die LBF-AG werden nicht gerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich zwei Nachkommastellen.“

- c) Die Anlage 4.2.1 wird wie folgt geändert:

ca) In Satz 4 und Satz 5 wird die Angabe „Bundesversicherungsamtes“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)“ ersetzt.

cb) Die Fußnote 2 wird wie folgt gefasst:

„Zwecks einheitlicher methodischer Grundlagen wurden zur Identifikation erhöht morbider Patienten, sowohl für die Alters-Geschlecht-Morbiditätsfaktoren (AGMF) als auch für die arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM), die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes für sechs Jahre verwendet. Aus diesem Grund wurde bis zur Aktualisierung der Leistungsbedarfsfaktoren im Jahr 2025 einheitlich die Liste des Bundesversicherungsamtes zum Ausgleichsjahr 2017 unter Berücksichtigung der ICD-Codes nach ICD-10-GM 2016 verwendet. Im Rahmen des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts wurde das Bundesversicherungsamt zum 1. Januar 2020 in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) umbenannt. Mit der Aktualisierung der Leistungsbedarfsfaktoren im Jahr 2025 wird einheitlich die Liste zum Ausgleichsjahr 2024 unter Berücksichtigung der ICD-Codes nach ICD-10-GM 2023 für weitere sechs Jahre verwendet.“

cc) Abschnitt „a) Bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-B)“ wird wie folgt geändert:

cca) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Anteile der sechzehn Morbiditätsgruppen der bundesweiten Gesamtpatientenzahl (AGMF-B) werden wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe 2023}}}{\text{Patienten 2023}}$$

ccb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aller Quartale von 2021 bis einschließlich 2023 ergeben sich für den Zeitraum 1. Juli 2025 bis 30. Juni 2027 folgende AGMF-B:

Arztgruppe	AGMF-B															
	Anteil erhöht morbide Patienten								Anteil nicht erhöht morbide Patienten							
	männlich				weiblich				männlich				weiblich			
	< 18 J.	< 20 J.	20 -44 J.	45 -74 J.	≥ 75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20 -44 J.	45 -74 J.	≥ 75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20 -44 J.	45 -74 J.	≥ 75 J.	

Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	0,37 %	1,17 %	7,70 %	3,62 %	0,32 %	2,37 %	10,31 %	5,71 %	9,16 %	13,25 %	9,99 %	1,04 %	8,78 %	13,83 %	10,75 %	1,62 %
Frauenärzte					0,60 %	4,41 %	19,21 %	10,64 %					16,35 %	25,76 %	20,01 %	3,02 %
Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	2,01 %				1,56 %				49,29 %				47,14 %			

Stichtag: 31. Dezember 2023

Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Anmerkung: Die AGMF-B werden nicht gerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich zwei Nachkommastellen.“

cd) In Abschnitt „b) Regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-Reg)“ wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Zur Berücksichtigung einer vom Bundesdurchschnitt abweichenden regionalen Krankheitslast (Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur) werden für jeden Planungsbereich (beziehungsweise für jedes PLZ-Gebiet) jeweils die Anteile der sechzehn Morbiditätsgruppen der regionalen Patienten (AGMF-Reg) wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe, Planungsbereich bzw. PLZ-Gebiet 2023}}}{\text{Patienten}_{\text{Planungsbereich bzw. PLZ-Gebiet 2023}}}$$

d) In Anlage 4.2.2 wird Satz 9 wie folgt gefasst:

„Auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe (Abrechnungsdaten 2021 - 2023)}}}{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe (Abrechnungsdaten 2023)}}} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe (Abrechnungsdaten 2021 - 2023)}}}{\text{Patienten (Abrechnungsdaten 2023)}}$$

gelten für den Zeitraum 1. Juli 2025 bis 30. Juni 2031 folgende LBF-AGM:

Arztgruppe	LBF-AGM															
	erhöht morbide Patienten								nicht erhöht morbide Patienten							
	männlich				weiblich				männlich				weiblich			
	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.
Hausärzte	0,378	1,542	1,794	2,379	0,585	1,465	1,678	2,512	0,210	0,613	0,834	1,133	0,214	0,599	0,790	1,297
Augenärzte	1,236	0,499	1,855	3,974	1,244	0,493	1,974	3,935	0,433	0,140	0,456	1,207	0,488	0,157	0,529	1,301
Chirurgen und Orthopäden	0,886	1,805	1,931	1,457	0,925	1,689	2,421	1,808	0,345	0,638	0,769	0,438	0,248	0,481	0,785	0,498
Frauenärzte																
HNO-Ärzte	2,896	1,847	1,563	2,076	2,449	1,757	1,504	1,861	0,808	0,682	0,662	0,778	0,675	0,629	0,599	0,731
Hautärzte	0,584	1,269	1,601	2,941	0,856	1,694	1,757	1,859	0,252	0,578	0,783	1,041	0,299	0,739	0,876	0,706
Nervenärzte	0,190	2,740	2,116	1,971	0,423	2,721	2,500	2,228	0,034	0,479	0,565	0,576	0,046	0,522	0,602	0,738
Psychotherapeuten	2,264	2,775	0,853	0,055	5,900	5,074	1,837	0,127	0,609	0,753	0,352	0,017	1,060	1,457	0,645	0,036
Urologen	0,315	1,269	3,920	7,023	0,139	0,458	0,825	1,178	0,133	0,442	1,257	2,320	0,027	0,110	0,196	0,302
Fachinternisten	0,138	1,554	2,969	3,097	0,275	1,356	2,328	2,096	0,033	0,284	0,782	0,841	0,038	0,286	0,630	0,589
Anästhesisten	1,761	1,653	1,889	1,767	1,333	1,827	2,278	1,860	0,751	0,440	0,589	0,612	0,567	0,462	0,561	0,589
Radiologen	0,360	1,775	1,905	1,369	0,676	1,873	2,794	1,342	0,114	0,527	0,706	0,488	0,119	0,482	1,207	0,462
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	0,558	2,089	1,903	1,380	0,797	2,391	3,371	2,218	0,128	0,388	0,458	0,242	0,127	0,372	0,595	0,332
Nuklearmediziner	0,187	1,236	2,354	2,058	0,423	1,824	2,767	1,666	0,061	0,328	0,701	0,664	0,077	0,486	0,889	0,520
Strahlentherapeuten	0,019	0,358	2,651	3,570	0,013	0,800	2,872	1,984	0,005	0,060	0,713	1,544	0,004	0,146	0,972	0,801
Neurochirurgen	0,079	2,555	2,923	1,797	0,133	1,995	3,147	1,976	0,013	0,323	0,564	0,288	0,014	0,245	0,477	0,286
Humangenetiker	10,915	2,219	0,773	0,418	8,568	4,074	1,313	0,395	1,290	0,683	0,330	0,192	0,968	1,366	0,524	0,182
Laborärzte	1,604	1,965	1,559	1,536	2,046	2,901	1,697	1,347	0,437	0,626	0,619	0,565	0,508	1,087	0,689	0,511
Pathologen	0,159	0,946	1,726	2,012	0,354	2,096	2,233	1,387	0,071	0,326	0,769	1,096	0,098	0,964	1,215	0,729
Transfusionsmediziner	1,914	2,305	1,635	1,368	2,328	4,983	1,661	1,059	0,332	0,426	0,491	0,561	0,407	1,378	0,540	0,431

Arztgruppe	LBF-AGM			
	erhöht morbide		nicht erhöht morbide	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
	< 18 J.			
Kinder- und Jugendärzte	2,153	1,949	0,991	0,929
Kinder- und Jugendpsychiater	3,235	3,639	1,070	0,745

Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Quartale 1/2021 bis 4/2023
Anmerkung: Die LBF-AGM werden auf 3 Nachkommastellen gerundet.“

Stand: 23.10.2024

8. Die Anlage 6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 werden die Wörter „Sofern der Gemeinsame Bundesausschuss dies beschließt, erfolgt eine“ durch das Wort „Eine“ ersetzt und die Wörter „alle 5 Jahre“ durch das Wort „erfolgt“ ersetzt.

b) Nach Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die nächste Anpassung erfolgt am 1. Juli 2025 und im weiteren Verlauf alle sechs Jahre. Die aktualisierten Kreistypen sind jeweils spätestens zum 1.1. des Folgejahres in den Beschlüssen des Landesauschusses anzuwenden.“

c) Der neue Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Messung und Codierung der Großstadtregionen erfolgen auf Basis der Gemeindeverbände.“

d) In dem neuen Satz 11 und 12 wird jeweils die Angabe „5“ durch das Wort „fünf“ ersetzt.

e) In dem neuen Satz 13 wird die Angabe „5“ durch das Wort „fünf“, die Angabe „3“ durch das Wort „drei“ und der Doppelpunkt am Ende durch einen Punkt ersetzt.

f) Nach dem neuen Satz 18 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die nach diesem Verfahren ermittelten Typisierungen der Kreise sind besonders anfällig für Veränderungen, wenn der Einwohneranteil desjenigen Typs mit der höchsten Einwohnerzahl knapp um 50 Prozent streut. Bereits geringfügige Änderungen an der BBSR-Zuordnung der Gemeindeverbände zu einem Typen oder marginale Verschiebungen bei der Einwohnerverteilung (beispielsweise, wenn ein Anteil von 50,02 Prozent zum Zeitpunkt der letzten Aktualisierung auf aktuell 49,96 Prozent sinkt) können darüber entscheiden, ob Schritt 2 zur Anwendung kommt. Diejenigen Kreise, deren Einwohneranteile um 2 Prozentpunkte um 50 Prozent streuen und sich im Zuge einer Aktualisierung ändern, werden in Anlage 3.2 in der Kommentierungsspalte gesondert gekennzeichnet. Die Landesausschüsse sind dazu angehalten, die Neutypisierung vorrangig im Rahmen einer Prüfung nach § 2 mit Blick auf eine bedarfsgerechte Versorgung zu überprüfen und zu bewerten.“

g) Die neuen Sätze 27 und 28 werden wie folgt gefasst:

„Das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ wird wie folgt ermittelt. Die für die Typisierung maßgebliche Zuordnungstabelle des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung der Gemeindeverbände zu den Großstadtregionen wird um Arztzahlen differenziert nach Arztgruppen der jüngsten vorliegenden Bundesarztregisterstatistik ergänzt.“

h) Der neue Satz 29 wird einschließlich der Fußnoten wie folgt gefasst:

„Auf Basis dieser Daten wird auf Grundlage der Gemeindeverbände das bundesweite Verhältnis Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 dieser Richtlinie mit Ausnahme der Psychotherapeuten¹ und Kinder- und Jugendärzte² ermittelt.“

1 Aufgrund der Historie dieser Fachgruppe ist die Verteilung der Psychotherapeuten weiterhin stark an der Kernstadt orientiert. Dieses Verteilungsmuster wurde in den vergangenen Jahren, zuletzt im Rahmen der Bedarfsplanungsreform 2019, zwar mehrfach korrigiert. Trotz eines überdurchschnittlichen Wachstums ist die Kernstadtzentrierung dieser Arztgruppe weiterhin existent. Gleichzeitig stellen die Psychotherapeuten in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung die größte Arztgruppe dar. Die Ermittlung der Versorgungsniveaus (Einwohner-Arzt-Verhältnisse) je Typ unter Berücksichtigung der Psychotherapeuten würde weiterhin zu erheblichen Verzerrungen verbunden mit einer Überbewertung des Typs 1 und einer Unterbewertung der Typen 2 bis 5 führen.

Aus diesem Grund wurden die Versorgungsniveaus der einzelnen Typen im Schritt 3 ohne die Psychotherapeuten kalkuliert.

2 Im Zuge von Verhältniszahl Anpassungen bei den Kinder- und Jugendärzten wurde das Versorgungsniveau in den Typen 2 bis 6 vereinheitlicht (Beschluss des G-BA vom 16.05.2019). Da für diese Typen nunmehr kein differenziertes Mitversorgungskonzept mehr gilt, werden auch die Kinder- und Jugendärzte nicht mit in die Berechnung einbezogen.

- i) In dem neuen Satz 30 werden nach dem Wort „Psychotherapeuten“ die Wörter „und Kinder- und Jugendärzte“ eingefügt.
- j) In dem neuen Satz 31 wird die Fußnote 2 die Fußnote 3.
- k) Nach dem neuen Satz 35 wird der Wortlaut unter der Überschrift „Rechenbeispiel:“ wie folgt gefasst:
„Rechenbeispiel:

a) Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveau des Typs 4

$$\frac{\text{Summe der \u00c4rzte der fach\u00e4rztlichen Grundversorgung ohne Psychotherapeuten und Kinder- und Jugend\u00e4rzte im Typ 4}}{\text{Einwohnerrelation Typ 4}} = \text{Arzt-} \\ \text{Summe der Einwohner der Gemeindeverb\u00e4nde des Typs 4}$$

$$\frac{\text{Verh\u00e4ltnis Einwohner/Arzt Typ 4}}{\text{Verh\u00e4ltnis Einwohner/Arzt Typ 5}} = \text{Versorgungsniveau Typ 4}$$

F\u00fcr die f\u00fcnf Typen ergeben sich nach der oben beschriebenen Methode beispielhaft folgende Versorgungsniveaus:

Typ 1:	1,39
Typ 2:	0,96
Typ 3:	0,48
Typ 4:	0,77
Typ 5:	1

b) Zuordnung des Mischkreises zu einem Typ

Beispiel: Delmenhorst, Stadt/Diepholz

Typ	Einwohner	Bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau	Kalkulation
Typ 1	0 %	139 %	0 % x 139 %
Typ 2	37 %	96 %	37 % x 96 %
Typ 3	25 %	48 %	25 % x 48 %
Typ 4	13 %	77 %	13 % x 77 %
Typ 5	25 %	100 %	25 % x 100 %

Kalkuliertes Versorgungsniveau des Mischkreises: 83 Prozent

Mit 6 Prozentpunkten ist der Abstand zum Typen 4 (77 Prozent) am geringsten.

Die Kreisregion Delmenhorst, Stadt/Diepholz wird als Typ 4 typisiert.“

- II. Die Anlage 4.2.3a „Regionale Verteilungsfaktoren pro Planungsbereich“ wird gemäß Anlage 2 zu diesem Beschluss gefasst.
- III. Die Anlage 4.2.3b „Regionale Verteilungsfaktoren pro PLZ“ wird gemäß Anlage 3 zu diesem Beschluss gefasst.
- IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

5.6 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 23.10.2024



Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Aktualisierung des Morbiditätsfaktors und Anpassung der
Kreistypisierung wie auch deren Methodik

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Zu § 11 bis 14 und zu § 65.....	2
2.2	Zu Anlage 3.2	2
2.3	Zu Anlage 4	2
2.4	Anlage 6.....	3
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	3
4.	Bürokratiekostenermittlung.....	3
5.	Verfahrensablauf	4
6.	Fazit.....	4

1. Rechtsgrundlage

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und 101 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist beauftragt, die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Zu § 11 bis 14 und zu § 65

Die Ausweisung neuer aktualisierter allgemeiner Verhältniszahlen für alle Arztgruppen sowie aktualisierter regionaler Verteilungsfaktoren für alle Planungsbereiche der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Wirkung zum 01.07.2025 erfolgt aufgrund der in § 9 Absatz 13 Bedarfsplanungs-Richtlinie verorteten Regelung. So erfolgt die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in zwei Schritten. Zur Ermittlung der allgemeinen Verhältniszahlen werden die Basis-Verhältniszahlen im ersten Schritt entsprechend des § 9 Absatz 4 bis 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie im Zweijahresturnus an die Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesweiten Bevölkerung im Zeitverlauf angepasst. Weiterhin werden die Basis-Verhältniszahlen im ersten Schritt im Sechsjahresturnus an den Behandlungsaufwand der acht Alters- und Geschlechtsgruppen innerhalb einer Arztgruppe angepasst.

Für den zweiten Berechnungsschritt des Morbiditätsfaktors bzw. zur Ermittlung der neuen regionalen Verhältniszahlen, werden entsprechend des § 9 Absatz 8 bis 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie im Zweijahresturnus die Abweichungen der aktuellen, regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt und darüber hinaus im Sechsjahresturnus der regionale Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe aktualisiert.

2.2 Zu Anlage 3.2

Die Typisierung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen in Anlage 3.2 wird auf Basis der aktuell vorliegenden räumlichen Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) nach den Vorgaben in Anlage 6 aktualisiert und bildet somit den aktuellen Stand der demografischen und siedlungsstrukturellen Entwicklung ab.

2.3 Zu Anlage 4

Turnusmäßig wurden für die Berechnung der allgemeinen Verhältniszahl die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A – alle zwei Jahre) nach Anlage 4.1.1.b und die Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht (LBF-AG – alle sechs Jahre) nach Anlage 4.1.2 aktualisiert.

Zur Berechnung der regionalen Verhältniszahl unter Berücksichtigung der lokalen Morbidität wurden die bundesweiten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-B – alle zwei Jahre) nach Anlage 4.2.1.a, die Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM – alle sechs Jahre) nach Anlage 4.2.2 sowie die regionalen Verteilungsfaktoren nach

Anlage 4.2.3 unter Berücksichtigung aktualisierter regionaler Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-Reg – alle zwei Jahre) nach Anlage 4.2.1.b aktualisiert.

Für die Berechnung der bundesweiten und regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren AGMF-B und AGMF-Reg und der Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) zur Bestimmung der regionalen Verteilungsfaktoren nach Anlage 4.2.3 wird einheitlich die Liste des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zum Ausgleichsjahr 2024 unter Berücksichtigung der ICD-Codes nach ICD-10-GM 2023 für weitere sechs Jahre verwendet. Im Rahmen des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts wurde das Bundesversicherungsamt, dessen Daten zuvor die Datenbasis bildeten, zum 1. Januar 2020 in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) umbenannt. Im Zuge der Umbenennung und des neuen Aktualisierungszeitraums wurden in Anlage 4 entsprechend Änderungen in einer Fußnote und mit Blick auf die neuen Bezugsjahre in den Formeln und Fußnoten vorgenommen.

Mit der Änderung der Datengrundlage stellt der Gemeinsame Bundesausschuss sicher, dass die Erfassung multimorbider Patienten auf Grundlage der Abrechnungsdaten vollumfänglicher erfolgt, da es in den vergangenen Jahren zu Anpassungen am ICD-10 Verzeichnis gekommen ist. An einer Einteilung in 16 Morbiditätsgruppen und der Einstufung eines Patienten als erhöht morbide, wenn dieser in einem Jahr mindestens sechs Krankheiten der Liste des Bundesamtes für Soziale Sicherung aufweist, wurde weiterhin festgehalten.

2.4 Anlage 6

In Anlage 6 wurde der Aktualisierungszyklus angepasst, so dass künftig die Aktualisierung des Morbiditätsfaktors und der Kreistypen zeitlich zusammenfallen. Weiterhin wird erläutert, aus welchen Gründen bestimmte Kreise/Kreisregionen in Anlage 3.2 gesondert gekennzeichnet werden. Es handelt sich um solche Regionen, bei denen es bei bereits geringfügigen siedlungsstrukturellen Änderungen zu Umtypisierungen kommen kann. Aus Gründen eines stabilen Planungshorizonts sollen die Landesausschüsse ein besonderes Augenmerk auf solche Regionen richten, sofern sich im Zuge einer Aktualisierung Änderungen ergeben. An den Typisierungsvorgaben für Mischkreise (Kreise, deren Gemeinden mehr als zwei unterschiedliche Typen aufweisen), werden auf Basis der Bundesarztregisterstatistik nunmehr neben der Arztgruppe der Psychotherapeuten für die Berechnung des bundesweiten Verhältnisses der Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 dieser Richtlinie auch die Kinder- und Jugendärzte nicht mit einbezogen. Für diese Arztgruppe gilt im Zuge von Verhältniszahlanpassungen bei den Kinder- und Jugendärzten mit Vereinheitlichung des Versorgungsniveaus in den Typen 2 bis 6 (Beschluss des G-BA vom 16.05.2019) kein differenziertes Mitversorgungskonzept mehr. Der Einbezug dieser Gruppe würde daher zu Verzerrungen bei der Ermittlung des durchschnittlichen typenbezogenen Versorgungsniveaus führen. Weiterhin wurden einige redaktionelle Änderungen vorgenommen.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[wird ergänzt]

4. Bürokratiekostenermittlung

[wird ergänzt]

5. Verfahrensablauf

[wird ergänzt]

6. Fazit

[wird ergänzt]

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

5.7 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
1.	BPTK	<p>Die Änderungen der Allgemeinen Verhältniszahlen in den §§ 11 bis 14 und 65 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) entsprechend den Vorgaben des § 9 BPL-RL können aufgrund der Darstellung der aktualisierten Berechnungsgrundlagen im Anhang 4 nachvollzogen werden. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten resultiert dabei gemäß der Tabelle in § 12 Absatz 4 Satz 1 im Vergleich zur aktuell geltenden Fassung der BPL-RL eine geringfügige Absenkung der allgemeinen Verhältniszahlen für alle sechs Kreistypen der Bedarfsplanung.</p> <p>Dies ist angesichts des wachsenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs in der Bevölkerung sowie der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings bleibt zum einen das Ausmaß der Absenkung der allgemeinen Verhältniszahlen gegenüber der Zunahme des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs deutlich zurück. Zum anderen lässt sich die vorgesehene Absenkung der allgemeinen Verhältniszahlen nicht auf eine Abbildung des wachsenden Versorgungsbedarfs über den in § 9 der BPL-RL definierten Morbiditätsfaktor zurückführen. Vielmehr kommen hierbei zwei bevölkerungsbezogene Sondereffekte aus den vergangenen drei Jahren zum Tragen, die unabhängig von der Entwicklung des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs zu betrachten sind. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer besteht in- soweit die Notwendigkeit unvermindert fort, den Morbiditätsfaktor mindestens für die Arztgruppe der Psychotherapeuten weiterzuentwickeln und spezifischer an der psychischen Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung auszurichten.</p> <p>Hintergrund</p> <p>Mit Beschluss vom 16. Mai 2019 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Regelungen in die Bedarfsplanungs-Richtlinie eingeführt, mit denen die Verhältniszahlen für die sechs Kreistypen zukünftig in zwei Schritten modifiziert werden. In einem ersten Modifikationsschritt erfolgt eine Anpassung an die Veränderung der Bevölkerungsstruktur über die Zeit. In einem zweiten Schritt erfolgt eine Anpassung</p>	<p>Aus Sicht der BPTK wird weiterhin die Notwendigkeit gesehen, den Morbiditätsfaktor für die Arztgruppe der Psychotherapeuten weiterzuentwickeln und spezifischer an der psychischen Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung auszurichten. Der Frage nach möglichen Weiterentwicklungsoptionen ist der G-BA im Rahmen des Evaluationsauftrags nach § 68 BPL-RL kürzlich ausführlich nachgegangen. So wurde im Rahmen dieses Prüfauftrags eine Literaturrecherche zu Studien über Messverfahren von Morbidität durchgeführt. Im Rahmen der identifizierten Forschungen wird weiterhin anerkannt, dass die Erfassung von Morbidität aufgrund der Menge an erklärenden Faktoren komplex ist. Entsprechend existiert inzwischen eine Vielzahl von Studien, die der Frage nach regionalen Morbiditätsvariationen nachgehen - mit ganz unterschiedlichen Ansätzen und ihren studienbezogenen Designs, u.a. auch einer stärkeren</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>an regionale Abweichungen der Bevölkerungsstruktur vom Bundesdurchschnitt auf Basis der Leistungsbedarfe der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.</p> <p>Mit dem vorliegenden Beschlussentwurf werden turnusmäßig die Allgemeinen Verhältniszahlen an die zwischenzeitlich festgestellten Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesweiten Bevölkerung im Zeitverlauf entsprechend der in den Absätzen 4 bis 7 des § 9 BPL-RL vorgeschriebenen Schritte angepasst. Darüber hinaus werden die Basis-Verhältniszahlen in einem Sechsjahresturnus erstmals seit 2019 an die Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesweiten Bevölkerung im Zeitverlauf angepasst.</p> <p>In einem zweiten Berechnungsschritt werden die regionalen Verhältniszahlen entsprechend den Abweichungen der aktuellen, regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt und der regionale Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe aktualisiert. Die im Beschlussentwurf vorgesehenen Anpassungen der Allgemeinen Verhältniszahlen und Aktualisierungen der regionalen Verteilungsfaktoren in den Anlagen sind insoweit richtlinienkonform, tragen jedoch der dynamischen Entwicklung der psychischen Morbidität in der Bevölkerung und den daraus erwachsenden psychotherapeutischen Versorgungsbedarfen nicht Rechnung. Die BpTK hält insoweit die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie der Sozial- und Morbiditätsstruktur bei der Anpassung bzw. Festlegung der Verhältniszahlen gemäß § 101 Absatz 1 Satz 7 i. V. m. Absatz 2 Nummer 3 SGB V weiterhin für unzureichend.</p> <p>Anwendung des Morbiditätsfaktors nicht sachgerecht</p> <p>Die vorliegenden Daten weisen auf eine deutliche weitere Zunahme des Behandlungsbedarfs wegen psychischen Erkrankungen hin. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat eine Zunahme des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs bis 2030 um 23 Prozent prognostiziert. Nach einer aktuellen internationalen Studie der Lancet-Kommission hat darüber hinaus die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen in den letzten bei Dekaden kontinuierlich abgenommen. Diese Entwicklung hat dabei schon vor der COVID-19-Pandemie eingesetzt. Entsprechende Effekte der Zunahme psychischer Erkrankungen und des insgesamt wachsenden psychotherapeutischen</p>	<p>Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren.</p> <p>Limitierender Faktor ist weiterhin, dass ein Verfahren zur Messung von Morbidität zunächst den Anforderungen für die Planung von ambulanten Angeboten gerecht werden muss. Es muss bundesweit umsetzbar und repräsentativ sein, also nach Möglichkeit nicht auf Stichproben, sondern idealerweise auf einer Vollerhebung basieren, und für alle beplanten Arztgruppen nach einer einheitlichen Methodik angewendet werden können. Im Rahmen der Recherche konnte kein neues Verfahren gefunden werden, das dem in der Bedarfsplanungs-Richtlinie gewählten Messverfahren in Anlehnung an Barnett et al (2012), welches bereits im Großgutachten zur Weiterentwicklung des Bedarfsplanung aus dem Jahr 2018 herangezogen wurde, überlegen wäre. Die Aufnahme von fachgruppenspezifischen Morbiditätsfaktoren, bspw. auf Basis von gesicherten Diagnosen hält der G-BA für nicht sachgerecht. Zum einen</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>Behandlungsbedarfs vermögen die getroffenen Berechnungsregelungen für den Morbiditätsfaktor jedoch nicht abzubilden. Betrachtet wird hier lediglich, wie sich die Alters- und Geschlechtsstruktur in der Bevölkerung im Vergleich zum Referenzzeitpunkt verändert, und nutzt dann den Leistungsbedarfsfaktoren in den Alters- und Geschlechtsgruppen als Gewichtungsfaktoren.</p> <p>Die vorgesehene geringfügige Absenkung der Verhältniszahlen bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten in allen sechs Kreistypen ist insbesondere auf die Abnahme der Bevölkerungsanteile bei den über 75-Jährigen und 45- bis 74-Jährigen bei gleichzeitiger Zunahme des Anteils der unter 20-Jährigen und 20- bis 44-Jährigen zurückzuführen. Hierbei spielen insbesondere die Übersterblichkeit der älteren Menschen im Zuge der COVID-19-Pandemie und die Zuwanderung jüngerer Menschen, unter anderem aus der Ukraine, eine wichtige Rolle. Langfristig ist jedoch mit einem deutlichen Anstieg der Bevölkerungsgruppe der über 75-Jährigen zu rechnen, wenn immer mehr Personen aus der Boomer-Generation das Rentenalter erreicht haben. Selbst wenn in den kommenden beiden Jahrzehnten der absolute psychotherapeutische Leistungsbedarf in allen Bevölkerungsgruppen in gleicher Weise kontinuierlich ansteige, würde dies mittelfristig zum dem paradoxen Ergebnis führen, dass sich die Allgemeinen Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten deutlich erhöhen.</p> <p>Ursache hierfür ist, dass gemäß den Abrechnungsdaten die psychotherapeutischen Leistungsbedarfe (gemessen in Euro) in den jüngeren Altersgruppen besonders hoch sind. Dieser erhöhte Leistungsbedarf in den jüngeren Altersgruppen resultiert nicht zuletzt aus einem im Vergleich zu vielen somatischen Erkrankungen sehr viel jüngeren Ersterkrankungsalter im Bereich der psychischen Erkrankungen. So liegt der Gewichtungsfaktor für den berechneten Leistungsbedarf bei 20- bis 44-jährigen Frauen bei 2,146 im Vergleich zu einem Faktor von 0,121 für die über 75-jährigen Frauen. Selbst wenn im Zuge der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und positiver Behandlungsvorerfahrungen in der älteren Generation der gewichtete Leistungsbedarf überproportional ansteigen würde, könnte dies die demografischen Effekte der alternden Gesellschaft nicht ansatzweise ausgleichen. Der Faktor, der für die Abbildung des wachsenden Behandlungsbedarfs in der älter werdenden Gesellschaft in der Bedarfsplanung eingeführt wurde, verkehrt sich somit für die Arztgruppe der Psychotherapeuten ins Gegenteil. Trotz in absoluten Zahlen wachsender</p>	<p>würde auch hier nur dokumentierte Morbidität herangezogen werden. Zum anderen lassen sich die erbrachten Leistungen in der Regel nicht distinkt arztgruppenspezifisch abgrenzen. Typischerweise erfolgt die Behandlung von Krankheiten durch mehrere ärztliche Fachdisziplinen – u.a. auch diejenigen, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung darstellen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>Morbidität werden die Verhältniszahlen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Zukunft einen abnehmenden Behandlungsbedarf suggerieren. Ähnliche Effekte sind auch für die Arztgruppe der Frauenärzte zu vermuten.</p> <p>Schließlich sei auch auf die negativen Effekte des zweiten Modifikationsschritts hingewiesen, die eine Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen an regionale Abweichungen in der Bevölkerungsstruktur vorsieht. Aufgrund der im Vergleich zu jüngeren Menschen geringeren Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch Ältere (insbesondere der über 75-Jährigen) wird in Planungsbereichen mit einer im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohen Anteil von hochbetagten Menschen die geplante Psychotherapeutendichte sinken. Hiervon werden insbesondere ländliche Regionen betroffen sein, für die entsprechend den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie bereits heute im Vergleich zu den Städten eine deutlich niedrigere Psychotherapeutendichte vorgesehen ist. Deshalb ist zu befürchten, dass sich langfristig die Versorgungssituation insbesondere dort weiter verschlechtern wird, wo bereits heute in besonderem Maße eine psychotherapeutische Unterversorgung besteht.</p> <p>Entwicklung eines fachgruppenspezifischen Morbiditätsfaktors</p> <p>Aus Sicht der BPTK sollten die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegten Modifikationsschritte zur Anpassung der Verhältniszahlen mindestens für die Arztgruppe der Psychotherapeuten grundlegend überarbeitet werden. Die bestehenden dynamischen Veränderungen der psychischen Morbidität in der Bevölkerung sollten künftig besser abgebildet werden. Um der Befürchtung entgegenzutreten, dass eine in den Abrechnungsdaten festgestellte Zunahme des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs wesentlich auf Veränderungen bei der Zahl der zugelassenen Psychotherapeut*innen zurückzuführen sei, sollte als Basis der Anpassungen die in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung festgestellte psychische Morbidität verwendet werden. So könnte zudem sichergestellt werden, dass der dynamischen Entwicklung einer allgemeinen Zunahme psychischer Erkrankungen ebenso Rechnung getragen werden kann wie einer psychotherapeutisch unversorgten Morbidität in der Bevölkerung. Als Datenbasis könnten die von allen Arztgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung gestellten, gesicherten Diagnosen unter Verwendung des</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		M2Q-Kriteriums herangezogen werden, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung darstellen.		

5.8 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen



Stellungnahme zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Aktualisierung des Morbiditätsfaktors und Anpassung der Kreistypisierung wie auch deren Methodik

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Bundespsychotherapeutenkammer	
21. November 2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Die Änderungen der Allgemeinen Verhältniszahlen in den §§ 11 bis 14 und 65 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) entsprechend den Vorgaben des § 9 BPL-RL können aufgrund der Darstellung der aktualisierten Berechnungsgrundlagen im Anhang 4 nachvollzogen werden. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten resultiert dabei gemäß der Tabelle in § 12 Absatz 4 Satz 1 im Vergleich zur aktuell geltenden Fassung der BPL-RL eine geringfügige Absenkung der allgemeinen Verhältniszahlen für alle sechs Kreistypen der Bedarfsplanung. Dies ist angesichts des wachsenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs in der Bevölkerung sowie der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings bleibt zum einen das Ausmaß der Absenkung der allgemeinen Verhältniszahlen gegenüber der Zunahme des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs deutlich zurück. Zum</p>	<p>Hintergrund</p> <p>Mit Beschluss vom 16. Mai 2019 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Regelungen in die Bedarfsplanungs-Richtlinie eingeführt, mit denen die Verhältniszahlen für die sechs Kreistypen zukünftig in zwei Schritten modifiziert werden. In einem ersten Modifikationsschritt erfolgt eine Anpassung an die Veränderung der Bevölkerungsstruktur über die Zeit. In einem zweiten Schritt erfolgt eine Anpassung an regionale Abweichungen der Bevölkerungsstruktur vom Bundesdurchschnitt auf Basis der Leistungsbedarfe der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.</p> <p>Mit dem vorliegenden Beschlusssentwurf werden turnusmäßig die Allgemeinen Verhältniszahlen an die zwischenzeitlich festgestellten Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesweiten Bevölkerung im Zeitverlauf entsprechend der in den Absätzen 4 bis 7 des § 9 BPL-RL vorgeschriebenen Schritte angepasst. Darüber hinaus werden die Basis-Verhältniszahlen in einem Sechsjahresturnus erstmals seit 2019 an die Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesweiten Bevölkerung im Zeitverlauf angepasst.</p> <p>In einem zweiten Berechnungsschritt werden die regionalen Verhältniszahlen entsprechend den Abweichungen der aktuellen, regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt und der regionale Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe aktualisiert. Die im Beschlusssentwurf vorgesehenen Anpassungen der Allgemeinen Verhältniszahlen und Aktualisierungen der regionalen Verteilungsfaktoren in den Anlagen sind insoweit richtlinienkonform, tragen jedoch der dynamischen Entwicklung der psychischen Morbidität in der Bevölkerung und den daraus erwachsenden psychotherapeutischen Versorgungsbedarfen nicht Rechnung. Die BpTK hält insoweit die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie der Sozial- und Morbiditätsstruktur bei der Anpassung bzw. Festlegung der Verhältniszahlen gemäß § 101 Absatz 1 Satz 7 i. V. m. Absatz 2 Nummer 3 SGB V weiterhin für unzureichend.</p>

Bundespsychotherapeutenkammer	
21. November 2024	
<p>anderen lässt sich die vorge-sehene Absenkung der allge-meinen Verhältniszahlen nicht auf eine Abbildung des wachsenden Versorgungsbe-darfs über den in § 9 der BPL-RL definierten Morbidi-tätsfaktor zurückführen. Viel-mehr kommen hierbei zwei bevölkerungsbezogene Son-dereffekte aus den vergange-nen drei Jahren zum Tragen, die unabhängig von der Ent-wicklung des psychothera-peutischen Versorgungsbe-darfs zu betrachten sind. Aus Sicht der Bundespsychothe-rapeutenkammer besteht in-soweit die Notwendigkeit unvermindert fort, den Mor-biditätsfaktor mindestens für die Arztgruppe der Psycho-therapeuten weiterzuentwi-ckeln und spezifischer an der psychischen Morbiditätsent-wicklung in der Bevölkerung auszurichten.</p>	<p>Anwendung des Morbiditätsfaktors nicht sachgerecht</p> <p>Die vorliegenden Daten weisen auf eine deutliche weitere Zunahme des Behandlungsbedarfs wegen psychischen Erkrankungen hin. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat eine Zu-nahme des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs bis 2030 um 23 Prozent prognostiziert. Nach einer aktuellen internationalen Stu-die der Lancet-Kommission hat darüber hinaus die psychische Ge-sundheit von Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen in den letzten bei Dekaden kontinuierlich abgenommen. Diese Ent-wicklung hat dabei schon vor der COVID-19-Pandemie eingesetzt. Entsprechende Effekte der Zunahme psychischer Erkrankungen und des insgesamt wachsenden psychotherapeutischen Behandlungsbe-darfs vermögen die getroffenen Berechnungsregelungen für den Morbiditätsfaktor jedoch nicht abzubilden. Betrachtet wird hier le-diglich, wie sich die Alters- und Geschlechtsstruktur in der Bevölke-rung im Vergleich zum Referenzzeitpunkt verändert, und nutzt dann den Leistungsbedarfsfaktoren in den Alters- und Geschlechtsgrup-pen als Gewichtungsfaktoren.</p> <p>Die vorgesehene geringfügige Absenkung der Verhältniszahlen bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten in allen sechs Kreistypen ist insbesondere auf die Abnahme der Bevölkerungsanteile bei den über 75-Jährigen und 45- bis 74-Jährigen bei gleichzeitiger Zunahme des Anteils der unter 20-Jährigen und 20- bis 44-Jährigen zurückzu-führen. Hierbei spielen insbesondere die Übersterblichkeit der älte-ren Menschen im Zuge der COVID-19-Pandemie und die Zuwande-rung jüngerer Menschen, unter anderem aus der Ukraine, eine wich-tige Rolle. Langfristig ist jedoch mit einem deutlichen Anstieg der Bevölkerungsgruppe der über 75-Jährigen zu rechnen, wenn immer mehr Personen aus der Boomer-Generation das Rentenalter er-reicht haben. Selbst wenn in den kommenden beiden Jahrzehnten der absolute psychotherapeutische Leistungsbedarf in allen Be-völkerungsgruppen in gleicher Weise kontinuierlich ansteige, würde dies mittelfristig zum dem paradoxen Ergebnis führen, dass sich die Allgemeinen Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten deutlich erhöhen.</p> <p>Ursache hierfür ist, dass gemäß den Abrechnungsdaten die psy-chotherapeutischen Leistungsbedarfe (gemessen in Euro) in den jüngeren Altersgruppen besonders hoch sind. Dieser erhöhte Leistungsbedarf in den jüngeren Altersgruppen resultiert nicht zuletzt aus einem im Vergleich zu vielen somatischen Erkrankungen sehr viel jüngeren Ersterkrankungsalter im Bereich der psy-chischen Erkrankungen. So liegt der Gewichtungsfaktor für den berechneten Leistungsbedarf bei 20- bis 44-jährigen Frauen bei</p>

Bundespsychotherapeutenkammer	
21. November 2024	
	<p>2,146 im Vergleich zu einem Faktor von 0,121 für die über 75-jährigen Frauen. Selbst wenn im Zuge der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und positiver Behandlungsvorerfahrungen in der älteren Generation der gewichtete Leistungsbedarf überproportional ansteigen würde, könnte dies die demografischen Effekte der alternden Gesellschaft nicht ansatzweise ausgleichen. Der Faktor, der für die Abbildung des wachsenden Behandlungsbedarfs in der älter werdenden Gesellschaft in der Bedarfsplanung eingeführt wurde, verkehrt sich somit für die Arztgruppe der Psychotherapeutischen ins Gegenteil. Trotz in absoluten Zahlen wachsender Morbidität werden die Verhältniszahlen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Zukunft einen abnehmenden Behandlungsbedarf suggerieren. Ähnliche Effekte sind auch für die Arztgruppe der Frauenärzte zu vermuten.</p> <p>Schließlich sei auch auf die negativen Effekte des zweiten Modifikationsschritts hingewiesen, die eine Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen an regionale Abweichungen in der Bevölkerungsstruktur vorsieht. Aufgrund der im Vergleich zu jüngeren Menschen geringeren Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch Ältere (insbesondere der über 75-Jährigen) wird in Planungsbereichen mit einer im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohen Anteil von hochbetagten Menschen die geplante Psychotherapeutendichte sinken. Hiervon werden insbesondere ländliche Regionen betroffen sein, für die entsprechend den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie bereits heute im Vergleich zu den Städten eine deutlich niedrigere Psychotherapeutendichte vorgesehen ist. Deshalb ist zu befürchten, dass sich langfristig die Versorgungssituation insbesondere dort weiter verschlechtern wird, wo bereits heute in besonderem Maße eine psychotherapeutische Unterversorgung besteht.</p> <p>Entwicklung eines fachgruppenspezifischen Morbiditätsfaktors</p> <p>Aus Sicht der BPTK sollten die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegten Modifikationsschritte zur Anpassung der Verhältniszahlen mindestens für die Arztgruppe der Psychotherapeuten grundlegend überarbeitet werden. Die bestehenden dynamischen Veränderungen der psychischen Morbidität in der Bevölkerung sollten künftig besser abgebildet werden. Um der Befürchtung entgegenzutreten, dass eine in den Abrechnungsdaten festgestellte Zunahme des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs wesentlich auf Veränderungen bei der Zahl der zugelassenen Psychotherapeut*innen zurückzuführen sei, sollte als Basis</p>

Bundespsychotherapeutenkammer	
21. November 2024	
	<p>der Anpassungen die in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung festgestellte psychische Morbidität verwendet werden. So könnte zudem sichergestellt werden, dass der dynamischen Entwicklung einer allgemeinen Zunahme psychischer Erkrankungen ebenso Rechnung getragen werden kann wie einer psychotherapeutisch unversorgten Morbidität in der Bevölkerung. Als Datenbasis könnten die von allen Arztgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung gestellten, gesicherten Diagnosen unter Verwendung des M2Q-Kriteriums herangezogen werden, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung darstellen.</p>

5.9 Mündliche Stellungnahmen

Da alle zur Anhörung berechtigten Organisationen auf die Teilnahme an einer Anhörung verzichtet haben, wurde zu diesem Verfahren keine Anhörung durchgeführt.