

Richtlinienentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterver- sorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

(Bedarfsplanungs-Richtlinie)

in der Neufassung vom 20. Dezember 2012
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012
in Kraft getreten am 1. Januar 2013

zuletzt geändert am 18. Oktober 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.01.2019 B4 vom 16. Januar 2019
in Kraft getreten am 17. Januar 2019

Änderungen sind im Änderungsmodus dargestellt

Inhalt

1. Abschnitt: Allgemeines	6
§ 1 Zweck und Regelungsbereich	6
§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten	7
§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften.....	7
2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung	7
§ 4 Bedarfsplan	8
§ 5 Versorgungsebenen	9
§ 6 Arztgruppen.....	10
§ 7 Planungsbereiche.....	10
§ 8 Verhältniszahlen.....	10
§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor	11
§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung	13
3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung	14
§ 11 Hausärztliche Versorgung	14
4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung	16
§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung.....	16
§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung	21
§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung.....	24
§ 15 Weitere Arztgruppen	26
§ 16 Praxisnachfolge.....	26
5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung	26
§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades	26
§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten.....	27
§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten	27
§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet	28
§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen ..	29
§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren.....	29

6. Abschnitt: Überversorgung.....	31
§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung.....	31
§ 24 Feststellung von Überversorgung	31
§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung.....	31
§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen	32
7. Abschnitt: Unterversorgung	34
§ 27 [unbesetzt].....	34
§ 28 Definition der Unterversorgung	34
§ 29 Anhaltspunkte für Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung.....	34
§ 30 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung.....	34
§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung.....	35
§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses	35
§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss.....	36
§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses.....	36
§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)	36
8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V)	40
§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf ...	40
§ 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände	41
§ 38 Fachgebietswechsel.....	42
§ 39 [unbesetzt].....	42
9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen.....	42
§ 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen	42
§ 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung	43
§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens.....	44
§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen.....	44
§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage	46
§ 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren	46

§ 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung.....	46
§ 47 [unbesetzt].....	47
10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur.....	47
§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung.....	47
§ 49 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur.....	47
§ 50 [unbesetzt].....	47
11. Abschnitt: Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse.....	48
§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren.....	48
§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing.....	48
§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung.....	48
§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung.....	49
§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen.....	49
§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung.....	49
§ 57 Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V.....	49
12. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten.....	50
§ 58 Anstellungsvoraussetzungen.....	50
§ 59 Fachidentität bei Anstellung.....	51
§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens.....	51
§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten.....	51
§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung.....	52
13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen.....	52
Unterabschnitt 1: Inkrafttreten.....	52
§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist.....	52
§ 64 [unbesetzt].....	52

Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen	53
§ 65 Planungsbereiche.....	53
§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad	53
§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen	54
Anlagen	55

1. Abschnitt: Allgemeines

¹Der G-BA strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. ²Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinien erheblich einschränken. ³Die in diesen Richtlinien verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

(1) Die Richtlinie dient der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung) aufgrund von Überversorgung und Unterversorgung.

(2) Zu diesem Zweck regelt die Richtlinie auf der Grundlage der nachstehenden gesetzlichen Bestimmungen:

1. die vertragsärztliche Bedarfsplanung, insbesondere den Inhalt der Feststellungen in den Bedarfsplänen und die Abgrenzung der Planungsbereiche (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 sowie § 99 SGB V; § 12 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV),
2. Beispiele regionaler Besonderheiten, die bei der Aufstellung der Bedarfspläne zur Begründung eines Abweichens von dieser Richtlinie herangezogen werden können (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V),
3. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades und von Überversorgung in den einzelnen Arztgruppen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, § 101 Absatz 5, § 103 Absatz 1 SGB V; § 16 b Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV).
4. Maßstäbe für zusätzliche lokale sowie für qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen als Voraussetzungen für Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V),
5. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V),
6. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung (§ 104 Absatz 1 SGB V; § 16 Absatz 1 Ärzte-ZV),
7. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V),
8. Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung
 - von Ärzten, die bei Vertragsärzten angestellt sind,
 - von Ärzten, die in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätig sind,
 - von Ärzten, die in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigt sind,
 - von ermächtigten Ärzten und von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten, sowie
 - von Ärzten, die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V angestellt sind,

- bei der Bedarfsplanung sowie der Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse,
9. die Voraussetzungen für die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V),
 10. die besondere Überversorgungsfeststellung und Durchführung von Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 101 Absatz 4 SGB V),
 11. Übergangsregelungen ~~für die Anpassung der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie (nachfolgend Richtlinie 2007 genannt) an die Anforderungen der Neuregelung (nachfolgend Richtlinie 2012 genannt).~~
- (3) Soweit sich diese Richtlinie auf Ärzte bezieht, gilt sie entsprechend für Psychotherapeuten.

§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

¹Von dieser Richtlinie darf mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). ²Regionale Besonderheiten im Sinne des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V können insbesondere sein:

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten)

sowie

5. Infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/ Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

Ist es aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von diesen Richtlinien abzuweichen, sind die Abweichungen in den nach § 99 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufzustellenden Bedarfsplänen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften

- (1) ¹Die Richtlinie gilt bundeseinheitlich. ²Absatz 2 bleibt unberührt.
- (2) Sofern gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 12 Absatz 3 Satz 2 Ärzte-ZV von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Landesausschüssen in den vorgeschriebenen Verfahren abweichende Regelungen zu dieser Richtlinie vorgesehen werden, sind diese bei der Anwendung dieser Richtlinie verbindlich.

2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung

§ 4 Bedarfsplan

(1) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. ²Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion und Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung. ³Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten. ⁴Der Bedarfsplan ist kontinuierlich fortzuschreiben und dem Landesausschuss in elektronischer weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung zu stellen. ⁵Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren, ~~erstmal~~ ~~spätestens zum 30. Juni 2013~~ die Grundsätze zur regionalen Versorgung und systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie beschrieben (Grundsätze der Bedarfsplanung). ⁶Darüber hinaus wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel halbjährlich ~~erstmal~~ ~~spätestens zum 30. Juni 2013~~ die Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion erstellt (Stand der Bedarfsplanung). ⁷Die Daten gemäß Anlage 1 dieser Richtlinie werden jährlich in aktualisierter Form durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben und dem Landesausschuss zur Verfügung gestellt. ⁸Erforderlichenfalls können die in den Sätzen 5 und 6 genannten Fristen verkürzt werden. ⁹Absatz 3 bleibt unberührt. ¹⁰Die Beteiligung anderer Stellen richtet sich nach den jeweiligen Landesregelungen i.V.m. §§ 90a und 99 SGB V und §§ 13 und 14 der Ärzte-ZV. ¹¹Die Bedarfspläne weisen auch Beschlüsse nach § 103 Absatz 2 Satz 4 ff. SGB V aus.

(2) ¹Inhalt und Form des Bedarfsplans nach Absatz 1 Satz 2 richten sich nach der Anlage 2 dieser Richtlinie. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt basierend auf Anlage 2 eine Datensatzbeschreibung für die elektronische Übermittlung der Daten durch die KVen.

(3) Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen benutzen das in Anlage 2.2 niedergelegte Schema, in der nach dieser Regelung jeweils aktualisierten Form; auf Anfrage des Landesausschusses haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.

§ 5 Versorgungsebenen

(1) Als Grundstruktur der Bedarfsplanung werden vier Versorgungsebenen bestimmt, welche für die Zuordnung der Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und dementsprechend für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen maßgeblich sind:

GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV (keine Änderung)
1. hausärztliche <u>und kinderärztliche</u> Versorgung;	1. hausärztliche Versorgung;

2. allgemeine fachärztliche Versorgung;
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung;
4. gesonderte fachärztliche Versorgung.

(2) Der für die Versorgungsebenen maßgebliche regionale Versorgungsgrad wird arztgruppenspezifisch nach Maßgabe des 5. Abschnitts festgestellt.

§ 6 Arztgruppen

- (1) Die Bestimmung der Arztgruppen erfolgt nach ihrer Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-) Weiterbildungsordnung.
- (2) Fachärzte mit Facharztbezeichnungen, welche nach den geltenden Weiterbildungsordnungen nicht mehr erworben werden können, werden der Arztgruppe zugeordnet, der das Gebiet nach dem geltenden Recht zugeordnet ist (z. B. Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zum Gebiet der Internisten).
- (3) Die gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 6 SGB V ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemein- / Praktischen Ärzte, werden bedarfsplanungsrechtlich dem Fachgebiet zugeordnet, dem die ausgeführten fachärztlichen Leistungen nach geltendem Weiterbildungsrecht vorrangig zuordenbar sind.
- (4) ¹Führen Vertragsärzte, die nach ihrer bisherigen Bezeichnung einer der Arztgruppen nach §§ 11 - 14 zugeordnet worden sind, aufgrund von Änderungen des Weiterbildungsrechts in weiterbildungsrechtlich zulässigen Fällen eine Bezeichnung für ein Gebiet, dessen Definition zwei Arztgruppen betrifft, bleiben sie der Arztgruppe zugeordnet, in der sie überwiegend ärztliche Leistungen erbringen. ²Besondere Regelungen für den Fall der Umwandlung von Bezeichnungen oder Änderungen von Gebieten im Rahmen dieser Richtlinie bleiben unberührt.

§ 7 Planungsbereiche

¹Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum Stand der vertragsärztlichen sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) bzw. der von einer KV umfasste Bereich (Planungsbereiche). ²Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3 ersichtlich. ~~³Abweichend von Satz 1 kann der Landesausschuss mit 2/3 Mehrheit im Fall einer Gebietsreform beschließen, dass die Planungsbereiche hiervon unberührt bleiben und in ihrer bisherigen Form fortbestehen.~~ ³Für die Mittelbereiche und Raumordnungsregionen, welche die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten, werden Anpassungen vorgenommen. ⁴Diese sind in Anlage 3 ersichtlich. ⁵Eine Zuordnung der Planungsbereiche erfolgt in den §§ 11 bis 14.

§ 8 Verhältniszahlen

- (1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen gemäß § 11 bis 14 dieser Richtlinie ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Absatz 1 Satz 4 und 5 sowie § 101 Absatz 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Absatz 2 SGB V bestimmt werden.
- (2) ¹Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen) nach Maßgabe des Absatzes 1 zu bestimmen. ²Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren der §§ 11 bis 14 und der Anlage 5 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszahlen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.

§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor (ersetzt § 9 a.F.)

(1) ¹Die Allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Morbiditätsfaktor modifiziert. ²Die Modifikation erfolgt arztgruppen- und planungsbereichsbezogen durch Multiplikation der Allgemeinen Verhältniszahl mit dem Morbiditätsfaktor.

GKV-SV	KBV/PatV/DKG
³ Der Morbiditätsfaktor wird durch Differenzierungsfaktoren und Leistungsbedarfsfaktoren gemäß den Absätzen 4 bis 7 berechnet.	³ Der Morbiditätsfaktor wird durch Differenzierungsfaktoren und Leistungsbedarfsfaktoren gemäß den Absätzen 3 bis 4 berechnet.

⁴Durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen kann vom Morbiditätsfaktor begründet nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abgewichen werden.

(2) ¹Der Morbiditätsfaktor berücksichtigt Morbidität anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und Krankheitslast. Aufgrund dieser Merkmale werden die Versicherten im Rahmen der Differenzierungsfaktoren verschiedenen Morbiditätsgruppen zugeordnet. ²Die Anteile der Morbiditätsgruppen (Morbiditätsstruktur) werden bundesdurchschnittlich und planungsbereichsbezogen ermittelt.

GKV-SV	KBV/PatV/DKG
³ Ein Abweichen der aktuellen regionalen Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt löst arztgruppen- und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der allgemeinen Verhältniszahlen aus. Die Morbiditätsstruktur wird alle 3 Jahre zum gleichen Stichtag und auf einer Datenbasis mit dem gleichen Zeitbezug ermittelt.	³ Ein Abweichen der aktuellen regionalen Morbiditätsstruktur vom stichtagsbezogenen Bundesdurchschnitt löst arztgruppen- und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der allgemeinen Verhältniszahlen aus.

⁴Die Anpassung erfolgt mit einem Leistungsbedarfsfaktor, der den Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegelt und die regionale Abweichung der Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt entsprechend gewichtet.

(3) ¹Die Differenzierungsfaktoren teilen die GKV-Versicherten jeweils nach 4 Altersgruppen (<20, 20 bis <45, 45 bis < 75, 75 und älter), dem Geschlecht (m, w) sowie dem Morbiditätsgrad (erhöht morbide, durchschnittlich morbide) in insgesamt 16 Morbiditätsgruppen ein. ²Sie bilden die Anteile der Versichertengruppe an der Gesamtzahl der GKV-Versicherten in Prozent ab. ³Sie werden für die Frauenärzte auf der Basis der Frauen berechnet. ⁴Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. ⁵Für die Arztgruppen der Kinder – und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf Minderjährige, d.h. Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres differenziert nach Geschlecht und Morbidität, sodass sich 4 Morbiditätsgruppen ergeben. ⁶Die Differenzierungsfaktoren werden in allgemeine Differenzierungsfaktoren nach Nummer 1 und regionale Differenzierungsfaktoren nach Nummer 2 unterschieden und jeweils auf Grundlage eines Abrechnungsjahres ermittelt.

GKV-SV	KBV/PatV/DKG
1. Es gelten die allgemeinen Differenzierungsfaktoren. Sie werden erstmals auf Basis der Daten zum Stand zum 31.12.2017 gemäß Anlage 4.1 ermittelt.	1. Es gelten die allgemeinen Differenzierungsfaktoren nach Anlage 4.1. Sie werden zum Stichtag 31.12.2015 ermittelt.
2. Die regionalen Differenzierungsfaktoren werden erstmals auf Basis der Daten zum Stand 31.12.2017 gemäß Anlage 4.2 ermittelt.	2. Die regionalen Differenzierungsfaktoren werden bis zum 31.12.2027 gemäß Anlage 4.2 jeweils für zwei Jahre ermittelt.
3. Die allgemeinen und regionalen Differenzierungsfaktoren gemäß Anlage 4.1 und 4.2 werden alle drei Jahre zum gleichen Stichtag und auf einer Datenbasis mit dem gleichen Zeitbezug ermittelt.	

GKV-SV	KBV/DKG
(4) ¹ Es gelten die Leistungsbedarfsfaktoren nach Anlage 4.3. Sie werden auf der Basis der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KM6 für drei Jahre berechnet.	(4) ¹ Es gelten die Leistungsbedarfsfaktoren nach Anlage 4.3. Sie werden auf der Basis der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KM6 für fünf Jahre berechnet.

²Bei der Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. ³Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die Kinder und Jugendlichen (bis 18-Jährige).

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
⁴ Die Leistungsbedarfsfaktoren werden auf Bundesebene arztgruppenspezifisch für jede der Morbiditätsgruppen gemäß Absatz 4 als durchschnittlicher Leistungsbedarf in Punkten auf Basis von 12 Abrechnungsquartalen ermittelt.	⁴ Die Leistungsbedarfsfaktoren werden auf Bundesebene arztgruppenspezifisch für jede der Morbiditätsgruppen gemäß Absatz 4 in Euro auf Basis von 12 Abrechnungsquartalen ermittelt.
⁵ Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie regionale Gebührenordnungspositionen bleiben hierbei unberücksichtigt.	

(5) ¹Der Morbiditätsfaktor wird je Planungsbereich aus den Differenzierungsfaktoren und den Leistungsbedarfsfaktoren der jeweiligen Arztgruppe bestimmt: Es wird die Summe aus jeweils der Multiplikation des allgemeinen Differenzierungsfaktors einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen Leistungsbedarfsfaktor für diese Morbiditätsgruppe gebildet. ²Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus jeweils der Multiplikation des regionalen Differenzierungsfaktors einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen Leistungsbedarfsfaktor für diese Morbiditätsgruppe (siehe Anlage 4.4).

GKV-SV	KBV/PatV
(6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen nach Absatz 4 bis 7 sicher.	(6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen nach Absatz 3 und 4 sicher.

(7) Bei der Besetzung von Arztsitzen, die aufgrund des Morbiditätsfaktors ausgeschrieben werden, soll der Zulassungsausschuss in geeigneten Fällen darauf hinwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologisch/geriatriische Qualifikation verfügen.

GKV-SV	KBV/PatV
(8) Der Morbiditätsfaktor wird alle drei Jahre ermittelt. Die Differenzierungsfaktoren werden alle drei Jahre auf zeitlich gleicher Datenbasis, erstmalig auf Grundlage der Daten des Jahres 2017 ermittelt. Der Leistungsbedarfsfaktor wird alle drei Jahre, erstmalig auf Grundlage der Daten der Jahre 2015 bis 2017 ermittelt. Der Morbiditätsfaktor tritt zunächst für 6 Jahre in Kraft. Er tritt zum 31.12.2025 außer Kraft, wenn der G-BA keine Neuregelung oder ein unverändertes Fortbestehen der Regelung auf Grundlage einer Evaluation beschließt.	--

§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

¹Der Landesausschuss hat auf der Grundlage der Bedarfspläne gemäß § 4 und von Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Zulassungen im Planungsbereich in geeigneten Zeitabständen den Stand der Versorgung zu überprüfen. ²Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung erstrecken sich bei psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auch auf die gemäß § 12 jeweils zum 31. Dezember des Jahres zu treffende Feststellung über die Zuordnung von Vertragsärzten als ausschließlich psychotherapeutisch tätige oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte.

3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung

§ 11 Hausärztliche Versorgung

GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV (keine Änderung)
Hausärztliche <u>und kinderärztliche</u> Versorgung	Hausärztliche Versorgung
(1) Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung sind Hausärzte. <u>Arztgruppen der kinderärztlichen Versorgung sind Kinder- und Jugendärzte.</u>	(1) Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung sind Hausärzte.
<p>(2) Zur Arztgruppe der Hausärzte gehören gemäß § 101 Absatz 5 SGB V:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V vorliegt, 2. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V gewählt haben, 3. sofern sie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eine entsprechende Bezeichnung erworben haben: Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte). 	
<u>(3) Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.</u>	--
(4) ¹ Planungsbereich für die hausärztliche <u>und kinderärztliche Versorgung</u> ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung. ² Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. ³ Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumlagerung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. ⁴ Die abweichende Raumlagerung ist bekannt zu geben. ⁵ Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.	(3) ¹ Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung. ² Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. ³ Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumlagerung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. ⁴ Die abweichende Raumlagerung ist bekannt zu geben. ⁵ Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.

<p><u>(5) Die Mittelbereiche für die kinderärztliche Versorgung werden in 2 Kategorien typisiert. Mittelbereiche des Typ 1 sind deckungsgleich mit Kreisregionen des Typ 1 gemäß § 12 Absatz 3. Mittelbereiche des Typ 2 sind alle übrigen Mittelbereiche.</u></p>	<p>--</p>
<p><u>(6) / (4)</u> ¹Die Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1.671 Einwohnern festgelegt. ² Für hausärztliche Planungsbereiche, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr (RVR) liegen, gelten die Übergangsregelungen nach § 65.</p>	
<p><u>(7) Die Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte für Mittelbereiche des Typ 1 mit dem Verhältnis 1 Kinderarzt zu 2.405 Einwohnern unter 18 Jahren und für Mittelbereiche des Typ 2 einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Kinderarzt zu 3.362 Einwohnern unter 18 Jahren festgelegt.</u></p>	<p>--</p>

4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung

(1) Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind:

1. Augenärzte
2. Chirurgen und Orthopäden
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Psychotherapeuten
8. Urologen

GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV
--	9. Kinderärzte <u>Kinder- und Jugendärzte</u>

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Augenärzte gehören die Fachärzte für Augenheilkunde.
2. Zur Arztgruppe der Chirurgen und Orthopäden gehören die Fachärzte für Chirurgie, die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, die Fachärzte für Kinderchirurgie, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Gefäßchirurgie, die Fachärzte für Visceralchirurgie, die Fachärzte für Orthopädie sowie die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie und die Fachärzte für Thoraxchirurgie.
3. Zur Arztgruppe der Frauenärzte gehören die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
4. Zur Arztgruppe der Hautärzte gehören die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
5. Zur Arztgruppe der HNO-Ärzte gehören die Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und die Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen.
6. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

7. ¹Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. ²Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Absatz 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind. ³Für die Bemessung des Tätigkeitsumfangs im Einzelnen gilt § 18. ⁴Für die Bemessung wird bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten ein Faktor von 0,7 zugrunde gelegt. ⁵Die Tätigkeit als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird. ⁶Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte berührt, unbeschadet der Regelung in § 19 Absatz 1, den Status als Hausarzt nicht, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 5 SGB V vorliegt. ⁷Als Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten:
- ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht berechtigt sind, Personen zu Lasten der GKV zu behandeln, deren Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat,
 - Ärzte und Psychotherapeuten, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. erreichen bzw. überschreiten.
8. Zur Arztgruppe der Urologen gehören die Fachärzte für Urologie.

GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV
--	9. Zur Arztgruppe der Kinderärzte <u>Kinder- und Jugendärzte</u> gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

(3) ¹Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. ²Kreisregionen sind Kreiszusammenfassungen in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). ³Für die Feststellung der Allgemeinen Verhältniszahlen und die Überversorgung werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. ⁴Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtreionen des BBSR. ⁵Die Methodik zur Bestimmung der Kreistypen ist in Anlage 6 beschrieben. ⁶Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann auch für einzelne Arztgruppen eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. ⁷Die Planungsbereiche und ihre Typisierung sind aus der Anlage 3.2 ersichtlich.

(4) ¹Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

	Typ 1 (stark mit-versorgend)		Typ 2 (mitversorgt und mit-versorgend)		Typ 3 (stark mit-versorgt)		Typ 4 (mit-ver-sorgt)		Typ 5 (eigen-ver-sorgt)		Typ 6 (poly-zentri-scher Ver-flechtungs-raum)	
Augenärzte	13.399		20.229		24.729		22.151		20.664		20.440	
Chirurgen und Orthopäden	9.202		14.210		17.108		16.133		14.844		13.661	
Frauenärzte	3.733		5.619		6.606		6.371		6.042		5.555	
Hautärzte	21.703		35.704		42.820		41.924		40.042		35.736	
HNO-Ärzte	17.675		26.943		34.470		33.071		31.768		25.334	
	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV
Nervenärzte	13.745		<u>28.921</u>		<u>33.102</u>		<u>31.938</u>		<u>31.183</u>		<u>31.373</u>	
			<u>21.403</u>	<u>20.872</u>	<u>25.884</u>	<u>25.193</u>	<u>24.343</u>	<u>23.852</u>	<u>23.006</u>	<u>22.600</u>	<u>31.373</u>	<u>20.342</u>
Psychotherapeuten	3.079		<u>7.496</u>		<u>9.403</u>		<u>8.587</u>		<u>6.953</u>		<u>5.435</u>	
			<u>7.496</u>	<u>4.675</u>	<u>9.103</u>	<u>5.643</u>	<u>8.587</u>	<u>5.343</u>	<u>5.953</u>	<u>5.063</u>	<u>5.435</u>	<u>4.557</u>
Urologen	28.476		45.200		52.845		49.573		47.189		37.215	
GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	KBV/DKG/PatV/LV
Kinderärzte	<u>2.405</u>		<u>3.587</u>		<u>4.372</u>		<u>3.990</u>		<u>3.859</u>		<u>3.527</u>	
		2.044		2.865		2.865		2.865		2.865		2.865

GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV
--	² Die Verhältniszahl der <u>Kinderärzte</u> <u>Kinder- und Jugendärzte</u> bezieht sich auf die „bis unter 18-Jährigen“.

³Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
<p><u>(5) Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 30 v.H. der allgemeinen Verhältniszahl den Psychiatern sowie den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und mindestens 20 v.H. der allgemeinen Verhältniszahl den Fachärzten für Neurologie vorbehalten ist. Besteht in einem Planungsbereich eine Feststellung gemäß § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V sind die festgelegten Mindestanteile im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren aufzufüllen.</u></p>	<p><u>(5) Für die folgenden Arztgruppen werden Quoten nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V festgelegt:</u></p> <p><u>Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Nervenärzten sowie Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie vorbehalten ist.</u></p> <p><u>Sofern Satz 1 nicht erfüllt ist, ist sicherzustellen, dass mindestens jeweils 50 Prozent der Differenz aus dem Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl und der tatsächlichen Anzahl der Nervenärzte sowie der Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie im Planungsbereich einerseits den Neurologen und andererseits den Psychiatern sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten ist.</u></p>	<p><u>(5) Für die folgenden Arztgruppen werden Quoten nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V festgelegt:</u></p> <p><u>Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Nervenärzten sowie Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie vorbehalten ist.</u></p> <p><u>Sofern Satz 1 nicht erfüllt ist, ist zusätzlich sicherzustellen, dass mindestens jeweils 40 bzw. 60 Prozent der Differenz aus dem Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl und der tatsächlichen Anzahl der Nervenärzte sowie der Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie im Planungsbereich einerseits den Neurologen und andererseits den Psychiatern sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten ist.</u></p>

GKV-SV	KBV
--	<p>¹ <u>Rechenbeispiel:</u></p> <p><u>Fall 1: Der Planungsbereich ist gesperrt; die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der Verhältniszahl aus:</u></p> <p>→ <u>Keine Quotenplätze</u></p> <p><u>Fall 2: Die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil unter 100 Prozent der Verhältniszahl aus; der Planungsbereich ist gesperrt; innerhalb der Differenz machen die Psychiater einen Anteil unter 50 Prozent aus: Sollzahl Ärzte = 100, Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie = 80, Psychiater = 5, Neurologen = 50</u></p> <p>→ <u>Sollzahl Neurologen und Psychiater innerhalb der Differenz aus Sollzahl Ärzte und Istzahl Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie: $50\% \cdot (100 - 80) = 10$</u></p> <p>→ <u>Zahl der Psychiater liegt unter 10: $10 - 5 = 5$</u></p> <p>→ <u>5 Quotenplätze für Psychiater.</u></p> <p><u>Quotenplätze können dabei auch durch Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie besetzt werden.</u></p>

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

- (1) Der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:
1. Anästhesisten
 2. Fachinternisten (fachärztlich tätig)
 3. Kinder- und Jugendpsychiater
 4. Radiologen
- (2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:
1. Zur Arztgruppe der Anästhesisten gehören die Fachärzte für Anästhesiologie und die Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie.
 2. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß § 101 Absatz 5 Satz 3 SGB V gehören alle internistischen Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
 3. Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP) gehören die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
 4. Zur Arztgruppe der Radiologen gehören die Fachärzte für Radiologie, die Fachärzte für Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik, die Fachärzte für Radiologische Diagnostik sowie die Fachärzte für Diagnostische Radiologie.
- (3) ¹Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. ²Erstreckt sich die Raumordnungsregion über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind die Teile der Raumordnungsregion getrennt zu beplanen. ³Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann auch für einzelne Arztgruppen eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden.
- (4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

Anästhesisten	46.917		
Radiologen	49.095		
	GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV	
Fachinternisten	<u>19.357</u>	<u>13.980</u>	<u>21.508</u>
Kinder- und Jugendpsychiater	16.909		

Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendpsychiater bezieht sich auf die bis unter 18-Jährigen.

- (5) Bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie soll der Zulassungsausschuss darauf hinwirken, dass Bewerber Berücksichtigung finden, deren Versorgungsschwerpunkte in Schmerztherapie oder Palliativmedizin liegen.

GKV-SV/DKG/KBV	PatV/LV
<u>(6) Für die folgenden Arztgruppen werden Quoten nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V festgelegt:</u>	
<u>1. Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 5 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie vorbehalten ist.</u>	<u>1. Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 10 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie vorbehalten ist.</u>

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
	<u>Nach einer Evaluation der Wirkung der Mindestquoten für Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie, die der G-BA bis zum 30.06.2024 abschließt, steigt die Quote nach Satz 1 zum 01.01.2025 auf 10%, sofern der G-BA nichts anderes beschließt.</u>	<u>Abweichend davon sind für einen Übergangszeitraum von zehn Jahren folgende Versorgungsanteile den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie vorbehalten: ab Inkrafttreten dieser Regelung mindestens 5%, ab 2021 mindestens 6%, ab 2023 mindestens 7%, ab 2025 mindestens 8%, ab 2027 mindestens 9 % und ab 2029 mindestens 10% der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten den Fachärzten.</u>

GKV-SV/KBV/DKG
<u>2. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 30 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie handelt.</u>

GKV-SV	KBV/DKG
<p>3. <u>Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 15 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie handelt.</u></p>	<p>3. <u>Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie handelt.</u></p>

GKV-SV	KBV/DKG
<p>4. <u>Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 15 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie, den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, den Fachärzten für Lungen- und Bronchialheilkunde, sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, einen Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde handelt.</u></p>	<p>4. <u>Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie, den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, den Fachärzten für Lungen- und Bronchialheilkunde, sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, einen Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde handelt.</u></p>

GKV-SV	KBV/DKG
<p><u>5. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie handelt.</u></p>	<p><u>5. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie handelt.</u></p>
<p>GKV-SV/DKG</p> <p><u>Der G-BA evaluiert die Regelung gemäß Absatz 6 Nummer 1 fünf Jahre nach Inkrafttreten. Er wird im Zuge dessen auch eine Anhebung der Mindestquote für Rheumatologen auf 10 v.H. der allgemeinen Verhältniszahl prüfen.</u></p>	

§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung

(1) Der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

1. Humangenetiker
2. Laborärzte
3. Neurochirurgen
4. Nuklearmediziner
5. Pathologen
6. Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner
7. Strahlentherapeuten
8. Transfusionsmediziner

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Humangenetiker gehören die Fachärzte für Humangenetik.
2. Zur Arztgruppe der Laborärzte gehören die Fachärzte für Biochemie, die Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie, die Fachärzte für Immunologie, die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.
3. Zur Arztgruppe der Neurochirurgen gehören die Fachärzte für Neurochirurgie.
4. Zur Arztgruppe der Nuklearmediziner gehören die Fachärzte für Nuklearmedizin.
5. Zur Arztgruppe der Pathologen gehören die Fachärzte für Neuropathologie, die Fachärzte für Pathologie und die Fachärzte für pathologische Anatomie.
6. Zur Arztgruppe der Physikalischen- und Rehabilitations-Mediziner gehören die Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und die Fachärzte für Physiotherapie.
7. Zur Arztgruppe der Strahlentherapeuten gehören die Fachärzte für Strahlentherapie.
8. Zur Arztgruppe der Transfusionsmediziner gehören die Fachärzte für Blutspende- und Transfusionsmedizin und die Fachärzte für Transfusionsmedizin.

(3) ¹Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der Bezirk der Kasernenärztlichen Vereinigung. ²§ 12 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-ZV bleibt unberührt.

(4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

Humangenetiker	551.258
Laborärzte	92.728
Neurochirurgen	146.552
Nuklearmediziner	107.698
Pathologen	109.918
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	155.038
Strahlentherapeuten	157.796
Transfusionsmediziner	1.202.229

§ 15 Weitere Arztgruppen

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung oder zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in die Planung einbezogen werden.

§ 16 Praxisnachfolge

¹Im Falle der Praxisnachfolge gilt, dass die Praxis auch für Ärzte ausgeschrieben werden kann, welche ganz oder teilweise in einem Fachgebiet tätig sind, welches mit dem alten Fachgebiet übereinstimmt. ²Bei der Nachbesetzung soll zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung eine ausgewogene Verteilung der von dieser Regelung betroffenen Fachgebiete gesichert sein (z.B. bei Fachinternisten mit Schwerpunkten oder Nervenärzten (Psychiater/Neurologen). ³Die Quoten gemäß § 12 Abs. 5, 13 Abs. 6 und 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 sind zu beachten.

5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung

§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

(1) ¹Die lokale Verhältniszahl wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Feststellung im Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte und angestellten Ärzte (Anrechnungsfaktor nach § 21) der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt. ²Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.

(2) Bei der Feststellung nach Absatz 1 ist der ~~Demografiefaktor~~ Morbiditätsfaktor nach § 9 zu berücksichtigen.

(3) Die Berücksichtigung ermächtigter und angestellter Ärzte erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

(4) ¹Besteht keine Überversorgung, ist die Feststellung, dass keine Überversorgung besteht, mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis Überversorgung eingetreten ist. ²Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag in Betracht. ³§ 26 Absatz 2 bis 5 ist entsprechend anzuwenden.

§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

(1) ¹In der Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte wird für die Feststellungen des Versorgungsgrades jeweils auf den 31. Dezember des vorausgegangenen Jahres auf der Grundlage einer durchschnittlichen Berechnung des ersten bis dritten Quartals des Vorjahres und des vierten Quartals des vor dem Vorjahr liegenden Jahres abgestellt. ²Wird der Zeitraum von vier Quartalen wegen der Dauer der vorausgegangenen Tätigkeit des Arztes nicht ausgefüllt, ist auf der Grundlage der tatsächlichen Tätigkeitsdauer der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtanteil der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. ³Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen oder als solche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte werden auch beim lokalen Versorgungsgrad ungeachtet ihres tatsächlichen Leistungsanteils mit dem Faktor 0,7 angerechnet. ⁴Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem reduzierten hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der Faktor entsprechend angepasst halbiert.

(2) ¹Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind zugelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, sowie Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. überschreiten. ²Als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 v.H., jedoch nicht mehr als 90 v.H. ihrer ärztlichen Leistungen umfassen. ³Ab dem 1. April 2017 zählen als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne die Leistungen der Abschnitte 35.2 und 35.3 sowie die Leistungen nach den Nummern 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35152 des EBM mit Stand vom 15. Januar 2018. ⁴Abweichend von Satz 3 wird für Nervenärzte, Psychiater, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater die Leistungen nach Nummer 35151 und 35152 nicht berücksichtigt. ⁵Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. ⁶Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die Leistungen nach Satz 3, die an Minderjährigen Kindern und Jugendlichen und Heranwachsenden (bis 21 Jahre) erbracht wurden; Satz 4 gilt entsprechend. ⁷Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt. ⁸Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert die Auswirkungen der Regelung in Satz 4 innerhalb von 2 Jahren nach ihrem Inkrafttreten. Hat der G-BA bis zu diesem Zeitpunkt keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung der Regelung beschlossen, so tritt diese mit diesem Datum außer Kraft.

(3) Die Berücksichtigung ermächtigter Psychotherapeuten und angestellter Psychotherapeuten erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten

(1) Hausärzte, welche zum Stichtag 31. Dezember des Vorjahres der Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden nicht als Hausärzte erfasst, Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Gruppe der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden mit dem Faktor 0,3 erfasst.

(2) Hausärzte, welche neben der Hausarztfunktion eine fachärztliche Tätigkeit unter einer weiteren Facharztbezeichnung wahrnehmen, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet

¹Vertragsärzte, welche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind oder als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfasst und in der Arztgruppe der Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,7 angerechnet werden, werden bei der Bestimmung der regionalen Verhältniszahl der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet. ²Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem häufigen-reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV werden die Faktoren halbiert-entsprechend angepasst.

§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

- (1) ¹Ärzte, welche als Vertragsarzt für zwei Gebiete im Sinne der (M-)WBO zugelassen sind, werden bei Feststellungen zum lokalen Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe mit dem Faktor 0,5 zugerechnet. ²Bei Ärzten nach Absatz 2, welche in zwei Fachgebieten tätig sind, wird der Faktor halbiert.
- (2) Ärzte, welche durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV beschränkt haben oder bei denen der Zulassungsausschuss die hälftige Entziehung der Zulassung beschlossen hat, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.
- (3) ¹Angestellte Ärzte eines Vertragsarztes nach § 95 Absatz 9 Satz 1 SGB V und die in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte werden entsprechend ihrer Arbeitszeit mit den Anrechnungsfaktoren nach den §§ 51 und 58 auf den Versorgungsgrad angerechnet. ²Die Regelung findet auch Anwendung auf angestellte Ärzte in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V.
- (4) Endet die Leistungsbegrenzung nach § 26 bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen durch die Anordnung des Landesausschusses nach § 16 b Absatz 3 und 4 Ärzte-ZV, wird der angestellte Arzt eines Vertragsarztes oder eines Medizinischen Versorgungszentrums bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nach dem Anrechnungsfaktor gemäß Absatz 3 berücksichtigt.
- (5) ¹Bei Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung gemäß § 95 Absatz 9b SGB V wird der Arzt, der bisher als Angestellter mit dem Faktor 1 gezählt wurde, voll zugelassen (mit dem Faktor 1 angerechnet). ²Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,5 erfolgt die hälftige Zulassung (mit dem Faktor 0,5 angerechnet). ³Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,75 erfolgt die dreiviertel Zulassung (mit dem Faktor 0,75 angerechnet).

§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

- (1) ¹Ermächtigte Ärzte werden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang pauschaliert auf den Versorgungsgrad angerechnet, soweit der Tätigkeitsumfang nicht vernachlässigbar ist. ²Vernachlässigbar sind Tätigkeitsumfänge, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. ³Die Anrechnung setzt eine Ermächtigung für die Erbringung von mindestens drei vertragsärztlichen Leistungsziffern voraus. ⁴Tätigkeitsumfänge werden je nach vom Ermächtigten erbrachtem Tätigkeitsumfang mit dem Faktor 0,25; 0,5; 0,75 oder 1,0 auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. ⁵Als Maßstab für die Anrechnung des Tätigkeitsumfanges ist auf das Verhältnis der vom ermächtigten Arzt erbrachten Fallzahl zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region abzustellen; dabei wird auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor nach mathematischen Grundsätzen gerundet.

(2) ¹Ärzte in ermächtigten Einrichtungen werden auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. ²Keine Anrechnung erfolgt für ermächtigte Einrichtungen nach § 117 SGB V und § 119a SGB V und für Tätigkeitsumfänge von ermächtigten Einrichtungen, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. ³Die Berücksichtigung der sonstigen ermächtigten Einrichtungen erfolgt entsprechend den folgenden Regelungen:

1. ¹Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach § 116a SGB V und § 118a SGB V erbringen, werden entsprechend einem Fallzahlquotienten in Schritten von jeweils 0,25 angerechnet. ²Der Fallzahlquotient ergibt sich aus dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region. ³Es wird mathematisch auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor auf- bzw. abgerundet.

2. ¹Einrichtungen gemäß §§ 118 und 119 SGB V sind mit einem Anrechnungsfaktor von pauschal 0,5 je Einrichtung zu berücksichtigen. ²Sofern belastbare Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen, erfolgt eine Anrechnung für diesen Anteil der Leistung entsprechend Absatz 2 Satz 3 Nr. 1. ³Hierfür können auch Daten oder Informationen aus einer freiwilligen Selbstauskunft der betroffenen Einrichtungen verwendet werden.

(3) ¹Die Zuordnung nach Absatz 1 und 2 zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe erfolgt auf Grundlage der Definitionen der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2, § 13 Absatz 2 und § 14 Absatz 2. ²Bei Anrechnungen nach Absatz 2 erfolgt die Anrechnung bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt. ³Liegen keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vor, erfolgt die Anrechnung nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 für Einrichtungen gemäß § 118 SGB V bei den Psychotherapeuten, für Einrichtungen gemäß § 118a SGB V bei den Fachinternisten und für Einrichtungen gemäß § 119 SGB V bei den Kinderärzten, Kinder- und Jugendärzten.

(4) ¹Von den Anrechnungsregelungen der Absätze 1 und 2 kann abgewichen werden, sofern es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist. ²Ob solche Besonderheiten bestehen und inwieweit hieraus Abweichungen von den Anrechnungsfaktoren erfolgen können, obliegt der einvernehmlichen Entscheidung nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V auf Landesebene.

(5) Nach Abschluss der noch ausstehenden Vereinbarung für die geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V sowie der Psychosomatischen Institutsambulanz gem. § 118 Absatz 3 SGB V werden die Regelungen zur Anrechnung auf den Versorgungsgrad innerhalb von 6 Monaten auf Sachgerechtigkeit überprüft und ggf. angepasst.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert die Auswirkungen der Regelung 3 Jahre nach ihrem Inkrafttreten und berät auf Grundlage der Ergebnisse über die Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelung.

(7) Hat der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2022 keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung beschlossen, so tritt diese Regelung mit diesem Datum außer Kraft.

6. Abschnitt: Überversorgung

§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung

Bei der Feststellung von Überversorgung hat der Landesausschuss auf der Grundlage der Zuordnung des zu prüfenden Planungsbereiches gemäß §§ 11 bis 14 in Verbindung mit Anlage 3 sowie auf der Grundlage der danach gemäß § 8 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahlen unter Anwendung der Anpassungsfaktoren nach § 9 wie folgt zu verfahren:

1. Gegebenenfalls sind Korrekturfaktoren nach den §§ 19 bis 22 zu berücksichtigen;
2. Eine eventuelle Überversorgung durch Vergleich der beiden Verhältniszahlen ist gemäß § 24 festzustellen.

§ 24 Feststellung von Überversorgung

¹Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten lokalen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v.H. (die lokale Arzt/Einwohnerrelation übersteigt um 10 Prozent die allgemeine Arzt/Einwohnerrelation), so ist Überversorgung anzunehmen. ²Dies gilt auch bei der Anwendung von Korrekturfaktoren.

§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung

(1) Bei der Feststellung nach § 24 hat der Landesausschuss für die psychotherapeutische Versorgung für jeden Planungsbereich gemäß § 101 Absatz 4 SGB V folgende Feststellungen zu treffen:

1. Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand der Allgemeinen Verhältniszahl zu ermitteln und als Anzahl der Psychotherapeuten auszudrücken.
2. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach Nummer 1 ist ein 25-prozentiger Anteil für psychotherapeutische Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen (Quote).
3. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach Nummer 1 ist ein 20-prozentiger Anteil für die Ärzte und Psychotherapeuten festzustellen, die gemäß § 12 Absatz 2 Nummer 7 der Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln (Quote).
4. Stellt der Landesausschuss Überversorgung fest, hat er zugleich eine Feststellung zu treffen, in welchem Umfang gemäß § 101 Absatz 4 SGB V – ausgedrückt in der Anzahl der Psychotherapeuten – in jedem Versorgungsanteil Ärzte, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen werden können, wenn die Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind.
5. Die Feststellungen nach den Nummern 2 bis 4 sind auf der Grundlage der Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 10 zu treffen.

~~(2) Bei den Feststellungen nach den Nummern 1 bis 3 wird auf halbe Zulassungen oder Genehmigungen aufgerundet.~~

(2) Innerhalb der Quote nach Absatz 1 Nr. 2 ist ein 50 %-Anteil für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorzuhalten und festzustellen und in die Beurteilung nach Absatz 1 Nr. 4 gesondert einzubeziehen. Absatz 1 Nr. 5 gilt für den Anteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entsprechend.

§ 25a Feststellungen des Landesausschusses zu Quotenplätzen

GKV-SV	KBV/DKG/LV/PatV
<u>¹Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, hat der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach §§ 25 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 und § 13 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 festgestellten nicht ausgeschöpften Zahlen an Ärzten Zulassungen für Ärzte zu erteilen. ²Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26.</u>	<u>¹Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, hat der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach §§ 25 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2, § 12 Absatz 5 und § 13 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 festgestellten nicht ausgeschöpften Zahlen an Ärzten Zulassungen für Ärzte zu erteilen. ²Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26.</u>

§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

(1) ¹Kommt der Landesausschuss nach einer Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist. ²Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder eine hälftige Genehmigung in Betracht. ³Im Hinblick auf die Prospektivität der Bedarfsplanung eines Planungsbereiches sollen Möglichkeiten der Befristung von Zulassungen nach § 19 Absatz 4 Ärzte-ZV geprüft werden.

(2) ¹Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V in beschränkter Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung zugelassen sind, und die nach § 46 in gesperrten Planungsbereichen nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 im Fachgebiet, dass für solche Ärzte oder Psychotherapeuten die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbegrenzung für die Gemeinschaftspraxis nur nach Maßgabe der Bestimmung zum Umfang des Aufhebungsbeschlusses enden, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung. ²Die Beendigung der Beschränkung der Zulassung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach zehnjähriger gemeinsamer Berufsausübung bleibt unberührt (§ 101 Absatz 3 Satz 2 SGB V).

(3) Unter Berücksichtigung der Vorrangigkeit der in Absatz 2 Satz 1 geregelten Reihenfolge von Ärzten und Psychotherapeuten, deren Zulassungsbeschränkung und Leistungsbegrenzung aufgehoben wird, endet die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nach Maßgabe der Bestimmung des Umfanges des Aufhebungsbeschlusses, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der Jahre der Anstellung.

(4) Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen:

1. Der Beschluss des Landesausschusses nach Absatz 1 ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.

In der Veröffentlichung sind die Entscheidungskriterien nach Nummer 3 und die Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) bekannt zu machen, innerhalb der potentielle Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beizubringen haben. Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.

2. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Absatz 5 Satz 1 SGB V,
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z.B. Fachgebietsschwerpunkt, **Barrierefreiheit**, Feststellungen nach § 35).
- **Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung**

(5) Über die Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V ist vorrangig vor Anträgen auf (Neu-)Zulassung, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung oder der Anstellung zu entscheiden.

7. Abschnitt: Unterversorgung

§ 27 [unbesetzt]

§ 28 Definition der Unterversorgung

Eine Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht behoben werden kann.

§ 29 Anhaltspunkte für Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung

¹Das Vorliegen einer Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung (§ 11) den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v.H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ 12) und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (§ 13) sowie der gesonderten fachärztlichen Versorgung (§ 14) jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v.H. unterschreitet. ²Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.

§ 30 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung

¹Liegt nach § 29 ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in einem Planungsbereich vor, so ist auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern (Stand der Bedarfsplanung Anlage 2.2) enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen und deren Ergebnisse sind dem Landesausschuss zu übermitteln.

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung

(1) Bei der Prüfung nach § 30 sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

DKG/PatV/LV	KBV/GKV-SV
1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft) und – soweit möglich – der Versorgungsbeitrag;	1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, <u>Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistenten nach 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V</u>), und – soweit möglich – der Versorgungsbeitrag;

2. Bei den Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen;
3. Bei Prüfungen zum Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung der Umfang, in welchem außer Allgemein- / Praktischen Ärzten andere teilnahmeberechtigte Fachärzte (Internisten mit Hausarztentscheidung sowie Kinderärzte Kinder- und Jugendärzte) im Sinne des § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

(2) Ergibt sich aufgrund der vorgenannten Kriterien in den Nummern 1 bis 3, dass trotz Unterschreitens von Allgemeinen Verhältniszahlen nach den §§ 11 bis 14 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den Verhältniszahlen vorgegebenen Größenordnung erforderlich sind, so kann auf die Feststellung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung verzichtet werden.

§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses

Die Ergebnisse nach den §§ 30 und 31 sind dem Landesausschuss unter Mitteilung der maßgebenden Tatsachen und der Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln.

§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss

(1) Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder in absehbarer Zeit droht.

(2) ¹Die Prüfung ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der nach § 32 übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern (Stand der Bedarfsplanung Anlage 2.2) enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. ²Hält der Landesausschuss diese Unterlagen für nicht ausreichend, so hat er eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem Planungsbereich vorzunehmen oder ergänzende Unterlagen und Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen oder der Ersatzkassen anzufordern. ³§ 16 Ärzte-ZV bleibt unberührt.

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses

Die aufgrund der Feststellung über eine eingetretene oder in absehbarer Zeit drohende ärztliche Unterversorgung erforderlichen weiteren Maßnahmen des Landesausschusses richten sich nach den Vorschriften des SGB V und der Ärzte-ZV.

§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)

(1) ¹Nach § 100 Absatz 3 SGB V trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse nach Prüfung die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. ²Die nachstehenden Bestimmungen geben dazu den Landesausschüssen Beurteilungsmaßstäbe vor. ³Bei der Prüfung sind die in einer Region bereits auf Grundlage der §§ 2 und 9 dieser Richtlinie erfolgten Anpassungen der Bedarfspläne zu berücksichtigen. ⁴Soll § 35 aufgrund des wiederholten Einsatzes derselben Kriterien zur Anwendung kommen, ist dies gesondert zu begründen. ⁵Diese Begründung beinhaltet auch Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen.

(2) ¹Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregionen innerhalb eines Planungsbereiches er die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf trifft. ²Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Struktur, Verkehrsanbindung und Lage eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist. ³Dabei sollte die Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe als Anhaltspunkt dienen. ⁴Darüber hinaus kann bei der Festlegung der Bezugsregion der Versorgungsbeitrag der dort bereits tätigen Ärzte berücksichtigt werden.

(3) ¹Der Landesausschuss hat das Vorliegen des lokalen Versorgungsbedarfs zu prüfen, soweit in der nach Absatz 2 von ihm festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 erfüllt sind. ²Die §§ 32 und 33 gelten entsprechend.

(4) ¹Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung in der Bezugsregion auch dann vorzunehmen, wenn die Kriterien nach Absatz 3 in der Bezugsregion nicht erfüllt sind. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.

(5) ¹Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die regionale Demografie,
2. die regionale Morbidität,
3. sozioökonomische Faktoren,
4. die Versorgungsstrukturen,
5. räumliche Faktoren,
6. infrastrukturelle Besonderheiten-

GKV-SV/PatV/DKG	KBV
<u>7. Erreichbarkeit.</u>	

GKV-SV	PatV/DKG	KBV/LV
<u>²Maßstab für die Prüfung gemäß Satz 1 Nummer 7 ist, ob 95 v.H. der Einwohner in der Region nach Absatz 2,</u>	<u>²Maßstab für die Prüfung gemäß Satz 1 Nummer 7 ist, ob 99 v.H. der Einwohner in der Region nach Absatz 2,</u>	<u>² Ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf im Planungsbereich nach Satz 1 Nummer 5 und 6 ist anzunehmen, sofern die Zahl der Einwohner in der Region nach Absatz 2,</u>
<u>1. die Ärzte der hausärztlichen Versorgung nach § 11 in durchschnittlich mehr als 20 PKW-Minuten,</u>	<u>1. die Ärzte der hausärztlichen Versorgung nach § 11 in durchschnittlich mehr als 15 PKW-Minuten,</u>	<u>1. die Ärzte der hausärztlichen Versorgung nach § 11 in mehr als 20 PKW-Fahrzeitminuten,</u>

GKV-SV/LV	PatV/DKG	KBV
<u>2. die Kinder- und Jugendärzte nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nummer 10 in durchschnittlich mehr als 30 PKW-Minuten,</u>	<u>2. die Kinder- und Jugendärzte nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nummer 9 und die Frauenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in durchschnittlich mehr als 20 PKW-Minuten,</u>	<u>2. die Augenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, die Frauenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, die Kinder- und Jugendärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 in mehr als 40 PKW-Fahrzeitminuten</u>

GKV-SV	PatV/DKG	KBV/LV
<u>3. die Augenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und die Frauenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in durchschnittlich mehr als 40 Minuten.</u>	<u>3. die Fachärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 2 sowie Nummer 4 bis 8 in durchschnittlich mehr als 30 Minuten.</u>	
<u>erreichen, die Anzahl der betroffenen Einwohner die Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet und die Erreichbarkeit auch nicht durch ermächtigte Ärzte und Einrichtungen oder Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann. ³Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend. ⁴Bei den Kinder- und Jugendärzten gilt als Einwohner die Bevölkerung unter 18 Jahren.</u>	<u>erreichen, die Anzahl der betroffenen Einwohner die Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet und die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann. ³Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend. ⁴Bei den Kinder- und Jugendärzten gilt als Einwohner die Bevölkerung unter 18 Jahren.</u>	<u>erreichen, die Einwohnerzahl entsprechend der Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet.</u>

^{23/5} Sie kann sich insbesondere auf folgende Versorgungskonstellationen beziehen:

1. Verbesserung der Versorgung in nicht gesperrten Planungsbereichen vorrangig vor gesperrten Planungsbereichen,
2. Förderung der Gründung/Erhaltung von (Zweig-) Praxen in Regionen, in denen für die Bezugsregion nach Absatz 2 Unterversorgung festgestellt wurde,
3. Förderung von Leistungen, die zum Zeitpunkt der Prüfung durch die Ärzte in oder um die Bezugsregionen nach Absatz 2 nicht oder nicht im ausreichenden Maße erbracht werden,
4. Förderung des Leistungsumfangs, der durch die vorhandenen Ärzte in der Bezugsregion nach Absatz 2 erbracht wird.
5. Förderung mobiler oder telemedizinischer Versorgungsangebote für Ärzte der Bezugsregionen nach Absatz 2.

GKV-SV/PatV/DKG	KBV
<u>6. Ausschreibung zusätzlicher Arztsitze beim Vorliegen eines zusätzlichen Versorgungsbedarfes gemäß Absatz 5 Satz 1 Nummer 7 i.V.m. Absatz 2 bis 4.</u>	<u>6. Ausschreibung zusätzlicher Arztsitze beim Vorliegen eines zusätzlichen Versorgungsbedarfes.</u>

PatV/KBV/LV/DKG	GKV-SV
<u>7. Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung</u>	

(6) Die Feststellungen nach Absatz 1 sind auf maximal 5 v.H. der Ärzte einer Arztgruppe in einer KV-Region zu beziehen.

(7) ¹Für die Prüfung des Landesausschusses gilt § 33 Absatz 2 entsprechend. ²Sofern das Landesrecht ein Gremium nach § 90a SGB V eingerichtet hat und vorsieht, dass seine Stellungnahmen bei Entscheidungen des Landesausschusses einzuholen und zu berücksichtigen sind, gibt der Landesausschuss diesem Gremium gemäß § 90a Absatz 2 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme. ³Der Landesausschuss gibt seine Feststellung bekannt und hat diese zu begründen. ⁴Die Feststellung des Vorliegens eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist im Bedarfsplan zeitnah auszuweisen.

(8) ¹Der Landesausschuss prüft in regelmäßigen Abständen, ob die Voraussetzungen für die Entscheidungen nach Absatz 1 weiterhin vorliegen. ²Die Feststellung nach Absatz 1 kann befristet werden.

8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V)

§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf

(1) ¹Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesauschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Arztes der betreffenden Arztgruppe auf Sonderbedarf nach Prüfung entsprechen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind und die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. ²Sonderbedarf ist als zusätzlicher Versorgungsbedarf für eine lokale Versorgungssituation oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf festzustellen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V). ³Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes in einem Planungsbereich trotz Zulassungsbeschränkungen.

(2) Die Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden.

(3) Bei der Feststellung von Sonderbedarf sind folgende Mindestbedingungen zu beachten:

1. Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und Bewertung der Versorgungslage (Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage).
2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u.a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen; dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

(4) ¹Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht. ²Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen nach Anlage 7, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen. ³Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. ⁴Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.

(5) ¹Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. ²Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

(6) Die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf hat mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind.

(7) ¹Nachfolgebesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden. ²Die Regelungen in § 103 Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz (Nachbesetzung durch privilegierte Personenkreise) und Satz 8 (Entschädigung) SGB V finden keine Anwendung.

(8) Die Deckung des Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.

(9) ¹Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht. ²Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen bleiben unberührt.

§ 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände

(1) Die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs erfordert

- a) die Prüfung und Feststellung einer bestimmten Qualifikation nach Absatz 2 und
- b) die Prüfung und Feststellung eines entsprechenden besonderen Versorgungsbedarfs in einer Region durch den Zulassungsausschuss.

(2) ¹Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, wie sie durch den Inhalt des Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. ²Auch eine Zusatzweiterbildung oder eine Zusatzbezeichnung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. ³Ein besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß §§ 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. ⁴Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. ⁵Eine Zusatzqualifikation und Abrechnungsmöglichkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird dem gleichgestellt.

(3) Voraussetzung für eine ausnahmsweise Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist.

(4) Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind auch gegeben, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung

1. zur Sicherstellung der wohnortnahen Dialyseversorgung einem Vertragsarzt oder
2. aufgrund der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V einem weiteren Arzt in der Dialysepraxis (vgl. § 7 Absatz 1 und 2 der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags)

die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung der von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffenen Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Absatz 7 der Bundesmantelverträge erteilt werden soll, der Zulassung jedoch Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin zur Teilnahme an der fachärztlich-internistischen Versorgung entgegenstehen.

Die Anlage 9.1. Bundesmantelvertrag-Ärzte ist bei den Nummern 1 und 2 zu berücksichtigen. In diesem Falle wird die Zulassung mit der Maßgabe erteilt, dass sie auf den definierten Versorgungsauftrag beschränkt ist und im Falle gemeinsamer Berufsausübung auf die Dauer der gemeinsamen Berufsausübung.

§ 38 Fachgebietswechsel

Die Bestimmungen in § 36 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, das Gebiet, für welches er zugelassen ist, in ein Gebiet zu ändern, für das Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind.

§ 39 [unbesetzt]

9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

§ 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss zu Beginn eines Quartals einen Arzt in einem Planungsbereich, für dessen Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Arzt (Vertragsarzt) derselben Arztgruppe mit den Rechtswirkungen des § 101 Absatz 3 SGB V zuzulassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der antragstellende Arzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung (im Folgenden Antragsteller).
2. Der Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung stellt einen Vertrag zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis dar, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Absatz 3 Satz 1 Ärzte-ZV erfüllt.
3. Der Antragsteller gehört derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt an, wobei im Einzelnen die Regelungen nach § 41 zu beachten sind.
4. Der Vertragsarzt und der Antragsteller erklären sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, und erkennen die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an; soll der Antragssteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so sind die Erklärungen von allen Vertragsärzten abzugeben.

§ 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung

(1) ¹Bei der gemeinsamen Berufsausübung ist eine Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Nummer 4 SGB V erforderlich. ²Fachidentität liegt vor, wenn die Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, die Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. ³Einer Übereinstimmung steht nicht entgegen, wenn nur einer der Ärzte über eine Schwerpunktbezeichnung oder Schwerpunktkompetenz verfügt. ⁴Sind mehrere Vertragsärzte bereits in gemeinsamer Berufsausübung (Gemeinschaftspraxis) zugelassen, genügt die Übereinstimmung des Gebietes oder der Facharztkompetenz des Antragstellers mit einem der in gemeinsamer Berufsausübung verbundenen Vertragsärzte; im Übrigen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend. ⁵Nimmt der Vertragsarzt an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, ist die Zulassung eines Antragstellers, welcher gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 2 SGB V wahlberechtigt ist, nur mit der Maßgabe zulässig, dass der Antragsteller sich für dieselbe Versorgungsfunktion entscheidet, welche der Vertragsarzt wahrnimmt, und beide Ärzte die Verpflichtung eingehen, Wahlentscheidungen für die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nur gemeinsam zu treffen. ⁶Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des Antragstellers als Auflage zu verbinden.

(2) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 besteht auch, solange der Vertragsarzt an der hausärztlichen Versorgung nach § 101 Absatz 5 SGB V teilnimmt und sich als Allgemein- / Praktischer Arzt oder als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) mit einem Internisten mit Hausarztentscheidung oder als Internist mit Hausarztentscheidung mit einem Allgemein- / Praktischen Arzt oder einem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zur gemeinsamen hausärztlichen Berufsausübung zusammenschließt.

(3) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch,

1. wenn sich Ärzte der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2 Nummer 1 bis 5, 8 und 9, § 13 Absatz 2 Nummer 1, 3 und 4 und § 14 Absatz 2 zusammenschließen oder
2. wenn sich ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie mit einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen zusammenschließt oder
3. wenn sich ein Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde (Lungenarzt) mit einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde zusammenschließt oder
4. wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, deren Schwerpunkt Bestandteil der Gebietsbezeichnung ist, mit Internisten mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach WBO-Recht 1992) zusammenschließen oder
5. wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde (Nervenarzt) mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt.

(4) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 kann auch bestehen, wenn sich Ärzte aus der Arztgruppe der Nervenärzte nach § 12 Absatz 2 Nummer 6 zusammenschließen, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse entsprechend § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 SGB V vorliegen.

(5) ¹Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch unter zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits oder unter Angehörigen der beiden Berufsgruppen gemeinsam. ²Bei Anordnung von Zulassungsbeschränkungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass ein Zusammenschluss eines Psychologischen Psychotherapeuten mit einem bereits zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nur bei Beschränkung des antragstellenden Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zulässig ist. ³Maßgeblich ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach den maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Therapieverfahren.

§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

(1) ¹Vor der Zulassung des Antragstellers legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). ²Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v.H. überschritten werden. ³Das Überschreitungsvolumen von 3 v.H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. ⁴Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungsvolumen) wird nach § 45 durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. ⁵Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. ⁶Im Übrigen gilt für Anpassungen § 44. ⁷Bei außergewöhnlichen Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben die betroffenen Quartale bei der Berechnung außer Betracht und es werden vorherige Quartale zur Berechnung herangezogen; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. ⁸Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben.

(2) Anstelle der Gesamtpunktzahlvolumina kann die Obergrenze auch auf der Basis von Euro und/oder Punktzahlen gebildet werden.

§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen

(1) ¹Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragsarztes ein Vergleich über einen längeren Zeitraum nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Punktzahlvolumen für die einzelnen Quartale nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes als Obergrenze fest. ²Hat ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern und/oder der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes) im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. ³Soll der Antragsteller in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so hat der Zulassungsausschuss die Berechnungen nach § 42 entsprechend der Zahl der bereits tätigen Vertragsärzte in der Gemeinschaftspraxis zu mindern; handelt es sich um eine fachverschiedene Gemeinschaftspraxis oder ein fachverschiedenes Medizinisches Versorgungszentrum, so ist für die Leistungsbeschränkung Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes. ⁴Satz 1 gilt auch in den

Fällen, in denen ein bereits zugelassener Vertragsarzt über vier Quartale einen im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisumfang nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V aufweist.

- (2) Die Ermittlung der Obergrenze nach Absatz 1 erfolgt unter den folgenden Maßgaben:
 1. Die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts erfolgt ohne Berücksichtigung der Ärzte, die gemeinsam in Jobsharing-Praxen oder Angestelltenverhältnissen mit Leistungsbegrenzung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V tätig sind.
 2. Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zuzüglich 25 v.H. fest.
- (3) Für Antragsteller mit einem ~~reduzierten~~reduzierten ~~häftigen~~ Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der ~~halbe~~ nach § 43 Absatz 2 berechnete Wert als Obergrenze festgelegt.

§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage

GKV-SV	KBV/DKG/LV
<p>¹Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach § 42 ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. ²Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM, dieser Richtlinie oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben</p>	<p>¹Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach § 42 ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. ²Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM, dieser Richtlinie, <u>der Vorgaben des G-BA</u> oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben</p>
<p><u>sowie bei der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten i.V.m. § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV.</u>³Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken.</p>	

§ 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren

¹Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). ²Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. ³Die dafür maßgebliche Rechenformel lautet:

Punktzahlvolumen

_____ = Faktor

Punktzahl Fachgruppe

⁴Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. ⁵Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach § 42 Absatz 1 Satz 7 bleibt hiervon unberührt). ⁶Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mit.

§ 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung

Der neu hinzutretende Partner der Gemeinschaftspraxis wird für die Dauer der Regelung nach den §§ 40 und 41 nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.

§ 47 [unbesetzt]

10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur

§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

¹Ausgangspunkt für die Bestimmung einer ausgewogenen Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) in einer KV-Region ist der gesetzlich definierte Versorgungsauftrag der vertragsärztlichen hausärztlichen Versorgung (§ 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V: allgemeine und fortgesetzte Betreuung von Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfelds, Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, Dokumentation, Bewertung und Aufbewahrung wesentlicher Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen). ²Eine ausgewogene Versorgungsstruktur ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die Anzahl der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a SGB V teilnehmen, wesentlich überwiegt. ³Besonderen Versorgungslagen, wie sie sich durch Mitversorgungseffekte ergeben können, ist Rechnung zu tragen.

§ 49 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur

Weicht die Versorgungsstruktur wesentlich von den in § 48 beschriebenen Versorgungszielen ab, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages bei der Niederlassungsberatung oder bei der Durchführung von Sicherstellungsmaßnahmen gemäß § 105 Absatz 1a SGB V auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken.

§ 50 [unbesetzt]

11. Abschnitt: Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse

§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren

(1) ¹Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. ²Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach §§ 11 bis 14. ³Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. ⁴Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

(2) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing

¹Für die Anstellung von Ärzten und Psychotherapeuten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 40 bis 46 entsprechend. ²Die Zulassungsbeschränkungen gelten nicht für den Fall einer Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4 a Satz 3 SGB V, wobei die Nachbesetzung nur im zeitlichen Umfang der Beschäftigung des ausgeschiedenen Arztes oder des ausgeschiedenen Psychotherapeuten möglich ist.

§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung

(1) Für die Aufnahme von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 36 und 37 mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Zulassung eines weiteren Vertragsarztes, ist die Zulassung an die Person des Arztes und an den Vertragsarztsitz (die Betriebsstätte) des medizinischen Versorgungszentrums gebunden.
 2. ¹Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. ²Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Absatz 4 a Satz 3 SGB V nach § 37 bedarf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.
- (2) Bei einem Fachgebietswechsel des aufgrund von Sonderbedarf zugelassenen oder angestellten Arztes findet § 38 Anwendung.

§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung

In den zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum oder mehreren medizinischen Versorgungszentren gilt § 62 entsprechend.

§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen

¹Kommt es bei einem in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors nach § 51, so ist zuvor die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. ²Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

¹Beantragt ein Arzt nach Maßgabe des § 103 Absatz 4a Satz 2 SGB V nach Beendigung seiner Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum in demselben Planungsbereich die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, so ist die Zulassung unbeschadet bestehender Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe in demselben Planungsbereich bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen zu erteilen, wenn der angestellte Arzt im zurückliegenden Zeitraum von fünf Jahren mindestens mit dem Faktor 0,75 auf den Versorgungsgrad angerechnet worden ist. ²Beträgt der Faktor 0,5, kann eine hälftige Zulassung erteilt werden. ³Dies gilt nicht für Ärzte oder Psychotherapeuten, die aufgrund einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig waren.

§ 57 Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V

- (1) Die Bestimmungen dieses Abschnitts gelten für Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V entsprechend.
- (2) Eine Anstellung wegen Nachbesetzung in einer Einrichtung nach § 311 Absatz 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2003 erfolgt ist, gilt nicht als Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V.

12. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten

§ 58 Anstellungsvoraussetzungen

(1) Der Vertragsarzt kann in seiner Praxis mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Absatz 9 SGB V anstellen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Antrag des Vertragsarztes an den Zulassungsausschuss nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 32 b Ärzte-ZV;
2. Im Falle des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen Fachidentität des anstellenden Vertragsarztes und des anzustellenden Arztes gemäß § 41 sowie eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes gemäß Absatz 5;
3. Vorlage des schriftlichen Arbeitsvertrages unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes.

(2) ¹Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. ²Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach § 11 bis 14. ³Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. ⁴Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

(3) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

(4) ¹Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des Vertragsarztes im Sinne des § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV in einem anderen Planungsbereich tätig, sind die Arbeitszeiten an diesem Ort nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 anteilig im Hinblick auf die Tätigkeit in der Betriebsstätte zu berücksichtigen. ²Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des nach § 24 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV ermächtigten Arztes ausschließlich tätig, sind die Arbeitszeiten in dem Planungsbereich, in dem die Zweigpraxis liegt, nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 zu berücksichtigen. ³Beantragt eine Berufsausübungsgemeinschaft eine Genehmigung zur Tätigkeit eines angestellten Arztes an mehreren Vertragsarzt-sitzen, gilt Satz 1 entsprechend.

(5) ¹Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, ist Voraussetzung für die Beschäftigung eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes, durch die er eine Leistungsbeschränkung, welche der Zulassungsausschuss bei der Genehmigung im Verfahren nach § 60 festzusetzen hat, anerkennt. ²Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 finden in diesem Fall keine Anwendung. ³In Regionen, in denen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nach § 35 festgestellt wurde, kann der Zulassungsausschuss befristet Ausnahmen von der Leistungsbeschränkung nach Satz 1 auf Antrag beschließen, soweit und solange dies zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

(6) Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Absatz 9 SGB V angestellten Arzt, so gilt § 55 entsprechend.

(7) Die Regelungen in den Absätzen 1 bis 6 gelten für die Anstellung von Psychotherapeuten bei Vertragsärzten entsprechend.

§ 59 Fachidentität bei Anstellung

¹Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V liegt vor, wenn der anzustellende Arzt mit dem anstellenden Arzt in der Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, in der Schwerpunktkompetenz übereinstimmt; die Regelungen nach § 41 gelten entsprechend. ²Dabei genügt eine übereinstimmende Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen führt. ³Soll ein angestellter Arzt durch Vertragsärzte beschäftigt werden, die sich gemäß § 33 Ärzte-ZV zur gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossen haben, genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines der Vertragsärzte. ⁴Auf das Führen einer Schwerpunktbezeichnung hat der anzustellende Arzt für die Dauer der Anstellung zu verzichten, es sei denn, dass die Schwerpunktbezeichnungen übereinstimmen.

§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

(1) ¹Der Zulassungsausschuss legt die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. ²Für die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens gelten die Regelungen nach den §§ 42 bis 45 entsprechend mit der Maßgabe, dass der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des (der) angestellten Arztes (Ärzte) zu bestimmen ist.

(2) ¹Eine vom Zulassungsausschuss festgestellte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Arzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Arztes erneut einen Arzt anstellt. ²Ist für den Vertragsarzt aufgrund von § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V nach Aufnahme eines weiteren Vertragsarztes im Rahmen einer ausnahmsweisen Gemeinschaftsbildung bereits eine Leistungsbeschränkung durch den Zulassungsausschuss festgelegt worden, so darf diese im Falle der Anstellung von Ärzten – auch hinsichtlich entsprechender Anteile bei Anstellung eines Arztes – nicht erweitert werden.

§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten

Die Bestimmungen der §§ 58 bis 59 gelten entsprechend für Anträge von zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Anstellung von Psychotherapeuten, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Absatz 9 SGB V mit folgender Maßgabe:

1. In Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist auch eine gegenseitige Anstellung zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässig. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt folgende Regelung: Ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 58 ist sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig, bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jedoch nur mit der Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kinder- und Jugendlichen.
2. Fachidentität im Sinne der §§ 58 und 59 ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Nummer 1 bleibt unberührt.

§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung

In zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt oder der Anstellung bei unterschiedlichen Arbeitgebern ist die Tätigkeit entsprechend der Anrechnungsfaktoren gemäß § 21 Absatz 2 und 3 vom Zulassungsausschuss zu erfassen oder diesem anhand der vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten mitzuteilen, damit eine entsprechende Erfassung in der Bedarfsplanung erfolgen kann.

13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Unterabschnitt 1: ~~Inkrafttreten~~ [Unbesetzt]

§ 63 [unbesetzt] ~~Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist~~

~~(1) —¹Diese Richtlinie (Richtlinie 2012) tritt am 1. Januar 2013 mit den folgenden Maßgaben in Kraft. ²Zugleich tritt die Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 15. Februar 2007 (Richtlinie 2007) außer Kraft.~~

~~(2) — Der Landesausschuss trifft erstmals mit Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinie und bis spätestens zum 30. Juni 2013 gleichzeitig Beschlüsse nach § 103 Absatz 1 Satz 1 sowie Satz 2 SGB V auf Basis des nach der Richtlinie 2012 beschlossenen Bedarfsplans, der dem Landesausschuss gemäß § 4 rechtzeitig zur Verfügung gestellt wurde.~~

~~(3) —¹Besteht keine Überversorgung, ist die Feststellung, dass keine Überversorgung besteht, mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis Überversorgung eingetreten ist. ²Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag in Betracht. ³§ 26 Absatz 2 bis 5 ist entsprechend anzuwenden.~~

~~(4) —¹Für die Arztgruppen nach § 14 und § 13 Absatz 1 Nummer 3 sollen die Beschlüsse nach Absatz 2 und 3 spätestens bis zum 15. Februar 2013 getroffen werden. ²Über nach dem 6. September 2012 gestellte Zulassungsanträge dieser Arztgruppen kann erst entschieden werden, wenn der Landesausschuss die Entscheidungen nach Absatz 2 und 3 getroffen hat. ³Anträge nach Satz 2 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese noch nicht bei der Antragsstellung angeordnet waren.~~

~~(5) —¹Für entsprechend der Ärzte-ZV ordnungsgemäß und vollständig gestellte Zulassungsanträge der Arztgruppen nach §§ 11, 12 und 13 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4, die vor den Beschlüssen des Landesausschusses nach den Absätzen 2 und 3 gestellt worden sind, gilt die Richtlinie 2007 weiter. ²Dies gilt insbesondere auch für den Zeitraum einer Beanstandung nach § 90 Absatz 6 SGB V.~~

~~(6) — Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für Anträge auf die Genehmigung von Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten.~~

~~(7) —¹Werden Planungsbereiche abweichend von den Grundmustern der §§ 11 bis 13 von den zuständigen Gremien bestimmt, sollen sie mit Wirkung zum 1. Juli 2013 so rechtzeitig bekannt gegeben werden, dass Zulassungsbewerber entsprechende Vorbereitungen für eine Zulassung treffen können. ²Gibt es mehrere Zulassungsbewerber, findet das Verfahren nach § 26 Anwendung.~~

§ 64 [unbesetzt]

Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen

§ 65 Planungsbereiche

¹Abweichend von § 11 Absatz 4 Satz 1 gelten ab dem 1. Januar 2018 in den Planungsbereichen, die vollständig im Verbandsgebiet des RVR liegen für einen Übergangszeitraum von zehn Jahren in der hausärztlichen Versorgung die folgenden Allgemeinen Verhältniszahlen:

Jahre	Verhältniszahl
2018 und 2019	2.000 Einwohner je Hausarzt
2020 und 2021	1.900 Einwohner je Hausarzt
2022 und 2023	1.850 Einwohner je Hausarzt
2024 und 2025	1.800 Einwohner je Hausarzt
2026 und 2027	1.750 Einwohner je Hausarzt

²Die Regelungen nach § 2 bleiben davon unberührt.

§ 66 ~~Verhältniszahlen, Versorgungsgrad~~ Beschlüsse der Landesausschüsse

Bei Änderungen dieser Richtlinie wirken die von den Landesausschüssen aufgrund der alten Regelungen nach §§ 100 und 103 SGB V getroffenen Entscheidungen weiter, bis die Landesausschüsse Entscheidungen auf der Grundlage der neuen Regelungen getroffen haben.

~~(1) — ¹Bewirken die Berechnungen der Verhältniszahlen für die vorgenannten Versorgungsebenen und den jeweiligen planungsbereichsbezogenen Versorgungsgrad im Planungsbereich und für die maßgebliche Arztgruppe eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, kann der Zuwachs über einen Zeitraum von 3 Jahren durch eine schrittweise Anpassung der Verhältniszahlen ab der Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 angeglichen werden. ²Die Angleichung erfolgt auf Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 2 mit Ausnahme der Arztgruppen der Hausärzte, der Kinderärzte und der Psychotherapeuten und ist im Bedarfsplan auszuweisen. ³Die angepassten Verhältniszahlen sind durch den Bedarfsplan auszuweisen.~~

~~(2) — Die Regelung des Absatzes 1 schließt weitere zulässige und begründete Anpassungen nach § 2 nicht aus.~~

~~¹Die angepassten Verhältniszahlen gelten als Verhältniszahlen für Entscheidungen des Landesausschusses über Unter- und Überversorgung sowie hinsichtlich der notwendigen Feststellungen zum Sonderbedarf. ²Bei der Berechnung der anzupassenden Verhältniszahlen werden die sich aus der Anwendung des Demografiefaktors Morbiditätsfaktors nach § 9 ergebenden Veränderungen nicht berücksichtigt. ³Notwendige Berechnungen aufgrund des § 9 und entsprechende Veränderungen der Verhältniszahlen bleiben unberührt.~~

§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen

Auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen kann der Landesausschuss für die Arztgruppen der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Versorgung für das Gebiet eines Zulassungsbezirkes oder des KV-Bezirks ~~ab erstmaliger Anwendung dieser Richtlinie gemäß § 63 Absatz 3~~ innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Richtlinien-Änderung folgende Regelung umsetzen:

Nach Feststellung der Verhältniszahlen unter Anwendung des ~~Demografiefaktors-Morbiditätsfaktors~~ werden in der jeweiligen Arztgruppe die Versorgungsgrade aller Planungsbereiche im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verglichen. Planungsbereiche, in denen der Versorgungsgrad relativ am niedrigsten ist, ohne dass Unterversorgung vorliegt, sind auszuweisen. Verbleiben danach mindestens ein Fünftel aller Planungsbereiche in der Versorgungsgradstufe unter 100 v.H. für die Arztgruppe, mindestens jedoch zwei Planungsbereiche, können einzelne oder die übrigen Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 v.H. und 110 v.H. für Neuzulassungen oder Genehmigungen von Anstellungen gesperrt werden. Diese Planungsbereiche gelten i.S.v. § 104 SGB V als überversorgt. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 70 v.H. aller Planungsbereiche im Zulassungsbezirk oder KV-Bezirk entsprechend der Entscheidung nach Satz 1 gesperrt werden. Die Feststellung der Überversorgungen endet spätestens mit dem Auslaufen der Übergangszeit.

Anlagen

Inhalt

Anlage 1	Arztzahlen.....	57
Anlage 2	Bedarfsplan und Planungsblätter	96
Anlage 2.1	Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie.....	96
Anlage 2.2	Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung.....	99
Anlage 2.3	Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss	101
Anlage 2.4	Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten-Versorgungsgrades 102	
Anlage 3	Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 11 bis 14	103
Anlage 3.1	Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3 in der Abgrenzung des BBSR	103
Anlage 3.2	Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3 NEUFASSUNG	104
Anlage 3.3	Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen nach § 13 Abs. 3 in der Abgrenzung des BBSR NEUFASSUNG	113
Anlage 4	Morbiditätsfaktor (KBV) NEUFASSUNG	136
Anlage 4.1	Allgemeine Differenzierungsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 (KBV).....	136
Anlage 4	Morbiditätsfaktor (GKV-SV) NEUFASSUNG	138
Anlage 4.1.	Berechnung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 3 (GKV-SV).....	138
Anlage 4.2	Berechnung der regionalen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 3 (beispielhaft für 2016) (KBV) NEUFASSUNG.....	140
Anlage 4.2	Berechnung der regionalen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 3 (GKV) NEUFASSUNG.....	141
Anlage 4.3	Die Leistungsbedarfsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 4 (KBV) NEUFASSUNG.....	143

Anlage 4.3	Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 4 (GKV-SV) NEUFASSUNG.....	145
Anlage 4.4	Rechenbeispiel für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Morbiditätsfaktors nach § 9 Bedarfsplanung-Richtlinie (KBV) NEUFASSUNG.....	146
Anlage 5	Ermittlung der Verhältniszahlen.....	149
Anlage 6	Methodik der Typisierung der Kreise	155
Anlage 7	Nutzung von Geoinformationen im Rahmen von Anträgen auf Sonderbedarf NEUFASSUNG	158

Anlage 1 Arztzahlen

- 1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).
- 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 4) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 5) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 6) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)											Tabelle 1.0.B KV-Region insgesamt	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte bzw. Psychotherapeuten			Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ¹⁾		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis		Stand: Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	
		Insgesamt Spalten 4+6+8+10	Veränder ung zum Vorjahr	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Hausärzte ²⁾											
2	Augenärzte											
3	Chirurgen und Orthopäden											
4	Frauenärzte											
5	HNO-Ärzte											
6	Hautärzte											
7	Kinderärzte											
8	Nervenärzte											
9	Psychotherapeuten											
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ³⁾											
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ³⁾											
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ³⁾											
13	Psychologische Psychotherapeuten ³⁾											
14	Urologen											
15	Anästhesisten											
16	Fachinternisten											
17	Kinder- und Jugendpsychiater											
18	Radiologen											
19	Humangenetiker											
20	Laborärzte											
21	Neurochirurgen											
22	Nuklearmediziner											
23	Pathologen											
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner											
25	Strahlentherapeuten											
26	Transfusionsmediziner											
27	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen											

1) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

2) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

3) ~~Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.~~

- 1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
- 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 4) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 5) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 6) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden

- 1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
- 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 Sozialgesetzbuch V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 4) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 5) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 6) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

NEUFASSUNG Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)								Tabelle 1.1 KV-Region insgesamt Blatt 1		
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie und Orthopädie									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	Frauenheilkunde									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	HNO-Heilkunde									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)^{4) 5)}									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

4) Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärzte, die als Internisten an der vertragsärztl. Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

5) Als Facharztbezeichnung werden hier die Ärzte mit der Facharztbezeichnung "FA Innere Medizin und SP..." (z. B. "FA Innere Medizin und SP Angiologie") gewertet.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

NEUFASSUNG

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Personen)¹⁾

Tabelle 1.1
KV-Region insgesamt
Blatt 2

Stand:

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinder- und Jugendmedizin									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderreumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
25	Pathologie									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
27	Radiologie									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

NEUFASSUNG Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)											Tabelle 1.1.B KV-Region insgesamt Blatt 1	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte			Vertragsärzte		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ¹⁾		Angestellte Ärzte in freier Praxis		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Spalten 4+6+8+10	Veränderung zum Vorjahr	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Chirurgie und Orthopädie											
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie											
3	FA/SP Kinderchirurgie											
4	FA Orthopädie											
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie											
6	FA/SP Plastische Chirurgie											
7	SP Rheumatologie											
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie											
9	SP Unfallchirurgie											
10	FA/SP Viszeralchirurgie											
11	Frauenheilkunde											
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin											
13	SP Gynäkologische Onkologie											
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin											
15	HNO-Heilkunde											
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie											
17	Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)²⁾³⁾											
18	davon: FA/SP Angiologie											
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie											
20	FA/SP Gastroenterologie											
21	FA/SP Geriatrie											
22	FA/SP Hämatologie/Internistische Onkologie											
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin											
24	FA/SP Kardiologie											
25	FA/SP Nephrologie											
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde											
27	FA/SP Rheumatologie											

1) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

2) Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

3) Als Facharztbezeichnung werden hier die Ärzte mit der Facharztbezeichnung "FA Innere Medizin und SP..." (z. B. "FA Innere Medizin und SP Angiologie") gewertet.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

NEUFASSUNG											Tabelle 1.1.B KV-Region insgesamt Blatt 2	
In der Bedarfsplanung zählende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)											Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte			Vertragsärzte		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ¹⁾		Angestellte Ärzte in freier Praxis		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Spalten 4+6+8+10	Veränderung zum Vorjahr	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Kinder- und Jugendmedizin											
2	davon: SP Infektiologie											
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie											
4	SP Kindergastroenterologie											
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie											
6	SP Kinderkardiologie											
7	SP Kindemephrologie											
8	SP Kindemeuropsychiatrie											
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde											
10	SP Kinderrheumatologie											
11	SP Neonatologie											
12	SP Neuropädiatrie											
13	Laboratoriumsmedizin											
14	davon: FA Biochemie											
15	FA Immunologie											
16	FA Laboratoriumsmedizin											
17	FA Mikrobiologie											
18	SP Mikrobiologie											
19	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie											
20	davon: FA Nervenheilkunde											
21	FA Neurologie											
22	FA Psychiatrie											
23	SP Forensische Psychiatrie											
24	SP Kindemeuropsychiatrie											
25	Pathologie											
26	davon: FA/SP Neuropathologie											
27	Radiologie											
28	davon: SP Kinderradiologie											
29	SP Neuroradiologie											
30	SP Strahlentherapie											

1) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

NEUFASSUNG

Weibliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)

Tabelle 1.1.W
KV-Region insgesamt
Blatt 1

Stand:

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾²⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾⁴⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie und Orthopädie									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	Frauenheilkunde									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	HNO-Heilkunde									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)^{4) 5)}									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

4) Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärzte, die als Internisten an der vertragsärztl. Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

5) Als Facharztbezeichnung werden hier die Ärzte mit der Facharztbezeichnung "FA Innere Medizin und SP..." (z. B. "FA Innere Medizin und SP Angiologie") gewertet.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

NEUFASSUNG

Weibliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)

Tabelle 1.1.W
KV-Region insgesamt
Blatt 2

Stand:

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinder- und Jugendmedizin									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderrheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
25	Pathologie									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
27	Radiologie									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
 Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

NEUFASSUNG

Männliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)

**Tabelle 1.1.M
KV-Region insgesamt
Blatt 1**

Stand:

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ²⁾¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾⁴⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie und Orthopädie									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	Frauenheilkunde									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	HNO-Heilkunde									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)^{4) 5)}									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

4) Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärzte, die als Internisten an der vertragsärztl. Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

5) Als Facharztbezeichnung werden hier die Ärzte mit der Facharztbezeichnung "FA Innere Medizin und SP..." (z. B. "FA Innere Medizin und SP Angiologie") gewertet.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

NEUFASSUNG

Männliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)¹⁾

**Tabelle 1.1.M
KV-Region insgesamt
Blatt 2**

Stand:

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinder- und Jugendmedizin									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderrheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
25	Pathologie									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
27	Radiologie									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ausländische Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)											Tabelle 2 KV-Region insgesamt	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	EU-Staaten								Übrige europäische Staaten	Summe außer-europäischer Staaten	Summe ausländischer Ärzte
		Benelux-Staaten	Frankreich	Griechenland	Italien	Österreich	Polen	Übrige EU-Staaten	Summe EU-Staaten			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ärzte												
1	Allgemeinärzte											
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen											
3	Anästhesisten											
4	Augenärzte											
5	Chirurgen und Orthopäden											
6	Frauenärzte											
7	HNO-Ärzte											
8	Hautärzte											
9	Humangenetiker											
10	Internisten ¹⁾											
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten											
12	Fachärztlich tätige Internisten											
13	Kinderärzte											
14	Kinder- und Jugendpsychiater											
15	Laborärzte											
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen											
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater											
18	Neurochirurgen											
19	Nuklearmediziner											
20	Pathologen											
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner											
22	Ärztliche Psychotherapeuten											
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie											
24	Radiologen											
25	Strahlentherapeuten											
26	Transfusionsmediziner											
27	Urologen											
28	Übrige Arztgruppen ²⁾											
29	Summe Arztgruppen											
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾											
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten												
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten											
32	Psychologische Psychotherapeuten											
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten											
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen											

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.

3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)												Tabelle 3 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen und Orthopäden													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Pathologen													
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
22	Ärztliche Psychotherapeuten													
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
24	Radiologen													
25	Strahlentherapeuten													
26	Transfusionsmediziner													
27	Urologen													
28	Übrige Arztgruppen ²⁾													
29	Summe Arztgruppen													
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
32	Psychologische Psychotherapeuten													
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.

3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden)

Altersstruktur der in der Bedarfsplanung zählenden Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)												Tabelle 3.B KV-Region insgesamt		
												Stand:		
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Hausärzte ¹⁾													
2	Augenärzte													
3	Chirurgen und Orthopäden													
4	Frauenärzte													
5	HNO-Ärzte													
6	Hautärzte													
7	Kinderärzte													
8	Nervenärzte													
9	Psychotherapeuten													
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin)													
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
13	Psychologische Psychotherapeuten													
14	Urologen													
15	Anästhesisten													
16	Fachinternisten													
17	Kinder- und Jugendpsychiater													
18	Radiologen													
19	Humangenetiker													
20	Laborärzte													
21	Neurochirurgen													
22	Nuklearmediziner													
23	Pathologen													
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
25	Strahlentherapeuten													
26	Transfusionsmediziner													
27	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

2) Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.

Altersstruktur der Vertragsärzte und -psychotherapeuten (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.1 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen und Orthopäden													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Pathologen													
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
22	Ärztliche Psychotherapeuten													
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
24	Radiologen													
25	Strahlentherapeuten													
26	Transfusionsmediziner													
27	Urologen													
28	Übrige Arztgruppen ²⁾													
29	Summe Arztgruppen													
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
32	Psychologische Psychotherapeuten													
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.

3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden)

Altersstruktur der der Partner-Ärzte und -Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.2 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen und Orthopäden													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Pathologen													
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
22	Ärztliche Psychotherapeuten													
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
24	Radiologen													
25	Strahlentherapeuten													
26	Transfusionsmediziner													
27	Urologen													
28	Übrige Arztgruppen ²⁾													
29	Summe Arztgruppen													
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
32	Psychologische Psychotherapeuten													
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.

3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der Angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.3 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen und Orthopäden													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Pathologen													
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
22	Ärztliche Psychotherapeuten													
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
24	Radiologen													
25	Strahlentherapeuten													
26	Transfusionsmediziner													
27	Urologen													
28	Übrige Arztgruppen ²⁾													
29	Summe Arztgruppen													
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
32	Psychologische Psychotherapeuten													
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.

3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der Angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in freier Praxis (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.4 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen und Orthopäden													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Pathologen													
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
22	Ärztliche Psychotherapeuten													
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
24	Radiologen													
25	Strahlentherapeuten													
26	Transfusionsmediziner													
27	Urologen													
28	Übrige Arztgruppen ²⁾													
29	Summe Arztgruppen													
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
32	Psychologische Psychotherapeuten													
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.

3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der Ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.5 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen und Orthopäden													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Pathologen													
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
22	Ärztliche Psychotherapeuten													
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
24	Radiologen													
25	Strahlentherapeuten													
26	Transfusionsmediziner													
27	Urologen													
28	Übrige Arztgruppen ²⁾													
29	Summe Arztgruppen													
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
32	Psychologische Psychotherapeuten													
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden)

- 1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
- 2) Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 SGB V
- 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie
- 4) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 5) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 6) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

2) ~~Bei den hausärztlich tätigen Internisten, den fachärztlich tätigen Internisten und den Hausärzten sind keine ermächtigten Ärzte enthalten (siehe Tabelle 1.0)~~

23) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.

34) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte und Psychotherapeuten nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)																	Tabelle 4.B KV-Region insgesamt		
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Kassenärztliche Vereinigung																	Summe Arzt- bzw. Psychotherapeutengruppen
		Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe	
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	Hausärzte ¹⁾																		
2	Augenärzte																		
3	Chirurgen und Orthopäden																		
4	Frauenärzte																		
5	HNO-Ärzte																		
6	Hautärzte																		
7	Kinderärzte																		
8	Nervenärzte																		
9	Psychotherapeuten																		
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ²⁾																		
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ²⁾																		
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ²⁾																		
13	Psychologische Psychotherapeuten ²⁾																		
14	Urologen																		
15	Anästhesisten																		
16	Fachinternisten																		
17	Kinder- und Jugendpsychiater																		
18	Radiologen																		
19	Humangenetiker																		
20	Laborärzte																		
21	Neurochirurgen																		
22	Nuklearmediziner																		
23	Pathologen																		
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner																		
25	Strahlentherapeuten																		
26	Transfusionsmediziner																		
27	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen																		

1) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

2) Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.

Ärzte und Psychotherapeuten in kooperativen Strukturen (Zählung nach Personen)

Tabelle 5
KV-Region insgesamt
Stand:

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	in Berufsausübungsgemeinschaften ¹⁾				in Einrichtungen ⁴⁾		in Einzelpraxen			
		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten ⁵⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	
				ohne Leistungsbeschränkung ³⁾	mit Leistungsbeschränkung ³⁾			ohne Leistungsbeschränkung ³⁾	mit Leistungsbeschränkung ³⁾	mit Angestellten	ohne Angestellte ⁶⁾
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ärzte											
1	Allgemeinärzte										
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen										
3	Anästhesisten										
4	Augenärzte										
5	Chirurgen und Orthopäden										
6	Frauenärzte										
7	HNO-Ärzte										
8	Hautärzte										
9	Humangenetiker										
10	Internisten ⁷⁾										
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten										
12	Fachärztlich tätige Internisten										
13	Kinderärzte										
14	Kinder- und Jugendpsychiater										
15	Laborärzte										
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen										
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater										
18	Neurochirurgen										
19	Nuklearmediziner										
20	Pathologen										
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner										
22	Ärztliche Psychotherapeuten										
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie										
24	Radiologen										
25	Strahlentherapeuten										
26	Transfusionsmediziner										
27	Urologen										
28	Übrige Arztgruppen ⁸⁾										
29	Summe Arztgruppen										
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁹⁾										
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten											
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten										
32	Psychologische Psychotherapeuten										
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten										
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen										

Nachrichtlich: Anzahl der Berufsausübungsgemeinschaften¹⁰⁾

davon fachübergreifend

- 1) Einschließlich Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärzten innerhalb eines MVZ.
- 2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
- 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 4) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 5) Ist mehr als ein Vertragsarzt in einem MVZ tätig, dann sind diese über eine Berufsausübungsgemeinschaft verbunden. Diese werden in dieser Darstellung nicht unter Berufsausübungsgemeinschaften subsummiert.
- 6) Hier handelt es sich um keine kooperative Struktur.
- 7) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 8) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 9) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).
- 10) Hier werden die Berufsausübungsgemeinschaften der Vertragsärzte in MVZ nicht mit berücksichtigt.

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte und Psychotherapeuten in kooperativen Strukturen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)							Tabelle 5.B KV-Region insgesamt	
							Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	in Berufsausübungsgemeinschaften ¹⁾		in Einrichtungen ²⁾		in Einzelpraxen		
		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten	Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten
						mit Angestellten	ohne Angestellten ⁴⁾	
	0	Anzahl 1	Anzahl 2	Anzahl 3	Anzahl 4	Anzahl 5	Anzahl 6	Anzahl 7
1	Hausärzte ⁵⁾							
2	Augenärzte							
3	Chirurgen und Orthopäden							
4	Frauenärzte							
5	HNO-Ärzte							
6	Hautärzte							
7	Kinderärzte							
8	Nervenärzte							
9	Psychotherapeuten							
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ⁶⁾							
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ⁶⁾							
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ⁶⁾							
13	Psychologische Psychotherapeuten ⁶⁾							
14	Urologen							
15	Anästhesisten							
16	Fachinternisten							
17	Kinder- und Jugendpsychiater							
18	Radiologen							
19	Humangenetiker							
20	Laborärzte							
21	Neurochirurgen							
22	Nuklearmediziner							
23	Pathologen							
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
25	Strahlentherapeuten							
26	Transfusionsmediziner							
27	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen							

1) Einschließlich Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärzten innerhalb eines MVZ.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Ist mehr als ein Vertragsarzt in einem MVZ tätig, dann sind diese über eine Berufsausübungsgemeinschaft verbunden. Diese werden in dieser Darstellung nicht unter Berufsausübungsgemeinschaften subsummiert.

4) Hier handelt es sich um keine kooperative Struktur.

5) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

6) ~~Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.~~

Ärzte ¹⁾ mit belegärztlicher Anerkennung (Zählung nach Personen)							Tabelle 6 KV-Region insgesamt	
							Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Belegärzte			Belegbare Betten ²⁾			
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr	Anteil an allen Ärzten ¹⁾	bis 10 Betten	10 bis 20 Betten	über 20 Betten	
			in Prozent	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	
Ärzte								
1	Allgemeinärzte							
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen							
3	Anästhesisten							
4	Augenärzte							
5	Chirurgen und Orthopäden							
6	Frauenärzte							
7	HNO-Ärzte							
8	Hautärzte							
9	Humangenetiker							
10	Internisten ³⁾							
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten							
12	Fachärztlich tätige Internisten							
13	Kinderärzte							
14	Kinder- und Jugendpsychiater							
15	Laborärzte							
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen							
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater							
18	Neurochirurgen							
19	Nuklearmediziner							
20	Pathologen							
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
22	Ärztliche Psychotherapeuten							
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie							
24	Radiologen							
25	Strahlentherapeuten							
26	Transfusionsmediziner							
27	Urologen							
28	Übrige Arztgruppen ⁴⁾							
29	Summe Arztgruppen							
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁵⁾							

1) Vertragsärzte und angestellte Ärzte in Einrichtungen.
2) Hinweis: Mehrere Ärzte können sich ein Belegbettenkontingent teilen. Deshalb können aus diesen Angaben keine Rückschlüsse auf die Gesamtanzahl der Belegbetten gezogen werden.
3) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
4) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
5) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

- 1) Fachgebietswechsel zählen als Zu- bzw. Abgänge. Wechsel von einer Teilnahmeform in eine andere Teilnahmeform (z. B. von Anstellung in Zulassung) zählen nicht als Zu- bzw. Abgänge.
- 2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V
- 3) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 4) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 5) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 6) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 7) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden)

Zugänge und Abgänge von in der Bedarfsplanung zählenden Ärzten und Psychotherapeuten im Berichtsjahr (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)								Tabelle 7.B KV-Region insgesamt
								Stand:
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Zugang ¹⁾						Abgang ¹⁾
		Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis	Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Summe Ärzte bzw. Psychotherapeuten
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr					
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	7	
1	Hausärzte ³⁾							
2	Augenärzte							
3	Chirurgen und Orthopäden							
4	Frauenärzte							
5	HNO-Ärzte							
6	Hautärzte							
7	Kinderärzte							
8	Nervenärzte							
9	Psychotherapeuten							
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ⁴⁾							
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ⁴⁾							
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ⁴⁾							
13	Psychologische Psychotherapeuten ⁴⁾							
14	Urologen							
15	Anästhesisten							
16	Fachinternisten							
17	Kinder- und Jugendpsychiater							
18	Radiologen							
19	Humangenetiker							
20	Laborärzte							
21	Neurochirurgen							
22	Nuklearmediziner							
23	Pathologen							
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
25	Strahlentherapeuten							
26	Transfusionsmediziner							
27	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen							

1) Fachgebietswechsel zählen als Zu- bzw. Abgänge. Wechsel von einer Teilnahmeform in eine andere Teilnahmeform (z. B. von Anstellung in Zulassung) zählen nicht als Zu- bzw. Abgänge. Ausweitungen bzw. Reduzierungen des Teilnahmeumfangs zählen als Zu- bzw. Abgänge.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

4) ~~Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.~~

- 1) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 2) Nur Ärzte ohne Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 23i Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 3) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 4) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 5) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

In Einrichtungen angestellte Ärzte und Psychotherapeuten nach der Art der Einrichtung (Zählung nach Personen)									Tabelle 9 KV-Region insgesamt Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	In Einrichtungen insgesamt			In Medizinischen Versorgungszentren		In Einrichtungen nach § 311 SGB V		In KV-Eigeneinrichtungen	In kommunalen Eigeneinrichtungen
		Insgesamt Spalten 4+6+8 Anzahl	Veränderung. zum Vorjahr in Prozent	Darunter weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Insgesamt Anzahl
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ärzte										
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen und Orthopäden									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Humangenetiker									
10	Internisten ¹⁾									
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten									
12	Fachärztlich tätige Internisten									
13	Kinderärzte									
14	Kinder- und Jugendpsychiater									
15	Laborärzte									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen									
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater									
18	Neurochirurgen									
19	Nuklearmediziner									
20	Pathologen									
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner									
22	Ärztliche Psychotherapeuten									
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
24	Radiologen									
25	Strahlentherapeuten									
26	Transfusionsmediziner									
27	Urologen									
28	Übrige Arztgruppen ²⁾									
29	Summe Arztgruppen									
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾									
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten										
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten									
32	Psychologische Psychotherapeuten									
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten									
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen									

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.

3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden)

Anlage 2 Bedarfsplan und Planungsblätter

Anlage 2.1 Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie

Der Bedarfsplan nach § 4 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie sollte folgende Gliederung aufweisen:

GKV-SV	KBV/PatV	Grundsätze der Be- darfs- planung		
1 Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ä-ZV)⁴	1 Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ä-ZV)⁴			
1.1 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ¹²				
1.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung				
1.3 Demografie und Soziodemografische Faktoren				
1.4 Geografische Besonderheiten				
1.5 Ziele der Bedarfsplanung				
GKV-SV	KBV/PatV			
1.6 Transparenz über die Barrierefreiheit in der Versorgung²	1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung²			

2 Bedarfsplanung		alle 3 bis 5 Jahre
Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung		
<p><i>systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie, z.B. Planungsgruppen, Planungsbereiche, Verhältniszahlen, Weitere Anpassungsfaktoren, Regionale Regelungen zum Sonderbedarf, Drohende Unterversorgung</i></p>		

+

3 Planungsblätter	Stand der Bedarfs- planung	In der Regel alle 6 Monate
Entsprechend Anlage 2.2		

GKV-SV	PatV/DKG/KBV/LV
<p><u>¹Dabei sind auch die Ergebnisse der Umsetzung der §§ 103 Absatz 3a und 105 Absatz 3 SGB V arztgruppen- und planungsbereichsbezogen zu berücksichtigen.</u></p>	<p><u>103 Absatz 3a und 105 Absatz 3 SGB V arztgruppen- und planungsbereichsbezogen zu berücksichtigen.</u></p>
<p><u>²Bei den Analysen in diesem Teil des Bedarfsplans ist auch auf die Frage der Barrierefreiheit einzugehen. Maßstab dafür können insbesondere die Vorgaben der DIN 18040-1 sein.</u></p>	<p><u>²Bei den Analysen in diesem Teil des Bedarfsplans ist auf die Frage der Barrierefreiheit einzugehen. Dabei sind mindestens folgende Aspekte darzustellen:</u></p>
<p>- <u>Entwicklungen der Anzahl und des Anteils der Einwohner mit einer anerkannten Behinderung/Schwerbehinderung auf Ebene der KV</u></p>	<p>- <u>Entwicklungen bei Anzahl und Prozentsatz der Einwohner mit einer anerkannten Behinderung/Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit oder einem Alter von über 75</u></p>
<p>- <u>Je Planungsbereich und Arztgruppe die absolute Anzahl und der prozentuale Anteil der Praxen, die ebenerdig oder per Fahrstuhl erreichbar sind, die rollstuhlgerecht sind, die Unterstützungsleistungen für seh- und hörgeschädigte Patienten anbieten</u></p>	<p>- <u>Entwicklung der Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur ärztlichen Versorgung (Barrierefreiheit) auf Basis der Informationen gemäß § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V, arztgruppenspezifisch dargestellt (absolute Zahlen und Prozentsatz)</u></p>
	<p>- <u>Maßnahmen für die Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen.</u></p>
<p>- <u>Beratungs- und Unterstützungsangebote für Ärztinnen und Ärzte sowie ggf. weitere über § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V hinausgehende bestehende Serviceangebote für Patientinnen und Patienten für die Suche nach einer barrierefreien Praxis</u></p>	<p>- <u>Beratungsangebote für Ärztinnen und Ärzte sowie ggf. weitere über § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V hinausgehende bestehende Serviceangebote für Patientinnen und Patienten für die Suche nach einer barrierefreien Praxis</u></p>
	<p>- <u>Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung im Rahmen der Berücksichtigung infrastruktureller Besonderheiten nach § 2 Nr. 5 B (Berücksichtigung regionaler Besonderheiten) oder § 35 Absatz 5 (zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf) Bedarfsplanungs-Richtlinie oder sonstige Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung auf Basis des § 2a SGB V</u></p>

Anlage 2.2 Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung

KV-Region		Arztgruppe																	...		
Einwohner - Stand		Kriterien für die Zuordnung zu dieser Arztgruppe ¹ (z.B. BPL-RL, WBO, Abrechnung etc.)																	...		
Ärzte (Spalte 9, 9a) – Stand		Stand der Beschlussfassung																	...		
1	2	3	4	5	7	8	9	9a	10	11	11a	12	13	14	14a	15	16	17	18	19	19a
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	Einwohner im Planungsbereich	Verhältniszahl im Planungsbereich	angepasste Verhältniszahl ²	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen gemäß § 22 Absatz 1 und 2 BPL-RL im Planungsbereich, die in der Bedarfsplanung zählen	Gesamtzahl Ärzte (Spalten 6 + 7 + 8)	Gesamtzahl Ärzte ohne Ermächtigte (Spalten 6 + 7)	Darunter: Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften/Solliz-Zahl Ärzte	Versorgungsgrad mit ermächtigten Ärzten und Einrichtungen	Versorgungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	Versorgungsgrad im Vorjahr ³	Planungsbereich gesperrt ¹	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung	Quotenplätze	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze (1 = ja / 2 = nein)	Unterversorgung ¹ drohende Unterversorgung ¹ (1 = ja / 2 = nein)	Beschluss nach § 103 Abs. 2 Satz 5 SGB V (1 = ja / 2 = nein)	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt ⁵⁴	Durchschnittliche Nächsterreichbarkeit (in PKW-Fahrminuten)
Planungsbereich 1																					
Planungsbereich 2																					
...																					

¹ Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

² Hier wird die kumulierte Wirkung aller bundeseinheitlichen sowie der regionalen Anpassungsfaktoren (z.B. Demografiefaktor, Morbiditätsfaktor gem. § 9 etc.) zusammengefasst und in ihrer Auswirkung auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende angepasste Verhältniszahl wird hier abgebildet.

³ Hier wird mathematisch auf eine Stelle nach dem Komma gerundet.

³ Wird jährlich zum 1. Januar, gemäß den letzten verfügbaren Beschlüssen der Zulassungsausschüsse aktualisiert.

4 Hier sind Informationen zu den Quotenplätzen nach §§ 12 Abs. 5. und 13 Abs. 6 einzutragen:

Bei den Minimalquoten: Die Zulassungsmöglichkeiten aufgrund der festgestellten nicht ausgeschöpften Versorgungsanteile.

Bei den Maximalquoten: Maximalquote erreicht (1 = ja / 2 = nein).

5 Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten 4 verfügbaren Quartale aktualisiert.

Anlage 2.3 Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss

Allgemeine fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet	...			
Datum	...			
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungsbereich 1				
Planungsbereich 2				
...				

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet	...			
Datum	...			
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungsbereich 1				
Planungsbereich 2				
...				

¹ Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

Anlage 2.4 Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten-Versorgungsgrades

KV-Region	...				Stand der Beschlussfassung										...	
Einwohner - Stand	...															
Ärzte – Stand	...															
Planungsbereich	Kreistyp (ggf. angepasst er Kreistyp)	Angepasste Verhältniszahl für Psychotherapeuten (Einwohner je Psychotherapeut)	Einwohner im Planungsbereich	Grenze zur Überversorgung rechnerisches Soll + 10 %	Tatsächlich im Planungsbereich								Planungsbereich gesperrt – noch mögliche Zulassung			
					Ärztliche Psychotherapeuten				Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten		Versorgungsgrad	Ärztliche Psychotherapeuten ohne Psychosomatiker	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	Psychosomatiker		
					Ärztliche Psychotherapeuten ohne Psychosomatiker ¹		Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten							
					ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten						
Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
Planungsbereich 1																
Planungsbereich 2																
Planungsbereich 3																
Planungsbereich 4																
Planungsbereich 5																
Planungsbereich 6																
...																
Planungsbereich n																

¹ [Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.](#)

Anlage 3 Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 110 bis 145

Anlage 3.1 Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3 in der Abgrenzung des BBSR

~~Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen in der Abgrenzung des BBSR vom 31. Dezember 2014~~

~~Eine Abgrenzung der Mittelbereiche seitens des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung mit der Referenz Gemeinden zu Mittelbereichen findet man unter www.g-ba.de~~

~~(Gebietsstand: 31.12.2017)~~

~~Unter www.g-ba.de steht die Referenz Gemeinden zu Mittelbereiche als Download bereit.~~

KV übergreifende Mittelbereiche, die gemäß der Richtlinie getrennt werden müssen, sind:

MBKeySchlüssel	MBName	MBKeySchlüssel	MBName
10108	Geesthacht	40001	Bremen
20001	Hamburg	40002	Bremerhaven

Mittelbereiche, die aufgrund der Trennung an der KV-Grenze neu entstehen:

MBKeySchlüssel	MBName	MBKeySchlüssel	MBName
2100000	Geesthacht_SH	2400000	Bremen_HB
2200000	Hamburg_HH	2400001	Bremerhaven_HB
2300000	Geesthacht_NS	2300001	Hamburg_NS
2300002	Bremen_NS	2300003	Bremerhaven_NS

Mittelbereiche in weiterer Abweichung zur BBSR-Abgrenzung:

MBKeySchlüssel	MBName	MBKeySchlüssel	MBName
2300004	Lüneburg exkl. Amt Neuhaus	3300000	Hagenow inkl. Amt Neuhaus

Anlage 3.2 Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3 NEUFASSUNG

(Gebietsstand: 31.12.2017)

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
KV Schleswig-Holstein				
10020	Kiel, Stadt	1	0	
10030	Lübeck, Stadt	1	0	
10510	Dithmarschen	5	0	
10530	Herzogtum Lauenburg	3	0	
10540	Nordfriesland	5	0	
10550	Ostholstein	4	0	
10560	Pinneberg	3	0	
10570	Plön	3	0	
10580	Rendsburg-Eckernförde/Neumünster	4	1	
10590	Schleswig-Flensburg/Flensburg	5	1	
10600	Segeberg	5	0	
10610	Steinburg	4	0	
10620	Stormarn	2	0	
KV Hamburg				
20000	Hamburg, Stadt	1	0	
KV Bremen				
40110	Bremen, Stadt	1	0	
40120	Bremerhaven, Stadt	1	0	
KV Niedersachsen				
31010	Braunschweig, Stadt	1	0	
31020	Salzgitter, Stadt	3	0	
31030	Wolfsburg, Stadt	1	0	
31510	Gifhorn	3	0	
31530	Goslar	5	0	
31540	Helmstedt	3	0	
31550	Northeim	4	0	
31570	Peine	3	0	
31580	Wolfenbüttel	4	0	
31590	Göttingen	5	0	
32410	Region Hannover	2	0	
32510	Diepholz/Delmenhorst	5	1	
32520	HamelN-Pyrmont	5	0	
32540	Hildesheim	5	0	
32550	Holzminden	5	0	
32560	Nienburg (Weser)	5	0	
32570	Schaumburg	4	0	
33510	Celle	4	0	
33520	Cuxhaven	3	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
33530	Harburg	3	0	
33540	Lüchow-Dannenberg	5	0	
33550	Lüneburg	4	0	exkl. Amt Neuhaus
33560	Osterholz	3	0	
33570	Rotenburg (Wümme)	4	0	
33580	Heidekreis	5	0	
33590	Stade	4	0	
33600	Uelzen	5	0	
33610	Verden	4	0	
34030	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	1	0	
34040	Osnabrück, Stadt	1	0	
34510	Ammerland	3	0	
34520	Aurich/Emden	5	1	
34530	Cloppenburg	5	0	
34540	Emsland	5	0	
34550	Friesland/Wilhelmshaven	5	1	
34560	Grafschaft Bentheim	5	0	
34570	Leer	5	0	
34580	Oldenburg (Oldenburg)	3	0	
34590	Osnabrück	4	0	
34600	Vechta	5	0	
34610	Wesermarsch	4	0	
34620	Wittmund	5	0	
KV Westfalen-Lippe				
55120	Bottrop, Stadt	6	0	
55130	Gelsenkirchen, Stadt	6	0	
55150	Münster, Stadt	1	0	
55540	Borken	5	0	
55580	Coesfeld	3	0	
55620	Recklinghausen	6	0	
55660	Steinfurt	4	0	
55700	Warendorf	4	0	
57110	Bielefeld, Stadt	1	0	
57540	Gütersloh	4	0	
57580	Herford	2	0	
57620	Höxter	4	0	
57660	Lippe	4	0	
57700	Minden-Lübbecke	5	0	
57740	Paderborn	5	0	
59110	Bochum, Stadt	6	0	
59130	Dortmund, Stadt	6	0	
59140	Hagen, Stadt	6	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
59150	Hamm, Stadt	6	0	
59160	Herne, Stadt	6	0	
59540	Ennepe-Ruhr-Kreis	6	0	
59580	Hochsauerlandkreis	5	0	
59620	Märkischer Kreis	5	0	
59660	Olpe	5	0	
59700	Siegen	5	0	
59740	Soest	4	0	
59780	Unna	6	0	
KV Nordrhein				
51110	Düsseldorf, Stadt	1	0	
51120	Duisburg, Stadt	6	0	
51130	Essen, Stadt	6	0	
51140	Krefeld, Stadt	1	0	
51160	Mönchengladbach, Stadt	1	0	
51170	Mülheim an der Ruhr, Stadt	6	0	
51190	Oberhausen, Stadt	6	0	
51200	Remscheid, Stadt	2	0	
51220	Solingen, Stadt	2	0	
51240	Wuppertal, Stadt	1	0	
51540	Kleve	5	0	
51580	Mettmann	2	0	
51620	Neuss	2	0	
51660	Viersen	2	0	
51700	Wesel	6	0	
53140	Bonn, Stadt	1	0	
53150	Köln, Stadt	1	0	
53160	Leverkusen, Stadt	2	0	
53340	Städteregion Aachen	2	0	
53580	Düren	3	0	
53620	Erfthkreis	2	0	
53660	Euskirchen	4	0	
53700	Heinsberg	4	0	
53740	Oberbergischer Kreis	5	0	
53780	Rheinisch-Bergischer Kreis	2	0	
53820	Rhein-Sieg-Kreis	4	0	
KV Hessen				
64110	Darmstadt, Stadt	1	0	
64120	Frankfurt am Main, Stadt	1	0	
64130	Offenbach am Main, Stadt	2	0	
64140	Wiesbaden, Stadt	1	0	
64310	Bergstraße	3	0	
64320	Darmstadt-Dieburg	3	0	
64330	Groß-Gerau	2	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
64340	Hochtaunuskreis	2	0	
64350	Main-Kinzig-Kreis	4	0	
64360	Main-Taunus-Kreis	2	0	
64370	Odenwaldkreis	4	0	
64380	Offenbach	2	0	
64390	Rheingau-Taunus-Kreis	3	0	
64400	Wetteraukreis	4	0	
65310	Gießen	5	0	
65320	Lahn-Dill-Kreis	5	0	
65330	Limburg-Weilburg	4	0	
65340	Marburg-Biedenkopf	5	0	
65350	Vogelsbergkreis	5	0	
66110	Kassel, Stadt	1	0	
66310	Fulda	5	0	
66320	Hersfeld-Rotenburg	5	0	
66330	Kassel	3	0	
66340	Schwalm-Eder-Kreis	4	0	
66350	Waldeck-Frankenberg	5	0	
66360	Werra-Meißner-Kreis	5	0	
KV Rheinland-Pfalz				
71110	Koblenz, Stadt	1	0	
71310	Ahrweiler	4	0	
71320	Altenkirchen (Westerwald)	5	0	
71330	Bad Kreuznach	5	0	
71340	Birkenfeld	5	0	
71350	Cochem-Zell	4	0	
71370	Mayen-Koblenz	4	0	
71380	Neuwied	4	0	
71400	Rhein-Hunsrück-Kreis	4	0	
71410	Rhein-Lahn-Kreis	4	0	
71430	Westerwaldkreis	5	0	
72110	Trier, Stadt	1	0	
72310	Bernkastel-Wittlich	5	0	
72320	Eifelkreis Bitburg-Prüm	5	0	
72330	Vulkaneifel	5	0	
72350	Trier-Saarburg	3	0	
73140	Ludwigshafen am Rhein, Stadt	1	0	
73150	Mainz, Stadt	1	0	
73310	Alzey-Worms/Worms	3	1	
73320	Bad Dürkheim/Neustadt	3	1	
73330	Donnersbergkreis	5	0	
73340	Germersheim	3	0	
73350	Kreis u. Stadt Kaiserslautern	5	1	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
73360	Kusel	5	0	
73370	Südliche Weinstraße/Landau	4	1	
73380	Ludwigshafen/Frankenthal/Speyer	2	1	
73390	Mainz-Bingen	3	0	
73400	Südwestpfalz/Pirmasens/Zweibrücken	5	1	
KV Baden-Württemberg				
81110	Stuttgart, Stadt	1	0	
81150	Böblingen	2	0	
81160	Esslingen	2	0	
81170	Göppingen	4	0	
81180	Ludwigsburg	2	0	
81190	Rems-Murr-Kreis	2	0	
81210	Heilbronn, Stadt	1	0	
81250	Heilbronn	3	0	
81260	Hohenlohekreis	5	0	
81270	Schwäbisch Hall	5	0	
81280	Main-Tauber-Kreis	5	0	
81350	Heidenheim	5	0	
81360	Ostalbkreis	5	0	
82120	Karlsruhe, Stadt	1	0	
82150	Karlsruhe	4	0	
82160	Rastatt/Baden-Baden	4	1	
82210	Heidelberg, Stadt	1	0	
82220	Mannheim, Stadt	1	0	
82250	Neckar-Odenwald-Kreis	5	0	
82260	Rhein-Neckar-Kreis	2	0	
82310	Pforzheim, Stadt	1	0	
82350	Calw	4	0	
82360	Enzkreis	3	0	
82370	Freudenstadt	5	0	
83110	Freiburg im Breisgau, Stadt	1	0	
83150	Breisgau-Hochschwarzwald	4	0	
83160	Emmendingen	4	0	
83170	Ortenaukreis	5	0	
83250	Rottweil	5	0	
83260	Schwarzwald-Baar-Kreis	5	0	
83270	Tuttlingen	5	0	
83350	Konstanz	5	0	
83360	Lörrach	5	0	
83370	Waldshut	5	0	
84150	Reutlingen	2	0	
84160	Tübingen	4	0	
84170	Zollernalbkreis	5	0	
84210	Ulm, Stadt	1	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
84250	Alb-Donau-Kreis	3	0	
84260	Biberach	5	0	
84350	Bodenseekreis	5	0	
84360	Ravensburg	5	0	
84370	Sigmaringen	5	0	
KV Bayerns				
91610	Ingolstadt, Stadt	1	0	
91620	München, Stadt	1	0	
91710	Altötting	5	0	
91720	Berchtesgadener Land	5	0	
91730	Bad Tölz-Wolfratshausen	4	0	
91740	Dachau	3	0	
91750	Ebersberg	3	0	
91760	Eichstätt	3	0	
91770	Erding	3	0	
91780	Freising	3	0	
91790	Fürstenfeldbruck	2	0	
91800	Garmisch-Partenkirchen	5	0	
91810	Landsberg a. Lech	4	0	
91820	Miesbach	4	0	
91830	Mühldorf a. Inn	5	0	
91840	München	2	0	
91850	Neuburg-Schrobenhausen	4	0	
91860	Pfaffenhofen a. d. Ilm	3	0	
91870	Kreis u. Stadt Rosenheim	5	1	
91880	Starnberg	3	0	
91890	Traunstein	5	0	
91900	Weilheim-Schongau	4	0	
92710	Deggendorf	5	0	
92720	Freyung-Grafenau	5	0	
92730	Kelheim	4	0	
92740	Kreis u. Stadt Landshut	5	1	
92750	Kreis u. Stadt Passau	5	1	
92760	Regen	5	0	
92770	Rottal-Inn	5	0	
92780	Straubing-Bogen/Straubing	5	1	
92790	Dingolfing-Landau	5	0	
93620	Regensburg, Stadt	1	0	
93710	Amberg-Sulzbach/Amberg	5	1	
93720	Cham	5	0	
93730	Neumarkt i. d. Opf.	4	0	
93740	Neustadt a. d. Waldnaab/Weiden	5	1	
93750	Regensburg	3	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
93760	Schwandorf	5	0	
93770	Tirschenreuth	5	0	
94710	Kreis u. Stadt Bamberg	5	1	
94720	Kreis u. Stadt Bayreuth	5	1	
94730	Kreis u. Stadt Coburg	5	1	
94740	Forchheim	3	0	
94750	Kreis u. Stadt Hof	5	1	
94760	Kronach	5	0	
94770	Kulmbach	5	0	
94780	Lichtenfels	5	0	
94790	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	5	0	
95620	Erlangen, Stadt	2	0	
95630	Fürth, Stadt	2	0	
95640	Nürnberg, Stadt	1	0	
95710	Kreis u. Stadt Ansbach	5	1	
95720	Erlangen-Höchstadt	3	0	
95730	Fürth	2	0	
95740	Nürnberger Land	4	0	
95750	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windshe	4	0	
95760	Roth/Schwabach	4	1	
95770	Weißenburg-Gunzenhausen	5	0	
96630	Würzburg, Stadt	1	0	
96710	Kreis u. Stadt Aschaffenburg	2	1	
96720	Bad Kissingen	5	0	
96730	Rhön-Grabfeld	5	0	
96740	Haßberge	5	0	
96750	Kitzingen	4	0	
96760	Miltenberg	4	0	
96770	Main-Spessart	4	0	
96780	Kreis u. Stadt Schweinfurt	5	1	
96790	Würzburg	3	0	
97610	Augsburg, Stadt	1	0	
97710	Aichach-Friedberg	3	0	
97720	Augsburg	3	0	
97730	Dillingen a.d.Donau	5	0	
97740	Günzburg	5	0	
97750	Neu-Ulm	2	0	
97760	Lindau (Bodensee)	5	0	
97770	Ostallgäu/Kaufbeuren	5	1	
97780	Unterallgäu/Memmingen	5	1	
97790	Donau-Ries	5	0	
97800	Oberallgäu/Kempton	5	1	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
KV Berlin				
110000	Berlin, Stadt	1	0	
KV Saarland				
100410	Regionalverband Saarbrücken	1	0	
100420	Merzig-Wadern	4	0	
100430	Neunkirchen	2	0	
100440	Saarlouis	3	0	
100450	Saar-Pfalz-Kreis	4	0	
100460	Sankt Wendel	4	0	
KV Mecklenburg-Vorpommern				
130030	Rostock, Stadt	1	0	
130580	Nordwestmecklenburg/Schwerin	4	1	
130710	Mecklenburgische Seenplatte	5	0	
130720	Landkreis Rostock	4	0	
130730	Vorpommern-Rügen	5	0	
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	5	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	
150810	Altmarkkreis Salzwedel	5	0	
150820	Anhalt-Bitterfeld/Dessau-Roßlau	4	1	
150830	Börde	4	0	
150840	Burgenlandkreis	4	0	
150850	Harz	5	0	

150860	Jerichower Land	4	0	
KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
150870	Mansfeld-Südharz	5	0	
150880	Saalekreis	4	0	
150890	Salzlandkreis	4	0	
150900	Stendal	5	0	
150910	Wittenberg	5	0	
KV Thüringen				
160510	Erfurt, Stadt	1	0	
160530	Jena, Stadt	1	0	
160610	Eichsfeld	4	0	
160620	Nordhausen	5	0	
160630	Wartburgkreis/Eisenach	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	4	0	
145220	Mittelsachsen	4	0	
145230	Vogtlandkreis	5	0	
145240	Zwickau	5	0	
146120	Dresden, Stadt	1	0	
146250	Bautzen	5	0	
146260	Görlitz	5	0	
146270	Meißen	5	0	
146280	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	4	0	
147130	Leipzig, Stadt	1	0	
147290	Leipzig	4	0	
147300	Nordsachsen	4	0	

* Kennzeichen Kreisregion (1=ja)

Anlage 3.3 Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen nach § 13 Abs. 3 in der Abgrenzung des BBSR **NEUFASSUNG**

(Gebietsstand: 31.12.2017)

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
KV Schleswig-Holstein				
101	Schleswig-Holstein Mitte	1002	Kiel	
101	Schleswig-Holstein Mitte	1004	Neumünster	
101	Schleswig-Holstein Mitte	1057	Plön	
101	Schleswig-Holstein Mitte	1058	Rendsburg-Eckernförde	
102	Schleswig-Holstein Nord	1001	Flensburg	
102	Schleswig-Holstein Nord	1054	Nordfriesland	
102	Schleswig-Holstein Nord	1059	Schleswig-Flensburg	
103	Schleswig-Holstein Ost	1003	Lübeck	
103	Schleswig-Holstein Ost	1055	Ostholstein	
104	Schleswig-Holstein Süd	1053	Herzogtum Lauenburg	
104	Schleswig-Holstein Süd	1056	Pinneberg	
104	Schleswig-Holstein Süd	1060	Segeberg	
104	Schleswig-Holstein Süd	1062	Stormarn	
105	Schleswig-Holstein Süd-West	1051	Dithmarschen	
105	Schleswig-Holstein Süd-West	1061	Steinburg	
KV Hamburg				
201	Hamburg	2000	Hamburg	
KV Bremen				
401	Bremen	4011	Bremen	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
24000	Bremerhaven_HB	4012	Bremerhaven	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen
KV Niedersachsen				
301	Braunschweig	3101	Braunschweig	
301	Braunschweig	3102	Salzgitter	
301	Braunschweig	3103	Wolfsburg	
301	Braunschweig	3151	Gifhorn	
301	Braunschweig	3153	Goslar	
301	Braunschweig	3154	Helmstedt	
301	Braunschweig	3157	Peine	
301	Braunschweig	3158	Wolfenbüttel	
302	Bremen-Umland	3251	Diepholz	
302	Bremen-Umland	3356	Osterholz	
302	Bremen-Umland	3361	Verden	
302	Bremen-Umland	3401	Delmenhorst	
304	Emsland	3454	Emsland	
304	Emsland	3456	Grafschaft Bentheim	
305	Göttingen	3152	Göttingen	
305	Göttingen	3155	Northeim	
305	Göttingen	3255	Holzminden	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
306	Hamburg-Umland-Süd	3353	Harburg	
306	Hamburg-Umland-Süd	3357	Rotenburg	
306	Hamburg-Umland-Süd	3359	Stade	
307	Hannover	3241	Region Hannover	
307	Hannover	3256	Nienburg	
307	Hannover	3257	Schaumburg	
308	Hildesheim	3252	Hameln-Pyrmont	
308	Hildesheim	3254	Hildesheim	
310	Oldenburg	3403	Oldenburg	
310	Oldenburg	3451	Ammerland	
310	Oldenburg	3453	Cloppenburg	
310	Oldenburg	3458	Oldenburg	
311	Osnabrück	3404	Osnabrück	
311	Osnabrück	3459	Osnabrück	
311	Osnabrück	3460	Vechta	
312	Ost-Friesland	3402	Emden	
312	Ost-Friesland	3405	Wilhelmshaven	
312	Ost-Friesland	3452	Aurich	
312	Ost-Friesland	3455	Friesland	
312	Ost-Friesland	3457	Leer	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
312	Ost-Friesland	3462	Wittmund	
313	Südheide	3351	Celle	
313	Südheide	3358	Heidekreis	
23000	Bremerhaven_NS	3352	Cuxhaven	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen
23000	Bremerhaven_NS	3461	Wesermarsch	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen
23001	Lüneburg	3354	Lüchow-Dannenberg	
23001	Lüneburg	3355	Lüneburg	exkl. Amt Neuhaus
23001	Lüneburg	3360	Uelzen	
KV Westfalen-Lippe				
502	Arnsberg	5958	Hochsauerlandkreis	
502	Arnsberg	5974	Soest	
503	Bielefeld	5711	Bielefeld	
503	Bielefeld	5754	Gütersloh	
503	Bielefeld	5758	Herford	
503	Bielefeld	5766	Lippe	
503	Bielefeld	5770	Minden-Lübbecke	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
504	Bochum/Hagen	5911	Bochum	
504	Bochum/Hagen	5914	Hagen	
504	Bochum/Hagen	5916	Herne	
504	Bochum/Hagen	5954	Ennepe-Ruhr-Kreis	
504	Bochum/Hagen	5962	Märkischer Kreis	
506	Dortmund	5913	Dortmund	
506	Dortmund	5915	Hamm	
506	Dortmund	5978	Unna	
509	Emscher-Lippe	5512	Bottrop	
509	Emscher-Lippe	5513	Gelsenkirchen	
509	Emscher-Lippe	5562	Recklinghausen	
511	Münster	5515	Münster	
511	Münster	5554	Borken	
511	Münster	5558	Coesfeld	
511	Münster	5566	Steinfurt	
511	Münster	5570	Warendorf	
512	Paderborn	5762	Höxter	
512	Paderborn	5774	Paderborn	
513	Siegen	5966	Olpe	
513	Siegen	5970	Siegen-Wittgenstein	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
KV Nordrhein				
501	Aachen	5334	Städteregion Aachen	
501	Aachen	5358	Düren	
501	Aachen	5366	Euskirchen	
501	Aachen	5370	Heinsberg	
505	Bonn	5314	Bonn	
505	Bonn	5382	Rhein-Sieg-Kreis	
507	Duisburg/Essen	5112	Duisburg	
507	Duisburg/Essen	5113	Essen	
507	Duisburg/Essen	5117	Mülheim a.d.R.	
507	Duisburg/Essen	5119	Oberhausen	
507	Duisburg/Essen	5154	Kleve	
507	Duisburg/Essen	5170	Wesel	
508	Düsseldorf	5111	Düsseldorf	
508	Düsseldorf	5114	Krefeld	
508	Düsseldorf	5116	Mönchengladbach	
508	Düsseldorf	5120	Remscheid	
508	Düsseldorf	5122	Solingen	
508	Düsseldorf	5124	Wuppertal	
508	Düsseldorf	5158	Mettmann	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
508	Düsseldorf	5162	Rhein-Kreis Neuss	
508	Düsseldorf	5166	Viersen	
510	Köln	5315	Köln	
510	Köln	5316	Leverkusen	
510	Köln	5362	Rhein-Erft-Kreis	
510	Köln	5374	Oberbergischer Kreis	
510	Köln	5378	Rheinisch-Bergischer Kreis	
KV Hessen				
601	Mittelhessen	6531	Gießen	
601	Mittelhessen	6532	Lahn-Dill-Kreis	
601	Mittelhessen	6533	Limburg-Weilburg	
601	Mittelhessen	6534	Marburg-Biedenkopf	
601	Mittelhessen	6535	Vogelsbergkreis	
602	Nordhessen	6611	Kassel	
602	Nordhessen	6633	Kassel	
602	Nordhessen	6634	Schwalm-Eder-Kreis	
602	Nordhessen	6635	Waldeck-Frankenberg	
602	Nordhessen	6636	Werra-Meißner-Kreis	
603	Osthessen	6631	Fulda	
603	Osthessen	6632	Hersfeld-Rotenburg	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
604	Rhein-Main	6412	Frankfurt a.M.	
604	Rhein-Main	6413	Offenbach a.M.	
604	Rhein-Main	6414	Wiesbaden	
604	Rhein-Main	6434	Hochtaunuskreis	
604	Rhein-Main	6435	Main-Kinzig-Kreis	
604	Rhein-Main	6436	Main-Taunus-Kreis	
604	Rhein-Main	6438	Offenbach	
604	Rhein-Main	6439	Rheingau-Taunus-Kreis	
604	Rhein-Main	6440	Wetteraukreis	
605	Starkenburger	6411	Darmstadt	
605	Starkenburger	6431	Bergstraße	
605	Starkenburger	6432	Darmstadt-Dieburg	
605	Starkenburger	6433	Groß-Gerau	
605	Starkenburger	6437	Odenwaldkreis	
KV Rheinland-Pfalz				
701	Mittelrhein-Westerwald	7111	Koblenz	
701	Mittelrhein-Westerwald	7131	Ahrweiler	
701	Mittelrhein-Westerwald	7132	Altenkirchen	
701	Mittelrhein-Westerwald	7135	Cochem-Zell	
701	Mittelrhein-Westerwald	7137	Mayen-Koblenz	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
701	Mittelrhein-Westerwald	7138	Neuwied	
701	Mittelrhein-Westerwald	7140	Rhein-Hunsrück-Kreis	
701	Mittelrhein-Westerwald	7141	Rhein-Lahn-Kreis	
701	Mittelrhein-Westerwald	7143	Westerwaldkreis	
702	Rheinhessen-Nahe	7133	Bad Kreuznach	
702	Rheinhessen-Nahe	7134	Birkenfeld	
702	Rheinhessen-Nahe	7315	Mainz	
702	Rheinhessen-Nahe	7319	Worms	
702	Rheinhessen-Nahe	7331	Alzey-Worms	
702	Rheinhessen-Nahe	7339	Mainz-Bingen	
703	Rheinpfalz	7311	Frankenthal	
703	Rheinpfalz	7313	Landau i.d.P.	
703	Rheinpfalz	7314	Ludwigshafen	
703	Rheinpfalz	7316	Neustadt an der Weinstraße	
703	Rheinpfalz	7318	Speyer	
703	Rheinpfalz	7332	Bad Dürkheim	
703	Rheinpfalz	7334	Germersheim	
703	Rheinpfalz	7337	Südliche Weinstraße	
703	Rheinpfalz	7338	Rhein-Pfalz-Kreis	
704	Trier	7211	Trier	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
704	Trier	7231	Bernkastel-Wittlich	
704	Trier	7232	Eifelkreis Bitburg-Prüm	
704	Trier	7233	Vulkaneifel	
704	Trier	7235	Trier-Saarburg	
705	Westpfalz	7312	Kaiserslautern	
705	Westpfalz	7317	Pirmasens	
705	Westpfalz	7320	Zweibrücken	
705	Westpfalz	7333	Donnersbergkreis	
705	Westpfalz	7335	Kaiserslautern	
705	Westpfalz	7336	Kusel	
705	Westpfalz	7340	Südwestpfalz	
KV Baden-Württemberg				
801	Bodensee-Oberschwaben	8435	Bodenseekreis	
801	Bodensee-Oberschwaben	8436	Ravensburg	
801	Bodensee-Oberschwaben	8437	Sigmaringen	
802	Donau-Iller (BW)	8421	Ulm	
802	Donau-Iller (BW)	8425	Alb-Donau-Kreis	
802	Donau-Iller (BW)	8426	Biberach	
803	Franken	8121	Heilbronn	
803	Franken	8125	Heilbronn	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
803	Franken	8126	Hohenlohekreis	
803	Franken	8127	Schwäbisch Hall	
803	Franken	8128	Main-Tauber-Kreis	
804	Hochrhein-Bodensee	8335	Konstanz	
804	Hochrhein-Bodensee	8336	Lörrach	
804	Hochrhein-Bodensee	8337	Waldshut	
805	Mittlerer Oberrhein	8211	Baden-Baden	
805	Mittlerer Oberrhein	8212	Karlsruhe	
805	Mittlerer Oberrhein	8215	Karlsruhe	
805	Mittlerer Oberrhein	8216	Rastatt	
806	Neckar-Alb	8415	Reutlingen	
806	Neckar-Alb	8416	Tübingen	
806	Neckar-Alb	8417	Zollernalbkreis	
807	Nordschwarzwald	8231	Pforzheim	
807	Nordschwarzwald	8235	Calw	
807	Nordschwarzwald	8236	Enzkreis	
807	Nordschwarzwald	8237	Freudenstadt	
808	Ostwürttemberg	8135	Heidenheim	
808	Ostwürttemberg	8136	Ostalbkreis	
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8325	Rottweil	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8326	Schwarzwald-Baar-Kreis	
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8327	Tuttlingen	
810	Stuttgart	8111	Stuttgart	
810	Stuttgart	8115	Böblingen	
810	Stuttgart	8116	Esslingen	
810	Stuttgart	8117	Göppingen	
810	Stuttgart	8118	Ludwigsburg	
810	Stuttgart	8119	Rems-Murr-Kreis	
811	Südlicher Oberrhein	8311	Freiburg im Breisgau	
811	Südlicher Oberrhein	8315	Breisgau-Hochschwarzwald	
811	Südlicher Oberrhein	8316	Emmendingen	
811	Südlicher Oberrhein	8317	Ortenaukreis	
812	Unterer Neckar	8221	Heidelberg	
812	Unterer Neckar	8222	Mannheim	
812	Unterer Neckar	8225	Neckar-Odenwald-Kreis	
812	Unterer Neckar	8226	Rhein-Neckar-Kreis	
KV Bayerns				
901	Allgäu	9762	Kaufbeuren	
901	Allgäu	9763	Kempten	
901	Allgäu	9776	Lindau	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
901	Allgäu	9777	Ostallgäu	
901	Allgäu	9780	Oberallgäu	
902	Augsburg	9761	Augsburg	
902	Augsburg	9771	Aichach-Friedberg	
902	Augsburg	9772	Augsburg	
902	Augsburg	9773	Dillingen a.d.Donau	
902	Augsburg	9779	Donau-Ries	
903	Bayerischer Untermain	9661	Aschaffenburg	
903	Bayerischer Untermain	9671	Aschaffenburg	
903	Bayerischer Untermain	9676	Miltenberg	
904	Donau-Iller (BY)	9764	Memmingen	
904	Donau-Iller (BY)	9774	Günzburg	
904	Donau-Iller (BY)	9775	Neu-Ulm	
904	Donau-Iller (BY)	9778	Unterallgäu	
905	Donau-Wald	9262	Passau	
905	Donau-Wald	9263	Straubing	
905	Donau-Wald	9271	Deggendorf	
905	Donau-Wald	9272	Freyung-Grafenau	
905	Donau-Wald	9275	Passau	
905	Donau-Wald	9276	Regen	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
905	Donau-Wald	9278	Straubing-Bogen	
906	Industrieregion Mittelfranken	9562	Erlangen	
906	Industrieregion Mittelfranken	9563	Fürth	
906	Industrieregion Mittelfranken	9564	Nürnberg	
906	Industrieregion Mittelfranken	9565	Schwabach	
906	Industrieregion Mittelfranken	9572	Erlangen-Höchstadt	
906	Industrieregion Mittelfranken	9573	Fürth	
906	Industrieregion Mittelfranken	9574	Nürnberger Land	
906	Industrieregion Mittelfranken	9576	Roth	
907	Ingolstadt	9161	Ingolstadt	
907	Ingolstadt	9176	Eichstätt	
907	Ingolstadt	9185	Neuburg-Schrobenhausen	
907	Ingolstadt	9186	Pfaffenhofen a.d.Ilm	
908	Landshut	9261	Landshut	
908	Landshut	9274	Landshut	
908	Landshut	9277	Rottal-Inn	
908	Landshut	9279	Dingolfing-Landau	
909	Main-Rhön	9662	Schweinfurt	
909	Main-Rhön	9672	Bad Kissingen	
909	Main-Rhön	9673	Rhön-Grabfeld	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
909	Main-Rhön	9674	Haßberge	
909	Main-Rhön	9678	Schweinfurt	
910	München	9162	München	
910	München	9174	Dachau	
910	München	9175	Ebersberg	
910	München	9177	Erding	
910	München	9178	Freising	
910	München	9179	Fürstenfeldbruck	
910	München	9181	Landsberg am Lech	
910	München	9184	München	
910	München	9188	Starnberg	
911	Oberfranken-Ost	9462	Bayreuth	
911	Oberfranken-Ost	9464	Hof	
911	Oberfranken-Ost	9472	Bayreuth	
911	Oberfranken-Ost	9475	Hof	
911	Oberfranken-Ost	9477	Kulmbach	
911	Oberfranken-Ost	9479	Wunsiedel i.F.	
912	Oberfranken-West	9461	Bamberg	
912	Oberfranken-West	9463	Coburg	
912	Oberfranken-West	9471	Bamberg	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
912	Oberfranken-West	9473	Coburg	
912	Oberfranken-West	9474	Forchheim	
912	Oberfranken-West	9476	Kronach	
912	Oberfranken-West	9478	Lichtenfels	
913	Oberland	9173	Bad Tölz-Wolfratshausen	
913	Oberland	9180	Garmisch-Partenkirchen	
913	Oberland	9182	Miesbach	
913	Oberland	9190	Weilheim-Schongau	
914	Oberpfalz-Nord	9361	Amberg	
914	Oberpfalz-Nord	9363	Weiden i.d.OPf.	
914	Oberpfalz-Nord	9371	Amberg-Sulzbach	
914	Oberpfalz-Nord	9374	Neustadt a.d.W.	
914	Oberpfalz-Nord	9376	Schwandorf	
914	Oberpfalz-Nord	9377	Tirschenreuth	
915	Regensburg	9273	Kelheim	
915	Regensburg	9362	Regensburg	
915	Regensburg	9372	Cham	
915	Regensburg	9373	Neumarkt i.d.OPf.	
915	Regensburg	9375	Regensburg	
916	Südostoberbayern	9163	Rosenheim	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
916	Südostoberbayern	9171	Altötting	
916	Südostoberbayern	9172	Berchtesgadener Land	
916	Südostoberbayern	9183	Mühldorf a.Inn	
916	Südostoberbayern	9187	Rosenheim	
916	Südostoberbayern	9189	Traunstein	
917	Westmittelfranken	9561	Ansbach	
917	Westmittelfranken	9571	Ansbach	
917	Westmittelfranken	9575	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	
917	Westmittelfranken	9577	Weißenburg-Gunzenhausen	
918	Würzburg	9663	Würzburg	
918	Würzburg	9675	Kitzingen	
918	Würzburg	9677	Main-Spessart	
918	Würzburg	9679	Würzburg	
KV Berlin				
1101	Berlin	11000	Berlin	
KV Saarland				
1001	Saar	10041	RV Saarbrücken	
1001	Saar	10042	Merzig-Wadern	
1001	Saar	10043	Neunkirchen	
1001	Saar	10044	Saarlouis	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1001	Saar	10045	Saarpfalz-Kreis	
1001	Saar	10046	St. Wendel	
KV Mecklenburg-Vorpommern				
1301	Mecklenburgische Seenplatte	13071	Mecklenburgische Seenplatte	
1302	Mittleres Mecklenburg/Rostock	13003	Rostock	
1302	Mittleres Mecklenburg/Rostock	13072	Landkreis Rostock	
1303	Vorpommern	13073	Vorpommern-Rügen	
1303	Vorpommern	13075	Vorpommern-Greifswald	
33000	Westmecklenburg	13004	Schwerin	
33000	Westmecklenburg	13074	Nordwestmecklenburg	
33000	Westmecklenburg	13076	Ludwigslust-Parchim	inkl. Amt Neuhaus
KV Brandenburg				
1201	Havelland-Fläming	12051	Brandenburg a.d.H.	
1201	Havelland-Fläming	12054	Potsdam	
1201	Havelland-Fläming	12063	Havelland	
1201	Havelland-Fläming	12069	Potsdam-Mittelmark	
1201	Havelland-Fläming	12072	Teltow-Fläming	
1202	Lausitz-Spreewald	12052	Cottbus	
1202	Lausitz-Spreewald	12061	Dahme-Spreewald	
1202	Lausitz-Spreewald	12062	Elbe-Elster	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1202	Lausitz-Spreewald	12066	Oberspreewald-Lausitz	
1202	Lausitz-Spreewald	12071	Spree-Neiße	
1203	Oderland-Spree	12053	Frankfurt	
1203	Oderland-Spree	12064	Märkisch-Oderland	
1203	Oderland-Spree	12067	Oder-Spree	
1204	Prignitz-Oberhavel	12065	Oberhavel	
1204	Prignitz-Oberhavel	12068	Ostprignitz-Ruppin	
1204	Prignitz-Oberhavel	12070	Prignitz	
1205	Uckermark-Barnim	12060	Barnim	
1205	Uckermark-Barnim	12073	Uckermark	
KV Sachsen-Anhalt				
1501	Altmark	15081	Altmarkkreis Salzwedel	
1501	Altmark	15090	Stendal	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15001	Dessau-Roßlau	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15082	Anhalt-Bitterfeld	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15091	Wittenberg	
1503	Halle/S.	15002	Halle	
1503	Halle/S.	15084	Burgenlandkreis	
1503	Halle/S.	15087	Mansfeld-Südharz	
1503	Halle/S.	15088	Saalekreis	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1504	Magdeburg	15003	Magdeburg	
1504	Magdeburg	15083	Börde	
1504	Magdeburg	15085	Harz	
1504	Magdeburg	15086	Jerichower Land	
1504	Magdeburg	15089	Salzlandkreis	
KV Thüringen				
1601	Mittelthüringen	16051	Erfurt	
1601	Mittelthüringen	16055	Weimar	
1601	Mittelthüringen	16067	Gotha	
1601	Mittelthüringen	16068	Sömmerda	
1601	Mittelthüringen	16070	Ilm-Kreis	
1601	Mittelthüringen	16071	Weimarer Land	
1602	Nordthüringen	16061	Eichsfeld	
1602	Nordthüringen	16062	Nordhausen	
1602	Nordthüringen	16064	Unstrut-Hainich-Kreis	
1602	Nordthüringen	16065	Kyffhäuserkreis	
1603	Ostthüringen	16052	Gera	
1603	Ostthüringen	16053	Jena	
1603	Ostthüringen	16073	Saalfeld-Rudolstadt	
1603	Ostthüringen	16074	Saale-Holzland-Kreis	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1603	Ostthüringen	16075	Saale-Orla-Kreis	
1603	Ostthüringen	16076	Greiz	
1603	Ostthüringen	16077	Altenburger Land	
1604	Südthüringen	16054	Suhl	
1604	Südthüringen	16056	Eisenach	
1604	Südthüringen	16063	Wartburgkreis	
1604	Südthüringen	16066	Schmalkalden-Meiningen	
1604	Südthüringen	16069	Hildburghausen	
1604	Südthüringen	16072	Sonneberg	
KV Sachsen				
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14612	Dresden	
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14627	Meißen	
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14628	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	
1402	Oberlausitz-Niederschlesien	14625	Bautzen	
1402	Oberlausitz-Niederschlesien	14626	Görlitz	
1403	Südsachsen	14511	Chemnitz	
1403	Südsachsen	14521	Erzgebirgskreis	
1403	Südsachsen	14522	Mittelsachsen	
1403	Südsachsen	14523	Vogtlandkreis	
1403	Südsachsen	14524	Zwickau	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1404	Westsachsen	14713	Leipzig	
1404	Westsachsen	14729	Leipzig	
1404	Westsachsen	14730	Nordsachsen	

Anlage 4 Morbiditätsfaktor (KBV) NEUFASSUNG

Anlage 4.1 Allgemeine Differenzierungsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 (KBV)

	Anteil I hm, m, <20	Anteil I hm, m, 20-44	Anteil I hm, m, 45-74	Anteil I hm, m, >75	Anteil I hm, w, <20	Anteil I hm, w, 20- 44	Anteil hm, w, 45-74	Anteil I hm, w, >75	Anteil I dm, m, <20	Anteil dm, m, 20-44	Anteil dm, m, 45-74	Anteil I dm, m, >75	Anteil dm, w, <20	Anteil dm, w, 20-44	Anteil dm, w, 45-74	Anteil dm, w, >75
Arztgruppe n außer Frauenärzte	0,48 %	0,89 %	6,84 %	3,27 %	0,47 %	2,25 %	8,98%	4,82 %	8,98 %	15,52 %	12,90 %	0,18 %	8,51%	13,61 %	11,32 %	0,96%
Frauenärzte					0,93 %	4,42 %	17,64 %	9,47 %					16,71 %	26,72 %	22,23 %	1,88%

Stichtag: 31.12.2015

hm = erhöht morbide

dm = durchschnittlich morbide

m, w = männlich, weiblich

Berechnung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 3

Zur Ermittlung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren werden die GKV-Versicherten der jeweiligen Morbiditätsgruppe auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten bezogen.

1. Die allgemeinen Differenzierungsfaktoren für erhöht morbide Versicherte werden zum Stichtag 31.12.2015 wie folgt ermittelt:

Erhöht morbide Patienten Altersgruppe, Geschlecht 2015
Versicherte KM 6 2015

Die erhöht morbiden Patienten stellen die erhöht morbiden Versicherten dar. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass erhöht morbide Versicherte Ärzte aufsuchen. Zur Identifikation der erhöht morbiden Patienten werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) des Jahres 2015 sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA) der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2017 herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr in mind. 2 Quartalen (sogenanntes „M2Q-Kriterium“) mind. 6 Krankheiten der BVA-Liste kodiert wurden. Berücksichtigt werden nur gesicherte Diagnosen (ICD-Codes, die in der BVA-Liste den Krankheiten zugeordnet wurden, kodiert nach ICD-10 2016) in den ambulanten Abrechnungsdaten. Zur Ermittlung der GKV-Versicherten wird die KM 6-Statistik 2015 verwendet.

2. Die allgemeinen Differenzierungsfaktoren für durchschnittlich morbide Patienten werden zum Stichtag 31.12.2015 wie folgt ermittelt:

Versicherte Altersgruppe, Geschlecht KM 6 2015 – Erhöht morbide Patienten Altersgruppe, Geschlecht 2015)
Versicherte KM6 2015

Die durchschnittlich morbiden Versicherten ergeben sich durch Subtraktion der erhöht morbiden Patienten der Altersgruppe und des Geschlechts von den Versicherten der Altersgruppe und des Geschlechts. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Versicherten, die nicht zum Arzt gehen, durchschnittlich morbide sind und demnach in die durchschnittlich morbide Versichertengruppe zählen.

Anlage 4 Morbiditätsfaktor (GKV-SV) **NEUFASSUNG**

Anlage 4.1. Berechnung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 3 (GKV-SV)

Zur Ermittlung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren werden die GKV-Versicherten der jeweiligen Gruppe auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten bezogen.

- Die allgemeinen Differenzierungsfaktoren für erhöht morbide Versicherte werden alle drei Jahre auf der Basis des letzten verfügbaren Standes der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten), erstmals auf Grundlage der Daten des Jahres 2017 wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Erhöht morbide Patienten}_{\text{Altersgruppe,Geschlecht}} 2017}{\text{Versicherte KM 6 2017}}$$

Die erhöht morbiden Patienten stellen die erhöht morbiden Versicherten dar. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass erhöht morbide Versicherte Ärzte aufsuchen. Zur Identifikation der erhöht morbiden Patienten werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) des Jahres 2017 sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA) der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichjahr 2017 herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr in mind. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen (sogenanntes „M2Q-Kriterium“) mind. 6 identische Krankheiten der BVA-Liste kodiert wurden. Berücksichtigt werden nur gesicherte Diagnosen (ICD-Codes, die in der BVA-Liste den Krankheiten zugeordnet wurden, kodiert nach ICD-10 2016) in den ambulanten Abrechnungsdaten. Zur Ermittlung der GKV-Versicherten wird die werden aus der KM 6-Statistik 2017 verwendet.

- Die allgemeinen Differenzierungsfaktoren für nicht erhöht morbide Patienten werden alle drei Jahre auf der Basis des letzten verfügbaren Standes der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten), erstmals auf Grundlage der Daten des Jahres 2017 wie folgt ermittelt:

Versicherte Altersgruppe, Geschlecht KM 6 2017 – Erhöht morbide Patienten Altersgruppe, Geschlecht 2017)
Versicherte KM6 2017

Die nicht erhöht morbiden Versicherten ergeben sich durch Subtraktion der erhöht morbiden Patienten der Altersgruppe und des Geschlechts von den Versicherten der Altersgruppe und des Geschlechts. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Versicherten, die nicht zum Arzt gehen, nicht erhöht morbide sind und demnach in die nicht erhöht morbide Versichertengruppe zählen.

Anlage 4.2 Berechnung der regionalen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 3 (beispielhaft für 2016) (KBV) **NEUFASSUNG**

Zur Ermittlung der regionalen Differenzierungsfaktoren werden die GKV-Versicherten der Morbiditätsgruppe pro Planungsbereich auf die GKV-Versicherten pro Planungsbereich bezogen.

1. Die regionalen Differenzierungsfaktoren für erhöht morbide GKV-Versicherte werden jeweils auf der Basis des letzten verfügbaren Standes der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) im Planungsbereich wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Erhöht morbide Patienten}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht, Planungsbereich}} 2016}{\text{berechnete Versicherte } 2016_{\text{Planungsbereich}}}$$

2. Die regionalen Differenzierungsfaktoren für durchschnittlich morbide GKV-Versicherte werden auf der Basis des letzten verfügbaren Standes der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) pro Planungsbereich wie folgt ermittelt:

$$\frac{(\text{berechnete Versicherte}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht, Planungsbereich}} 2016) - \text{Erhöht morbide Patienten}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht, Planungsbereich}} 2016}{\text{berechnete Versicherte } 2016_{\text{Planungsbereich}}}$$

Die durchschnittlich morbiden Versicherten pro Planungsbereich ergeben sich durch Subtraktion der erhöht morbiden Patienten der Altersgruppe und des Geschlechts von den berechneten Versicherten der Altersgruppe und des Geschlechts pro Planungsbereich. Die berechneten Versicherten pro Planungsbereich ergeben sich durch Multiplikation der Patienten im Planungsbereich mit einem sogenannten Anpassungsfaktor pro KV-Bereich. Hintergrund des Vorgehens ist, dass die Versichertenzahlen der KM 6-Statistik nicht kleinräumiger als auf Ebene der KV vorliegen. Dazu werden die Patienten um die Rate derjenigen Versicherten angepasst, die nicht zum Vertragsarzt gegangen sind und entsprechend nicht in den Abrechnungsdaten enthalten sind (Anpassungsfaktoren). Die Anpassungsfaktoren werden durch Division der Versicherten des KV-Gebiets gemäß KM 6-Statistik durch die Patientenzahl des KV-Gebiets aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) berechnet.

$$\frac{\text{Versicherte}_{\text{KV}} \text{ KM 6 } 2016}{\text{Patienten}_{\text{KV}}}$$

Anlage 4.2 Berechnung der regionalen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 3 (GKV) **NEUFASSUNG**

Zur Ermittlung der regionalen Differenzierungsfaktoren werden die GKV-Versicherten der Gruppe pro Planungsbereich auf die GKV-Versicherten pro Planungsbereich bezogen.

1. Die regionalen Differenzierungsfaktoren für erhöht morbide GKV-Versicherten werden jeweils auf der Basis des letzten verfügbaren Standes der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) im Planungsbereich wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Erhöht morbide Patienten}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht, Planungsbereich}} 2017}{\text{berechnete Versicherte } 2017_{\text{Planungsbereich}}}$$

2. Die regionalen Differenzierungsfaktoren für nicht erhöht morbide GKV-Versicherten werden auf der Basis des letzten verfügbaren Standes der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) pro Planungsbereich wie folgt ermittelt

$$\frac{(\text{berechnete Versicherte}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht, Planungsbereich}} 2017) - \text{Erhöht morbide Patienten}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht, Planungsbereich}} 2017}{\text{berechnete Versicherte } 2017_{\text{Planungsbereich}}}$$

Die nicht erhöht morbiditen Versicherten pro Planungsbereich ergeben sich durch Subtraktion der erhöht morbiditen Patienten der Altersgruppe und des Geschlechts von den berechneten Versicherten der Altersgruppe und des Geschlechts pro Planungsbereich. Die berechneten Versicherten pro Planungsbereich ergeben sich durch Multiplikation der Patienten im Planungsbereich mit einem sogenannten Anpassungsfaktor pro KV-Bereich. Hintergrund des Vorgehens ist, dass die Versichertenzahlen der KM 6-Statistik nicht kleinräumiger als auf Ebene der KV vorliegen. Dazu werden die Patienten um die Rate derjenigen Versicherten angepasst, die nicht zum Vertragsarzt gegangen sind und entsprechend nicht in den Abrechnungsdaten enthalten sind (Anpassungsfaktoren). Die Anpassungsfaktoren werden durch Division der Versicherten des KV-Gebiets gemäß KM 6-Statistik durch die Patientenzahl des KV-Gebiets aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) berechnet.

$$\frac{\text{Versicherte}_{KV} \text{ KM 6 2017}}{\text{Patienten}_{KV}}$$

Anlage 4.3 Die Leistungsbedarfsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 4 (KBV) **NEUFASSUNG**

Für das 1. Quartal 2014 bis zum 4. Quartal 2016 (die letzten 12 Quartale) betragen sie:

Arztgruppe	LBF hm, m, <20	LBF hm, m, 20-44	LBF hm, m, 45-74	LBF hm, m, ≥75	LBF hm, w, <20	LBF hm, w, 20-44	LBF hm, w, 45-74	LBF hm, w, ≥75	LBF dm, m, <20	LBF dm, m, 20-44	LBF dm, m, 45-74	LBF dm, m, ≥75	LBF dm, w, <20	LBF dm, w, 20-44	LBF dm, w, 45-74	LBF dm, w, ≥75
Hausärzte	0,296	1,199	1,681	2,311	0,425	1,034	1,562	2,525	0,264	0,499	0,800	1,740	0,289	0,646	0,894	2,040
Augenärzte	0,823	0,414	1,782	3,719	0,768	0,374	1,819	3,767	0,456	0,138	0,464	1,819	0,523	0,206	0,597	1,921
Chirurgen	0,597	1,335	1,662	1,327	0,525	1,108	1,719	1,270	0,528	0,769	0,989	1,009	0,344	0,703	1,082	0,976
Frauenärzte					0,459	2,089	0,754	0,307					0,280	2,161	0,664	0,216
HNO-Ärzte	2,114	1,437	1,425	1,765	1,729	1,322	1,336	1,500	0,966	0,631	0,700	1,204	0,855	0,797	0,747	1,024
Hautärzte	0,431	1,028	1,421	2,274	0,679	1,304	1,505	1,472	0,363	0,608	0,785	1,620	0,453	1,012	1,044	1,076
Nervenärzte	0,141	2,270	1,947	1,743	0,270	1,966	2,262	1,972	0,053	0,485	0,650	0,925	0,064	0,665	0,862	1,153
Orthopäden	0,500	1,405	1,750	1,297	0,660	1,258	2,428	1,900	0,306	0,522	0,716	0,635	0,323	0,547	0,963	0,871
Psychotherapeuten	1,444	2,088	0,810	0,047	2,704	3,637	1,795	0,106	0,763	0,631	0,464	0,029	0,931	1,592	1,087	0,060
Urologen	0,263	0,992	3,509	6,637	0,138	0,409	0,857	1,208	0,186	0,403	1,143	3,775	0,050	0,176	0,283	0,567
Fachinternisten	0,104	1,746	3,083	3,837	0,176	0,953	1,995	2,282	0,044	0,215	0,619	1,367	0,052	0,278	0,588	0,891
Anästhesisten	1,202	1,282	1,685	1,704	0,861	1,336	1,967	1,776	0,765	0,466	0,651	1,013	0,563	0,650	0,757	0,995
Radiologen	0,231	1,393	1,708	1,212	0,442	1,336	2,487	1,175	0,146	0,518	0,760	0,812	0,167	0,604	1,521	0,771
PRM-Mediziner	0,455	1,701	1,779	1,266	0,621	1,852	3,014	1,936	0,186	0,375	0,514	0,469	0,209	0,527	0,831	0,644
Nuklearmediziner	0,132	1,018	2,118	1,853	0,304	1,383	2,580	1,584	0,082	0,307	0,708	1,044	0,113	0,604	1,112	0,895
Strahlentherapeuten	0,013	0,325	2,389	2,670	0,014	0,607	2,767	1,793	0,008	0,067	0,769	2,248	0,006	0,201	1,330	1,429
Neurochirurgen	0,039	2,076	2,712	1,597	0,091	1,515	2,834	1,741	0,014	0,362	0,712	0,603	0,018	0,351	0,730	0,599
Humangenetiker	7,419	1,785	0,677	0,342	5,723	3,172	1,344	0,311	1,146	0,634	0,330	0,318	0,929	1,671	0,779	0,314
Laborärzte	1,086	1,715	1,531	1,536	1,324	2,204	1,597	1,345	0,418	0,494	0,598	0,985	0,550	1,319	0,781	0,901
Pathologen	0,148	0,891	1,489	1,559	0,376	1,656	1,847	1,114	0,116	0,386	0,792	1,562	0,194	1,349	1,369	1,061
Transfusionsmedizin	1,208	2,318	2,202	2,986	1,107	1,445	1,266	1,841	0,595	0,522	0,512	1,615	0,554	0,739	0,457	1,280

hm = erhöht morbide

nhm = durchschnittlich morbide

m, w = männlich, weiblich

Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren nach § 9 Abs. 4

Es ist der Leistungsbedarf in Euro für die 12 letzten Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11 bis 14 dieser Richtlinie, und jeweils für die 16 Morbiditätsgruppen zu ermitteln.

Die ermittelten Leistungsbedarfe sind durch die Anzahl der Versicherten der jeweiligen Morbiditätsgruppe zu teilen. In jeder Arztgruppe wird nun der Leistungsbedarf pro Morbiditätsgruppe durch den Gesamtleistungsbedarf dieser Arztgruppe geteilt. Das Ergebnis sind die Leistungsbedarfsfaktoren. Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der jeweiligen Morbiditätsgruppe zum Durchschnitt des Leistungsbedarfs der Arztgruppe aus.

Bei der Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren (LBF) ist zu unterscheiden zwischen LBF von erhöht morbiden Morbiditätsgruppen und LBF von durchschnittlich morbiden Morbiditätsgruppen. Die Population der erhöht morbiden Morbiditätsgruppen sind die erhöht morbiden Patienten des Jahres 2016. Die Population der durchschnittlich morbiden sind die Versicherten gemäß KM 6-Statistik 2016 ohne die erhöht morbiden Patienten aus den Abrechnungsdaten des Jahres 2016. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Versicherten, die nicht zum Arzt gehen, durchschnittlich morbide sind.

1. Die Leistungsbedarfsfaktoren für erhöht morbide Patienten werden wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{erhöht morbide, Altersgruppe, Geschlecht, Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2014 – 2016})}{\text{Anzahl erhöht morbider Patienten}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht}}(\text{Abrechnungsdaten 2016})} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2014 – 2016})}{\text{Versicherte KM 6 2016 2016}}$$

2. Die Leistungsbedarfsfaktoren für durchschnittlich morbide Patienten werden wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{nicht erhöht morbide, Altersgruppe, Geschlecht, Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2014 – 2016})}{\text{Versicherte Altersgruppe, Geschlecht KM 6 2016 – Erhöht morbide Patienten}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht}}(\text{Abrechnungsdaten 2016})} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2014 – 2016})}{\text{Versicherte KM 6 2016}}$$

Anlage 4.3 Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 4 (GKV-SV) **NEUFASSUNG**

Es ist der Leistungsbedarf in Punkten für die 12 letzten Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11 bis 14 dieser Richtlinie, und jeweils für die 16 Alters- und Geschlechts- bzw. Morbiditätsgruppen zu ermitteln. Die Positionen des Kapitel 40 EBM sowie die regionalen Gebührenordnungspositionen bleiben unberücksichtigt.

Die ermittelten Leistungsbedarfe sind durch die Anzahl der Versicherten der jeweiligen Gruppe zu teilen. In jeder Arztgruppe wird nun der Leistungsbedarf pro Gruppe durch den Gesamtleistungsbedarf dieser Arztgruppe geteilt. Das Ergebnis sind die Leistungsbedarfsfaktoren. Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der jeweiligen Gruppe zum Durchschnitt des Leistungsbedarfs der Arztgruppe aus.

Bei der Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren (LBF) ist zu unterscheiden zwischen LBF von erhöht morbiden Gruppen und LBF von nicht erhöht morbiden Gruppen. Die Population der erhöht morbiden Gruppen sind die erhöht morbiden Patienten des Jahres 2017. Die Population der nicht erhöht morbiden sind die Versicherten gemäß KM 6-Statistik 2017 ohne die erhöht morbiden Patienten aus den Abrechnungsdaten des Jahres 2017. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Versicherten, die nicht zum Arzt gehen, nicht erhöht morbide sind.

1. Die Leistungsbedarfsfaktoren für erhöht morbide Patienten werden wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{erhöht morbide, Altersgruppe, Geschlecht, Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015 – 2017})}{\text{Anzahl erhöht morbider Patienten}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht}}(\text{Abrechnungsdaten 2017})} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015 – 2017})}{\text{Versicherte KM 6 2017}}$$

2. Die Leistungsbedarfsfaktoren für nicht erhöht morbide Patienten werden wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{nicht erhöht morbide, Altersgruppe, Geschlecht, Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015–2017})}{\text{Versicherte Altersgruppe, Geschlecht KM 6 2017} - \text{Erhöht morbide Patienten}_{\text{Altersgruppe, Geschlecht}}(\text{Abrechnungsdaten 2017})} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015–2017})}{\text{Versicherte KM 6 2017}}$$

**Anlage 4.4 Rechenbeispiel für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Morbiditätsfaktors nach § 9
Bedarfsplanung-Richtlinie (KBV) NEUFASSUNG**

1. Hausärzte; Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter und erhöht Morbider

Einwohner im Mittelbereich: 78.677
 Verhältniszahl je Einwohner: 1 671
 Ärzte: 42
 Versorgungsgrad ohne Morbiditätsfaktor: 89,2%¹

Faktor	hm, m, <20	hm, m, 20-44	hm, m, 45-74	hm, m, ≥75	hm, w, <20	hm, w, 20-44	hm, w, 45-74	hm, w, ≥75	dm, m, <20	dm, m, 20-44	dm, m, 45-74	dm, m, ≥75	dm, w, <20	dm, w, 20-44	dm, w, 45-74	dm, w, ≥75
Allg. Diff.F	0,48%	0,89%	6,84%	3,27%	0,47%	2,25%	8,98%	4,82%	8,98%	15,52%	12,90%	0,18%	8,51%	13,61%	11,32%	0,96%
Reg. Diff.F	0,6%	0,96%	6,9%	3,6%	0,5%	2,3%	9%	4,82%	8,97%	15,51%	12,84%	0,2%	8,43%	13,11%	11,3%	0,96%
LBF	0,296	1,199	1,681	2,311	0,425	1,034	1,562	2,525	0,264	0,499	0,800	1,740	0,289	0,646	0,894	2,040

Berechnung des Morbiditätsfaktors

$$\begin{aligned}
 & ((0,48 \cdot 0,296) + (0,89 \cdot 1,199) + (6,84 \cdot 1,681) + (3,27 \cdot 2,311) + (0,47 \cdot 0,425) + (2,25 \cdot 1,034) + (8,98 \cdot 1,562) + (4,82 \cdot 2,525) + (8,98 \cdot 0,264) + (15,52 \cdot 0,499) \\
 & + (12,9 \cdot 0,8) + (0,18 \cdot 1,74) + (8,51 \cdot 0,289) + (13,61 \cdot 0,646) + (11,32 \cdot 0,894) + (0,96 \cdot 2,040)) / ((0,6 \cdot 0,296) + (0,96 \cdot 1,199) + (6,9 \cdot 1,681) + (3,6 \cdot 2,311) + \\
 & (0,5 \cdot 0,425) + (2,3 \cdot 1,034) + (9 \cdot 1,562) + (4,82 \cdot 2,525) + (8,97 \cdot 0,264) + (15,51 \cdot 0,499) + (12,84 \cdot 0,8) + (0,2 \cdot 1,74) + (8,43 \cdot 0,289) + (13,11 \cdot 0,646) + \\
 & (11,3 \cdot 0,894) + (0,96 \cdot 2,040)) = 0,99260^2
 \end{aligned}$$

¹ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

² ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

Korrigierte Verhältniszahl: $1\,671 \times 0,99260 = 1\,658,63500^3$

Korrigierter Versorgungsgrad: $\frac{1\,658,63500 \times 42 \times 100}{78.677} = 88,5\%^4$

Fazit: Da die Bevölkerung vergleichsweise alt und morbide ist, sinkt die Verhältniszahl für Hausärzte von 1 671 Einwohnern je Arzt auf 1 658,63501. Der Versorgungsgrad sinkt von 89,2% auf 88,5%.

³ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

⁴ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

2. Frauenärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil erhöht Morbider

Einwohner im Kreis: 122.410 Frauen
 Planungsbereichstyp: 1
 Verhältniszahl je Frau: 3733
 Ärzte: 40
 Versorgungsgrad ohne Morbiditätsfaktor: 121,9%⁵

Faktor	hm, w, <20	hm, w, 20-44	hm, w, 45-74	hm, w, ≥75	dm, w, <20	dm, w, 20-44	dm, w, 45-74	dm, w, ≥75
Allg. Diff.F	0,93%	4,42%	17,64%	9,47%	16,71%	26,72%	22,23%	1,88%
Reg. Diff.F	1,67%	6,31%	23,11%	13,74%	14,44%	25,06%	14,42%	1,25%
LBF	0,459	2,089	0,754	0,307	0,280	2,161	0,664	0,216

Berechnung des Morbiditätsfaktors

$$\left((0,93 \cdot 0,459) + (4,42 \cdot 2,089) + (17,64 \cdot 0,754) + (9,47 \cdot 0,307) + (16,71 \cdot 0,28) + (26,72 \cdot 2,161) + (22,23 \cdot 0,664) + (1,88 \cdot 0,216) \right) / \left((1,67 \cdot 0,459) + (6,31 \cdot 2,089) + (23,11 \cdot 0,754) + (13,74 \cdot 0,307) + (14,44 \cdot 0,28) + (25,06 \cdot 2,161) + (14,42 \cdot 0,664) + (1,25 \cdot 0,216) \right) = 0,99827^6$$

Korrigierte Verhältniszahl: $3733 \times 0,99827 = 3726,57529^7$

Korrigierter Versorgungsgrad: $\frac{3726,57529 \times 40 \times 100}{122.410} = 121,7\%^8$

Fazit: Da die weibliche Bevölkerung vergleichsweise morbide ist, sinkt die Verhältniszahl für Frauenärzte von 3733 Frauen je Arzt auf 3726,57529. Der Versorgungsgrad sinkt von 121,9% auf 121,7%.“

⁵ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

⁶ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

⁷ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

⁸ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle. [e](#)

Anlage 5 Ermittlung der Verhältniszahlen

§ 1

Generelle Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen

Ausgangspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahlen bilden die Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung in der jeweiligen Arztgruppe. Dabei wird bei der Ermittlung der Verhältniszahlen der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Bundesgebiet Rechnung getragen. (Stichtag Verteilung der Einwohner 31. Dezember 2010, Stichtag Verteilung der Ärzte 30. Juni 2012).

Abschnitt 1: Ermittlung der bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen

§ 2

Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten

- (1) Für die Arztgruppen der Hausärzte (vgl. § 11 Bedarfsplanungsrichtlinie) und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) werden die Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 101 Absatz 5 in Verbindung mit § 101 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V im folgenden Verfahren festgestellt:
 1. Die Arztgruppe der Internisten wird zum Stichtag des 31. Dezember 1995 unter Einbezug aller Bundesländer erfasst. Hierbei wird die Arztgruppe der Lungenärzte der Arztgruppe der Internisten zugeordnet. Für Internisten mit ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit gilt § 12 Absatz 2 Nummer 7 Bedarfsplanungsrichtlinie; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztabrechnungsnummer.
 2. Die nach § 2 erfassten Internisten werden in die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt.
 3. Die Arztgruppe der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ergibt sich aus den Hausarztentscheidungen von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche gemäß dem Hausarztvertrag (Anlage BMV-Ä / EKV) spätestens bis zum 31. März 1996 getroffen worden sind. Nicht einbezogen werden Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt und Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung.
 4. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten sowie Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. Die unter § 2 Nummer 3 Satz 2 genannten Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt werden der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet.

- (2) Weiterhin gelten für die Bestimmung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte sowie die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten folgende Regelungen:

1. Die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten werden getrennt je Planungsbereich festgestellt und bundesweit additiv zusammengefasst. Bundesweit wird das Verhältnis der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten zueinander zum Stand vom 31. Dezember 1995 festgestellt und in Faktoren (jeweiliger Anteil an allen Internisten) ausgedrückt (z. B. 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor).
2. Je Planungskategorie gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 werden auf die Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nummer 12 der bisherigen Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) angewandt, und zwar zur Ermittlung von Soll-Arztzahlen (rechnerisches Soll) zum Stichtag des 31. Dezember 1995. Die so ermittelten Soll-Arztzahlen für Internisten werden mit den nach § 2 Absatz 2 Nummer 1 Satz 2 festgestellten Faktoren bewertet. Daraus werden getrennte Soll-Arztzahlen für die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten festgelegt.
3. Für die Arztgruppe der Hausärzte werden die Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt ermittelt: Bundesweit werden die nach § 2 Absatz 2 Nummer 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. Dies ergibt die Soll-Arztzahl für Hausärzte. Abschließend wird die bundesweite Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahl dividiert, woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte ergibt (vgl. § 11 Absatz 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).
4. Für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird entsprechend verfahren:

GKV-SV	KBV/DKG/PatV/LV
Die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 wird durch die unter § 2 Absatz 2 Nummer 2 Satz 3 ermittelte Soll-Arztzahl für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für fachärztlich tätige Internisten ergibt (vgl. § 13 Absatz 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).	Die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 wird durch die unter § 2 Absatz 2 Nummer 2 Satz 3 ermittelte Soll-Arztzahl für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert. <u>Durch Reduktion dieser Zahl um 35 Prozent ergibt,</u> woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für fachärztlich tätige Internisten <u>ergibt</u> (vgl. § 13 Absatz 3 <u>4</u> Bedarfsplanungsrichtlinie).

Historisches Rechenbeispiel zu § 2

Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach Nummer 12 der Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) werden zur Berechnung wie folgt herangezogen:

1. Die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte (1 : 2 269 Einw. je Arzt, z. B. für den Raumtyp 1) werden für die Arztzahl-Berechnung des Jahres 1995 herangezogen. Die Einwohnerzahl des Jahres 1995 wird dividiert durch die als Beispiel verwendeten 2 269 Einw. je Arzt

(16,3 Mio. Einw.: 2 269 = 7 186 Allgemein- / Praktische Ärzte).

2. *Die Allgemeine Verhältniszahl für Internisten (3 679 für ebenfalls Raumtyp 1) wird auch auf die Einwohnerzahl des Jahres 1995 angewendet:
(16,3 Mio. Einw.: 3 679 = 4 432 Internisten).*
3. *Aus der Zuordnung der hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten im Jahre 1995 (hier: 70% hausärztlich zu 30% fachärztlich tätige Internisten entsprechend 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor im Raumtyp 1) kann die für 1995 berechnete Internistenanzahl gesplittet werden:
 $4\,432 \times 0,7 = 3\,104$ hausärztlich tätige Internisten und
 $4\,432 \times 0,3 = 1\,328$ fachärztlich tätige Internisten.*
4. *Nun wird die Summe der Hausärzte gebildet:
 $7\,186$ Allgemein- / Praktische Ärzte + $3\,104$ hausärztlich tätige Internisten = $10\,290$ Hausärzte.*

§ 3

Anästhesisten

Bei der Arztgruppe der Anästhesisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Anästhesisten und der Einwohner zum Stand vom 31. Dezember 1997 unter Einbezug aller Bundesländer zugrunde gelegt.

§ 4

Radiologen

Bei der Arztgruppe der Radiologen (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zur Zahl der zugelassenen Radiologen einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages).

§ 5

Neu zu beplanende Gruppen

Bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, der PRM-Mediziner, der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen und der Transfusionsmediziner (vgl. §§ 13 und 14 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zum Stand 31. Dezember 2010 zur Zahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gewichtet nach ihrem Teilnahmeumfang zum Stand 31. Dezember 2010.

Die Ermittlung der Verhältniszahl in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt bezogen auf die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“.

Abschnitt 2: Ermittlung der Verhältniszahlen nach den 6 Typen

§ 6

Ermittlung der Arzzahlen

Für die Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der zugelassenen Kassenärzte einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages) gezählt.

§ 7

Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen

Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Verhältniszahl wie folgt ermittelt:

1. Es werden die am 1. Januar 1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Absatz 2 Nummer 7 Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1. Januar 1999 zugelassene Vertragsarzt nicht über diesen gesamten Zeitraum tätig, wird der Leistungsanteil anhand der tatsächlichen Tätigkeitsdauer im Jahre 1998 ermittelt.
2. Für die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten werden darüber hinaus alle gemäß § 95 Absatz 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.

§ 8

Ermittlung der Einwohnerzahlen

Bei den Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zum Stand vom 31. Dezember 1990 gezählt. Für die Frauenärzte wird die weibliche Bevölkerung, für die Kinderärzte die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ ermittelt.

Für die Gruppe der Psychotherapeuten wird die Einwohnerzahl des Bundesgebietes nach dem Stand vom 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt.

§ 9

Verteilung der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten

Die Verteilung der in §§ 6 bis 8 ermittelten Zahl der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten auf die Typen 1 bis 5 nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt auf Basis der Verteilung der Einwohner zum Stichtag 31. Dezember 2010 sowie der Ärzte und Psychotherapeuten zum Stichtag 30. Juni 2012.

Bei den Frauen- und Kinderärzten wird nur die Verteilung der weiblichen bzw. der Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ berücksichtigt.

§ 10

Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl für die 6 Typen

Aus den nach § 9 ermittelten Zahlen der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten der Typen 1 bis 5 wird dann die Allgemeine Verhältniszahl je Arztgruppe und Typ ermittelt.

Die Verhältniszahlen im Typ 6 werden auf Grundlage der Einwohner- und Arztzahlen zum Stichtag 31. Dezember 1990 in den Kreisen dieses Typs ermittelt.

Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich dabei auf die weibliche Bevölkerung, die der Kinderärzte auf die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“.

GKV-SV	KBV
<p>Da es in der kinderärztlichen Versorgung in der Praxis nur geringe Effekte durch Pendlerverflechtungen und Mitversorgungseffekte gibt, werden die historischen Verhältniszahlen der Kinderärzte zum [Stichtag des Inkrafttretens der RL-Änderung] angepasst. Künftig <u>erfolgt eine Planung auf der Ebene vom Mittelbereichen mit einer einheitlichen Verhältniszahl gibt es für die Typen 1 bis 6 eine einheitliche Verhältniszahl</u>, die auf Grundlage der <u>aktuellen</u> Einwohner- und <u>Soll</u>-Arztzahlen zum Stichtag 31. Dezember <u>2016/1990</u> ermittelt wurde. Für <u>Mittelbereiche, die deckungsgleich mit</u> Regionen des Typs 1 <u>sind</u>, wird diese einheitliche Verhältniszahl abgesenkt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in Regionen des Typ 1 zusätzlich zu den grundversorgenden Kinderärzten ein signifikanter Anteil spezialisierter Kinderärzte tätig ist. Diese sind hier für die Mehrheit der Patienten auch am besten erreichbar (Konzept der zentralen Orte). Der G-BA wird die Entwicklungen in der kinderärztlichen Versorgung innerhalb von 3 Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung erneut überprüfen.</p>	<p><u>Da es in der kinderärztlichen Versorgung in der Praxis nur geringe Effekte durch Pendlerverflechtungen und Mitversorgungseffekte gibt, werden die historischen Verhältniszahlen der Kinderärzte angepasst. Künftig gibt es für die Typen 2 bis 6 eine einheitliche Verhältniszahl, die auf Grundlage der Einwohner- und der Summe der Kinderärzte zum Stichtag 31. Dezember 1990 zuzüglich eines Ärztezuschlags von 15 Prozent ermittelt wird. Für Regionen des Typs 1, deren Verhältniszahl auf Grundlage der Einwohnerzahl und der Summe der Kinderärzte in Kernstädten zum Stichtag 31. Dezember 1990 ermittelt wird, wird ebenfalls eine Absenkung um 15 Prozent vorgenommen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in Regionen des Typs 1 zusätzlich zu den grundversorgenden Kinderärzten ein signifikanter Anteil spezialisierter Kinderärzte tätig ist. Diese sind hier für die Mehrheit der Patienten auch am besten erreichbar (Konzept der zentralen Orte). Der G-BA wird die Entwicklungen in der kinderärztlichen Versorgung innerhalb von 3 Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung erneut überprüfen.</u></p>

~~Um der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 entgegenzuwirken, wird die Verhältniszahl dort auf die durchschnittliche Verhältniszahl der Typen 1 bis 5 angehoben. Ebenfalls aufgrund der historischen Fehlverteilung der Psychotherapeuten entspricht das Versorgungsniveau des Typen 4 nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Verhältniszahl für den Typ 4 bei den Psychotherapeuten wird deshalb auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 4 und 3, bei allen anderen Gruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ermittelt (94,33%).~~

GKV-SV	KBV
<p>Bei den Nervenärzten entspricht das Versorgungsniveau der Typen 2, 3 und 4 bisher nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Daher wird die Verhältniszahl für diese Typen auf Basis des durchschnittlichen Verhältnisses von Typ 5 zu den Typen 2 bis 4 der anderen Gruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angepasst.</p>	<p><u>Bei den Nervenärzten und den Psychotherapeuten entspricht das Versorgungsniveau der Typen 2 bis 6 bisher nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Daher wird die Verhältniszahl für diese Typen auf Basis des durchschnittlichen Verhältnisses von Typ 1 zu den Typen 2 bis 6 der anderen Gruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angepasst.--</u></p>

Aus vorgenannten Gründen wird die Verhältniszahl der Psychotherapeuten im Typ 6 auf Grundlage des durchschnittlichen Abstands zwischen Typ 5 und Typ 6 der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ermittelt.“

Beispielrechnung:

Es werden zum Stichtag 31. Dezember 1990 6.341 Frauenärzte und 32 874 754 weibliche Einwohner gezählt.

Zum Stichtag 31. Dezember 2010 leben 19,9345% der Frauen bundesweit im Typ 4.

Zum Stichtag 30. Juni 2012 sind 16,2207% der Frauenärzte im Typ 4 niedergelassen.

$$\begin{aligned}
 32\,874\,754 \times 19,9345\% &= 6\,553\,417,83613 \text{ Frauen} \\
 & \text{-----} = 6\,371 \text{ Frauen je Frauenarzt im Typ 4} \\
 6\,341 \times 16,2207\% &= 1\,028,55459 \text{ Frauenärzte}
 \end{aligned}$$

Anlage 6 Methodik der Typisierung der Kreise

Die Typisierung der Kreise nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie und Anlage 3.2 orientiert sich am Konzept der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zum Stand vom 31. Dezember 2010. Der G-BA beschließt die Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen (im folgenden Kreise) gemäß Anlage 3.2. Er nutzt dabei das in dieser Anlage beschriebene Verfahren der Typisierung. Sofern der G-BA dies beschließt, erfolgt eine Anpassung der Typisierung der Kreise auf Basis aktuellerer Daten des BBSR alle 5 Jahre erstmals zum 1. Januar 2018.

Das Konzept der Großstadtregionen beschreibt die Verflechtung zwischen Kern und Umland. Es wird als repräsentativ angesehen, um die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden. Insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland wird Rechnung getragen.

Die Messung und Codierung der Großstadtregionen erfolgt auf Basis der Gemeindeverbände. Es ist somit auf Basis der Typisierung der Großstadtregionen, die 5 Typen unterscheidet, nicht möglich, direkt alle Kreise eindeutig einem Typ zuzuordnen, da die Gemeindeverbände eines Kreises mitunter unterschiedliche Ausprägungen aufweisen können. Deswegen wurde das Konzept des BBSR weiterentwickelt, um eine eindeutige Zuordnung aller Kreise zu 5 Typen zu gewährleisten, die der ambulanten Versorgungsfunktion der Kreise im Raum gerecht werden.

Die Zuordnung der Kreise zu diesen 5 Typen erfolgt in 3 Schritten:

1. Schritt: Identifikation aller eindeutig zuordenbaren Kreise

Als eindeutig zuordenbar gelten Kreise, in denen alle Gemeindeverbände innerhalb des Kreises demselben Typ zugeordnet sind. Somit leben 100% der Einwohner eines Kreises in ein und demselben Typ. Der Kreis wird diesem Typ zugeordnet.

2. Schritt: Typisierung der Kreise auf Basis der Bevölkerungsmehrheit

Für Kreise, in denen die Gemeindeverbände jeweils unterschiedlichen Typen zugeordnet sind, erfolgt eine direkte Zuordnung zu einem Typ, wenn in einer großstadtregionalen Zone die Mehrheit der Einwohner des Kreises (>50%) leben. Dazu wird der Anteil der Einwohner je Kreis je Typ an der Gesamtzahl der Einwohner je Kreis ermittelt.

3. Schritt: Typisierung von „Mischkreisen“ auf Basis des kalkulierten Versorgungsniveaus

Für Kreise mit Gemeindeverbänden in mehr als zwei Typen und keiner Bevölkerungsmehrheit über 50% in einem Typ liefern die Schritte 1 und 2 keine eindeutige Zuordnung. Aus diesem Grund wird auf Basis der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Raum für jeden Typ ein bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau ermittelt. Im Anschluss wird auf Basis der Werte der bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus ein einwohnergewichtetes Versorgungsniveau für jeden Mischkreis ermittelt. Der Kreis wird dann dem Typ zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

Das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ wird wie folgt ermittelt:

Die für die Typisierung maßgebliche Zuordnungstabelle des BBSR der Gemeindeverbände zu den Großstadtreionen (derzeit 31. Dezember 2010) wird um Arztzahlen differenziert nach Arztgruppen zum Stichtag der Zuordnungstabelle ergänzt. 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 mit Ausnahme der Psychotherapeuten¹ ermittelt. Ebenso wird das durchschnittliche Verhältnis Einwohner je Arzt für die Typen 1, 2, 3 und 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt. Letzteres Verhältnis wird dem Typ 5 zugeordnet².

Die Arzt- /Einwohnerrelation der Typen 1, 2, 3 und 4 wird ins Verhältnis zur Arzt- /Einwohnerrelation des Typs 5 gesetzt und in Prozent ausgedrückt. Diese Prozentwerte stellen das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ dar.

Das kalkulierte Versorgungsniveau des Mischkreises ergibt sich aus der einwohnergewichteten Addition der jeweiligen Versorgungsniveaus des Kreises. Der Kreis wird dann dem Typ zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

¹ Aufgrund der Historie dieser Fachgruppe ist die Verteilung der Psychotherapeuten auch derzeit noch stark an der Kernstadt orientiert. Dieses Verteilungsmuster soll nicht zuletzt durch die Bedarfsplanungsreform 2012 korrigiert werden. 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 somit 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 Viele Gemeindeverbände des Typs 5 werden z.T. durch umliegende Gemeindeverbände der Typen 2, 3 und 4 mitversorgt, die jedoch im selben Kreis liegen. Bei der kleinräumigen Kalkulation der Dichtemaße auf Ebene der Gemeindeverbände werden im Typ 5 somit überdurchschnittlich oft jene Teilregionen eines Kreises ohne Arzt gezählt. Bei einer Auswertung des Verhältnisses Einwohner je Arzt wird der Typ 5 deshalb systematisch unterschätzt. Aus diesem Grund ist eine Anhebung des bundesweiten Versorgungsniveaus des Typen 5 auf das durchschnittliche Versorgungsniveau der Typen 1, 2, 3 und 4 sachgerecht.

Rechenbeispiel:

a) Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveau des Typs 4

Summe der Ärzte der fachärztlichen Grundversorgung
ohne Psychotherapeuten im Typ 4

----- = Arzt- /Einwohnerrelation Typ 4
Summe der Einwohner der Gemeindeverbände des Typs 4

Verhältnis EW/Arzt Typ 4

----- = Versorgungsniveau Typ 4

Verhältnis EW/Arzt Typ 5

Für die fünf Typen ergeben sich nach der oben beschriebenen Methode folgende Versorgungsniveaus, die auch für künftige Kreistypenanpassungen zugrunde gelegt werden sollen:

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	EW	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%

Kalk. Versorgungsniveau des Mischkreises 83%

Geringster Abstand zum Typen 4 (77%)

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

Anlage 7 Nutzung von Geoinformationen im Rahmen von Anträgen auf Sonderbedarf **NEUFASSUNG**

Die Feststellung von Sonderbedarf i.S. dieser Richtlinie bildet eine Ausnahmeregelung für den Fall, dass trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen die Zulassung eines Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um eine ausreichende Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten. Die Zulassung ist an den Ort der Niederlassung gebunden. Der Zulassungsausschuss hat zur Prüfung, inwieweit ein solcher Standort geeignet erscheint die Versorgung zu verbessern, umfassende Ermittlungspflichten. Um die Auswirkungen auf die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten im Falle einer ausnahmsweisen Zulassung abschätzen zu können, sollen die Zulassungsausschüssen auch geografische Informationen heranziehen.

Geoinformationssysteme (GIS) beinhalten viele Verfahren, um räumliche Zusammenhänge aufzudecken, die sonst möglicherweise unsichtbar bleiben würden. Räumliche Rohdaten (z.B. Einzelstandorte von Patienten und Ärzten, Geschwindigkeitsprofile einzelner Straßensegmente, etc.) werden dazu in allgemeinverständliche Informationen umgewandelt, um effektivere (aber auch durch die kartografische Darstellung transparentere) Entscheidungen treffen zu können. Dabei werden die Analyseergebnisse entscheidend von der Qualität der Ausgangsdaten (z.B. Raumabgrenzung der Analyseeinheiten), der Wahl des geoanalytischen Verfahrens und der Abgrenzung des Analysegebiets beeinflusst. Im Sinne einer guten geoanalytischen Praxis sind das genutzte Verfahren und die Datengrundlagen transparent darzulegen.

Die Ergebnisse von Raumanalysen können keine eindeutigen Ergebnisse liefern. Folglich können die erzeugten Erkenntniszugewinne Entscheidungen über Sonderbedarfsfeststellungen nur flankieren.

Die Heranziehung von Geoinformationen im Zuge der Prüfung eines Sonderbedarfsantrags soll im Zuge der Entscheidungsfindung grundsätzlich Hinweise für folgende Fragestellungen liefern:

Liegen in einer Region Anhaltspunkte für einen zusätzlichen Versorgungsbedarf (Qualität/Erreichbarkeit) trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen vor?

- Sind siedlungsstrukturelle Mindestvoraussetzungen für einen zusätzlichen Standort gegeben (z.B. Klein-, Mittelzentrum, Zentralort)?
- Wird der neue Standort ausreichend Patienten versorgen können?
- Wie ändern sich die Patientenströme mit Blick auf bestehende Praxen?

Während sich die Fragestellung im ersten Unterpunkt allein durch Sichtung der räumlichen Daten und vorliegender amtlicher Typisierungen deskriptiv beantworten lässt, ist für die Beantwortung der weiteren Fragen die Abgrenzung eines Einzugsgebiets erforderlich.

Als *Einzugsgebiete* werden im Bereich der Raumplanung zusammenhängende Gebiete bezeichnet, deren Bevölkerung sich unter Nutzung geeigneter Verbindungswege zu einem gemeinsamen Zentrum hin bewegt. Die Größe eines Einzugsbereichs hängt vom akzeptierten Zeit- und Wegeaufwand, der arztgruppenabhängig variieren kann, von der Lagegunst des Standortes, von der Verkehrsanbindung, von der Konkurrenzsituation und von der Struktur des Umlandes ab. Die Bestimmung von Einzugsgebieten basiert stets auf Annahmen, da sich dieses nicht klar abgrenzt, sondern aus mehreren Zonen mit unterschiedlich ausgeprägter Konkurrenzintensität zusammensetzt. Da die Modelle zur Abgrenzung von Einzugsgebieten innerhalb von GIS herstellerabhängig sind, sind im Folgenden nur mögliche Indikatoren beschrieben, die im Rahmen einer Prüfung auf Sonderbedarf Anhaltspunkte liefern können. In der Literatur werden dabei meist deterministische oder stochastische Modelle unterschieden. Unter B) und C) werden Beispiele für jeweils mögliche Indikatoren aufgeführt. Die Übersicht besitzt Empfehlungscharakter und ist dabei nicht abschließend.

Exemplarische Indikatorenübersicht

A) GLOBALE PERSPEKTIVE

I. Geeignetheit des Standorts

- Zentralörtliche Einordnung und siedlungsstrukturelle Prägung des Standorts des Sonderbedarfsantrags

B) PATIENTENPERSPEKTIVE

I. Erreichbarkeit

- Wegezeit zum nächstgelegenen Vertragsarzt
- Durchschnittliche Wegezeit zu den konkurrierenden Standorten.

II. Ärztepotenzial

- Ärzte in einem definierten Einzugsgebiet bilden den Potenzialwert
- Berücksichtigung von Interaktionswahrscheinlichkeiten aufgrund von arztgruppenspezifisch festgelegten „Distanzempfindlichkeiten“ der Einwohner. (Welche Wegezeiten sind für die Patienten für die unterschiedlichen Arztgruppen tolerabel?)

III. Versorgungsrelation

- Die Zahl der Einwohner im Einzugsgebiet wird dividiert durch die Zahl der Ärzte im Einzugsgebiet (Einwohner-Arzt-Verhältnis bzw. Arztdichte)
- Quotient aus distanzgewichtetem Einwohnerpotenzial (siehe C)I.) und distanzgewichtetem Ärztepotenzial (siehe B)II.) gebildet.

C) STANDORTPERSPEKTIVE

I. Patientenpotenzial

- Summe aller Einwohner im Einzugsgebiet
- Entfernungsgewichtete Ermittlung (Welche Wegezeiten sind für die Patienten für die unterschiedlichen Arztgruppen tolerabel? Mit zunehmender Entfernung vom Wohnstandort werden die Ärzte je nach Arztgruppe auch zunehmend weniger „wahrgenommen“, bis die Wahrnehmung gegen Null tendiert).

II. Einwohnererwartungswert je Arzt

- Die Zahl der Einwohner im Einzugsgebiet wird dividiert durch die Zahl der Ärzte im Einzugsgebiet (Einwohner-Arzt-Verhältnis bzw. Arztdichte)
- Berechnung der am Arztstandort erwarteten Einwohner aus der Interaktionswahrscheinlichkeit der zugeordneten Gebiete.

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3. Würdigung der Stellungnahmen.....	38
4. Bürokratiekostenermittlung.....	39
5. Verfahrensablauf.....	39
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	40

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

§ 1 Absatz 2 Nr. 11:

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung, die klarstellt, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie generell Übergangsregelungen enthält und nicht nur solche, die sich auf einen spezifischen Reformzeitpunkt beziehen.

§ 4 Absatz 1:

GKV-SV	PatV/KBV
<p>Zur stetigen Weiterentwicklung des barrierefreien Zugangs zur ambulanten Versorgung erhöht der G-BA in dieser Fragestellung die Transparenz in den Bedarfsplänen. Hierzu werden im § 4 die Vorgaben an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Bedarfspläne um Informationen zum barrierefreien Zugang ergänzt. Diese Ergänzung wird in den Vorgaben der Anlage 2 konkretisiert. So soll in den Bedarfsplänen nach Anlage 2.1 ein eigenes Kapitel zur Frage des barrierefreien Zugangs zur Versorgung neu aufgenommen werden. Darin sollen grundlegende Informationen und verfügbare Daten zum barrierefreien Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung aufbereitet, verglichen und reflektiert werden (z.B. Anzahl der Betroffenen, besondere Angebote etc.). Ebenfalls in diesem neuen Kapitel sollen Daten zu den Arztpraxen veröffentlicht werden, die als Grundlage für die Terminservicestellen gesammelt werden und die unterschiedlichen Dimensionen des barrierefreien Zugangs abbilden.</p>	<p>Zu Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Anlage 2.1 (Struktur des Bedarfsplans)</p> <p>Bereits mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 20.12.2012 hat der G-BA in § 4 Satz 3 geregelt, dass bei der Bedarfsplanung die vertragsärztliche Versorgung behinderter Menschen besonders zu beachten ist (vgl. auch Tragende Gründe zum „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG vom 20. Dezember 2012, geändert am 18. Februar 2013 und am 18. Juni 2013, Seite 7).</p> <p>Mit Änderungsbeschluss vom 20.08.2015 ist durch eine neu aufgenommene Fußnote in Anlage 2.1 zudem klargestellt worden, dass im analytischen Teil des Bedarfsplans sichergestellt sein soll, dass das Quer-</p>

schnittsthema „Barrierefreiheit und Barrierearmut“ ausreichend berücksichtigt und gewürdigt wird (vgl. Tragende Gründe zum „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderung der Anlagen“ vom 20. August 2015, Seite 2).

Eine Sichtung der aktuellen Bedarfspläne der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung hat gezeigt, dass bislang entweder keine bzw. uneinheitliche Ausführungen zur Barrierefreiheit in die analytischen Teile der Bedarfspläne eingeflossen sind. Mit den vorliegenden Änderungen stellt der G-BA daher in § 4 klar, dass der Bedarfsplan auch Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung umfasst. Zu diesem Zweck wird in Anlage 2.1 der analytische Teil des Bedarfsplans um den Gliederungspunkt „1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung“ ergänzt.

Die gewünschten Angaben für den Gliederungspunkt „1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung“ werden darüber hinaus über eine Fußnote konkretisiert, um den Umfang der Angaben zu vereinheitlichen und um zukünftig möglichst auch eine Vergleichbarkeit herstellen zu können. Dabei geht der G-BA davon aus, dass für die zu erstellenden Informationen keine zusätzlichen Datenerhebungen durch die KVen erfolgen müssen, sondern auf bestehende Daten zurückgegriffen werden kann. Ausgangspunkt sind dabei insbesondere die von den KVen gemäß § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V idF. des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) „bundeweit einheitlich“ zur Verfügung zu stellenden Informationen „über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit)“. Auf Basis dieser Informationen ist im analytischen Teil des Bedarfsplans die Entwicklung der barrierefrei zugänglichen Praxen arztgruppenspezifisch mit absoluten Zahlen und in Prozentsätzen darzustellen.

Darüber hinaus sind Angaben zur Entwicklung von Anzahl und Prozentsatz der Einwohner mit einer anerkannten Behinderung bzw. Schwerbehinderung bezogen auf die KV-Ebene zu machen. Hierbei kann auf vorhandene statistische Angaben zurückgegriffen werden. Die Angaben sollen eine Einschätzung zum potentiellen Bedarf von Patientinnen und Patienten nach barrierefreien oder zumindest barrierearmen Arztpraxen

	<p>ermöglichen. Vor diesem Hintergrund können auch weitere Angaben zu anderen potentiell betroffenen Patientengruppen gemacht werden, wie z.B. zu Anzahl und Prozentsatz von Menschen mit einem anerkannten Pflegegrad oder einem Alter von über 75.</p> <p>Die Angaben sind zu ergänzen um Ausführungen zu geplanten Maßnahmen, mit denen das Ziel des barrierefreien Zugangs von Arztpraxen erreicht werden soll. Ggf. bereits erfolgte konkrete Maßnahmen für die Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen werden dargestellt. Darüber hinaus wird informiert über Beratungsangebote für Ärztinnen und Ärzte zur Herstellung von Barrierefreiheit sowie zu ggf. über § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V hinausgehende weitere Serviceangebote für Patientinnen und Patienten für die Suche nach einer barrierefreien Praxis.</p> <p>Ergänzend sollen Maßnahmen zur Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen im Rahmen von infrastrukturellen Besonderheiten nach § 2 Nr. 5 B (Berücksichtigung regionaler Besonderheiten) oder im Rahmen des § 35 Absatz 5 (zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf) oder im Rahmen einer sonstigen Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung auf Basis des § 2a SGB V dargestellt werden.</p>
--	--

Mit dem TSVG wird den zuständigen Landesbehörden im § 103 Absatz 2 Satz 5 SGB V die Möglichkeit gegeben, Gebiete und Arztgruppen auszuweisen, in denen aus Ihrer Sicht zusätzliche Arztsitze erforderlich sind und die Sperrung aufzuheben ist. Obgleich die Beschlüsse der obersten Landesbehörden ggf. völlig unabhängig von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgen, wirken sich die damit verbundenen Zulassungsmöglichkeiten auf die Versorgung und Sicherstellung im Planungsbereich und ggf. darüber hinaus aus. Sie sollen deshalb im Bedarfsplan abgebildet und dokumentiert werden. Die hierfür erforderliche Änderung im § 4 führt zu Anpassungen in den Planungsblättern der Anlage 2, in denen diese Stellen ebenfalls ausgewiesen werden sollen. Hierdurch soll Transparenz über die Entscheidungen der Landesbehörden und der Landesausschüsse hergestellt werden.

GKV	KBV
<p>§ 5</p> <p>Der G-BA verortet die kinderärztliche Versorgung in der hausärztlichen Versorgung; entsprechend werden die Kinder- und Jugendärzte künftig in § 11 der Richtlinie neben den Hausärzten geführt. Der G-BA folgt damit der gesetzlichen Definition der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V.</p>	

§ 7:
 Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung, die den aktuellen Stand der gesetzlichen Vorgaben abbildet, wonach Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit einfacher Mehrheit durch den Landesausschuss beschlossen werden können.

§ 9:

GKV	KBV
<p>1. Hintergrund</p> <p>Mit dem GKV-VSG wurde der G-BA vom Gesetzgeber aufgefordert, die Frage der Morbidität der Bevölkerung in der Planung besser zu berücksichtigen. Der G-BA hat hierzu im Jahr 2016 ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben, das im Oktober 2018 veröffentlicht wurde. Das Gutachten stellt klar, dass bereits in der bisherigen Planung über den sogenannten Demografiefaktor eine teilweise Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung erfolgt. Gleichwohl macht das Gutachten auch deutlich, dass die Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung differenzierter erfolgen kann. Hierzu erarbeitete das Gutachten einige mögliche Vorschläge. Im Wesentlichen stellt das Gutachten dabei auf regressionsbasierte Ansätze auf Basis von Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung ab.</p> <p>Der G-BA folgt der Einschätzung des Gutachtens, dass die Berücksichtigung der Morbidität in der Bedarfsplanung differenzierter erfolgen kann. Ebenso folgt der G-BA der grundsätzlichen Bewertung des Gutachtens, dass die ambulant versorgte Morbidität der Bevölkerung am besten auf Basis von Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung approximiert werden kann.</p> <p>Diese Daten enthalten zwar ohne jeden Zweifel Fehleinschätzungen der Morbidität insbesondere mit Blick auf die Versorgung durch Selektivverträge sowie die seltenere/häufigere Kodierung von Morbidität in Regionen mit niedriger/hohem Arztdichte. Gleichwohl sind dem G-BA (und auch den Gutachtern) keine besseren verfügbaren Daten bekannt, die auf Individualebene eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht, kodierten</p>	

Krankheiten und in Anspruch genommenen vertragsärztlichen Leistungen erlauben. Eine wissenschaftlich belastbare und rechtssichere Berücksichtigung der Morbidität in der Bedarfsplanung kann aus diesen Gründen derzeit nur auf Basis dieser Daten erfolgen. Der G-BA wird die wissenschaftlichen Entwicklungen zur Messung von Morbidität weiter beobachten und ggf. Anpassungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie vornehmen.

2. Methodische Grundlagen

Abweichend von dem im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgeschlagenen regressionsbasierten Ansatz zur Abbildung der Morbidität beschließt der G-BA einen „zellen-basierten Ansatz“ und entwickelt damit den bisher bestehenden Demografiefaktor deutlich weiter. Hintergrund dieser Entscheidung sind die Ergebnisse des Gutachtens, die nahelegen, dass ein erheblicher Anteil der Morbidität der Bevölkerung bereits in der Vergangenheit durch den „zellen-basierten“ Demografiefaktor erfasst wurde, Der Zugewinn an Genauigkeit durch einen regressionsbasierten Ansatz musste dem damit verbundenen Anstieg an Komplexität und den höheren Aufwänden auf Landes- und Bundesebene gegenübergestellt werden. In dieser Abwägung entschied der G-BA, dass eine differenziertere Abbildung von Alter, Geschlecht und insbesondere der Morbidität in einem zellen-basierten Ansatz einen ausreichenden Zugewinn an Zielgenauigkeit in der Planung mit sich bringt. Auch die Gutachter stellten fest, dass ein großer Anteil von Leistungsbedarfsunterschieden durch Alter, Geschlecht und Morbidität erklärt werden kann.

Der Morbiditätsfaktor differenziert deshalb zwischen vier Altersgruppen, zwei Geschlechtern sowie Personen mit erhöhter und nicht erhöhter Morbidität und verteilt so die Bevölkerung in der Planung auf 16 analytische Zellen (Differenzierungsfaktoren).

3. Zielsetzung des Morbiditätsfaktors

Zielsetzung des Morbiditätsfaktors ist es, Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auszugleichen. Er trägt damit der Annahme Rechnung, dass eine höhere Morbidität mit einem höheren Bedarf an ambulant tätigen Leistungserbringern einhergeht. In Regionen mit ungünstigerer Morbiditätsstruktur werden die Verhältniszahlen abgesenkt, so dass in der Versorgung mehr Ärzte ausgewiesen werden. In Regionen mit günstigerer Morbiditätsstruktur werden dagegen weniger Ärzte benötigt und die Verhältniszahlen entsprechend erhöht.

4. Grundsätzliche Funktionsweise

Die Versicherten werden den 16 Morbiditätsgruppen zugeordnet. Es ergibt sich eine Verteilung der Versicherten auf die Morbiditätsgruppen als Anteile der Versicherten je Morbiditätsgruppe an der Gesamtzahl der GKV-Versicherten in Prozent. Diese Zuordnung erfolgt auf Bundesebene (allgemeiner Differenzierungsfaktor) und im jeweiligen Planungs-

3. Zielsetzung des Morbiditätsfaktors

Zielsetzung des Morbiditätsfaktors ist es (analog zum bisherigen Demografiefaktor), Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur sowie Verschiebungen der Morbiditätsstruktur im Zeitverlauf im Vergleich zu einem stichtagsbezogenen (2015) Bundesdurchschnitt auszugleichen. Er trägt damit der Annahme Rechnung, dass eine höhere Morbidität mit einem höheren Bedarf an ambulant tätigen Leistungserbringern einhergeht. In Regionen mit einer im regionalen und zeitlichen Vergleich ungünstigerer Morbiditätsstruktur werden die Verhältniszahlen abgesenkt, so dass in der Versorgung mehr Ärzte ausgewiesen werden. In Regionen mit einer im regionalen und zeitlichen Vergleich günstigerer Morbiditätsstruktur werden dagegen weniger Ärzte benötigt und die Verhältniszahlen entsprechend erhöht. Der Morbiditätsfaktor adressiert somit gleichzeitig regionale Unterschiede in der Morbiditätsstruktur.

Für jeden Planungsbereich wird die aktuelle Verteilung der Bevölkerung auf diese 16 Zellen (regionale Differenzierungsfaktoren) mit einem stichtagsbezogenen Bundesdurchschnitt (31.12.2015) der Verteilung auf diese 16 Zellen (allgemeine Differenzierungsfaktoren) verglichen. So

bereich (regionaler Differenzierungsfaktor). Weicht die regionale Morbiditätsstruktur von der Morbiditätsstruktur im Bundesdurchschnitt ab, wird arztgruppenspezifisch und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der Verhältniszahlen ausgelöst. Die Anpassung erfolgt mit einem Leistungsbedarfsfaktor, der den Behandlungsaufwand der jeweiligen Morbiditätsgruppe innerhalb einer Arztgruppe widerspiegelt und die regionale Abweichung der Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt entsprechend gewichtet.

5. Morbidität

Unter Morbidität versteht man im Allgemeinen die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe. Es wird häufig davon ausgegangen, dass eine höhere Morbidität gleichermaßen mit einem höheren Bedarf an ärztlichen Versorgungsangeboten, einem höheren Behandlungsaufwand und einem höheren Zeitaufwand für die medizinische Versorgung einhergeht. Konkrete Belege liegen hierfür jedoch nicht ausreichend differenziert, z.B. auf der Ebene von Arztgruppen vor. Unterschiede im Behandlungsbedarf von Versicherten werden i.d.R. durch Alter, Geschlecht, und Krankheitslast erklärt. Alter erklärt hierbei einen erheblichen Teil des höheren Behandlungsbedarfs. Das Geschlecht hat i.d.R. einen geringeren Erklärungsbeitrag, kann jedoch bei spezifischen Fragestellungen relevant sein. Der Erklärungsbeitrag von Diagnosen ist umstritten. Zum einen handelt es sich bei Diagnosen aus dem ärztlichen Abrechnungssystem um endogene Variablen, die stark durch die bestehenden Angebotsstrukturen beeinflusst werden, zum anderen liegen Diagnosen in der ambulanten Versorgung nicht in der ausreichenden Datenqualität vor: Aufgrund fehlender Kodierrichtlinien werden sie nicht einheitlich erfasst, durch Selektivverträge und ambulanzstationäre Versorgungsangebote fehlen in einigen Regionen große Teile des Versorgungsgeschehens in den KV-Daten und aufgrund zahlreicher regionaler Unterschiede sind die verfügbaren Daten schlecht vergleichbar.

Um den Auftrag des Gesetzgebers zu erfüllen und bei der Weiterentwicklung der Verhältniszahlen neben der Demografie zusätzlich auch Morbidität zu berücksichtigen, werden für den Morbiditätsfaktor - trotz

kann abgebildet werden, ob ein Planungsbereich z.B. älter, weiblicher oder morbider ist als der Bundesdurchschnitt.

<p>aller methodischen Bedenken – für einen befristeten Zeitraum Diagnosen aus der vertragsärztlichen Abrechnung verwendet. Die Regelung wird zeitlich begrenzt, um zu gewährleisten, dass der G-BA im Rahmen einer Evaluation nach 6 Jahren weitere Erkenntnisse über die Möglichkeiten und Grenzen des hier entwickelten Modells erhält und entsprechende Anpassungen der Regelung beschließt. Erforderlich sind hierfür auch deutlich verbesserte Datengrundlagen und vor allem verbindliche Kodierrichtlinien.</p>	
---	--

GKV	DKG/KBV
<p>Die Berücksichtigung der Morbidität erfolgt dabei in zwei Gruppen: der Bevölkerung mit erhöhter und der mit nicht erhöhter Morbidität. Bei der Abgrenzung der erhöht morbid von der nicht erhöht morbid von der Bevölkerung folgt der G-BA Vorschlägen aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, das für die Berücksichtigung des Faktors „Multimorbidität“ die sogenannte Disease-Count-Methode zur Anwendung bringt. Im Ergebnis werden in den Abrechnungsdaten Patienten, die mindestens zwei Quartale (M2Q-Kriterium) mehr als eine bestimmte Zahl an Krankheiten überschreiten, im Gutachten als „multimorbide“ bzw. in der BPL-RL als „erhöht morbide“ betrachtet. Mit Blick auf die stetige Anwendung dieses Kriteriums wendet der G-BA dabei aber nicht die im Gutachten vorgeschlagene Liste nach Barnett et al. (2012)¹ an, sondern rekurriert mit Blick auf die Rechtssicherheit auf die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes (BVA). Der G-BA verweist auf die Liste der Krankheitsgruppen sowie deren Zuordnung zu unterschiedlichen ICD-Codes, die dort im jeweiligen Ausgleichsjahr verwendet wird. Um eine</p>	<p>Die Berücksichtigung der Morbidität erfolgt dabei in zwei Gruppen: der Bevölkerung mit erhöhter und der mit durchschnittlicher Morbidität. Bei der Abgrenzung der erhöht morbid von der durchschnittlich morbid von der Bevölkerung folgt der G-BA Vorschlägen aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, das für die Berücksichtigung des Faktors „Multimorbidität“ die sogenannte Disease-Count-Methode zur Anwendung bringt. Im Ergebnis werden in den Abrechnungsdaten Patienten, die mindestens zwei Quartale (M2Q-Kriterium) eine bestimmte Zahl an Krankheiten überschreiten, im Gutachten als „multimorbide“ bzw. in der BPL-RL als „erhöht morbide“ betrachtet. Mit Blick auf die stetige Anwendung dieses Kriteriums wendet der G-BA dabei aber nicht die im Gutachten vorgeschlagene Liste nach Barnett et al. (2012)² an, sondern rekurriert mit Blick auf die Rechtssicherheit auf die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes (BVA). Der G-BA zieht die Liste der Krankheitsgruppen sowie deren Zuordnung zu un-</p>

¹ Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. 2012. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet (London, England)*, 380 (9836), 37–43.

² Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. 2012. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet (London, England)*, 380 (9836), 37–43.

hohe Kongruenz mit der im Gutachten vorgeschlagenen Methodik nach Barnett et al. (2012) sicherzustellen, bei der etwa ein Drittel der Bevölkerung als multimorbide erfasst wird, legt der G-BA den Grenzwert für die Zuordnung zur erhöht morbiden Population auf sechs Krankheitsgruppen fest. Die Differenzierung der Bevölkerung nach erhöht morbider und nicht erhöht morbider Population erfolgt dabei vorerst vergleichsweise grob ohne Rücksicht auf bestimmte Krankheiten oder Arztgruppen. Die erhöht morbide Population ist somit vorerst die gleiche, unabhängig davon, ob es um die Versorgung von z.B. hausärztlichen, gynäkologischen oder psychiatrischen Patienten geht.

terschiedlichen ICD-Codes, die dort im jeweiligen Ausgleichsjahr verwendet wird, heran. Um eine hohe Kongruenz mit der im Gutachten vorgeschlagenen Methodik nach Barnett et al. (2012) sicherzustellen, bei der etwa ein Drittel der Bevölkerung als multimorbide erfasst wird, legt der G-BA den Grenzwert für die Zuordnung zur erhöht morbiden Population auf sechs Krankheitsgruppen fest. Die Differenzierung der Bevölkerung nach erhöht morbider und durchschnittlich morbider Population erfolgt dabei ohne Berücksichtigung bestimmter Krankheiten oder Arztgruppen. Die erhöht morbide Population ist somit die gleiche, unabhängig davon, ob es um die Versorgung von z.B. hausärztlichen, gynäkologischen oder psychiatrischen Patienten geht.

GKV	KBV
<p>Eine Weiterentwicklung des Modells wird künftig eine Hierarchisierung der Diagnosen zu berücksichtigen haben. Um abzubilden, welche Diagnosen tatsächlich mit einem höheren Behandlungsaufwand für die ambulante Versorgung verbunden sind, ist ein Klassifikationssystem erforderlich, das es ermöglicht, zwischen relevanten und weniger relevanten Diagnosen zu unterscheiden und sie entsprechend ihrer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen zueinander zu gewichten. Entscheidend für die Planung von Arztkapazitäten ist hierbei insbesondere der Einfluss von Diagnosen auf die aufzuwendende Behandlungszeit von ambulanten Leistungserbringern.</p> <p>Darüber hinaus ist es für eine methodisch sinnvolle Verwendung von Diagnosen für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung erforderlich, eine arztgruppenspezifische Zuordnung der Diagnosen vorzunehmen. Denn die Anzahl von Diagnosen insgesamt lässt keine Aussage darüber zu, welche Arztgruppe von der höheren Krankheitslast tatsächlich betroffen ist und wo entsprechend mehr Kapazitäten benötigt werden. Insofern kann das vorliegende Modell lediglich im Rahmen einer zeitlich begrenzten Erprobungsphase Anwendung finden.</p>	
<p>6. Spezifische Grundlagen</p> <p>Zur Bestimmung der regionalen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt werden die Differenzierungsfaktoren auf Bundesebene und auf der Ebene des einzelnen Planungsbereiches berechnet.</p> <p>Dabei ist wichtig, dass dies auf Grundlage desselben Zeitraumes geschieht. Durch die Verwendung von Diagnosen kann es im Zeitverlauf leicht zu Verzerrungen und Verschiebungen kommen, die in keinem oder geringem Zusammenhang mit der Veränderung der Morbidität stehen, sondern z.B. auf saisonale Schwankungen, Kodiereffekte, Veränderungen im ICD-10 Katalog, die Einführung von Kodierrichtlinien oder</p>	<p>Die allgemeinen Differenzierungsfaktoren werden dabei ähnlich dem allgemeinen Altersfaktor des Demografiefaktors auf einen Stichtag fixiert. Dadurch erfolgt künftig nicht nur eine Berücksichtigung der regionalen Morbiditätsunterschiede bundesweit, sondern auch der Veränderung der Morbidität der Gesamtbevölkerung im Zeitverlauf im Vergleich zum Stichtag.</p> <p>Dieser Schritt ist essentiell wichtig, um die Alterung und den Anstieg der Morbidität der Bevölkerung insgesamt in den Verhältniszahlen abbilden zu können. Ohne diesen Schritt müssten die Verhältniszahlen jährlich aufgrund der Alterung und dem Anstieg der Morbidität der Bevölkerung und des damit (gestiegenen) ärztlichen Versorgungsbedarfs angepasst</p>

<p>Veränderungen im Vergütungssystem wie einer EBM-Reform zurückzuführen sind. Das Risiko von erheblichen Verzerrungen durch Veränderungen zwischen verschiedenen Erhebungszeiträumen wurde auch von den Gutachtern gesehen, die deshalb in Frage stellten, ob eine diagnosebasierte Abbildung von behandelbarer Morbidität im Zeitablauf ausreichend stabil und reliabel ist (S.231). Diese methodisch unerwünschten Dateneffekte kann man durch die Verwendung von Daten gleicher Zeiträume minimieren, da Schwankungen im Zähler (Bund) und Nenner (Region) gleichermaßen vorkommen. Ein Auseinanderfallen der Vergleichszeiträume würde dagegen die Ergebnisse Verzerrern und systematisch zu deutlichen Über- und Unterschätzungen der regionalen Mehr- oder Minderbedarfe führen. Im Ergebnis könnten sich bestehende Allokationsprobleme weiter verstärken.</p> <p>Die Berücksichtigung allgemeiner Morbiditätsveränderungen der Gesamtbevölkerung kann nicht sinnvoll in einem Modell erfolgen, dass dafür entwickelt wurde, regionale Abweichungen von Bundesdurchschnitt auszugleichen. Das allgemeine Versorgungsniveau wird durch die allgemeinen Verhältniszahlen ausgedrückt, die regelmäßig überprüft und wie im Rahmen dieser Reform bei Bedarf angepasst werden. Allgemeines Niveau und regionale Verteilung stellen in Bezug auf die Versorgung mit ambulanten Leistungserbringern zwei verschiedene Steuerungsebenen dar, die separate Lösungsansätze benötigen. Eine Vermengung beider Zielsetzungen führt zu unkalkulierbaren Verzerrungen, nicht jedoch zu einer sinnvollen Steuerung des Versorgungsangebotes.</p>	<p>werden. Durch den Vergleich der durchschnittlichen bundesweiten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur zum Stichtag 2015 zu der möglichst aktuellen regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur werden die Veränderungen der Alters- Geschlechts- und Morbiditätsstruktur sowohl im Zeitverlauf als auch im regionalen Vergleich berücksichtigt. Der Morbiditätsfaktor trägt somit dazu bei, die Verhältniszahlen, die zu einem Stichtag festgelegt wurden, dynamisch an die veränderten Bedarfe der Bevölkerung anzupassen. Eine Gleichsetzung des Stichtags der allgemeinen und der regionalen Differenzierungsfaktoren würde lediglich die regionalen Unterschiede berücksichtigen und deutlich hinter den Ergebnissen des heutigen Demografiefaktors zurückbleiben.</p>
<p>Die "Übersetzung" der Unterschiede im ärztlichen Behandlungsaufwand der unterschiedlichen 16 Teil-Populationen bezogen auf die jeweilige Arztgruppe erfolgt über den Leistungsbedarfsfaktor. Dieser bildet arztgruppenspezifisch differenziert nach Alter, Geschlecht und Morbidität das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung sowie das unterschiedliche Leistungs- und Abrechnungsverhalten der Ärzte in den Abrechnungsdaten ab.</p>	<p>Die "Übersetzung" der Unterschiede im Versorgungsbedarf der unterschiedlichen 16 Teil-Population bezogen auf die jeweilige Arztgruppe erfolgt über den Leistungsbedarfsfaktor. Dieser bildet arztgruppenspezifisch differenziert nach Alter, Geschlecht und Morbidität das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung in den Abrechnungsdaten ab.</p>
<p>Um die Berechnungen auf der Grundlage vergleichbarer Daten durchzuführen, ist es erforderlich, Leistungsbestandteile unberücksichtigt zu</p>	<p>Um sowohl die bundeseinheitlichen, wie auch die regional spezifischen Leistungskataloge erfassen zu können, wird der Leistungsbedarf in Euro</p>

lassen, die auf der Grundlage völlig unterschiedlicher regionaler Vereinbarungen vergütet werden. Dies würde ansonsten zu Verzerrungen in den ermittelten Leistungsbedarfen führen.

Um die Wirkung von Morbiditätsveränderungen auf den ärztlichen Behandlungsaufwand abzubilden sollten die hierfür verwendeten Abrechnungsdaten „einen inhaltlichen Bezug zu dem für die Erfüllung des Versorgungsauftrages durchschnittlich erforderlichen Zeitaufwand eines Vertragsarztes haben“ (S. 244). So erschiene es z.B. nicht sachgerecht, dass eine Erhöhung der Dialysesachkostenpauschale einen zusätzlichen Bedarf an Ärzten auslöst. Dementsprechend haben die Gutachter den ärztlichen Leistungsaufwand basierend auf dem für die Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand eines Vertragsarztes für die abgerechnete GOP ermittelt (S.279). Da ein solch komplexes Verfahren in der vorgegebenen Frist nicht umgesetzt werden konnte, lässt der G-BA zunächst nur solche Leistungsbestandteile unberücksichtigt, die offensichtlich keinen ärztlichen Zeitaufwand beinhalten.

Die Leistungen des Kapitels 40 des EBM bilden Sachkosten ab. Da diese in keinerlei Zusammenhang mit einem ärztlichen Behandlungsaufwand stehen, sind diese für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs im Sinne des Morbiditätsfaktors irrelevant und finden entsprechend keine Berücksichtigung.

Die Ermittlung der Leistungsbedarfe erfolgt in Punkten. Dies stellt die stabilere Datengrundlage dar, da die Bewertung ärztlicher Leistungen in Punkten im Zeitablauf weniger starken Veränderungen unterliegt als die Bewertung in Euro.

Da es beim Morbiditätsfaktor auf die Veränderungen im Behandlungsbedarf aufgrund von veränderter Morbidität ankommt und nicht um die Abbildung einer allgemeinen Preisentwicklung, erfolgen die Berechnungen auf der Grundlage von Leistungsbedarfen in Punkten.

je Versichertem je Teilpopulation mit dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten bei dieser Arztgruppe bundesweit verglichen.

Regional festgelegte Ziffern werden grundsätzlich in Euro, nicht jedoch in Punkten bemessen. Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors aufgrund von Punktzahlen würde somit regionale Gebührenordnungspositionen vollständig außer Acht lassen, sodass die Ermittlung der durchschnittlichen bundesweiten Leistungsunterschiede zwischen den 16 Teil-Populationen durch regionale Effekte arztgruppenspezifisch verzerrt werden könnte. Damit scheidet die Verwendung von Punkten aus methodischen Gründen aus. Ebenso berücksichtigt der G-BA bewusst alle Leistungsbereiche einheitlich und verzichtet auf die Ausgliederung z.B. der Sachkosten. Letztere bilden zwar die Unterschiede in den Behandlungskapazitäten nur unzureichend ab, sind jedoch bei anderen Arztgruppen, bei denen keine Ausgliederung der Sachkosten erfolgt, z.T. in den Grundpauschalen enthalten. Eine Ausgliederung bestimmter Leistungsbereiche würde somit ggf. Verzerrungen der Leistungsbedarfsfaktoren zwischen den Arztgruppen nach sich ziehen, die der G-BA vermeiden will. Da der Leistungsbedarfsfaktor lediglich die Unterschiede im Versorgungsaufwand zwischen den 16 Teil-Populationen innerhalb einer Arztgruppe abbildet, ist er zudem unempfindlich gegenüber Reformen der Vergütung sowie Anpassungen der Vergütungshöhe, da diese i.d.R. für eine Arztgruppe einheitlich erfolgen. Die mit dem Leistungsbedarf in Euro je Versichertem erfassten Unterschiede bilden eine gute Approximation für die für die unterschiedlichen Versorgungsaufwände und werden somit eins zu eins in höhere oder niedrigere Arztkapazitäten übersetzt. Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors anhand der benötigten Behandlungszeit würde die Planung von Arztkapazitäten womöglich besser abbilden. Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hat dazu eine Mischform aus Prüf- und Kalkulationszeiten verwendet. Diese sind jedoch nicht für alle EBM-Positionen vorhanden und eignen sich somit nicht, die benötigte Behandlungszeit adäquat abzubilden. Eine Anwendung von Behandlungszeiten hat der G-BA aus diesem Grunde nicht vorgenommen.

<p>Die KBV stellt die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen sicher. Dies ist erforderlich, weil allein die KBV und die KVen über die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten verfügen und damit in der Lage sind, die erforderlichen Berechnungen durchzuführen. Für alle anderen Mitglieder des G-BA sind die Berechnungen intransparent. Die KBV stellt daher den übrigen Mitgliedern des G-BA dauerhaft Gastarbeitsplätze und einen freien Zugang zu den erforderlichen Daten und Berechnungsgrundlagen zur Verfügung.</p>	
--	--

GKV	KBV
<p>Mit der Berücksichtigung von Morbidität auf Grundlage von Abrechnungsdaten in der Bedarfsplanung bestehen bisher weder auf regionaler noch auf Bundesebene Erfahrungen. Ebenso unterliegt die über Abrechnungsdaten erfasste Morbidität diversen Schwankungen, die sich u.a. aus Änderungen der Abrechnungssystematik ergeben können. Gleichzeitig ist bereits zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des G-BA absehbar, dass mit der Beratung und Einführung verbindlicher bundesweiter Vorgaben für die Kodierung (Kodierrichtlinien) mit dem TSVG ab dem Jahr 2027 ggf. substantielle Verschiebungen in der in den Abrechnungsdaten kodierten Morbidität zu erwarten sind. Aus diesem Grund stellen die Vorgaben zur Erfassung der Morbidität über Abrechnungsdaten in der Bedarfsplanung ein vorläufiges Vorgehen dar, das durch den G-BA in den folgenden Jahren eng begleitet und beobachtet werden wird.</p>	
<p>Dementsprechend wird der Morbiditätsfaktor befristet.</p>	<p>Gleichzeitig würde die regionale Erfassung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in den Planungsbereichen z.T. erhebliche Aufwände und Anpassungsbedarfe in den Kassenärztlichen Vereinigungen nach sich ziehen. Ebenso können bei der regionalen Erfassung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in den Planungsbereichen nur diejenigen Patienten erfasst werden, die von Ärzten aus der jeweiligen KV Region versorgt wurden. Die Morbidität von Einwohnern der jeweiligen KV Region, die durch Ärzte aus angrenzenden KV Regionen versorgt werden, liegt in den Abrechnungsdaten der jeweiligen KV Region hingegen nicht vor, sodass insbesondere mit Blick auf bestehende Mitversorgungseffekte regionale Verwerfungen in der erfassten Morbidität zu erwarten wären.</p>

GKV	DKG/KBV
	<p>Der G-BA beschließt deshalb auf Basis vorliegender bundesweiter Abrechnungsdaten neben der bundesweiten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur (allgemeine Differenzierungsfaktoren) auch die regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur in den Planungsbereichen (regionale Differenzierungsfaktoren). Diese werden in der Anlage 4 veröffentlicht. Dabei wird neben der Morbiditätsstruktur der Planungsbereiche gemäß den Vorgaben der BPL-RL auch die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung je Postleitzahl veröffentlicht. Dadurch wird der regionalen Ebene die Möglichkeit gegeben, regionale Abweichungen insbesondere mit Blick auf die räumliche Abgrenzung der Planungsbereiche leichter umsetzen zu können.</p>
<p>Da auch gemäß dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung eine Änderung der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Planungsbereiche nur langsam erfolgt, verzichtet der G-BA auf eine jährliche Anpassung der allgemeinen und regionalen Differenzierungsfaktoren sowie der Leistungsbedarfsfaktoren und plant stattdessen eine Aktualisierung alle drei Jahre. Je nach den ersten Erfahrungen mit der Berücksichtigung von Morbidität über Abrechnungsdaten können mit Blick auf diese Aktualisierungszyklen jedoch Anpassungen erforderlich werden.</p>	<p>Da auch gemäß dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung eine Änderung der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Planungsbereiche nur langsam erfolgt, verzichtet der G-BA auf eine jährliche Anpassung der regionalen Differenzierungsfaktoren und plant stattdessen eine Aktualisierung alle zwei Jahre. Je nach den ersten Erfahrungen mit der Berücksichtigung von Morbidität über Abrechnungsdaten können mit Blick auf diese Aktualisierungszyklen jedoch Anpassungen erforderlich werden.</p>

GKV	KBV	DKG
<p>Hinsichtlich der Berücksichtigung von sozioökonomischen Faktoren in der Planung folgt der G-BA der Einschätzung des Gutachtens, wonach sich deren Berücksichtigung in der Bedarfsplanung als ausgesprochen schwierig darstellt. Das Gutachten führt hierzu aus: „Die bei der KBV vorliegenden ambulanten Abrechnungsdaten enthalten keine Information zu der sozioökonomischen Position der GKV-Mitglieder, sodass nur der Bezug von aggregierten sozioökonomischen Indikatoren zum Versorgungsbedarf innerhalb der Planungsbereiche hergestellt werden konnte. Dies eröffnet allerdings die Möglichkeit ökologischer Fehlschlüsse, die auch in den</p>		

durchgeführten Schätzungen nicht ausgeschlossen werden konnten. Der psychotherapeutische Versorgungsaufwand steht zum Beispiel in den geschätzten Modellen in keinem positiven Zusammenhang mit aggregierten sozioökonomischen Indikatoren. Auch in Anbetracht der existierenden Literatur kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass Versicherte mit niedrigerem sozioökonomischen Status einen höheren Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung verbunden mit höherem Versorgungsaufwand aufweisen (Mewes et al. 2013; Albrecht et al. 2016; Rodero-Cosano et al. 2016). **Vor diesem Hintergrund kann die Aufnahme von aggregierten sozioökonomischen Variablen in die vorgeschlagene Modellierung nicht empfohlen werden, da die Ungleichbehandlung von Arztgruppen in der Modellierung infolge von ökologischen Fehlschlüssen nicht vertretbar wäre.** [Hervorhebungen durch den G-BA]“ (S. 313). Dieser Einschätzung folgend sieht sich der G-BA nicht in der Lage, den gesetzlichen Auftrag aus § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V unmittelbar umzusetzen. Gleichwohl geht der G-BA davon aus, dass ein Großteil der Morbiditätsunterschiede auf Grundlage von sozioökonomischen Faktoren bereits in der Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Morbidität enthalten ist, so dass hier nur überschaubare Zugewinne an Planungsgenauigkeit zu erwarten wären.

GKV/KBV/DKG

Die Beibehaltung der Regelung in § 9 Abs. 8 Bedarfsplanungs-Richtlinie entspricht dem Bedürfnis des GBA zur Versorgungssteuerung, die kompetenzrechtlich in § 104 SGB V i.V.m. § 101 SGB V angelegt ist. Diese Auffassung wird auch von der Rechtsprechung geteilt. Das BSG hat am 27.06.2018 Aktenzeichen: B 6 KA 33/17 R entschieden, dass nähere Vorgaben dazu, anhand welcher Kriterien die Auswahlentscheidung zu treffen ist, das Gesetz zwar für die Praxisnachfolge (s. § 103 Abs. 4 S 5 SGB V), aber nicht - jedenfalls nicht ausdrücklich - für das Zulassungsverfahren nach partieller Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen regelt. In seiner Entscheidung vom 23.2.2005 zum dem in Nr.23 S 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie i.d.F. 2004, geregelten "Windhundverfahren" hat das BSG dargelegt, dass § 104 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 16b Abs. 1 S 3 Ärzte-ZV die Kompetenz des GBA entnommen werden kann, die Verfahrensweise bei der Anordnung und der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen näher auszugestalten, soweit in der Ärzte-ZV selbst solche Regelungen nicht enthalten sind. Daher ist dem GBA aufgegeben worden, die Auswahlkriterien für die Besetzung nach partieller Entsperrung in Anlehnung an die für eine Praxisnachfolge geltenden Kriterien zu regeln. Das BSG teilt daher auch nicht die Auffassung, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seiner Beanstandung vom 2.1.2018 (Az 224-21432-09; 213-21432-09,) zu einem Beschluss des GBA vom 17.11.2017 über eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie vertreten hat. Danach soll der Gesetzgeber den GBA nicht dazu ermächtigt haben, in der Bedarfsplanungsrichtlinie konkretisierende bzw. steuernde Regelungen zum Nachbesetzungsverfahren zu treffen. Das trifft nach Auffassung des BSG jedenfalls in dieser Allgemeinheit nicht zu.

GKV	KBV
<p>§ 11 Der G-BA verortet die kinderärztliche Versorgung in § 11 der Richtlinie und folgt damit der gesetzlichen Definition der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V.</p>	
<p>Da es in der kinderärztlichen Versorgung in der Praxis nur geringe Effekte durch Pendlerverflechtungen und Mitversorgung gibt, werden die historischen Verhältniszahlen der Kinderärzte angepasst. Die Rückmeldungen aus der kinderärztlichen Versorgung machen deutlich, dass das Konzept der Mitversorgung, das der Planung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugrunde liegt, für die Kinderärzte nur bedingt anwendbar ist. Eltern kranker Kinder suchen für die allgemeine kinderärztliche Grundversorgung regelhaft nicht Kinderärzte an zentralen Orten auf, sondern solche in möglichst großer Nähe zum Wohnort. Gleichzeitig zeigen die Daten und Rückmeldungen aus der Praxis jedoch, dass insbesondere die spezialisierte kinderärztliche Versorgung (Kinder-Pneumologie, Kinder-Kardiologie etc.) aus den zentralen Orten der allgemeinen Raumplanung (Kernstädten) erfolgt. Hintergrund hierfür ist zum einen die relativ geringe Anzahl der entsprechend qualifizierten Kinderärzte sowie der deutlich größeren Einzugsbereiche der spezialisierten Kinderarztpraxen. Mit Blick auf diese beiden z.T. gegenläufigen Beobachtungen beschließt der G-BA für die kinderärztliche Versorgung im Grundsatz eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl. Gleichzeitig wird jedoch das Erfordernis anerkannt, dass die spezialisierte kinderärztliche Versorgung aus zentralen Orten heraus erfolgen muss und deshalb dort generell ein höheres Versorgungsniveau an Kinderärzten erforderlich ist. Deshalb verbleibt auch in der künftigen Planung das Versorgungsniveau der Kinderärzte in solchen Mittelbereichen, die Kernstädten des Typs 1 entsprechen, auf einem höheren Versorgungsniveau.</p>	

<p>Um das Ziel einer wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung mit Kinderärzten zu erreichen und den Zugang zu kinderärztlicher Versorgung zu verbessern, erfolgt die Planung der Kinderärzte künftig auf Ebene der Mittelbereiche mit einer einheitlichen Verhältniszahl, die auf Grundlage der aktuellen Einwohner- und Soll-Arztzahlen zum Stichtag 31. Dezember 2016 ermittelt wurde. Der G-BA folgt damit der Empfehlung der Gutachter, die ebenfalls zu dem Schluss kamen „eine kleinräumigere Planung würde die wohnortnahe Versorgung mit Kinder- und Jugendmedizinern verbessern“ (S. 555).</p> <p>Für Mittelbereiche, die deckungsgleich mit Regionen des Typs 1 sind, wird diese einheitliche Verhältniszahl abgesenkt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in Regionen des Typ 1 zusätzlich zu den grundversorgenden Kinderärzten ein signifikanter Anteil spezialisierter Kinderärzte tätig ist. Diese sind hier für die Mehrheit der Patienten auch am besten erreichbar (Konzept der zentralen Orte).</p>	
<p>Die Gesamtzahl der Kinderärzte in Deutschland (N=7.626, Stand 31.12.2017 Bundesarztregister) ist ausreichend groß für eine Planung von Kinderärzten auf der Ebene von ca. 900 Mittelbereichen. Eine kleinräumigere Planung führt zu einem gesteuerten Zuwachs von Kinderärzten in der Fläche. Zusätzliche Kinderarztsitze werden dadurch insbesondere in den eher ländlich geprägten Regionen entstehen. Die Überversorgung in den Ballungsregionen steigt dagegen nicht weiter an.</p> <p>Durch die kleinräumigere Planung werden regionale Verteilungsprobleme sichtbar. Dadurch werden ggf. auch Bereiche offengelegt, in denen derzeit keine oder verhältnismäßig viele Kinderärzte tätig sind. Sog. „schiefe Verteilungen“ innerhalb der bisherigen großräumigeren Planungsbereiche sollen durch die kleinräumigere Planung jedoch bewusst adressiert werden. Die Offenlegung von sehr hohen und sehr niedrigen Versorgungsgraden ist gerade Ziel einer kleinräumigeren Planung der Kinderärzte und soll Maßnahmen für eine bessere Verteilung der Leistungserbringer auslösen.</p>	

<p>Die kleinräumigere Planung führt dabei auch nicht zum Ausweis einer flächendeckenden Unterversorgung. So weisen lediglich rd. 8 v.H. der Mittelbereiche einen Versorgungsgrad von weniger als 50 v.H. auf. Mehr als 60 v.H. der Planungsbereiche dagegen weisen Versorgungsgrade von mehr als 110 v.H. auf und gelten damit als überversorgt. Etwa ein Drittel der Planungsbereiche weist Versorgungsgrade von mehr als 140 v.H. auf.</p> <p>Eine Planung von Kinderärzten auf der Ebene von Mittelbereichen führt zwar in einigen Regionen aufgrund der geringen Anzahl an Kindern zu sehr geringen Soll-Arztzahlen. Kleine Veränderungen bei den Arztkapazitäten vor Ort können damit große Veränderungen im Versorgungsgrad und bei der Beurteilung der Versorgungssituation (Unter-, Überversorgung) auslösen. Zum einen ist dies jedoch bei allen kleinen Arztgruppen der Fall, zum anderen sorgt die Flexibilisierung des Vertragsarztrechtes dafür, dass die Versorgungssituation vor Ort immer gezielter mit passgenauen Lösungen verbessert werden kann. Geringe rechnerische Versorgungsbedarfe müssen daher nicht zwingend von einem vollzeittätigen Arzt in Einzelarztpraxis erfüllt werden. Dies wäre vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Tragfähigkeit einer Praxis ggf. auch nicht gerechtfertigt. Die Versorgungssituation der Kinder vor Ort kann jedoch auch durch Teilzulassungen, Anstellungen oder Zweigpraxen verbessert werden. Das „Argument der kleinen Zahl“ steht einer Planung der Kinderärzte auf Mittelbereichsebene damit jedenfalls nicht entgegen.</p>	
<p>Der G-BA wird die Entwicklungen in der kinderärztlichen Versorgung innerhalb von 3 Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung erneut überprüfen.</p>	

§ 12:

Im Zuge der Diskussion um die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wurden Anpassungsbedarfe der Versorgungsniveaus insbesondere bei drei Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung thematisiert: bei den Kinderärzten, den Nervenärzten und den Psychotherapeuten.

GKV	KBV/DKG
	<p>Kinderärzte:</p> <p>In der kinderärztlichen Versorgung hat der G-BA gleichzeitig Anpassungen der Versorgungsniveaus im Binnenverhältnis der sechs Kreistypen zueinander, sowie des Versorgungsniveaus insgesamt beschlossen.</p> <p>Die Rückmeldungen aus der kinderärztlichen Versorgung machen deutlich, dass das Konzept der Mitversorgung, das der Planung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugrunde liegt, für die Kinderärzte nur bedingt anwendbar ist. Eltern kranker Kinder suchen für die allgemeine kinderärztliche Grundversorgung regelhaft nicht Kinderärzte an zentralen Orten auf, sondern in der Nähe zum Wohnort. Gleichzeitig zeigen die Daten und Rückmeldungen aus der Praxis jedoch, dass insbesondere die spezialisierte kinderärztliche Versorgung (Kinder-Pneumologie, Kinder-Kardiologie etc.) allein mit Blick auf die Zahl der entsprechend qualifizierten Kinderärzte sowie der deutlich größeren Einzugsbereiche aus den zentralen Orten der allgemeinen Raumplanung (Kernstädten) erfolgt. Mit Blick auf diese beiden z.T. gegenläufigen Beobachtungen beschließt der G-BA für die kinderärztliche Versorgung im Grundsatz eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl. Gleichzeitig wird jedoch das Erfordernis anerkannt, dass die spezialisierte kinderärztliche Versorgung aus zentralen Orten heraus erfolgen muss und deshalb dort generell ein höheres Versorgungsniveau an Kinderärzten erforderlich ist. Deshalb verbleibt auch in der künftigen Planung das Versorgungsniveau der Kinderärzte in den Kernstädten des Typs 1 auf einem höheren Versorgungsniveau.</p> <p>Diese Vereinheitlichung führt in einem ersten Schritt demnach zu einer Absenkung der Verhältniszahlen in den Typen 2 bis 6 (rd. 85 % aller</p>

	<p>Planungsbereiche) um bis zu 30% (Typ 3) und zu einem signifikanten Zuwachs der Planstellen in Regionen, die nicht das Merkmal „Kernstadt“ tragen.</p> <p>Gleichzeitig hält der G-BA an der Planungsebene der Kreise für die Kinderärzte fest. Eine kleinräumigere Planung z.B. auf Ebene der Mittelbereiche würde nicht zu einem gesteuerten Zuwachs von Kinderärzten in der Fläche führen.</p> <p>Die Abbildung unterschiedlicher funktionalräumlicher Verflechtungen von Standorten der allgemeinen und spezialisierten Versorgung würde zudem eine Typisierung der Mittelbereiche erforderlich machen. Dies stünde schon systematisch im Widerspruch zu der amtlichen Raumabgrenzung der Mittelbereiche, bei der mit Blick auf deren Prämissen im Rahmen ihrer Abgrenzung eine Typisierung nicht vorgesehen ist. Eine dann erforderlich werdende Eigensystematisierung des Raums durch den G-BA abseits amtlicher Konzepte ginge immer zulasten der Rechtssicherheit. Sowohl die Anzahl Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad unter 75 %, als auch die Anzahl Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von über 140 % würden stark ansteigen, ohne dass dem G-BA derzeit Probleme im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit von Kinderärzten bekannt sind. In nahezu jedem 3. Mittelbereich (knapp 300) läge die Zahl der Planstellen bei 2 Pädiatern und weniger, sofern eine einheitliche Verhältniszahl auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts gelten würde. In vielen Mittelbereichen würden im Falle einer Nichtnachbesetzung die Versorgungsgrade unmittelbar unter die Unterversorgungsgrenze absinken. Bei Besetzung von offenen Stellen würde in vielen Mittelbereichen hingegen der Versorgungsgrad über 140% ansteigen.</p> <p>Die Gesamtzahl der Kinderärzte in Deutschland (N=7.626, Stand 31.12.2017 Bundesarztregister) macht deutlich, dass je kleiner die Planungsebene (z.B. derzeit in der hausärztlichen Versorgung rund 970 Mittelbereiche), desto größer die Volatilität der Kinderarztesource vor Ort. In vielen Planungsbereichen, die aufgrund ihrer Kinderzahl gem. Verhältniszahl Anspruch auf 1-2 Kinderarztsitze haben, würde sobald</p>
--	---

	<p>ein Kinderarzt aus der Versorgung tritt, ein Versorgungsgrad entstehen, der Unterversorgung nahelegt.</p> <p>Der G-BA erkennt im Zuge der aktuellen Reform der Bedarfsplanung die umfangreichen Veränderungen im Versorgungsangebot und der Inanspruchnahme von Kinderärzten an, die im Ergebnis eine höhere Anzahl an Kinderärzten je Planungsbereich erfordern. Durch den medizinischen Fortschritt aber insbesondere auch durch veränderte Vorgaben des G-BA z.B. zu den sogenannten U-Untersuchungen erfordert die Versorgung von Kindern heute mehr Arztzeit als in der Vergangenheit. Gleichzeitig führt die deutlich höhere Beschäftigungsquote beider Elternteile sowie die damit einhergehende breitere Inanspruchnahme von Angeboten der Kinderbetreuung zum einen zu einer erhöhten Morbidität bei den Kindern (z.B. Ansteckungen in der Kita) und zum anderen zu einer höheren Inanspruchnahme von Kinderärzten für z.T. rein administrative Prozesse (z.B. Krank- und Gesundheitschreibung der Kinder für die Kita sowie den Arbeitgeber), die insgesamt zu einer höheren Inanspruchnahme von Kinderärzten und mehr nachgefragter Arztzeit führen.</p> <p>Um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen hebt der G-BA das Versorgungsniveau zudem in einem zweiten Schritt über alle Regionstypen um 15% an. Die Zahl der Planstellen erhöht sich in Kernstädten somit um 15%(neue VHZ: 2.044) und unter Berücksichtigung des Schritts 1 in den Typen 2 bis 6 (neue einheitliche VHZ: 2.865) zwischen 23% bis zu 53%.</p>
--	--

GKV	KBV
<p>Nervenärzte und Psychotherapeuten:</p> <p>Für die Festlegung der Verhältniszahl der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die Planungsbereiche fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Die Verhältniszahl in Typ 1 ist aufgrund der</p>	

<p>starken Mitversorgung dieser Planungsbereiche die geringste. Die Planungsbereiche, die dem Typ 3 zugeordnet werden, werden stark mitversorgt. Demnach ist die Verhältniszahl in Typ 3 am höchsten. Die Richtgröße für die Betrachtung des Niveaus bildet Typ 5, der den eigenversorgten Planungsbereichen zugeordnet wird und damit in etwa dem Durchschnitt entspricht.</p>	
<p>Im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wurde festgestellt, dass die relativen Versorgungsniveaus der sechs unterschiedlichen regionalen Versorgungstypen bei den Nervenärzten von den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung z.T. deutlich abweichen.</p>	<p>Im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wurde festgestellt, dass die relativen Versorgungsniveaus der sechs unterschiedlichen regionalen Versorgungstypen (Typen 1 – 6) bei den Psychotherapeuten und Nervenärzten von den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung z.T. deutlich abweichen. Insbesondere in den Typen 2 – 4 sinkt bei diesen beiden Arztgruppen das Versorgungsniveau im Vergleich zu den übrigen regionalen Typen überproportional stark ab.</p>
<p>Hintergrund hierfür ist bei den Nervenärzten eine historisch bedingt niedrige Versorgungsdichte in Regionen des Typ 5, was sich in einer zu hohen Verhältniszahl widerspiegelt. Diese wird – in der gleichen Weise wie bereits bei den Psychotherapeuten geschehen – auf den Durchschnitt korrigiert. Damit sinkt die Verhältniszahl des Typ 5 von 31.183 Einwohnern je Arzt auf den Durchschnitt in Höhe von 23.006 Einwohnern je Arzt.</p> <p>Bei Betrachtung der Relation der Verhältniszahlen der Typen 2 – 4 zur neu berechneten Verhältniszahl des Typ 5 zeigt sich eine Abweichung im Vergleich zum Mittelwert der Relationen der anderen Arztgruppen. Daher werden die Verhältniszahlen für diese Typen auf Basis des durchschnittlichen Verhältnisses von Typ 5 zu den Typen 2 bis 4 der anderen Gruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angepasst.</p>	<p>Aus diesem Grund hat der G-BA im Zuge dieser Reform Anpassungen der Verhältniszahlen beschlossen, die die Versorgungsniveaus der Typen 2 – 6 an das Versorgungsniveau in Relation zum Typen 1 der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angleichen. Dadurch entstehen Zulassungsmöglichkeiten, die das Versorgungsniveau für Psychotherapeuten und Nervenärzte in den Typen 2 – 6 auf das Niveau der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung anheben.</p>
<p>Der G-BA hat in seinen Beratungen den gesetzlichen Auftrag nach § 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V erfüllt und die Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung insbesondere auch für die psychotherapeutische Versorgung diskutiert. Eine kleinräumigere Planung würde dabei ein anderes</p>	<p>Der G-BA hat in seinen Beratungen den gesetzlichen Auftrag nach § 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V erfüllt und die Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung insbesondere auch für die psychotherapeutische Versorgung diskutiert. Eine kleinräumigere Planung würde dabei ein anderes</p>

räumliches Planungskonzept erfordern, dem im Zweifel andere Planungsprämissen zugrunde liegen. So wäre beispielsweise eine Planung auf Ebene der Mittelbereiche mit der Anwendung einer einheitlichen Verhältniszahl verbunden, da die Mittelbereiche eine Versorgungsebene für „Güter des alltäglichen Bedarfs“ beschreiben, bei denen – anders als bei den spezialisierten Kinderärzten - keine Mitversorgungsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Räumen bestehen. Gleichzeitig stellt das Gutachten zur Weiterentwicklung zur Bedarfsplanung jedoch fest, dass v.a. in der Gruppe der Psychotherapeuten Patienten bereit sind, weitere Wege zum Psychotherapeuten in Kauf zu nehmen. Ebenso zeigen die bisherigen Versorgungsstrukturen Muster auf, die eher von starker Mitversorgung geprägt sind. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sieht der G-BA kein Erfordernis einer kleinräumigeren Planung dieser oder weiterer Arztgruppen der Bedarfsplanung.

räumliches Planungskonzept erfordern, dem im Zweifel andere Planungsprämissen zugrunde liegen. So wäre beispielsweise eine Planung auf Ebene der Mittelbereiche mit der Anwendung einer einheitlichen Verhältniszahl verbunden, da die Mittelbereiche eine Versorgungsebene für „Güter des alltäglichen Bedarfs“ beschreiben, bei denen keine Mitversorgungsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Räumen bestehen. Gleichzeitig stellt das Gutachten zur Weiterentwicklung zur Bedarfsplanung jedoch fest, dass v.a. in der Gruppe der Psychotherapeuten Patienten bereit sind, weitere Wege zum Psychotherapeuten in Kauf zu nehmen. Ebenso zeigen die bisherigen Versorgungsstrukturen Muster auf, die eher von starker Mitversorgung geprägt sind. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sieht der G-BA kein Erfordernis einer kleinräumigeren Planung dieser oder weiterer Arztgruppen der Bedarfsplanung.

GKV	DKG/KBV	PatV
<p>Quotenregelungen bei den Nervenärzten:</p> <p>Mit dem TSVG wurden dem G-BA weitgehende Kompetenzen für die Bildung von Quoten innerhalb von Arztgruppen übertragen. Die Möglichkeit zur Bildung von Quoten war von Seiten des G-BA u.a. mit Blick auf die Zusammensetzung der Arztgruppe der Nervenärzte gefordert worden. So hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der Nervenheilkunde hin zu einer Betrachtung nach Neurologen und Psychiatern entwickelt. Die überwiegende Zahl der neu hinzukommenden Ärzte ist derzeit einer dieser beiden Gruppen zuzuordnen.</p>	<p>Quotenregelungen bei den Nervenärzten:</p> <p>Mit dem TSVG wurden dem G-BA weitgehende Kompetenzen für die Bildung von Quoten innerhalb von Arztgruppen übertragen. Die Möglichkeit zur Bildung von Quoten war von Seiten des G-BA u.a. mit Blick auf die Zusammensetzung der Arztgruppe der Nervenärzte gefordert worden. So hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der Nervenheilkunde hin zu einer Binnendifferenzierung in Neurologen und Psychiatern entwickelt. Die überwiegende Zahl der neu hinzukommenden Ärzte ist derzeit einer dieser beiden Gruppen zuzuordnen.</p>	<p>Soweit in der Fachgruppe der Nervenärzte gemäß Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 ein Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent nicht von Nervenärzten oder Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie abgedeckt wird, ist sicherzustellen, dass die Differenz zu 40 Prozent den Neurologen und zu 60 Prozent den Psychiatern sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten ist.</p> <p>Mit der etwas stärkeren Gewichtung der psychiatrischen Versorgung greift der G-BA einen akuten Versorgungsbedarf im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung auf, der auch im Gesetzentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) deutlich adressiert wurde (vgl BT-Drs. 19/6337, S 141): So sollte die Versorgung der Patientinnen und Patienten bis zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie in einzelnen Versorgungsbereichen, bei denen ganz offensichtlich in besonderem Maße Versorgungs- und Terminschwierigkeiten bestehen, spürbar verbessert werden. Es war deshalb geplant, dass Zulassungsbeschränkungen u.a. für Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die den weit überwiegenden Teil (mindestens 80 Prozent) ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen erbringen, bis zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie befristet</p>

		keine Anwendung finden. Hierdurch sollte die ambulante psychiatrische Versorgung gestärkt werden.
<p>Aus Sicherstellungsgründen ist in der Fachgruppe gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 eine ausgewogene, bedarfsgerechte Verteilung der Facharztgruppen bzw. Schwerpunkte anzustreben. Mit Blick auf die Verteilung der verschiedenen Leistungen innerhalb des Abrechnungsspektrums kann dann von einer ausgewogenen Versorgung ausgegangen werden, wenn hierfür die spezialisierten Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologen gemeinsam einen Versorgungsanteil von mindestens 50 v.H. der allgemeinen Verhältniszahl erhalten und dieser im Verhältnis 60 zu 40 unter diesen Beiden Gruppen aufgeteilt wird. Es ergeben sich entsprechend Mindestanteile von 30 v.H. der allgemeinen Verhältniszahl für Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und 20 v.H. der allgemeinen Verhältniszahl für Neurologen.</p>	<p>Aus Sicherstellungsgründen ist die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit einem Weiterbildungsabschluss in beiden Facharztgebieten anzustreben, da durch einen Vertragsarzt beide Fachgebiete z.B. bei einem Besuch einer Pflegeeinrichtung abgedeckt werden können.</p>	
<p>Zwar deutlich in der Minderheit ist in letzter Zeit ein Anstieg der Absolventen mit beiden Weiterbildungsabschlüssen, Neurologie und Psychiatrie, zu verzeichnen. Gleichzeitig besteht die Arztgruppe der Nervenärzte weiterhin mehrheitlich aus Fachärzten für Nervenheilkunde, die weder der einen noch der anderen Gruppen zugeordnet werden könnten, so dass eine getrennte Beplanung der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie in der Praxis ausscheidet. Um</p>	<p>Wenngleich die Anzahl der Absolventen mit beiden Weiterbildungsabschlüssen (Neurologie und Psychiatrie) gering ist, ist bei diesen dennoch in letzter Zeit ein Anstieg zu verzeichnen. Gleichzeitig besteht die Arztgruppe der Nervenärzte weiterhin mehrheitlich aus Fachärzten für Nervenheilkunde, die weder der einen noch der anderen Gruppen zugeordnet werden könnten, so dass eine getrennte Bepla-</p>	

<p>gleichwohl die Verteilung von Neurologen und Psychiatern im Zuge der Nachbesetzung künftig besser steuern zu können, führt der G-BA für diese Arztgruppe erstmals Mindestquoten ein. Die Quoten beziehen sich entsprechend den gesetzlichen Regelungen auf die Soll-Zahl an Ärzten bei einem Versorgungsgrad von 100%. Sie adressieren dabei explizit ausschließlich die Verteilung der Neurologen und Psychiater.</p>	<p>nung der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie in der Praxis ausscheidet. Um gleichwohl die Verteilung von Neurologen und Psychiatern im Zuge der Nachbesetzung künftig besser steuern zu können, führt der G-BA für diese Arztgruppe erstmals Mindestquoten ein. Die Quoten beziehen sich entsprechend den gesetzlichen Regelungen auf die Soll-Zahl an Ärzten bei einem Versorgungsgrad von 100%. Sie adressieren dabei explizit ausschließlich die Verteilung der Neurologen und Psychiater.</p>	
<p>Doppelt approbierte Fachärzte und Nervenärzte sind von der Quotenregelung nicht direkt betroffen. Ihnen stehen implizit jedoch ebenfalls Sitze im Umfang von 50 v.H. der allgemeinen Verhältniszahl zur Niederlassung zur Verfügung.</p> <p>Der G-BA nutzt seine mit dem TSVG neu gewonnenen Kompetenzen und gestaltet die o.g. Quoten in der Arztgruppe der Nervenärzte als Nachbesetzungsquoten. D.h. in überversorgten Gebieten werden die Quoten im Nachbesetzungsverfahren aufgefüllt. Eine On-Top-Mindestquote - wie bei den Rheumatologen – ist für die Arztgruppe der Nervenärzte unter Versorgungsgesichtspunkten nicht erforderlich. Die Quotenregelung ermöglicht es den Zulassungsausschüssen jedoch insbesondere bei der Nachbesetzung auf ein ausgewogenes Versorgungsangebot hinzuwirken.</p>	<p>Die Regelung zieht deshalb die Zahl der Nervenärzte sowie der doppelt weitergebildeten Neurologen und Psychiater von der Soll-Arztzahl ab und wendet die Quoten ausschließlich auf die verbleibenden Neurologen und Psychiater an. Die Festlegung der Quoten als Mindestquoten führt dazu, dass auch in gesperrten Planungsbereichen Quotenplätze besetzt werden können, sodass der vom G-BA festgelegte Mindestanteil an Neurologen und Psychiatern in jedem Fall besetzt werden kann. Da die Verfügbarkeit von Fachärzten mit einer Weiterbildung in beiden Gebieten zur Sicherstellung der Versorgung bevorzugt wird, können Quotenplätze dabei auch durch Fachärzte für Nervenheilkunde sowie doppelt weitergebildete Neurologen und Psychiater besetzt werden. Gleichzeitig entfalten die Quoten auch Wirkung bei der partiellen Entsperrung sowie der Nachbesetzung.</p> <p>Bei der Festlegung der Quoten orientiert sich der G-BA an dem derzeitigen Verhältnis von</p>	

	Neurologen und Psychiatern, die in der Versorgung etwa gleichgroße Gruppen bilden.	
--	--	--

§ 13:

GKV	KBV	DKG
<p>Versorgungsniveau der Fachinternisten</p> <p>In der fachinternistischen Versorgung erkennt der G-BA die substanziellen Entwicklungen im Fachgebiet in den vergangenen 30 Jahren an. In kaum einer anderen Arztgruppe hat sich das Versorgungsspektrum so umfassend weiterentwickelt, erweitert und differenziert. Im Ergebnis ist die derzeitige internistische Versorgung kaum mit jener der 1990er-Jahre zu vergleichen, in der die Planung der Fachinternisten eingeführt wurde. Eine Vielzahl an Krankheiten, die heute ganz selbstverständlich vollständig ambulant versorgt werden, wurde seinerzeit wenn überhaupt stationär versorgt (z.B. Kontrollen von Herzschrittmachern, ambulante kardiologische Interventionen, Koloskopie und Gastroenteroskopie, ambulante onkologische Versorgung, ambulante Therapieangebote in der rheumatologischen Versorgung etc.).</p>		<p>Versorgungsniveau der Fachinternisten</p> <p>In der fachinternistischen Versorgung erkennt der G-BA die substanziellen Entwicklungen im Fachgebiet in den vergangenen 30 Jahren an. In kaum einer anderen Arztgruppe hat sich das Versorgungsspektrum so umfassend weiterentwickelt, erweitert und differenziert. Im Ergebnis ist die derzeitige internistische Versorgung kaum mit jener der 1990er-Jahre zu vergleichen, in der die Planung der Fachinternisten eingeführt wurde. In diesen Fachgruppen erfolgte eine Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich.</p>
<p>Diese beispiellose Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebotes in der Inneren Medizin erforderte zusätzliche Versorgungskapazitäten. Daneben gab es bisher nicht die Möglichkeit, den unterschiedlichen Schwerpunkten innerhalb der Sollzulassungen über Quoten Rechnung zu tragen. Stattdessen erfolgten Zulassungen für spezielle internistische Disziplinen insbesondere in Form von Sonderbedarfszulassungen, was zu einem deutlichen Anstieg der Internistenzahlen führte. Die derzeitigen Versorgungsgrade in der Arztgruppe der</p>	<p>Diese beispiellose Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebotes in der Inneren Medizin erfordert zusätzliche Versorgungskapazitäten, die in vielerlei Hinsicht auch heute schon in der Versorgung zu finden sind. So ist diese Arztgruppe in den vergangenen Jahren insbesondere durch Sonderbedarfszulassungen o.ä. deutlich gewachsen, um der gestiegenen Nachfrage in der Versorgung Rechnung zu können. Da jedoch nicht gleichzeitig eine Anpassung der Verhältniszahlen erfolgte, spiegeln die derzeitigen Versorgungsgrade in der Arztgruppe der Fachinternisten die tatsächliche</p>	<p>Diese Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebotes in der Inneren Medizin erfordert zusätzliche Versorgungskapazitäten, die in vielerlei Hinsicht auch heute schon in der Versorgung zu finden sind. So ist diese Arztgruppe in den vergangenen Jahren insbesondere durch Sonderbedarfszulassungen o.ä. deutlich gewachsen, um der gestiegenen Nachfrage in der Versorgung Rechnung zu können. Da jedoch nicht gleichzeitig eine Anpassung der Verhältniszahlen erfolgte, spiegeln die derzeitigen Versorgungsgrade in der Arztgruppe der Fachinternisten die tatsächliche</p>

<p>Fachinternisten spiegeln die tatsächliche Versorgungslage nicht adäquat wieder.</p> <p>Vor diesem Hintergrund beschließt der G-BA - neben der Einführung von Quoten - eine Absenkung der allgemeinen Verhältniszahl bei den Internisten um 10 v.H.. Eine höhere Absenkung erscheint inhaltlich nicht sachgerecht. Zum einen wird ein nicht unerheblicher Teil des internistischen Versorgungsangebotes durch ermächtigte Einrichtungen, wie z.B. Hochschulambulanzen geleistet, deren Versorgungsbeitrag aufgrund der fehlenden Datengrundlagen nicht adäquat berücksichtigt werden kann. Zum anderen liefe eine höhere Absenkung der Intention des Gesetzgebers zuwider, mit dem §103 Absatz 1 Satz 3 i.V.m. Absatz 3a Satz 7 SGB V einen Abbau der bestehenden Überversorgung zu erreichen und Allokationsprobleme zu verringern, in dem Arztpraxen gerade nicht nachbesetzt werden, wenn sehr hohe Versorgungsgrade von über 140 v.H. bestehen und eine Nachbesetzung unter Versorgungsgesichtspunkten nicht erforderlich ist. Der G-BA geht davon aus, dass sich die Zusammensetzung des internistischen Leistungsangebotes durch die Einführung von Quoten verbessert und damit perspektivisch Allokationsprobleme abgebaut werden können.</p>	<p>Versorgungslage nicht adäquat wieder. In allen Planungsbereichen weisen die Fachinternisten einen Versorgungsgrad über 140% aus, was gemäß den aktuellen gesetzlichen Vorgaben Hinweise für einen ggf. erforderlichen Abbau der Versorgung geben würde. Auch das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung kam zu dem Ergebnis, dass die Verhältniszahlen aufgrund der in dieser Arztgruppe hohen Anzahl an Sonderbedarfszulassungen nicht mehr adäquat sind. Aus Sicht des G-BA wäre ein solcher Abbau der Versorgung um ca. ein Drittel aller Fachinternisten nicht sachgerecht. Stattdessen ist eine Anpassung der Verhältniszahlen erforderlich, um den aktuellen Stand der Versorgungsrealität mit den Planzahlen der Bedarfsplanung übereinzubringen. Vor diesem Hintergrund beschließt der G-BA eine Anhebung des Versorgungsniveaus (Reduktion der Verhältniszahlen) um 35%. Dadurch entstehen nach Modellrechnungen des G-BAs nur vereinzelt neue Zulassungsmöglichkeiten und gleichzeitig wird die Zahl der Fachinternisten oberhalb der 140% Grenze deutlich reduziert.</p> <p>Dieser Beschluss hat keine Auswirkungen auf die Verhältniszahlen der anderen Arztgruppen, die seitens des G-BAs jeweils im Einzelfall bewertet und ständig evaluiert werden.</p>	<p>Versorgungslage nicht adäquat wieder. In allen Planungsbereichen weisen die Fachinternisten einen Versorgungsgrad über 140% aus, was gemäß den aktuellen gesetzlichen Vorgaben Hinweise für einen ggf. erforderlichen Abbau der Versorgung geben würde. Auch das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung kam zu dem Ergebnis, dass die Verhältniszahlen aufgrund der in dieser Arztgruppe hohen Anzahl an Sonderbedarfszulassungen nicht mehr adäquat sind. Aus Sicht des G-BA wäre ein solcher Abbau der Versorgung um ca. ein Drittel aller Fachinternisten nicht sachgerecht. Stattdessen ist eine Anpassung der Verhältniszahlen erforderlich, um den aktuellen Stand der Versorgungsrealität mit den Planzahlen der Bedarfsplanung übereinzubringen. Vor diesem Hintergrund beschließt der G-BA eine Anhebung des Versorgungsniveaus (Reduktion der Verhältniszahlen) um 35%. Dadurch entstehen nach Modellrechnungen des G-BAs nur vereinzelt neue Zulassungsmöglichkeiten und gleichzeitig wird die Zahl der Fachinternisten oberhalb der 140% Grenze deutlich reduziert.</p> <p>Dieser Beschluss hat keine Auswirkungen auf die Verhältniszahlen der anderen Arztgruppen, die seitens des G-BAs jeweils im Einzelfall bewertet und ständig evaluiert werden.</p>
--	--	--

GKV	KBV	PatV
<p>Quoten bei den Fachinternisten</p> <p>Auch die Ausdifferenzierung der internistischen Versorgung stellt die Planung vorzunehmende Herausforderungen. Während in den 1990er-Jahren das gesamte internistische Versorgungsspektrum durch einen Facharzt abgebildet werden konnte, fand im Laufe der Jahre im Gebiet der Inneren Medizin eine Spezialisierung hin zu derzeit neun Schwerpunkten statt. Diese sind innerhalb der Arztgruppe der Fachinternisten mit Blick auf die Gesamtanzahl und die räumliche Verteilung vergleichsweise heterogen, sodass der G-BA bereits seit einigen Jahren mit Forderungen einer differenzierteren Beplanung dieser Arztgruppen konfrontiert ist. Gleichwohl würde die Einzelbeplanung der Schwerpunkte der Inneren Medizin andere unerwünschte Nebeneffekte nach sich ziehen. Die räumliche und mengenmäßige Verteilung einiger Schwerpunkte würde zu einem deutlichen Anstieg der Zulassungsmöglichkeiten führen, ohne dass diese mit Blick auf die Versorgungserfordernisse gerechtfertigt wären. Gleichzeitig erkennt der G-BA das Erfordernis einer differenzierteren Betrachtung der Inneren Medizin in der Planung an. Hierfür sollen künftig Quoten zur Verteilung der Schwerpunkte innerhalb der Gesamtgruppe der Fachinternisten Anwendung finden.</p>		
<p>Um die rheumatologische Versorgung zu verbessern sieht es der G-BA als erforderlich an das Versorgungsniveau und die Verteilung von Rheumatologen zu regulieren. Vor diesem Hintergrund führt der G-BA eine Mindestquote in Höhe von 5 v.H. der Sollzahlen gemäß der allgemeinen Verhältniszahl der Gruppe der Internisten ein. Entsprechend der Wirkweise einer On-Top-Mindestquote, entstehen hierdurch auch in überversorgten Regionen neue Arztsitze, sofern die Mindestquote in einem Planungsbereich nicht erfüllt ist. Bei der Festlegung der Quote orientiert sich der G-BA an der derzeitigen Verteilung</p>	<p>Für die Rheumatologen sieht der G-BA die Notwendigkeit kurzfristig zusätzliche Stellen zu schaffen, um deren Menge und räumliche Verteilung zu verbessern. Er führt aus diesem Grund vorerst Mindestquoten in Höhe von fünf Prozent für diese Arztgruppe ein. Dabei orientiert sich der G-BA an der derzeitigen Verteilung der Rheumatologen und vergleicht deren Anteil in den unterschiedlichen Planungsbereichen. In ca. 20% der Planungsbereiche wird derzeit der Anteil von 5% unterschritten, sodass im ersten Schritt in diesen Planungsbereichen das Versorgungsniveau durch zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten</p>	<p>Bei der Versorgung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen werden bereits seit vielen Jahren erhebliche Defizite beschrieben. Lange Wartezeiten auf Termine erschweren die rechtzeitige Einleitung der Therapie. Da speziell zu Beginn der Erkrankung durch eine frühe fachärztliche Versorgung schwere Verläufe abgewendet und die Chance auf eine teilweise medikamentenfreie Remission gewahrt werden kann, ergreift der Gemeinsame Bundesausschuss Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung. Es wird ein Mindestversorgungsanteil von 10 % der Fachinternisten festgelegt.</p>

<p>der Rheumatologen und vergleicht deren Anteil in den unterschiedlichen Planungsbereichen. In ca. 20% der Planungsbereiche wird derzeit der Anteil von 5 v.H. unterschritten, sodass in diesen Planungsbereichen das Versorgungsniveau durch zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten angehoben wird. Dadurch wird erreicht, dass für die Arztgruppe der Rheumatologen flächendeckend ein besserer Zugang für die Patienten gewährleistet und das Versorgungsniveau zwischen den Regionen angeglichen wird.</p>	<p>angehoben würde. Im Zuge der Übergangsregelungen beschließt der G-BA darüber hinaus nach vorausgegangener Evaluation eine Anhebung dieser Quote nach 5 Jahren auf 10%. Dadurch ist eine schrittweise und bedarfsgerechte Verteilung der neuen Zulassungsmöglichkeiten für Rheumatologen im Zeitverlauf sichergestellt.</p>	
<p>Darüber hinaus beschließt der G-BA eine Evaluation der Quotenregelung für Rheumatologen nach 5 Jahren und wird im Zuge dessen auch eine Anhebung der Mindestquote für Rheumatologen auf 10 v.H. der allgemeinen Verhältniszahl prüfen.</p>	<p>Im Zuge der Übergangsregelungen beschließt der G-BA darüber hinaus nach vorausgegangener Evaluation eine Anhebung dieser Quote nach 5 Jahren auf 10%. Dadurch ist eine schrittweise und bedarfsgerechte Verteilung der neuen Zulassungsmöglichkeiten für Rheumatologen im Zeitverlauf sichergestellt.</p>	<p>Um zu erreichen, dass zunächst in den am schlechtesten versorgten Regionen neue Zulassungsmöglichkeiten entstehen, wird der Mindestversorgungsanteil zunächst auf 5 Prozent der Fachinternisten festgelegt und über einen Zeitraum von 10 Jahren auf 10 % angehoben. Auf diese Weise sollen auch Anreize zur Weiterbildung im Bereich der internistischen Rheumatologie gesetzt werden. Im Gesetzentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde u.a. für den Bereich der rheumatologischen Versorgung festgestellt, dass Versorgungs- und Terminschwierigkeiten in besonderem Maße bestehen und es war eine befristete Aufhebung der Niederlassungssperren für die Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie vorgesehen (vgl. BT-Drs. 19/6337, S 120). Im Rahmen der Änderungsanträge zum TSVG wurde diese befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen wieder zurückgenommen, weil der Gesetzgeber davon ausgeht,</p>

		dass aufgrund der zeitlichen Nähe zum Abschluss der Beratungen im G-BA zur Anpassung der Bedarfsplanungs- Richtlinie die Einführung dieser Ausnahmeregelung nicht mehr erforderlich erscheint
Für die Arztgruppen der Kardiologen, der Gastroenterologen, der Pneumologen und der Nephrologen sieht der G-BA demgegenüber das Erfordernis Maximalquoten festzulegen. Diese sollen insbesondere die Arztgruppen, die numerisch kleiner sind und bei denen bereits der Wegfall eines Arztes erhebliche regionale Versorgungsprobleme nach sich zieht, davor schützen, im Zuge von Nachbesetzungsverfahren von den größeren Gruppen aus der Versorgung „verdrängt zu werden. Die Nachbesetzung der bestehenden Arztsitze, auch der größeren Gruppen soll jedoch weiterhin möglich sein, sodass die Quotenregelungen hier keine Wirkung entfalten.		
Beispielsweise soll eine kardiologische Schwerpunktpraxis, unabhängig davon, ob sie von einem Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie betrieben wird, auch mit dem kardiologischen Schwerpunkt fortgeführt werden können,	Beispielsweise soll eine kardiologische Schwerpunktpraxis (egal ob sie von einem Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie oder einem Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, der aber überwiegend kardiologisch tätig ist, betrieben wird) auch mit dem kardiologischen Schwerpunkt fortgeführt werden können.	
wenn dies unter Versorgungsgesichtspunkten erforderlich ist.		
Bei den Maximalquoten orientiert sich der G-BA am Durchschnitt der Anteile der jeweiligen Gruppen.	Bei den Maximalquoten orientiert sich der G-BA am Median der Anteile der jeweiligen Gruppe.	
	Bei einem Bezug auf den Median bedeutet dies, dass in etwa 50% der Planungsbereiche	

<p>D.h. in etwa 50% der Planungsbereiche wird der vorgegebene Anteil der Quote überschritten und kann dort somit Wirkung entfalten. Der G-BA geht davon aus, dass in diesen Regionen bereits ein überdurchschnittliches Niveau der Schwerpunktversorgung erreicht ist, sodass zusätzliche Sitze für diesen Schwerpunkt in diesen Planungsbereichen nicht über Nachbesetzungsverfahren entstehen sollen. Davon unbenommen können auch in diesen Regionen Versorgungskonstellationen bestehen, die einen qualifikationsbezogenen oder lokalen Sonderbedarf rechtfertigen.</p>	<p>der vorgegebene Anteil der Quote überschritten und dort somit Wirkung entfalten kann. Der G-BA geht davon aus, dass in diesen Regionen bereits ein überdurchschnittliches Niveau der Schwerpunktversorgung erreicht ist, sodass zusätzliche Sitze für diesen Schwerpunkt in diesen Planungsbereichen nicht über Nachbesetzungsverfahren entstehen sollen. Davon unbenommen können auch in diesen Regionen Versorgungskonstellationen bestehen, die einen qualifikationsbezogenen oder lokalen Sonderbedarf rechtfertigen.</p>	
---	--	--

§ 16 Praxisnachfolge

Hier ergänzt der G-BA einen Verweis auf die neuen Quotenregelungen, die künftig bei der Auswahlentscheidung im Zuge eines Nachbesetzungsverfahrens berücksichtigt werden sollen. Letztlich bildet diese Regelung nur die ohnehin bestehenden gesetzlichen Regelungen ab.

§ 17

Die bisherige Regelung des § 63 Abs. 3 war in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Jahres 2012 als Übergangsregelung konzipiert. Damit werden die Regelungen der partiellen Entsperrung (§ 26) auch auf allgemein offene Planungsbereiche übertragen, für die ggf. noch ein Sperrbeschluss getroffen wurde. Diese Regelung ist weiterhin und dauerhaft notwendig, da ohne sie in Planungsbereichen, die nie gesperrt waren, eine Vielzahl von Zulassungsanträgen gleichzeitig eingehen könnte. Diese könnten nicht abgelehnt werden, bis der Landesausschuss einen Sperrbeschluss getroffen hat. Da für entsprechende Beschlüsse des Landesausschusses vergleichsweise lange Fristen zu wahren sind, kann hierdurch theoretisch eine Vielzahl an Ärzten Zulassungen erhalten, ohne dass diese mit Blick auf das angestrebte Versorgungsniveau sachgerecht wäre. Um den dauerhaften Charakter dieser Regelung zu unterstreichen, wird diese künftig im § 17 verstandortet, ohne dass sich deren Inhalt ändert.

§ 18, 20 und 21

Mit den Änderungen der §§ 18, 20 und 21 trägt der G-BA den neuen Regelungen des TSVG Rechnung, nach denen auch der Verzicht auf ¼ Zulassung möglich ist. Die Anrechnung von überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten soll in diesen Fällen anteilig erfolgen.

§ 25

Der G-BA fasst hier erneut einen Beschluss zu einer Quote von 50% für die Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie innerhalb der gesetzlichen Quote für ärztliche Psychotherapeuten von 25%. Der Beschluss ist gleichlautend mit einem entsprechenden Beschluss aus dem Jahre

2012 der seinerzeit durch das BMG beanstandet wurde, da das Ministerium dem G-BA die erforderliche Regelungskompetenz zu Quoten absprach. Zwischenzeitlich wurde die gesetzliche Grundlage hierfür geschaffen, sodass der G-BA nun von einer rechtskonformen Beschlussfassung ausgeht. Hinsichtlich der inhaltlichen Begründung wird auf die Beschlussfassung von 2012 verwiesen.

Der § 25 Abs. 2 wird ersatzlos gestrichen. Die hier bisher bestehende Rundungsregelung führte im Ergebnis dazu, dass vor der Ausweisung von Zulassungsmöglichkeiten mehrfach aufgerundet wurde, sodass in bestimmten Konstellationen mehr Zulassungen ausgewiesen wurden, als erforderlich wären, um einen Versorgungsgrad von 110% zu überschreiten.

§ 25a

Bisher galten Quotenregelungen ausschließlich in der psychotherapeutischen Versorgung, sodass Bestimmungen zu den Quoten in den allgemeinen Regelungen zu den Feststellungen des Versorgungsgrades bei den Psychotherapeuten enthalten waren. Mit der Übertragung der Regelungskompetenz zur Festlegung von Quoten an dem G-BA durch das TSVG, hat der G-BA weitere Quotenregelungen beschlossen. Die bisherigen Regelungen des alten § 25 Absatz 3 werden deshalb um Verweise auf die neuen Quotenregelungen des G-BA zu Minimalquoten ergänzt und im Sinne der Übersicht in einen eigenen Paragraphen verschoben. Weitere Änderungen sind mit dieser Verschiebung nicht verbunden.

§ 26

GKV-SV	KBV	PatV
<p>Im § 26 Absatz 4 Nummer 2 werden zwei Spiegelstriche ergänzt. Zum einen werden bei der Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern im Nachgang zu einer partiellen Entsperrung die Belange von Menschen mit Behinderungen expliziter als bisher berücksichtigt, analog § 103 Absatz 4 SGB V. Zum zweiten wird die Erfüllung der neuen Quotenregelung des G-BA künftig ebenfalls in der Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern im Nachgang zu einer partiellen Entsperrung Berücksichtigung finden. Die Zulassungsausschüsse können somit in der Konstellation einer partiellen Entsperrung explizit Bewerber ausschließen, deren Quoten bereits überschritten sind. Dadurch können auch neue Zulassungen, die ggf. im Zuge der Reform entstehen künftig besser und zielgenauer gesteuert werden.</p>		<p>Zu § 26 Absatz 4 Nr. 2, 6. und 7. Spiegelstrich: In Anlehnung an § 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 8 SGB V SGB V, wonach im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung als Auswahlkriterium herangezogen werden können, wird dieses Auswahlkriterium auch für Zulassungen nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen nach den Regelungen des § 26 Bpl-RL ergänzt. Dabei geht es um Maßnahmen zum Beispiel zum Abbau von baulichen Barrieren oder Barrieren bei der Kommunikation oder Informationsweitergabe. Ziel ist die Erhöhung der Zahl entsprechender Arztpraxen.</p>

	Durch diese Ergänzung kann Barrierefreiheit als mögliches Beispiel eines Versorgungsgesichtspunkt im Klammerzusatz in 6. Spiegelstrich gestrichen werden.
--	---

§ 29

Hier handelt es sich lediglich um eine rechtliche Klarstellung, dass die Feststellung von Unterversorgung auch für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung möglich ist. In der Vergangenheit hatte es hierzu Unklarheiten gegeben, die dadurch beseitigt werden.

§ 31

Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hatte bei der Bewertung der Versorgungslage einer Region die Berücksichtigung von nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) vorgeschlagen und ging hier davon aus, dass eine NäPa als ¼ Hausarzt angerechnet werden sollte. Diesem Vorschlag folgt der G-BA nicht, da hierdurch eine Vermischung unterschiedlicher Berufsgruppen erfolgen würde und der G-BA überdies keine Planungskompetenz für NäPas besitzt. Gleichwohl greift der G-BA die Idee der Gutachter auf und ergänzt bei der Prüfung einer Feststellung von Unterversorgung die Prüfung der Struktur der Praxis um die Dimension der NäPas. Theoretisch ist somit denkbar, dass in einigen Planungsbereichen trotz Unterschreitens der jeweiligen Versorgungsgrade auf die Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung verzichtet werden kann, weil die flächendeckende Beschäftigung von NäPas den verbleibenden Ärzten dennoch eine angemessene Versorgung ermöglicht. Die Bewertung der konkreten Versorgungslage und der Einfluss der ggf. vorhandenen NäPas auf diese muss dabei wie bisher auch durch den Landesausschuss erfolgen, der dabei einen weiten Ermessensspielraum hat.

§ 35

GKV	KBV	PatV/DKG
<p>Abs. 5 Satz 1 Nr. 7</p> <p>Für die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in einer nach Absatz 2 festgelegten Bezugsregion sind in Absatz 5 Satz 1 in einer nicht abschließenden Aufzählung Kriterien benannt, die für eine entsprechende Feststellung heran gezogen werden können. Die Aufzählung wird künftig durch einen zusätzlichen Punkt „Erreichbarkeit“ ergänzt.</p>		<p>Zu § 35 Absatz 5 Satz 1 Nr. 7 sowie Satz 2 bis 4 (Erreichbarkeitsschwellen als Kriterium für den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf gem. § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)</p> <p>Für die Prüfung, ob ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festzustellen ist wird in der nicht abschließenden Aufzählung der Kriterien in Absatz 5 Satz 1 mit der Nr. 7 das Kriterium</p>

<p>Abs. 5 Satz 2</p> <p>Zur Qualifizierung des Merkmals „Erreichbarkeit“ legt der G-BA zunächst für vier Arztgruppen (Hausärzte, Kinderärzte, Augenärzte, Frauenärzte) Erreichbarkeitsstandards fest, deren Schwellenwerte sich an raumplanerischen Empfehlungen zur zukünftigen Sicherung der Daseinsvorsorge orientieren. Da für die verschiedenen Versorgungsebenen nach den §§ 11 bis 14 eine einheitliche räumliche Abgrenzung der Planungsbereichszuschnitte gilt, werden die Schwellenwerte innerhalb einer Versorgungsebene einheitlich gehalten. Für die Kinderärzte wird eine kürzere Erreichbarkeit vorgegeben, um dem hausärztlichen Charakter der kinderärztlichen Versorgung und dem Erfordernis einer möglichst wohnortnahen Zugänglichkeit von Kinderärzten gerecht zu werden.</p> <p>Der G-BA greift mit dieser Ergänzung weitere Impulse des Gutachtens auf, die Erreichbarkeit von Arztpraxen stärker in den Fokus zu rücken. Die ausgewiesenen Schwellenwerte dienen nur der Orientierung, die eine Einzelfallprüfung nicht entbehrlich macht, bspw. für Insellagen.</p>	<p>Abs. 5 Satz 2</p> <p>Für die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in einer nach Absatz 2 festgelegten Bezugsregion sind in Absatz 5 Satz 1 in einer nicht abschließenden Aufzählung Kriterien benannt, die für eine entsprechende Feststellung herangezogen werden können. Zur Qualifizierung der dort genannten Merkmale „räumliche Faktoren“ und „infrastrukturelle Besonderheiten“ legt der G-BA zunächst für vier Arztgruppen Erreichbarkeitsstandards fest, deren Schwellenwerte sich an raumplanerischen Empfehlungen zur zukünftigen Sicherung der Daseinsvorsorge orientieren. Da für die verschiedenen Versorgungsebenen nach den §§ 11 bis 14 eine einheitliche räumliche Abgrenzung der Planungsbereichszuschnitte gilt, werden die Schwellenwerte innerhalb einer Versorgungsebene einheitlich gehalten. Der G-BA greift mit dieser Ergänzung weitere Impulse des Gutachtens auf, die Erreichbarkeit von Arztpraxen stärker in den Fokus zu rücken. Die ausgewiesenen Schwellenwerte dienen nur der Orientierung, die eine Einzelfallprüfung nicht entbehrlich macht, bspw. für Insellagen.</p>	<p>der Erreichbarkeit ergänzt. Sätze 2 bis 4 konkretisieren den Maßstab für die Prüfung, indem insbesondere für die grundversorgenden Facharztgruppen Erreichbarkeitsschwellen definiert werden.</p> <p>Mit dieser Ergänzung folgt der G-BA einem weiteren Vorschlag aus dem „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“. Zur Präzisierung der Verteilungsgerechtigkeit schlagen die Gutachter unter anderem vor, dass Kriterien hinsichtlich der Erreichbarkeit einer Arztgruppe bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Zur Konkretisierung der Erreichbarkeit werden in Anlehnung an das Gutachten PKW-Minutenwerte für die Erreichbarkeit definiert, innerhalb derer 99 v.H. der Einwohner in der Region nach Absatz 2 verschiedene Arztgruppen erreichen sollen. Der Bevölkerungsanteil von 99% als Geltungsbereich für die Erreichbarkeitsschwellen wird von den Gutachtern empfohlen, um regionale Extremsituationen, wie beispielsweise Inseln, bei der Betrachtung auszuschließen. Beim Ausschluss eines größeren Anteils haben die Gutachter Bedenken, dass ungerechtfertigt ländliche und schlecht angebundene Regionen benachteiligt würden (vgl. Gutachten S. 429). Bei der Festlegung der Erreichbarkeitsschwellen wurde vom G-BA berücksichtigt, dass für Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Frauenärzte strengere Entfernungskriterien gelten als für die übrigen Fachärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1. Die festgelegten Minutenwerte entsprechen ebenfalls den Empfehlungen des Gutachtens, das</p>
<p>Abs. 5 Satz 3</p> <p>Der G-BA nimmt hier in die nicht abschließende Aufzählung möglicher Fördermaßnahmen nach der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs zwei neue Tatbestände auf. Erstens soll künftig explizit auch die</p>	<p>Abs. 5 Satz 3</p> <p>Der G-BA nimmt hier in die nicht abschließende Aufzählung möglicher Fördermaßnahmen nach der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs drei neue Tatbestände auf. Erstens soll künftig explizit auch die Förde-</p>	<p>der Erreichbarkeit ergänzt. Sätze 2 bis 4 konkretisieren den Maßstab für die Prüfung, indem insbesondere für die grundversorgenden Facharztgruppen Erreichbarkeitsschwellen definiert werden.</p> <p>Mit dieser Ergänzung folgt der G-BA einem weiteren Vorschlag aus dem „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“. Zur Präzisierung der Verteilungsgerechtigkeit schlagen die Gutachter unter anderem vor, dass Kriterien hinsichtlich der Erreichbarkeit einer Arztgruppe bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Zur Konkretisierung der Erreichbarkeit werden in Anlehnung an das Gutachten PKW-Minutenwerte für die Erreichbarkeit definiert, innerhalb derer 99 v.H. der Einwohner in der Region nach Absatz 2 verschiedene Arztgruppen erreichen sollen. Der Bevölkerungsanteil von 99% als Geltungsbereich für die Erreichbarkeitsschwellen wird von den Gutachtern empfohlen, um regionale Extremsituationen, wie beispielsweise Inseln, bei der Betrachtung auszuschließen. Beim Ausschluss eines größeren Anteils haben die Gutachter Bedenken, dass ungerechtfertigt ländliche und schlecht angebundene Regionen benachteiligt würden (vgl. Gutachten S. 429). Bei der Festlegung der Erreichbarkeitsschwellen wurde vom G-BA berücksichtigt, dass für Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Frauenärzte strengere Entfernungskriterien gelten als für die übrigen Fachärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1. Die festgelegten Minutenwerte entsprechen ebenfalls den Empfehlungen des Gutachtens, das</p>

<p>Förderung telemedizinischer und mobiler Versorgungsangebote möglich sein. Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hatte hier den Ausbau telemedizinischer Angebote empfohlen, die hierdurch noch einmal leichter ermöglicht werden. Zweitens soll künftig die Möglichkeit bestehen, die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs aufgrund des Kriteriums der Erreichbarkeit auch mit der Ausschreibung von Zulassungen verknüpfen zu können. Damit können in Regionen, in denen ein entsprechender Bedarf durch den Landesausschuss festgestellt wurde, zusätzliche Arztkapazitäten geschaffen werden.</p> <p>Die Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung und die Erhöhung der Transparenz über barrierefreie Versorgungsangebote leisten einen wichtigen Beitrag zur Gestaltung einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur. Sie werden deshalb in dieser Richtlinie an verschiedenen Punkten adressiert. Im Rahmen der Fördermöglichkeiten des § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) i.V.m. der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes in nicht unterversorgten Planungsbereichen gemäß § 100 Abs. 3 SGB V kommt eine Förderung des barrierefreien Zugangs jedoch nicht in Betracht. Der Strukturfonds kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Die Mittel sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und</p>	<p>rung telemedizinischer und mobiler Versorgungsangebote möglich sein. Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hatte hier den Ausbau telemedizinischer Angebote empfohlen, die hierdurch noch einmal leichter ermöglicht werden. Zweitens soll künftig die Möglichkeit bestehen, die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs auch mit der Ausschreibung von Zulassungen verknüpfen zu können. Damit können in Regionen, in denen ein entsprechender Bedarf durch den Landesausschuss festgestellt wurde, zusätzliche Arztkapazitäten geschaffen werden. Drittens wird die Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung neu aufgenommen, um hier Impulse für die Landesausschüsse und KVen zu setzen.</p>	<p>darauf hingewiesen hat, dass vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung Minutewerte erwogen werden sollten, die insbesondere älteren und gegebenenfalls eingeschränkten Personen noch entsprechen (vgl S 428f.).</p> <p>Bei der Berechnung eines möglichen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs bleiben ermächtigte Ärzte und Einrichtungen unberücksichtigt.</p>
---	--	---

<p>zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden. Bei Umbaumaßnahmen für eine bessere Zugänglichkeit von Arztpraxen im Sinne einer höheren Barrierefreiheit handelt es sich um bauliche Maßnahmen zur Verbesserung der Infrastruktur. Die Finanzierung von Infrastrukturmaßnahmen gehört jedoch nicht in den Bereich der vertragsärztlichen Sicherstellung und auch nicht zu den Finanzierungsaufgaben der Versichertengemeinschaft der GKV. Dementsprechend wird der barrierefreie Umbau von Arztpraxen durch Förderprogramme der Kommunen und des Bundes finanziert, insbesondere auch durch Förderprogramme der KfW.</p>		
		<p>Zu § 35 Absatz 5 Satz 5 Nr. 7</p> <p>Die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs wird anhand der Kriterien nach Absatz 5 Satz 1 und 2 vorgenommen. Dabei kann zum Beispiel bei der Betrachtung der regionalen Morbidität oder auch der infrastrukturellen Besonderheiten ein zusätzlicher Bedarf nach barrierefrei zugänglichen Arztpraxen deutlich werden.</p> <p>Mit der Ergänzung von Satz 5 Nummer 7 verdeutlicht der G-BA, dass sich der Bezug beim zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf auch auf die Förderung es barrierefreien Zugangs zu Versorgung beziehen kann.</p>

§ 36

In Absatz 4 wird nunmehr auf Anlage 7 verwiesen, in der exemplarische Indikatoren für Raumanalysen beschrieben werden. In Anlage 7 sind u.a. auch Indikatoren aus einem Gravitationsmodell benannt, welches im Gutachten zur Quantifizierung von Mitversorgungsbeziehungen eingesetzt wurde.

§ 43

Abbildung der neuen Möglichkeit auf eine ¼ Zulassung zu verzichten.

§ 44

GKV	KBV
<p>Die Regelungen des Jobsharing zielen darauf ab, den gemeinsamen Leistungsumfang von Jobsharing Junior- und Seniorpartner zu begrenzen. Gleichwohl wurden auch in der Vergangenheit Situationen identifiziert, in denen eine Anpassung der Punktzahlobergrenze beantragt werden kann. Dieses Antragsrecht erweitert der G-BA nun um eine neue Konstellation. Die Ärzte-ZV sieht für Vertragsärzte, die einen Weiterbildungsassistenten gemäß § 75a beschäftigen vor, dass die KV im Verteilungsmaßstab gemäß § 87b SGB V festzulegen hat, in welchem Umfang aufgrund dessen Vergrößerung der Kassenarztpraxis zulässig ist. Bei Jobsharern steht dieser Regelung die festgelegte Punktzahlobergrenze entgegen. Künftig soll es auch Jobsharern möglich sein, einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze stellen zu können, der dann vom Zulassungsausschuss entschieden werden muss.</p>	<p>Die Regelungen des Jobsharing zielen darauf ab, den gemeinsamen Leistungsumfang von Jobsharing Junior- und Seniorpartner zu begrenzen. Gleichwohl wurden auch in der Vergangenheit Situationen identifiziert, in denen eine Anpassung der Punktzahlobergrenze beantragt werden kann. Dieses Antragsrecht erweitert der G-BA nun um zwei neue Konstellationen. Zum einen kann es sein, dass Beschlüsse des G-BA eine maßgebliche Veränderung der Versorgungsstrukturen und -prozesse nach sich ziehen, die von Jobsharern aber aufgrund ihrer Begrenzung nicht angemessen abgebildet werden kann. Zum zweiten sieht die Ärzte-ZV für Vertragsärzte, die einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen explizit vor, dass diese ihr Regelleistungsvolumen ausweiten können sollen. Bei Jobsharern steht dieser Regelung aber die festgelegte Punktzahlobergrenze entgegen. In beiden Konstellationen soll es den Jobsharern künftig möglich sein, einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze stellen zu können, der dann vom Zulassungsausschuss entschieden werden muss.</p>

3. Würdigung der Stellungnahmen

(...)

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne Anlage II zum 1. Kapitel der VerfO. Daher entstehen auch keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe BPL-RL Neuregelungen
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<i>Anhörung</i>
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<ul style="list-style-type: none">• Abschluss der vorbereitenden Beratungen• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit/ <i>Auflage</i>

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]

Der UA BPL hat sich in seiner Sitzung am 18. März 2019 darauf verständigt, die geplanten Regelungen zum Morbiditätsfaktor, zur Erreichbarkeit, zur kinderärztlichen Versorgung sowie zu den Quotenregelungen nach einem Zeitraum von 3 Jahren zu evaluieren und eine entsprechende Regelung in § 63 vorzusehen.

Anmerkungen zu den Tragenden Gründen:

DKG

zu § 31 Abs. 2 Nr. 1 zur KBV/GKV-SV-Position:

Die Berücksichtigung des Einsatzes von nicht-ärztlichen Praxisassistenten als neues Kriterium bei der Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung, wird dazu führen, dass die Prüfung der Versorgungsdaten durch KV oder Krankenkassen auf Landesebene in einem geringeren Umfang als in der Vergangenheit zur Feststellung von Unterversorgung führen wird. Damit laufen sämtliche Regelung zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung, die nach Feststellung von Unterversorgung greifen würden, ins Leere.

Ländervertretung

Hinsichtlich des KBV-seitigen Entwurfs zu den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA über eine Änderung der BPL-RL erscheint es den Ländern im Hinblick auf § 63 BPL-RL, welcher eine Evaluation der Regelungen zum Morbiditätsfaktor, zur Erreichbarkeit, zur Kinderärztlichen Versorgung und zu den Quoten innerhalb von 3 Jahren vorsieht, als zwingend, entsprechende Ausführungen hierzu auch in den Tragenden Gründen zu § 63 BPL-RL oder an anderer geeigneter Stelle aufzunehmen. Dabei sollte im Zusammenhang mit einer Evaluation der Neuregelung zu § 35 Abs. 5 BPL-RL (Erreichbarkeit) auch besonderes Augenmerk daraufgelegt werden, ob die festgelegten Erreichbarkeitswerte gegebenenfalls auch auf andere Arztgruppen ausgeweitet werden müssen.

Im Übrigen erlauben sich die Länder insbesondere die nachfolgenden Anmerkungen:

Zu § 12 BPL-RL – Kinderärzte

Hier findet sich in der Mitte der Halbsatz, dass dem G-BA derzeit keine Probleme im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit von Kinderärzten bekannt seien. Um angesichts der den Ländern durch Elternbeschwerden bekannten regionalen Erreichbarkeitsprobleme diesbezügliche Missverständnisse zu vermeiden, wird angeregt, den Halbsatz ersatzlos zu streichen und ggf. die als problematisch empfundenen Versorgungskapazitäten der Kinderärzte näher zu erläutern.

Die Länder regen zudem an, näher darzustellen, auf welcher Verhältniszahl die Anhebung des Versorgungsniveaus (Absenkung der Verhältniszahl um 15 %) aufsetzt.

Zu § 13 – Minimalquote für Rheumatologen

Auch wenn die hierzu erfolgte Begründung vor dem Hintergrund der KBV-seitig vertretenen Position in sich schlüssig ist, merken die Länder – außerhalb der Tragenden Gründe – nochmals an, dass sie aus Versorgungsgründen die sofortige Einführung einer Minimalquote von 10 % für notwendig erachten.

Zu § 30 BPL-RL bzw. 31 BPL-RL – Berücksichtigung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten im Zusammenhang mit der Feststellung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung

Auch wenn – wie bereits zu § 13 BPL-RL ausgeführt – die seitens der KBV dargelegte Begründung vor dem Hintergrund der von ihr vertretenen Position in sich schlüssig ist, weisen die Länder – außerhalb der Tragenden Gründe – nochmals darauf hin, dass sie eine solche Regelung ablehnen. Die Länder sehen hier die Gefahr, dass sich eine solche Regelung, zumindest mittelbar, negativ auf das Niederlassungsverhalten von Ärzten auswirken könnte. Schließlich sieht beispielsweise das TSVG vor, dass die obligatorische Gewährung von Sicherstellungszuschlägen an die formale Feststellung einer Unterversorgung bzw. einer drohenden Unterversorgung geknüpft ist. Wird eine derartige Feststellung aber nicht getroffen, werden Sicherstellungszuschläge nicht gezahlt und eine etwaige Niederlassung als Arzt erscheint so, jedenfalls in finanzieller Hinsicht, weniger attraktiv.

Ergänzend machen die Länder darauf aufmerksam, dass sich die in den Tragenden Gründen zu § 30 BPL-RL gemachten Ausführungen tatsächlich auf vorgenommene Änderungen des § 31 BPL-RL beziehen.

Zu § 35 Abs. 5 S. 2 BPL-RL – Erreichbarkeit

Im Hinblick auf den letzten Satz der diesbezüglichen Tragenden Gründe regen die Länder an, diesen weiter zu fassen. Dementsprechend könnte der Satz – unter Berücksichtigung des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung – mit dem Passus „bspw. für Insellagen oder andere regionale Extremsituationen“ enden.

Stellungnahme

Richtlinienentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

[18.04.2019]

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	4
2. Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor	5
2.1 Einführung eines Morbiditätsfaktors.....	5
• Limitationen von Abrechnungsdaten zur Abbildung von Morbidität	5
• Bedarfsindex zur Abbildung von Morbidität: § 9 Absatz 4	6
• Arztgruppenspezifische Lösung für Psychotherapeuten	8
2.2 Ermittlung des Morbiditätsfaktors	8
• Zeitbezug zur Ermittlung der Differenzierungsfaktoren: § 9 Absatz 2, 3 und 4	8
• Ermittlung des Leistungsbedarfs innerhalb einzelner Arztgruppen: § 9 Absatz 2	9
• Einteilung der Morbiditätsgruppen in erhöht morbide/durchschnittlich morbide: § 9 Absatz 3	10
• Ermittlung des Leistungsbedarfs in Punkten/Euro: § 9 Absatz 4	13
• Zeitliche Begrenzung des Morbiditätsfaktors: § 9 Absatz 8	14
3. Anpassung der Verhältniszahlen: Allgemeine fachärztliche Versorgung	14
3.1 Starke Spreizung der Verhältniszahlen in der psychotherapeutischen Versorgung.....	14
• Morbiditätsstruktur widerspricht aktueller Spreizung der Verhältniszahlen .	16
• Mitversorgungsbeziehungen widersprechen dem Ausmaß der Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Kreistypen	16
• Vorschläge zur Reduzierung der Spreizung	18
3.2 Ausreichende psychotherapeutische Versorgung sicherstellen: § 12 Absatz 4	19
• Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung zu lang.....	19
• Fehler der bisherigen Bedarfsplanung bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten.....	20
• Gutachten belegt fehlende Niederlassungsmöglichkeiten	21
• Gestiegene Inanspruchnahme berücksichtigen	22
3.3 Möglichkeiten zur kleinräumigen Planung	24
3.4 Psychiatrische Versorgung.....	26
• Ausreichende psychiatrische Versorgung sicherstellen: § 12 Absatz 4.....	26
• Quotierungen in der Arztgruppe der Nervenärzte: § 12 Absatz 5	26
• Feststellungen des Landesausschusses zu Quotenplätzen: § 25a.....	27
4. Vorgaben zur Erreichbarkeit	27

**5. Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen –
Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage 30**

1. Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Richtlinien-Entwurf auch eine Anpassung der Verhältniszahlen für die Gruppe der Psychotherapeuten adressiert wird. Eine angemessene Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung ist eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass psychisch kranke Menschen zeitnah versorgt werden können.

Die aktuelle Bedarfsplanung sieht in städtischen und ländlichen Regionen stark unterschiedliche Versorgungsdichten in den Arztgruppen der Psychotherapeuten und Nervenärzte vor. Damit einher geht eine unzureichende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere außerhalb der Großstädte, die sich beispielsweise in monatelangen Wartezeiten auf eine ambulante Behandlung zeigt. Diese besonders große Spreizung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten wurde auch durch das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung¹ hervorgehoben. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass deutschlandweit rund 2.400 psychotherapeutische Praxen fehlen. Der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der Patienten- und Ländervertreter trägt dem Rechnung und beinhaltet eine Anpassung der Verhältniszahlen, die zumindest die unverhältnismäßig schlechtere psychotherapeutische Versorgung außerhalb der Großstädte so korrigiert, dass die Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 auf das im Verhältnis zu Kreistyp 1 sonst übliche Niveau der fachärztlichen Versorgung angehoben werden.

Neben den starken Unterschieden bezüglich der vorgesehenen Versorgungsdichten in städtischen und ländlichen Regionen für die psychotherapeutische Versorgung, liegen dem Niveau der Verhältniszahlen in allen Kreistypen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten grundsätzliche Fehler zugrunde. Die BPtK schlägt vor, diese Fehler insoweit zu korrigieren, als dass die in den letzten 20 Jahren um etwa 20 Prozent gestiegene Inanspruchnahme bzw. Bereitschaft, sich wegen psychischer Erkrankungen professionelle Hilfe zu holen, bei der Festlegung der Verhältniszahlen berücksichtigt werden.

Keinerlei Änderungen an den Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten vorzunehmen, wie es von Seiten des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) vorgeschlagen wird, ist angesichts der monatelangen Wartezeiten auf einen Therapieplatz für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine unter Versorgungsgesichtspunkten nicht nachvollziehbare Haltung.

¹ Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: www.g-ba.de

Die BPtK wird sich in ihrer Stellungnahme im Folgenden auf den Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen konzentrieren.

2. Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor

2.1 Einführung eines Morbiditätsfaktors

Die vorgeschlagene arztgruppen- und planungsbereichsbezogene Modifikation der Verhältniszahlen anhand eines Morbiditätsfaktors ist gegenüber dem bisher angewandten Demografiefaktor grundsätzlich geeignet, die Morbidität der Bevölkerung differenzierter zu berücksichtigen und ermöglicht eine zielgenauere Abbildung regionaler Bedarfe in der Bedarfsplanung. Mit der Einführung eines Morbiditätsfaktors wird dem gesetzlichen Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Rechnung getragen, zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung die Verhältniszahlen insbesondere unter Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur, zusätzlich zur demografischen Entwicklung, anzupassen.

Der Beschlussentwurf sieht vor, den Morbiditätsfaktor anhand von Abrechnungsdaten zu ermitteln und dabei, entgegen dem im Gutachten zur Weiterentwicklung vorgeschlagenen regressionsbasierten Ansatz, einen „zellen-basierten Ansatz“ zu wählen. Damit soll insbesondere ein zu starker Anstieg an Komplexität und der entsprechend höhere Aufwand bei der Berechnung der arztgruppen- und planungsbereichsbezogenen modifizierten Verhältniszahlen vermieden werden, der mit einem regressionsbasierten Ansatz verbunden wäre. Dabei werden anhand von vier Altersgruppen, zwei Geschlechtern und zwei Ausprägungen des Morbiditätsgrades insgesamt 16 Morbiditätsgruppen (Differenzierungsgruppen) gebildet, um die regionalen Besonderheiten im Leistungsbedarf im Vergleich zum arztgruppenbezogenen Bundesdurchschnitt zu ermitteln.

- **Limitationen von Abrechnungsdaten zur Abbildung von Morbidität**

Wenngleich das vorgeschlagene Konzept des Morbiditätsfaktors im Vergleich zum bisherigen Demografiefaktor eine bessere Abbildung der regionalen Unterschiede im Versorgungsbedarf über die gesamte Versichertenpopulation zu leisten vermag, bleibt das grundsätzliche Problem bestehen, dass die Ermittlung des Leistungsbedarfs anhand der in einer Arztgruppe erbrachten Leistungen erfolgen soll. Der Leistungsbedarf wird somit nicht über unabhängige externe Variablen, sondern über Abrechnungsdaten berechnet, die erheblich durch die Unterschiede in den ambulanten Versorgungsstrukturen mitgeprägt werden. GKV-SV und KBV verweisen in den Tragenden Gründen auf die möglichen Fehleinschätzungen der Morbidität u. a. aufgrund der Unterschiede in der Arztdichte und

halten dabei zugleich fest, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) keine besseren verfügbaren Daten bekannt sind, die eine vergleichbare Differenzierung erlauben. Dieser Einschätzung ist mit Blick auf das gesamte Krankheitsspektrum in der ambulanten Versorgung sicherlich zuzustimmen. Allerdings ist insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten das Heranziehen von Abrechnungsdaten mit einem besonders hohen Verzerrungsrisiko verbunden, da aufgrund der massiven Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den sechs Kreistypen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten und den darüber hinausgehenden Unterschieden hinsichtlich der tatsächlichen Versorgungsdichte in den Planungsbereichen, aber auch in den Teilbereichen der einzelnen Planungsbereiche, davon auszugehen ist, dass insbesondere in Regionen außerhalb der Großstädte und im Ruhrgebiet eine geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen nicht auf eine geringere Morbidität der Bevölkerung, sondern vielmehr auf den strukturellen Mangel an ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangeboten zurückzuführen ist. Diese systematische Verzerrung, die den Abrechnungsdaten in der Arztgruppe der Psychotherapeuten zugrunde liegt, führt dazu, dass die vorgesehene Berechnung des Leistungsbedarf für die 16 Morbiditätsgruppen auf Bundes- und regionaler Ebene nur sehr eingeschränkt eine geeignete Schätzung der Morbidität ist. Die tatsächlichen Morbiditätsunterschiede und damit der relative Mehr- oder Minderbedarf an psychotherapeutischer Versorgung werden dadurch weniger valide abgebildet. Darüber hinaus sind jedoch gerade für den Bereich der psychischen Erkrankungen bessere Daten verfügbar, die von diesem Endogenitätsproblem nicht betroffen sind.

- **Bedarfsindex zur Abbildung von Morbidität: § 9 Absatz 4**

Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten liegen mit den Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen des Robert Koch-Instituts (DEGS1-MH-Studie)² bevölkerungsrepräsentative Daten vor, auf Basis derer eine systematische Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur bei der regionalen Anpassung der Verhältniszahlen unabhängig von Abrechnungsdaten möglich ist und damit eine stärker an der tatsächlichen Morbidität orientierte Bedarfsplanung gelingen kann. Da die DEGS1-MH-Daten die für die psychotherapeutische Versorgung wesentlichen psychischen Erkrankungen erfassen, können sie für die Abbildung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in der psychotherapeutischen Be-

² Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.

darfsplanung herangezogen werden. Die DEGS1-MH-Studie erfasst psychische Erkrankungen bei Erwachsenen, aus der BELLA-Studie des Robert-Koch-Instituts³ liegen zusätzlich Ergebnisse zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vor.

Wie eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung gelingen kann, hat die BPtK in einem Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung dargelegt. Anhand der bevölkerungsrepräsentativen Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen der DEGS1-MH-Studie hat IGES in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi⁴ einen Bedarfsindex entwickelt, mit dem unter Zuhilfenahme von soziodemografischen Daten die Häufigkeit psychischer Erkrankungen (Ein-Jahres-Prävalenzrate) je Planungsbereich geschätzt werden kann. Ein Grundgedanke des IGES/Jacobi-Gutachtens ist es, dass sich über regionale Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen ein regionaler Mehr- oder Minderbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung ermitteln lässt. Diese regionalen Unterschiede ergeben sich vor allem dadurch, dass einzelne Personengruppen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben. So ist das Risiko für eine psychische Erkrankung bei Frauen höher als bei Männern. Ältere Menschen (65 Jahre und älter) leiden seltener an einer psychischen Erkrankung als jüngere, insbesondere im Vergleich zu der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren. Auch arbeitslose Menschen haben ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen als berufstätige. Dadurch ist zum Beispiel in Regionen mit besonders hoher Arbeitslosigkeit, einem höheren Anteil an jungen Menschen oder überdurchschnittlich vielen Frauen ein größerer Anteil der Bevölkerung von psychischen Erkrankungen betroffen. Dort, wo Menschen häufiger psychisch erkranken, bedarf es entsprechend mehr Psychotherapeutesitze – und umgekehrt. Die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten sollte deshalb regional so variieren, dass sie die Häufigkeit psychischer Erkrankungen systematisch berücksichtigt.

Der Vorteil des Bedarfsindex gegenüber dem aktuell vorgeschlagenen Morbiditätsfaktor ist, dass der ermittelte Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Morbidität zur Vorhersage von regionalem Mehr- oder Minderbedarf nicht dadurch verzerrt wird, ob Bevölkerungsgruppen mit einer bestimmten Morbiditäts- und Sozialstruktur vor dem Hintergrund der ambulanten Versorgungsstrukturen aktuell einen ausreichenden Zugang zur Versorgung haben. Stattdessen liegen die Informationen zur Schätzung des regionalen

³ Klasen et al. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. Monatsschr Kinderheilkd, DOI 10.1007/s00112-017-0270-8

⁴ IGES & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutesitze. Abrufbar unter:
http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15656/e15657/e15659/attr_objjs15660/IGES_Publikation_Psychotherapeutesitze_WEB_ger.pdf.

Mehr- oder Minderbedarfs, unabhängig vom aktuellen Versorgungsangebot, auf Basis bevölkerungsrepräsentativer Erhebungen vor.

Die BPtK schlägt daher vor, § 9 Absatz 4 entsprechend zu ergänzen:

„[...] ⁴Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten wird der Leistungsbedarf auf Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Daten des Robert Koch-Instituts ermittelt.“

- **Arztgruppenspezifische Lösung für Psychotherapeuten**

Vergleichbare bevölkerungsrepräsentative und das relevante Diagnosespektrum umfassende epidemiologische Daten liegen für andere Arztgruppen in dieser Form nicht vor. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, dass diese Daten ungenutzt bleiben. Vielmehr sollten arztgruppenbezogen jeweils die besten verfügbaren Daten verwendet werden, um eine möglichst valide Schätzung des relativen regionalen Mehr- oder Minderbedarfs an ambulanten Versorgungsangeboten, gemessen in Arzt- bzw. Psychotherapeutensitzen, zu erreichen.

Mit dem Bedarfsindex, der vom IGES-Institut und Prof. Jacobi entwickelt wurde, liegt ein Konzept vor, mit dem der gesetzgeberische Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) für eine gleichmäßigere und bedarfsgerechtere psychotherapeutische Versorgung unter Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur umgesetzt werden kann, ohne die bekannten Limitationen von Abrechnungsdaten in Kauf nehmen zu müssen.

2.2 Ermittlung des Morbiditätsfaktors

- **Zeitbezug zur Ermittlung der Differenzierungsfaktoren: § 9 Absatz 2, 3 und 4**

Der GKV-SV schlägt vor, den Leistungsbedarf je Morbiditätsgruppe auf Bundes- und Planungsbereichsebene jeweils auf Basis des gleichen Stichtags bzw. Zeitbezugs zu ermitteln. Begründet wird dies damit, dass so Verzerrungen von Diagnosehäufigkeiten ausgeglichen werden können, da Schwankungen im Zähler (Bund) und im Nenner (Region) gleichermaßen vorkommen.

Dieses Vorgehen würde jedoch dazu führen, dass sich dynamisch verändernde Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung in der Bedarfsplanung nicht mehr abbilden ließen. Die Ausweisung zusätzlicher Arztkapazitäten, die ggf. erforderlich wäre, um eine alternde und

zunehmend multimorbide Gesellschaft ausreichend zu versorgen, kann durch den Vorschlag des GKV-SV nicht abgebildet werden. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Festsetzung von Stichtagen und Zeitbezügen bleibt damit hinter der aktuellen Anwendung des Demografiefaktors zurück, der bereits auf eine dynamische Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und damit einhergehende steigende Versorgungsbedarfe angelegt war. Die BPtK spricht sich dagegen aus, mit einer Reform der Bedarfsplanung eine auf die Zukunft ausgerichtete Strategie für eine langfristig angemessene Versorgung der Bevölkerung rückgängig zu machen.

Die BPtK befürwortet daher ausdrücklich die von der KBV vorgeschlagenen Stichtage und Zeitbezüge zur Ermittlung der Differenzierungsfaktoren in § 9 Absatz 2, 3 und 4, die einer dynamischen Entwicklung der Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung systematisch Rechnung tragen.

- **Ermittlung des Leistungsbedarfs innerhalb einzelner Arztgruppen: § 9 Absatz 2**

Aktuell geplant ist, den Leistungsbedarf für die 16 Morbiditätsgruppen jeweils anhand von Abrechnungsdaten der KBV innerhalb einer Arztgruppe zu berechnen. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, bei denen in einigen Regionen ein besonders geringes Angebot besteht, ist das Heranziehen von abgerechneten Leistungen jedoch wenig geeignet, um die tatsächlich bestehende Morbidität abzubilden. Auch in den Tragenden Gründen zum Entwurf dieser Richtlinie wird mit Verweis auf das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vermerkt, dass für die psychotherapeutische Versorgung kein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Indikatoren und (anhand von Abrechnungsdaten ermitteltem psychotherapeutischem) Versorgungsaufwand festgestellt werden kann. In bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts lassen sich dagegen deutliche Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Indikatoren und psychischer Morbidität ermitteln, wenn Verzerrungen durch die Inanspruchnahme von Leistungen, basierend auf Unterschieden in ambulanten Versorgungsstrukturen, ausgeschlossen werden können. Daraus lässt sich schließen, dass Abrechnungsdaten zur psychotherapeutischen Versorgung nur unzureichend geeignet sind, um planungsbereichsbezogen die psychische Morbidität und damit verbunden den Leistungsbedarf der Bevölkerung vorherzusagen.

Um dieser Fehleinschätzung entgegenzuwirken, ist es erforderlich, bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten den Leistungsbedarf nicht anhand des aktuellen psychotherapeutischen Leistungsgeschehens abzubilden, sondern einen akkurateren Schätzer für die tatsächliche psychische Morbidität einer Bevölkerungsgruppe zu verwenden. Falls dies anhand von Abrechnungsdaten erfolgen soll, ließe sich eine Verbesserung gegenüber dem

jetzt geplanten Modell dadurch erreichen, dass der Leistungsbedarf nicht über das Leistungsgeschehen innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten, sondern die kodierte Morbiditätslast psychischer Erkrankungen über alle Arztgruppen hinweg geschätzt wird. Entsprechend würden für die Berechnung des Leistungsbedarfs für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Diagnosedaten aller an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligten Arztgruppen verwendet werden. Ein solches Vorgehen ist, im Unterschied zu anderen Arztgruppen, bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten leichter möglich, da sich die dem Bedarf zugrundeliegende Morbidität für diese Arztgruppe einer begrenzten Anzahl an ICD-10 Diagnosen zuordnen lässt.

Hierfür wäre § 9 Absatz 2 wie folgt zu ergänzen:

„[...] ⁴Die Anpassung erfolgt mit einem Leistungsbedarfsfaktor, der den Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegelt und die regionale Abweichung der Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt entsprechend gewichtet. ⁵**Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten erfolgt die Anpassung mit einem Leistungsbedarfsfaktor, der die von allen Arztgruppen kodierte psychische Morbidität widerspiegelt.** ⁶**Berücksichtigt werden hierbei ausschließlich Diagnosen, die gemäß der Richtlinien des G-BA eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie bzw. der Neuropsychologischen Therapie sind.**

- **Einteilung der Morbiditätsgruppen in erhöht morbide/durchschnittlich morbide: § 9 Absatz 3**

Im vorliegenden Entwurf für die Bedarfsplanungs-Richtlinie besteht aktuell Dissens bezüglich der Bezeichnung der unterschiedlich stark belasteten Bevölkerungsgruppen. Der Gruppe der „erhöht morbiden“ Patienten wird von der KBV die Gruppe der „durchschnittlich morbiden“ entgegengestellt. Letztere bezeichnet der GKV-SV als „nicht morbide“. Die zugrunde liegende Definition, die von allen Bänken geteilt wird, macht deutlich, dass es sich bei letztgenannter Gruppe mitnichten um eine nicht morbide Versichertengruppe handelt, sondern lediglich um eine Versichertengruppe, deren Morbiditätslast, gemessen an der Anzahl chronischer Krankheiten gemäß dem M2Q-Kriterium, unterhalb des Cut-Off-Kriteriums für „erhöht morbide“ liegt. Das Kriterium von sechs Krankheiten zur Bestimmung der von Multimorbidität betroffenen Versicherten ist dabei relativ hoch angesetzt. Die BPtK unterstützt daher ausdrücklich die Verwendung des Begriffs „durchschnittlich morbide“ zur Bezeichnung der Versichertengruppe unterhalb dieses Kriteriums für

Multimorbidität und wird diesen bei den folgenden Anmerkungen durchgängig verwenden.

Zur Einteilung der Versicherten in „erhöht morbide“ und „durchschnittlich morbide“ ist aktuell geplant, darauf abzustellen, ob innerhalb eines Jahres sechs oder mehr Krankheiten diagnostiziert worden sind. Abweichend vom Vorschlag des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, welcher auf die Krankheitsliste von Barnett et al. (2012) Bezug nimmt, werden in dem Beschlussentwurf, aus Gründen der Rechtssicherheit, die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes (BVA) zugrunde gelegt. Dies gilt insbesondere für die Liste der Krankheiten sowie die Zuordnung der unterschiedlichen ICD-Codes zu den Krankheiten im jeweiligen Ausgleichsjahr. Darüber hinaus wird auch auf das sogenannte M2Q-Kriterium abgestellt, wonach im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eine Krankenkasse für einen Versicherten dann einen Zuschlag erhält, wenn bei diesem in mindestens zwei Quartalen eines Jahres eine gesicherte ambulante Diagnose (ICD-10 Code) kodiert worden ist, die derselben Morbiditätsgruppe zugeordnet ist. Dies erscheint aus Sicht der BPtK sachgerecht. Die Grundüberlegung im Morbi-RSA zielt auf die Abbildung schwerer und chronischer Erkrankungen ab, die prospektiv im darauffolgenden Jahr zu erhöhten Leistungsausgaben führen. Für die ambulanten Diagnosen wird dabei u. a. wegen der geringeren Diagnosequalität vorausgesetzt, dass diese Diagnose in mindestens zwei Quartalen eines Jahres als gesicherte Diagnose kodiert worden ist. Diese Quartale müssen dabei ausdrücklich nicht direkt aufeinander folgen, wie dies im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen ist. Wenn nun im Weiteren auf eine erhöhte Morbidität im Sinne des Vorliegens von mindestens sechs Krankheiten abgestellt wird, widerspräche es der Logik des Morbi-RSA, diese nur dann anzunehmen, wenn in mindestens zwei Quartalen mindestens sechs Krankheiten kodiert worden sind. Vielmehr wäre als Kriterium festzulegen, dass für einen Versicherten innerhalb eines Jahres mindestens sechs Krankheiten kodiert worden sind und für jede dieser Krankheiten das sogenannte M2Q-Kriterium erfüllt ist. In diesem Sinne dürfte demnach nicht – wie in dem Beschlussentwurf vorgesehen – darauf abgestellt werden, ob für einen Versicherten zwei Quartale identifiziert werden können, in denen jeweils sechs identische Krankheiten kodiert wurden. Im Ergebnis mögen die damit verbundenen Abweichungen relativ gering ausfallen. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle von den bewährten Konzepten des BVA abgewichen werden sollte.

Eine weitere Einschränkung des vorliegenden Vorschlags besteht darin, dass generisch für alle Arztgruppen auf dasselbe Konzept für erhöhte Morbidität zurückgegriffen werden soll. Aufgrund der Anforderung von sechs Krankheiten, die jeweils in mindestens zwei Quartalen in einem Jahr vorliegen müssen, ist davon auszugehen, dass dieses Kriterium

ganz überwiegend dann erfüllt wird, wenn eine erhebliche somatische Krankheitslast vorliegt. Das Kriterium wird daher ganz überwiegend ältere multimorbide Patienten als „erhöht morbide“ im Sinne des Morbiditätsfaktors kategorisieren. Der deutlich erhöhte psychotherapeutische Leistungsbedarf der Versichertengruppe mit erhöhter psychischer Morbidität könnte dagegen nur sehr unzureichend abgebildet werden, nicht zuletzt, weil die höchsten psychischen Morbiditätsraten vor allem in den jüngeren Altersgruppen vorzufinden sind. Aus Sicht der BPtK wäre daher für die Berechnung des Morbiditätsfaktors für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht auf die allgemein erhöhte Morbidität über alle Krankheiten hinweg abzustellen, sondern gezielt nur die psychischen Krankheiten zu berücksichtigen.

Nach den Daten des DEGS1-MH ist insbesondere bei Versicherten, bei denen mehrere komorbide psychische Störungen vorliegen, von einem mit der Zahl der Diagnosen steigenden Leistungsbedarf auszugehen.⁵ Diese leiden nicht zwingend unter einer Vielzahl weiterer somatischer Krankheiten und würden insofern zu häufig das generische Kriterium der erhöhten Morbidität im Sinne von sechs Krankheiten nicht erfüllen. Stattdessen würden diese Versicherten anhand des geplanten Kriteriums in vielen Fällen trotz eines deutlich erhöhten psychotherapeutischen Leistungsbedarfs der Gruppe der „durchschnittlich morbiden“ zugeordnet werden.

Psychische Erkrankungen zeichnen sich oftmals durch ein besonders frühes Erkrankungsalter im Vergleich zu chronischen somatischen Erkrankungen aus. Gleichzeitig ist eine frühzeitige psychotherapeutische Behandlung von entscheidender Bedeutung, um einer Chronifizierung der Erkrankung und damit langjährigen persönlichen und ökonomischen Folgen entgegenzuwirken. Für eine angemessene Versorgung ist es daher zentral, dass regional dort mehr Psychotherapeuten zur Verfügung gestellt werden können, wo mehr Versicherte mit einer besonders hohen psychischen Morbidität leben. Mit der geplanten generischen Operationalisierung des Morbiditätsfaktors kann das für die psychotherapeutische Versorgung nicht ausreichend gewährleistet werden.

Es ist daher erforderlich, die Kategorisierung der erhöhten Morbidität spezifisch für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu fassen. Vorbehaltlich einer weiteren empirischen Prüfung käme in Betracht, bei dieser Arztgruppe für die Einstufung als „erhöht morbide“ mindestens drei psychische Krankheiten zu fordern, für die zugleich das M2Q-Kriterium erfüllt ist.

⁵ Mack, S. et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 289-303.

Die BPtK schlägt daher folgende Änderung in Anlage 4.1 vor (ausgehend vom Entwurf der KBV):

„[...] Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr ~~in mind. 2 Quartalen (sogenanntes „M2Q-Kriterium“)~~ mind. 6 Krankheiten der BVA-Liste kodiert wurden. ~~Berücksichtigt werden nur und je Krankheit in mind. 2 Quartalen (sogenanntes „M2Q-Kriterium“)~~ gesicherte Diagnosen (ICD-Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste ~~den Krankheiten der jeweiligen Krankheit~~ zugeordnet wurden, ~~in den ambulanten Abrechnungsdaten~~ kodiert wurden ~~nach ICD-10 2016) in den ambulanten Abrechnungsdaten.~~ Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gilt ein Patient dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr mind. 3 psychische Krankheiten der BVA-Liste kodiert wurden und je Krankheit in mind. 2 Quartalen gesicherte Diagnosen (ICD-Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste der jeweiligen Krankheit zugeordnet wurden, in den ambulanten Abrechnungsdaten kodiert wurden.“

Für eine wirksame Anwendung des Morbiditätsfaktors ist es zentral, dass die gewählten Faktoren zur Gruppierung der Versicherten jeweils eine möglichst trennscharfe Einteilung von Versicherten in Bezug auf ihren Leistungsbedarf aufgrund der Morbiditätslast ermöglichen. Nur so lässt sich anhand des Vergleichs von regionaler und Bundesebene in Bezug auf die einzelnen Morbiditätsgruppen ein tatsächlicher Mehr- oder Minderbedarf an Arztkapazitäten in einem Planungsbereich ableiten.

- **Ermittlung des Leistungsbedarfs in Punkten/Euro: § 9 Absatz 4**

Da regional festgelegte Ziffern grundsätzlich in Euro und nicht in Punkten bemessen werden, sollte auch der Leistungsbedarf in den 16 Morbiditätsgruppen auf dieser Basis berechnet werden. Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors basierend auf Punktzahlen würde dagegen regionale Besonderheiten bei der Berechnung des Bundesschnitts unberücksichtigt lassen. Das könnte dazu führen, dass bundesweite Leistungsunterschiede in den 16 Morbiditätsgruppen durch regionale arztgruppenspezifische Besonderheiten verzerrt werden und nicht auf tatsächliche Leistungsunterschiede im Sinne eines unterschiedlichen Versorgungsbedarfs zurückgeführt werden könnten.

Die BPtK spricht sich daher für den von KBV, DKG und Patientenvertretern in § 9 Absatz 4 Satz 4 vorgeschlagenen Ansatz einer Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren in Euro aus.

- **Zeitliche Begrenzung des Morbiditätsfaktors: § 9 Absatz 8**

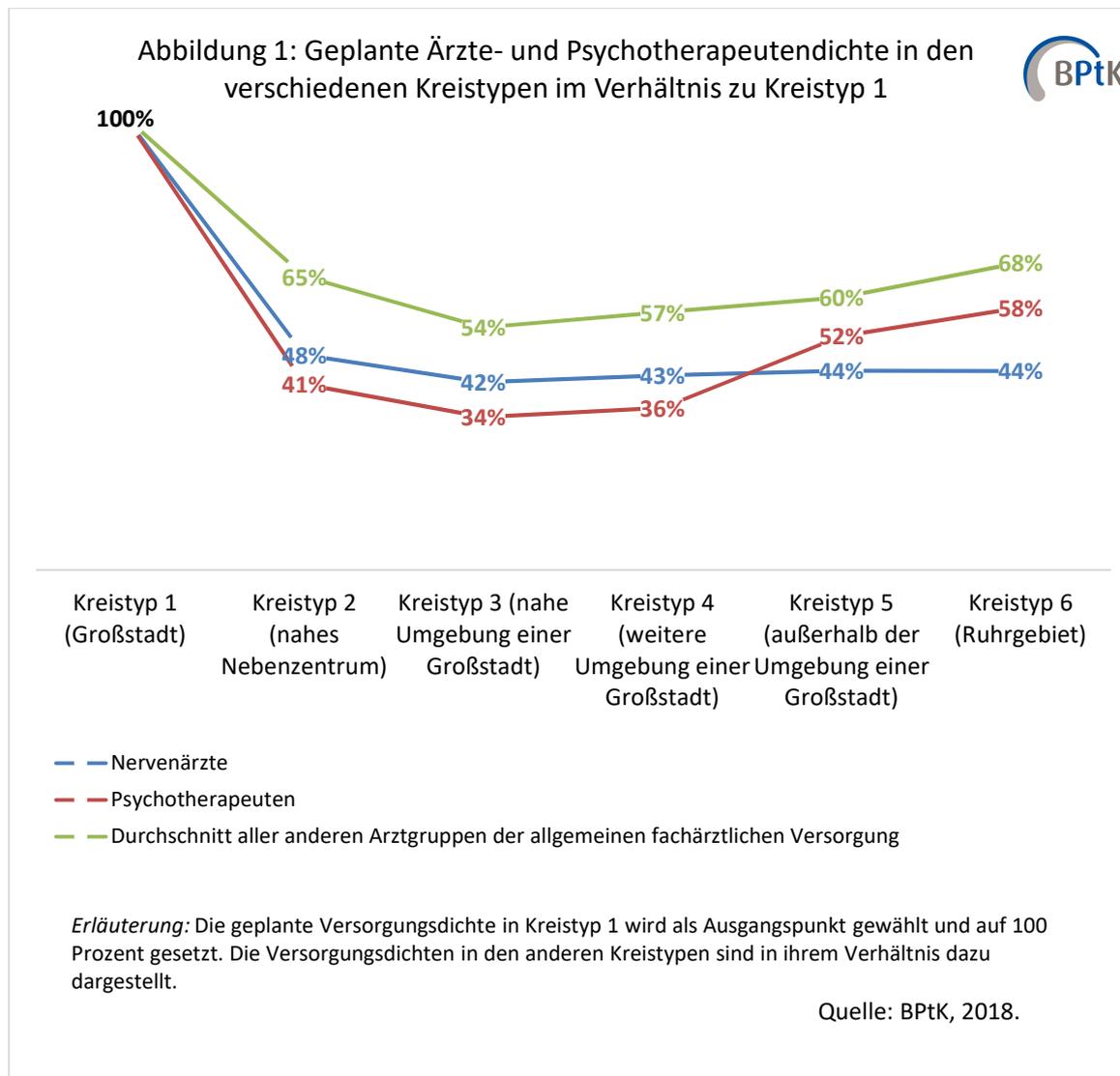
Mit dem Morbiditätsfaktor wird ein Element in die Bedarfsplanung eingeführt, mit dem bisher keine Erfahrungen auf regionaler oder Bundesebene bestehen. Gleichwohl handelt es sich beim Morbiditätsfaktor um eine Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Demografiefaktors, der zur regionalen Anpassung von Verhältniszahlen bereits seit mehreren Jahren als Element der Bedarfsplanung angewendet wird. Begrüßenswert ist bei der Einführung des Morbiditätsfaktors sicherlich die vom G-BA geplante enge Begleitung und ein Monitoring, welches frühzeitig Anhaltspunkte für ggf. notwendigen Anpassungsbedarf geben kann. Aus Sicht der BPtK leitet sich daraus jedoch nicht ab, dass die Anwendung des Morbiditätsfaktors, wie von GKV-SV vorgeschlagen, auf sechs Jahre begrenzt werden sollte. Die BPtK unterstützt daher den Vorschlag von KBV und Patientenvertretern auf einen entsprechenden Absatz 8 in § 9 zu verzichten.

3. Anpassung der Verhältniszahlen: Allgemeine fachärztliche Versorgung

3.1 Starke Spreizung der Verhältniszahlen in der psychotherapeutischen Versorgung

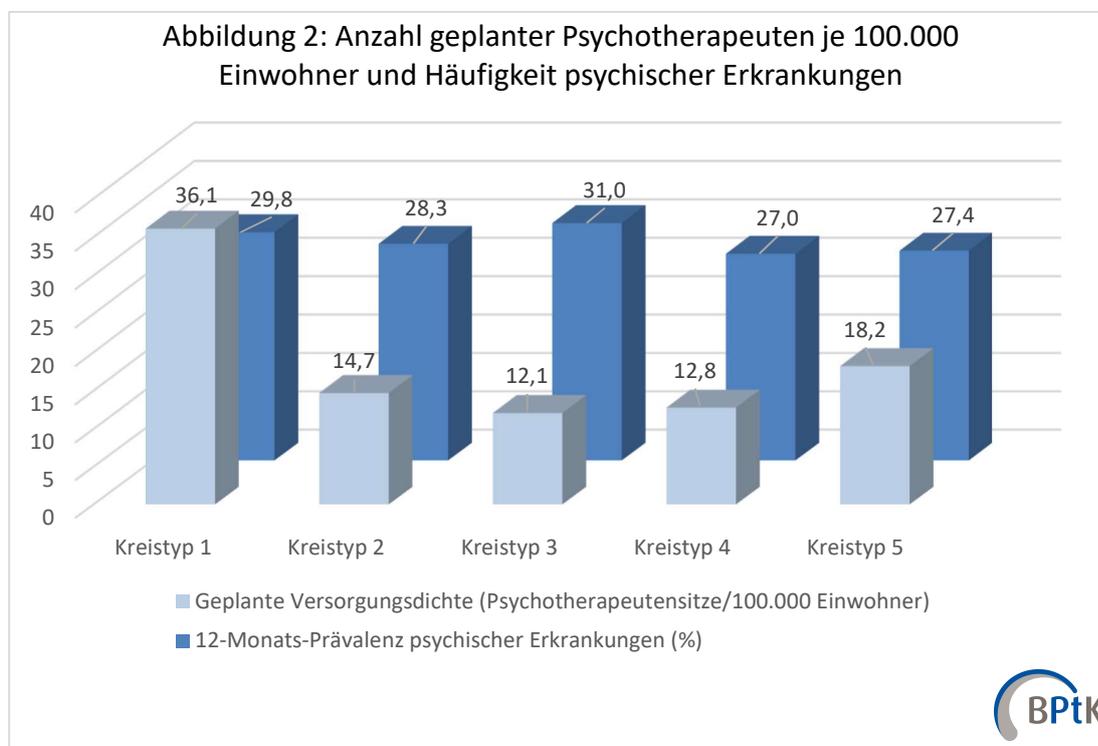
Die aktuelle Bedarfsplanung sieht in städtischen und ländlichen Regionen stark unterschiedliche Versorgungsdichten für Psychotherapeuten vor. Aktuell liegt die Spreizung der Verhältniszahlen bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten zwischen 3.079 für Kreistyp 1 und 9.103 für Kreistyp 3. Hinzu kommt, dass der Unterschied zwischen der geplanten Versorgungsdichte in Großstädten und der Dichte in Regionen außerhalb von Ballungszentren bei den Arztgruppen, die psychisch kranke Menschen versorgen (Psychotherapeuten und Nervenärzte), besonders groß ist. Während für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten und der Nervenärzte gerade noch 41 bzw. 48 Prozent der Versorgungsdichte in Kreistyp 2 im Vergleich zu Kreistyp 1 vorgesehen ist, ist für alle anderen Arztgruppen der fachärztlichen Versorgung im Schnitt 65 Prozent der Versorgungsdichte in Kreistyp 2 im Vergleich zu Kreistyp 1 vorgesehen. Folge davon ist in den Regionen außerhalb der Großstädte eine deutlich schlechtere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Menschen mit somatischen Erkrankungen (vgl. Abbildung 1).

Als Gründe für die starken Unterschiede bezüglich der vorgesehenen Versorgungsdichten könnten eine stark unterschiedliche Morbidität in den unterschiedlichen Kreistypen oder besonders starke Mitversorgungsbeziehung zwischen den Kreistypen entsprechend der theoretischen Konzeption der Kreistypen herangezogen werden. Im Folgenden wird dargestellt, dass beide Erklärungen die extremen Unterschiede in der Versorgung von psychisch kranken Menschen zwischen städtischen und ländlichen Regionen nicht legitimieren.



- **Morbiditätsstruktur widerspricht aktueller Spreizung der Verhältniszahlen**

Zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen liegen bevölkerungsrepräsentative Daten des Robert Koch-Instituts⁶ vor. Eine Analyse dieser Daten zeigt, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen der Bedarfsplanung nur minimal schwankt. Dieser Befund widerspricht der großen Spreizung der entsprechend der aktuellen Bedarfsplanung als notwendig erachteten Psychotherapeutendichte je Kreistyp (vgl. Abbildung 2). Die Morbiditätsstruktur legt vielmehr eine deutlich gleichmäßigere Verteilung der Psychotherapeutenplätze nahe.



Quelle: Daten von IGES-Institut & Prof. Jacobi, 2016; eigene Darstellung der BPtK

- **Mitversorgungsbeziehungen widersprechen dem Ausmaß der Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Kreistypen**

Die der Bedarfsplanung zugrunde liegende Kreistypisierung nimmt eine Einteilung von Regionen anhand von hypothetisch angenommenen Mitversorgungsbeziehungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen an. Die Prämisse des Ansatzes von Mitversorgungsbeziehungen zwischen Regionen ist, dass Berufspendler ihren Facharzt oder Psychotherapeuten in der Regel in der Nähe ihres Arbeitsplatzes aufsuchen möchten. Allerdings gibt

⁶ Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 304-319.

es große Bevölkerungsgruppen, für die diese Prämisse nicht gilt. So muss davon ausgegangen werden, dass die nichtberufstätige Bevölkerung (v. a. Kinder und ältere Menschen) in der Regel eine wohnortnahe fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung präferiert. Für die Ärzte und Psychotherapeuten, die Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, lässt sich demnach die Annahme systematischer Mitversorgungseffekte nicht begründen. Für diese Gruppe ist innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten in der Bedarfsplanung eine 20-Prozent-Quote vorgesehen.

Die Mitversorgung eines Planungsbereichs kann über die Differenz von Ein- und Auspendlerquote in den Planungsbereich geschätzt werden. Diese Daten liegen für alle Planungsbereiche durch die INKAR-Datenbank vor. Betrachtet man die Ein- oder Auspendlerüberschüsse für alle Planungsbereiche, dann zeigt sich eine Varianz von -39 bis 48,9 Prozent. Wendet man diesen Ein- oder Auspendlerüberschuss nur auf den Anteil der beschäftigten Bevölkerung an, ließe sich dadurch ein Mehr- oder Minderbedarf an Psychotherapeuten pro Planungskreis zwischen 21,7 und 29,9 Prozent ableiten. Damit liegt die Varianz deutlich unter der aktuellen Spreizung der Verhältniszahlen. Zudem entsprechen die tatsächlichen Pendlerbewegungen oftmals nicht den nach Kreistypisierung angenommenen Mitversorgungsbeziehungen. So lässt sich beispielsweise für den Landkreis Böblingen ein Mehrbedarf von 3,4 Prozent aufgrund eines Einpendlerüberschusses berechnen, entsprechend der Bedarfsplanung ist der Landkreis Böblingen jedoch dem Kreistyp 3 zugeordnet, für den eine starke Mitversorgung angenommen wird.

Zusammenfassend lässt sich daraus schließen, dass Pendlerbewegungen der beschäftigten Bevölkerung nicht hinreichend geeignet sind, das Ausmaß der Spreizung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten zu rechtfertigen.

Die der Bedarfsplanung zugrundeliegende Kreistypisierung, die eine Einteilung von Regionen anhand von hypothetisch angenommenen Mitversorgungsbeziehungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen annimmt, wurde auch im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung⁷ eingehend untersucht. Das Gutachten kommt dabei zu folgendem Fazit:

„Auch auf Basis der empirischen Analysen (vergleiche Gutachtenteil C) muss die bisherige Anpassung als zu ungenau bewertet werden, da die Kreistypen nicht trennscharf zwischen den tatsächlichen Pendlerquoten differenzieren

⁷ Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: www.g-ba.de

können (vergleiche Abbildung C.4.2). Insgesamt unterscheiden sich die Pendlersalden lediglich zwischen den Kreistypen 1 und 3 eindeutig, wohingegen zwischen den Typen 2, 4 und 5 erhebliche Überschneidungen auftreten (vergleiche Gutachtenteil C.4.1).

Die empirische Betrachtung zeigt auch, dass die Mitversorgungstypen nicht in konsistenter Weise den realen Beziehungen entsprechen (vergleiche Abbildung C.5.1 des Gutachtens).“

[Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 18]

Weiter stellt das Gutachten zur Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Kreistypen fest, dass diese im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung besonders groß ausfällt:

„Die regionalen Unterschiede sind besonders groß bei der Gruppe der Psychotherapeuten beim Vergleich zwischen städtischen und ländlichen Räumen.“

[Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 41]

- **Vorschläge zur Reduzierung der Spreizung**

Die BPtK begrüßt daher ausdrücklich, dass KBV, DKG, Patienten- und Ländervertreter für die Arztgruppe der Psychotherapeuten Änderungsbedarf erkennen und versuchen, eine Lösung zu finden. Mit der vorgeschlagenen Anpassung der Verhältniszahlen würde der unverhältnismäßig schlechteren psychotherapeutischen Versorgung außerhalb der Großstädte insofern begegnet, als dass die Verhältniszahlen in Kreistyp 2 bis 6 auf das im Verhältnis zu Kreistyp 1 sonst übliche Niveau der fachärztlichen Versorgung angehoben werden.

Der Vorschlag zur Angleichung der Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 an die Verhältniszahl in Kreistyp 1 für die Psychotherapeuten, den die KBV, DKG, Patienten- und Ländervertreter gleichermaßen auf die psychiatrische Versorgung anwenden wollen, wäre ein wirksames Mittel, um die Ungleichbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenüber Menschen mit somatischen Erkrankungen in der fachärztlichen Versorgung zu beenden.

Vor dem Hintergrund der seit Jahren bestehenden langen Wartezeiten auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung und den Empfehlungen durch das vom G-BA in

Auftrag gegebene Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, ist der Vorschlag des GKV-SV, die Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – ohne erkennbare inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Gutachten - unverändert zu lassen, nicht nachvollziehbar. Der GKV-SV sollte neben der Verantwortung für die Beitragsentwicklung auch seiner Aufgabe gerecht werden, seinen Versicherten eine ausreichende Versorgung zur Verfügung zu stellen. Es stellt sich auch die Frage, warum der GKV-SV der Einholung eines mit Versichertengeldern finanzierten Gutachtens zustimmt, wenn er dessen Ergebnisse schlicht ignoriert und ohne weitere fachliche Begründung einen offensichtlich nicht hinnehmbaren Status quo verteidigt.

3.2 Ausreichende psychotherapeutische Versorgung sicherstellen: § 12 Absatz 4

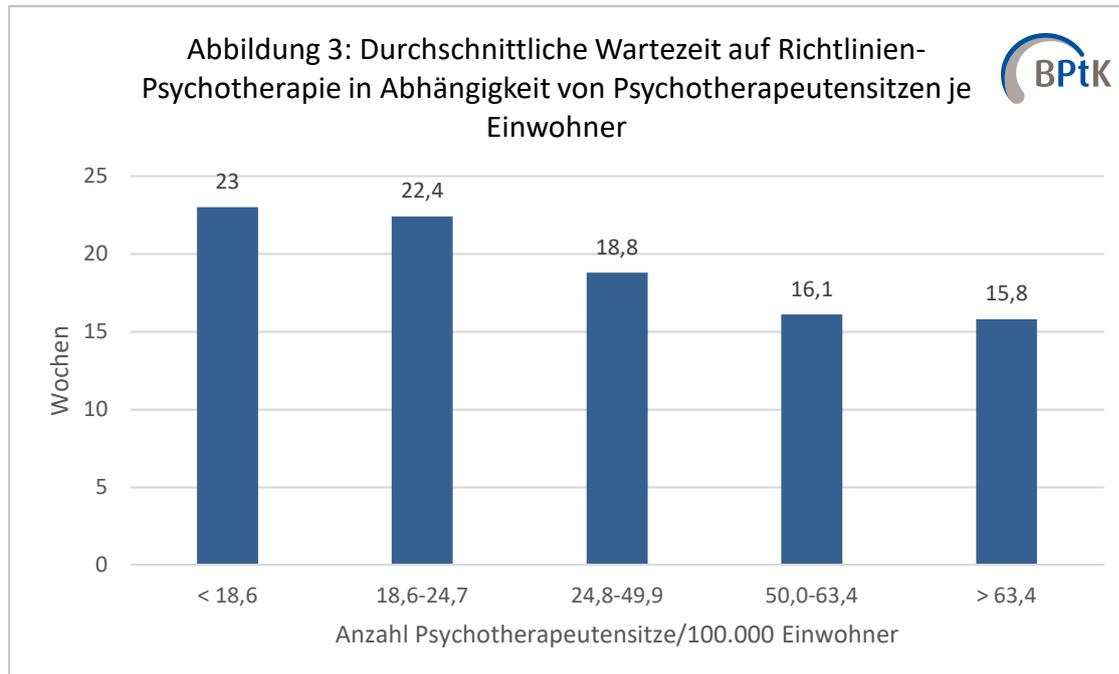
- **Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung zu lang**

Aktuelle Erhebungen zur Wartezeit in der ambulanten Psychotherapie des Sachverständigenrats für die Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (2018)⁸ sowie der BPtK (2018)⁹ zeigen übereinstimmend, dass Menschen im Durchschnitt vier bis fünf Monate auf den Beginn einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie warten.

Besonders lang sind die Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet. Dort warten Menschen im Durchschnitt fünf bis sechs, im Ruhrgebiet sogar mehr als sieben Monate auf den Beginn einer Psychotherapie. Dabei besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Wartezeit auf den Behandlungsbeginn und der Versorgungsdichte (siehe Abbildung 3). Je geringer die Anzahl der Psychotherapeutensitze je 100.000 Einwohner, desto länger warten psychisch kranke Menschen auf einen Behandlungsplatz.

⁸ SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: www.svr-gesundheit.de

⁹ BPtK (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapierichtlinie – Wartezeiten 2018. Abrufbar unter: www.bptk.de



Quelle: BPtK, 2018

- Fehler der bisherigen Bedarfsplanung bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten

Bei der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten sind grundlegende Fehler gemacht worden, die bis heute einer bedarfsgerechten Versorgung im Wege stehen. Die Festlegung des Stichtags (31. August 1999), nur acht Monate nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, mit dem Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als größte Leistungserbringerguppe in diesem Versorgungsbereich erstmalig regulär in die ambulante psychotherapeutische Versorgung integriert wurden, führte dazu, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – im Gegensatz zu den Verhältniszahlen anderer Arztgruppen – keine über viele Jahre gewachsene Versorgungsstruktur abbilden.

Zudem wurden mit dem festgelegten Stichtag nicht einmal diejenigen Psychotherapeuten auch nur annähernd vollständig erfasst, die vor dem Psychotherapeutengesetz über das Delegationsverfahren oder über die Kostenerstattung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkassenzulassung betrieblig gewesen waren und einen Anspruch auf eine Kassenzulassung hatten. Es wurden nur die erfasst, deren Zulassungsverfahren zu diesem Zeitpunkt „rechtswirksam“ abgeschlossen war. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legten teilweise aber systematisch gegen Zulassungen Rechtsbe-

helfe ein, sodass die Zulassungsverfahren viel länger dauerten. Es kann davon ausgegangen werden, dass erst Ende 2004 abschließend über alle Zulassungsverfahren entschieden worden war.

Darüber hinaus wurde bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Anzahl der Psychotherapeuten in Gesamtdeutschland zugrunde gelegt und nicht – wie bei anderen Facharztgruppen – diejenige in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern waren die ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen 1999 jedoch noch im Aufbau begriffen. Dass die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten in den neuen Bundesländern in der Berechnung der Verhältniszahlen berücksichtigt wurde, trägt bis heute dazu bei, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht annähernd Vorgaben für eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung machen.

Im Zuge der Bedarfsplanungsreform, die zum 1. Januar 2013 in Kraft trat, wurde lediglich die Verhältniszahl für den Kreistyp 5 angepasst. Hier waren die Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten mit etwa 15 Wochen besonders lang. Für drei Viertel der Bevölkerung führte die Reform der Bedarfsplanung 2013 jedoch nicht zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, obwohl auch hier Menschen wochen- und monatelang auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten warten mussten.¹⁰

- **Gutachten belegt fehlende Niederlassungsmöglichkeiten**

Im Juli 2015 hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den G-BA beauftragt, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Wirkung zum 1. Juli 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu treffen, bei der er insbesondere die Arztgruppe der Psychotherapeuten im Blick hatte (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V). Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, das vom G-BA in Auftrag gegeben und unter der Leitung von Prof. Dr. Sundmacher erstellt wurde,¹¹ zeigt für die psychotherapeutische Versorgung zum einen auf, dass die Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten besonders stark zwischen ländlichen und städtischen Regionen schwanken. Zum anderen wird im Gutachten aufgezeigt, dass selbst bei einer Ermittlung des Versorgungsbedarfs, basierend auf Abrechnungsdaten, aktuell ca. **2.400** Sitze in der psychotherapeutischen Versorgung fehlen.

¹⁰ BPtK (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Abrufbar unter: www.bptk.de.

¹¹ Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: www.g-ba.de

- **Gestiegene Inanspruchnahme berücksichtigen**

Neben den historischen Fehlern, die bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gemacht wurden, wurde bisher zudem vernachlässigt, dass die Bereitschaft, sich wegen psychischer Beschwerden professionelle Hilfe zu suchen, und das daraus resultierende Inanspruchnahmeverhalten seit den 1990er Jahren gestiegen ist. Psychische Erkrankungen sind inzwischen weniger stigmatisiert, sie werden häufiger erkannt und psychisch kranke Menschen suchen zunehmend häufiger Hilfe.

Das zeigt sich auch für die Einstellung von Patienten zur Psychotherapie. Diese hat sich in den vergangenen 30 Jahren stark verändert. 1991 war nur etwas mehr als die Hälfte aller Befragten (54,7 Prozent) der Auffassung, dass Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen empfohlen werden sollte.¹² 2001 hielten bereits rund 70 Prozent der Menschen in Deutschland eine Psychotherapie zur Behandlung einer Depression für empfehlenswert, aber nur knapp 40 Prozent eine Behandlung mit Psychopharmaka. Eine Umfrage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zeigt für das Jahr 2018, dass mittlerweile 94 Prozent aller Befragten meinen, dass Depressionen psychotherapeutisch behandelt werden sollten. Nur 55 Prozent gaben 2018 an, dass eine Depression medikamentös behandelt werden sollte.¹³

Auch die Entwicklung von Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen spielt eine Rolle bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Diese liegen mittlerweile für viele psychischen Erkrankungen vor. Aufgrund der mittlerweile umfassenden Evidenz zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen wird diese in einer Vielzahl von Leitlinien als Behandlungsmethode der ersten Wahl bei psychischen Erkrankungen empfohlen.

Daten des Robert Koch-Instituts zeigen, dass 27,7 Prozent der erwachsenen Deutschen innerhalb eines Jahres unter mindestens einer psychischen Erkrankung leiden (22,5 Mio.), aber nur 1,9 Mio. (8,4 Prozent) in psychotherapeutischer Behandlung (Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung) sind. Das bedeutet, dass maximal jeder zehnte psychisch Kranke aktuell eine Psychotherapie erhält, obwohl Psychotherapie bei den meisten psychischen Erkrankungen nach nationalen und internationalen Leitlinien die Behandlungsmethode der ersten Wahl ist.

¹² Schomerus, G. et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 125(6): 440-52.

¹³ Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2018). Abrufbar unter: www.deutsche-depressionshilfe.de

Eine konservative Abschätzung, wie stark die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wegen psychischer Beschwerden gestiegen ist, ermöglicht ein Vergleich der Ergebnisse der zwei bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts – dem Bundes-Gesundheitssurvey (1998) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2012). Hierbei zeigt sich, dass zwischen 1998 und 2012 der Anteil derer, die berichteten, schon einmal in ihrem Leben wegen psychischer Probleme professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben, von 36,4 Prozent im Jahr 1998 um knapp 20 Prozent auf 41,8 Prozent im Jahr 2012 gestiegen ist.^{14 15}

Unter „Hilfe“ wurde in den Studien jede Form von Beratung und Behandlung erfasst – von Beratungsstellen und Hausärzten über ambulante Psychotherapie bis hin zu stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. Dabei wurden Versorgungsangebote in der ambulanten Gesundheitsversorgung am stärksten genutzt (34,8 Prozent lifetime Inanspruchnahme und 13,6 Prozent in den letzten 12 Monaten). Die Inanspruchnahmerate für den stationären Bereich lag bei 13,0 Prozent (lifetime) resp. 1,9 Prozent (letzte 12 Monate). Unter den ambulanten Versorgungsangeboten wurden Psychotherapeuten von den psychisch erkrankten Patienten am häufigsten wegen psychischer Beschwerden konsultiert (lifetime: 19,4 Prozent; 12-Monats-Rate: 5,9 Prozent), gefolgt von Hausärzten (lifetime: 13,6 Prozent; 12-Monats-Rate: 4,5 Prozent) und Psychiatern (lifetime: 11,8 Prozent; 12-Monats-Rate: 4,5 Prozent).¹⁴ Aufgrund der Breite der erfassten Hilfsangebote kann davon ausgegangen werden, dass die Zunahme der Inanspruchnahme nicht auf eine Zunahme der entsprechenden Versorgungsangebote zurückgeführt werden kann. So ist zum Beispiel die Anzahl der Allgemein- bzw. Praktischen Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und vorrangig die hausärztliche Versorgung übernehmen, von 1998 bis 2012 nicht gestiegen, sondern sogar um rund 5.000 gesunken.¹⁶ Zugleich wird ein großer Teil der Versicherten wegen ihrer psychischen Erkrankungen vor allem hausärztlich versorgt. Die 20-prozentige Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe wegen psychischer Erkrankungen, die im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre festgestellt werden konnte, ist daher kein Ausdruck einer angebotsabhängigen Nachfrage, sondern ist im Sinne eines tatsächlich gestiegenen Bedarfs zu interpretieren.

¹⁴ Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

¹⁵ Mack, S. et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 289-303.

¹⁶ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Abrufbar unter: www.gbe-bund.de.

Es zeigt sich zudem, dass die Inanspruchnahme insbesondere vom Schweregrad der Erkrankung abhängt. So steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, mit der Anzahl der Komorbiditäten deutlich an. Während etwa 11,1 Prozent der Betroffenen mit einer psychischen Erkrankung innerhalb von 12 Monaten irgendeine Hilfe in Anspruch nehmen, sind es 40,4 Prozent der Betroffenen, die unter vier oder mehr psychischen Erkrankungen in den letzten 12 Monaten litten.

Die BPtK sieht daher, neben der Angleichung der Spreizung zwischen den Kreistypen, die Notwendigkeit, die gestiegene Nachfrage bei der Anpassung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu berücksichtigen.

§ 12 Absatz 4 sollte daher wie folgt angepasst werden:

[...]

	Typ 1 (stark mit- versorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitver- sorgend)	Typ 3 (stark mit- versorgt)	Typ 4 (mitver- sorgt)	Typ 5 (eigenver- sorgt)	Typ 6 (poly-zentri- scher Ver- flechtungs- raum)
[...]						
Psycho- therapeuten	3.079 2.566	7.496 3.957	9.103 4.784	8.587 4.503	5.953 4.255	5.435 3.780
[...]						

Die resultierende Verhältniszahl für den Kreistyp 1 entspricht dabei nahezu der Verhältniszahl für Großstädte in Agglomerationsräumen vor Inkrafttreten der Reform der Bedarfplanung zum 1. Januar 2013, mit der die Zahl der Kreistypen unter Berücksichtigung der Sonderregion Ruhrgebiet von zehn auf sechs reduziert wurde. Zu berücksichtigen ist dabei, dass selbst diese Verhältniszahl unter den oben beschriebenen Fehlern kalkuliert wurde. Durch eine entsprechende Anpassung der Verhältniszahlen würden bundesweit etwa 3.900 neue Niederlassungsmöglichkeiten entstehen.

3.3 Möglichkeiten zur kleinräumigen Planung

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der G-BA den Auftrag erhalten, Möglichkeiten der kleinräumigen Planung insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu prüfen. Angesichts des expliziten gesetzlichen Auftrags wird in den Tragenden Gründen zum vorliegenden Beschlussentwurf die Thematik der kleinräumigen Planung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nur kurz angerissen. Eine substanzielle Prüfung

alternativer Planungskonzepte ist dabei nicht zu erkennen. Stattdessen wird lediglich kurz die Option einer Planung auf Ebene der Mittelbereiche angesprochen, die nach Auffassung des G-BA mit der Anwendung einer einheitlichen Verhältniszahl verbunden wäre. Diese Option wird mit Verweis auf eine Aussage im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung verworfen, wonach vor allem in der Gruppe der Psychotherapeuten Patienten bereit seien, weitere Wege zum Psychotherapeuten in Kauf zu nehmen. Im Ergebnis sieht der G-BA keine Notwendigkeit für eine kleinräumigere Planung in der Arztgruppe der Psychotherapeuten oder bei anderen Arztgruppen. Unberücksichtigt bleibt dabei jedoch, dass vor dem Hintergrund regional unzureichender Versorgungsangebote Patienten gezwungen sind, weitere Wege zurückzulegen, um eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. In der Konsequenz impliziert dies auch, dass Patienten, die zeitlich oder in ihrer Mobilität stärker eingeschränkt sind, mangels erreichbarer Versorgungsangebote keine Psychotherapie erhalten können.

Zudem hat der G-BA nicht systematisch geprüft, wie eine differenziertere kleinräumige Planung innerhalb bestehender Planungsbereiche erfolgen könnte. Bereits in der aktuellen Bedarfsplanungs-Richtlinie ist in § 12 Absatz 3 Satz 6 grundsätzlich die Möglichkeit einer abweichenden Raumordnung zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung vorgesehen. Es hat sich jedoch in den vergangenen Jahren gezeigt, dass die regionalen Gremien von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch machen. Es stellt sich daher die Frage, ob die bisherige Öffnung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie für regionale Anpassungen hinreichend geeignet ist, bei regional bestehenden Problemen in der psychotherapeutischen Versorgung vor Ort durch spezifische Anpassungen im Sinne einer kleinräumigen Planung zu tatsächlichen Verbesserungen beizutragen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) haben nun die Länder im Bereich der Bedarfsplanung umfassendere Kompetenzen in den Landes- und Zulassungsausschüssen erhalten. Es bleibt daher abzuwarten, ob diese Maßnahme des Gesetzgebers zu einer tatsächlichen Adressierung regionaler Besonderheiten im Sinne einer kleinräumigen Planung führt oder ob in der Bedarfsplanungs-Richtlinie weitere konkrete Vorgaben zur kleinräumigen Planung notwendig sind, um lokale Versorgungsprobleme adäquat beheben zu können.

3.4 Psychiatrische Versorgung

- **Ausreichende psychiatrische Versorgung sicherstellen: § 12 Absatz 4**

Sowohl GKV-SV als auch KBV, Patienten- und Ländervertreter erkennen den Änderungsbedarf für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. Die Vorschläge zur Anpassung der Verhältniszahlen nehmen jedoch jeweils unterschiedliche Kreistypen als Ausgangspunkt für eine relative Angleichung der Versorgungsniveaus in den übrigen Kreistypen. Der GKV-SV schlägt vor, als Ankerpunkt für eine Angleichung der Verhältniszahlen auf das durchschnittliche Niveau der übrigen fachärztlichen Versorgung den Kreistyp 5 zu wählen, wobei dieser zunächst auf den Durchschnitt der Arztgruppe angehoben wird. Der Vorschlag der KBV zielt dagegen, analog dem Vorschlag für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, auf eine Angleichung der Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 auf das Niveau in Kreistyp 1 ab. Dies ist aus Sicht der BPtK sachgerecht angesichts der vergleichsweise langen Wartezeiten in der psychiatrischen Versorgung.¹⁷ Die BPtK unterstützt daher den Vorschlag der KBV, als Ausgangspunkt für die Anpassung der Verhältniszahlen Kreistyp 1 zu wählen, um damit eine substanzielle Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Planungsbereichen außerhalb der Großstädte zu ermöglichen.

- **Quotierungen in der Arztgruppe der Nervenärzte: § 12 Absatz 5**

Mit dem TSVG wurden dem G-BA weitreichende Kompetenzen für die Bildung von Quoten innerhalb von Arztgruppen übertragen. Geplant ist nun eine Quotierung innerhalb der Arztgruppe der Nervenärzte. Im Entwurf von KBV und DKG wird grundsätzlich angestrebt, 100 Prozent durch Ärzte mit einer Weiterbildung in beiden Fachgebieten zu besetzen. Wenn diese breite Qualifikation nicht in Höhe von 100 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl erreicht werden kann, soll für die Differenz zwischen tatsächlich erreichtem und 100 Prozent angestrebtem Anteil der Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung eine Quotierung von jeweils 50 Prozent für Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Neurologie eingeführt werden. Der GKV-SV schlägt dagegen eine durchgängige Quotierung von 30 Prozent für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und 20 Prozent für Fachärzte für Neurologie vor.

Die BPtK befürwortet an dieser Stelle den Vorschlag von KBV und DKG, da hierdurch doppelt qualifizierte Fachärzte systematisch berücksichtigt werden, zugleich aber bei künftig abnehmender Zahl von sowohl psychiatrisch und neurologisch qualifizierten Fachärzten

¹⁷ SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: www.svr-gesundheit.de

sichergestellt wird, dass über die Unterquote von 50 Prozent weiterhin eine ausreichende psychiatrische und neurologische Versorgung der Bevölkerung ermöglicht wird.

- **Feststellungen des Landesausschusses zu Quotenplätzen: § 25a**

Damit die festgelegten Quoten für die Anteile der Psychiater und Neurologen zu einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen können, ist es zentral, dass diese auch dann zu Zulassungen für Ärzte der entsprechenden Qualifikationen führen, wenn in einem Planungsbereich durch den Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet wurden. Aus Sicht der BPtK ist nicht ersichtlich, warum die für die Arztgruppen der Psychotherapeuten und Internisten vorgesehene Regelung für die Arztgruppe der Nervenärzte nicht zur Anwendung kommen sollte. Sie unterstützt dementsprechend den Vorschlag von KBV, DKV, Länder- und Patientenvertretern zu § 25a.

4. Vorgaben zur Erreichbarkeit

Für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss wird in der nicht abschließenden Aufzählung der Prüfkriterien in § 5 Satz 1 als siebentes Kriterium die Erreichbarkeit ergänzt. Damit greift der G-BA Überlegungen aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auf. Die BPtK begrüßt, dass damit das Kriterium der Erreichbarkeit systematisch bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs Berücksichtigung finden soll. Diese Prüfung sollte jedoch neben der Arztgruppe/den Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung gemäß § 11 Absatz 1 BP-RL auch bei allen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung entsprechend § 12 Absatz 1 BP-RL erfolgen.

Im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wird hierzu zusammenfassend festgestellt:

„Zusammenfassend und unter Berücksichtigung der Erreichbarkeitswerte aus den verschiedenen Quellen schlagen die Gutachter für die hausärztliche Versorgung einen Erreichbarkeitsrichtwert von 15 Minuten für das 99 Prozent Bevölkerungsquantil vor. Die allgemeine fachärztliche Versorgung für Urologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Nervenärzte sowie Psychotherapeuten sollten in mindestens 30 Minuten für 99 Prozent der Bevölkerung erreichbar sein. Kinderärzte und Frauenärzte bilden eine Ausnahme in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die beiden Arztgruppen haben eine besondere wohnortnahe Relevanz, da große Bevölkerungsgruppen weniger mobil sind

(Kinder, Schwangere) aber eine relativ häufige Frequentierung erfolgt (vergleiche Abbildung C.5.9). Für diese beiden Arztgruppen sollte daher ein geringerer Richtwert von 20 Minuten Fahrzeit erwogen werden.“

[Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 428-429]

Aus Sicht der BPtK haben die Gutachter hierbei noch unzureichend berücksichtigt, dass insbesondere in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, im Vergleich zu den anderen Arztgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung, eine relativ häufige Frequentierung erfolgt, die im Durchschnitt auch die Behandlungsfrequenz bei den Arztgruppen der Kinderärzte und Frauenärzte deutlich übersteigt. Zu berücksichtigen sind hierbei zudem die besonderen Belange der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen, die einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, die mit circa 20 Prozent innerhalb dieser Arztgruppe eine substantielle Patientengruppe ausmachen und hinsichtlich ihrer Mobilität ebenfalls limitiert sind. Dies ist bei der zeitlichen Definition der arztgruppenbezogenen Erreichbarkeitsschwelle zu berücksichtigen. Eine unzureichende Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Versorgung im Sinne von Fahrtzeiten über 20 Minuten kann daher dazu führen, dass substantielle Bevölkerungsgruppen faktisch von einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen werden.

Die BPtK begrüßt in diesem Sinne den Vorschlag der Patientenvertreter und der DKG, auch für die Arztgruppen nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 2 sowie Nummer 4 bis 8 ein Kriterium für die Erreichbarkeit festzulegen und dieses (hinsichtlich der Intention des Vorschlags) mit 30 Minuten PKW-Fahrtzeit zu definieren, innerhalb derer 99 Prozent der Bevölkerung die entsprechende fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen können. Der 99-Prozentanteil der Bevölkerung als Geltungsbereich, wie auch von den Gutachtern empfohlen, ist sachgerecht, um eine ungerechtfertigte Benachteiligung von ländlichen und schlecht angebundenen Regionen zu vermeiden. Die Erreichbarkeitsschwelle solle jedoch neben den Kinder- und Jugendärzten und Frauenärzten auch für die Arztgruppe der Psychotherapeuten auf 20 Minuten festgelegt werden.

Darüber hinaus entspricht der vorgeschlagene Normtext nicht der Intention dieser Regelung. Schon im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wird entgegen der Intention fälschlich formuliert, dass die allgemeine fachärztliche Versorgung in mindest-

tens 30 Minuten (anstatt innerhalb von 30 Minuten) für 99 Prozent der Bevölkerung erreichbar sein sollte. Im Beschlussentwurf wird dann sowohl beim Vorschlag der Patientenvertreter und DKG als auch beim Vorschlag des GKV-SV die Erreichbarkeitsschwelle in die falsche Richtung definiert, sodass eine unzureichende Erreichbarkeit erst vorliegen würde, wenn fast die gesamte Bevölkerung einer Region durchschnittlich länger als den jeweils definierten Minutenwert benötigen würden, um die Ärzte der entsprechenden Arztgruppe zu erreichen.

Die BPtK schlägt daher vor, § 35 Absatz 5 Satz 1 Nummer 7 wie folgt zu fassen (ausgehend vom Entwurf von Patientenvertretern und DKG):

7. Erreichbarkeit

²Maßstab für die Prüfung gemäß Satz 1 Nummer 7 ist, ob **99 mehr als 1** v. H der Einwohner in der Region nach Absatz 2,

1. die Ärzte der hausärztlichen Versorgung nach § 11 in durchschnittlich als 15 PKW-Minuten,
2. die Kinder- und Jugendärzte nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nummer 9, **die Psychotherapeuten nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7** und die Frauenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in durchschnittlich mehr als 20 PKW-Minuten,
3. die Fachärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 2, **Nummer 4 bis 6** sowie **Nummer 4 bis 8** in durchschnittlich mehr als 30 Minuten, erreichen, die Anzahl der betroffenen Einwohner die Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet und die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann. ³Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend. ⁴Bei den Kinder- und Jugendärzten gilt als Einwohner die Bevölkerung unter 18 Jahren.

Hinsichtlich der Anlage 2.2 erscheint es der BPtK in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll, in der arztgruppenbezogenen Darstellung der Erreichbarkeit je Planungsbereich wie für Spalte 20 vorgesehen, auf die durchschnittliche Nächsterreichbarkeit (in PKW-Fahrminuten) abzustellen. Stattdessen sollten die arztgruppenbezogen definierten Erreichbarkeitsschwellen in PKW-Fahrminuten zugrunde gelegt werden, um auf dieser Grundlage den Prozentanteil der Bevölkerung in einem Planungsbereich auszuweisen, für den dieser Schwellenwert in einer Arztgruppe überschritten wird. Für die Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 13 Absatz 1 könnte dabei in Anlehnung an die Empfehlungen des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ein Wert von

45 PKW-Fahrminuten zugrunde gelegt werden, während für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung auf eine entsprechende planungsbereichsbezogene Darstellung in Spalte 20 verzichtet werden könnte.

Darüber hinaus befürwortet die BPtK, dass in § 35 Absatz 5 Satz 3 für die Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs explizit aufgenommen wird, dass sich dieser auch auf die Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung beziehen kann.

5. Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen – Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage

Die Regelungen des Jobsharing zielen darauf ab, den gemeinsamen Leistungsumfang von Jobsharing Junior- und Seniorpartner zu begrenzen. Zugleich ist es geboten, dass für eine Reihe von Fallkonstellationen ein Antrag auf Anpassung der Punktzahlobergrenze gestellt werden kann. Dies ist erforderlich, damit auch Jobsharingpraxen in angemessener Weise auf die Anforderungen in der Versorgung und Veränderungen in den Versorgungsstrukturen und -prozessen reagieren können. Benachteiligungen von Jobsharingpraxen sind hierbei so weit wie möglich zu vermeiden. Auch Jobsharingpraxen muss es ermöglicht werden, ihren Versorgungsauftrag möglichst umfassend und am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientiert erfüllen und dabei die vertraglichen Vereinbarungen, aber auch Vorgaben von Richtlinien des G-BA, angemessen umsetzen zu können. In diesem Sinne befürwortet die BPtK den Vorschlag der KBV, die Möglichkeit des Antrags auf Neubestimmung der Gesamtpunktzahlvolumina nicht nur um die Fallkonstellation der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten i. V. m. § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV, sondern auch um die Konstellation zu erweitern, dass der G-BA in seinen Richtlinien Vorgaben macht, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind und spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Dirk Hollstein
Abteilung M-VL
Wegelystraße 8
10623 Berlin

-per E-Mail-

18. April 2019

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundespsychotherapeutenkammer
hier: Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL)**

Sehr geehrter Herr Hollstein,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 2. April 2019 und die Möglichkeit zur Stellungnahme, die wir Ihnen in der Anlage übersenden. Die für dieses Stellungnahmeverfahren verkürzte Frist von lediglich drei Wochen, zudem noch abzüglich der Feiertage, halten wir angesichts der Komplexität des Beratungsthemas und der vorangegangenen mehrjährigen Beratungen im G-BA, einschließlich der Einholung eines umfangreichen wissenschaftlichen Gutachtens, für nicht angemessen.

Damit jedoch der G-BA möglichst zeitnah und unter Einhaltung der neuen gesetzlichen Frist vom 1. Juli 2019 seinen Beschluss zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung fassen und damit die erforderlichen Verbesserungen in der vertragsärztlichen Versorgung angestoßen kann, hat die Bundespsychotherapeutenkammer darauf verzichtet, eine Verlängerung der Stellungnahmefrist zu beantragen.

An der mündlichen Anhörung am 29. April 2019 werde ich als Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Timo Harfst
Stellvertretender Geschäftsführer

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen Änderungen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-1303
TELEFAX (0228) 997799-5550
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Christian Heinick
INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 18.04.2019
GESCHÄFTSZ. **13-315/072#0980**

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der BPL-RL
(2019)**

BEZUG Ihr Schreiben vom 02.04.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5s SGB V danke ich
Ihnen. Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
Bedarfsplanung sowie Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und
Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung
(Bedarfsplanungs-Richtlinie)

Berlin, den 23.04.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 02.04.2019 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu einer vorgesehenen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgefordert.

Hintergrund der Änderung

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 101 SGB V beauftragt, mit Wirkung zum 31.01.2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 (Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung, insbesondere Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie der Sozial- und Morbiditätsstruktur) und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4 (überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten) zu treffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat daraufhin ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem die Möglichkeiten einer entsprechenden Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie evaluiert werden sollten. Das „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“ wurde im Oktober 2018 veröffentlicht. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Frist für die Anpassungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie nun auf den 01. Juli 2019 verschoben.

Die maßgeblichen Änderungsvorschläge betreffen die Modifikation der Verhältniszahlen (Arzt/Einwohner) durch einen neu entwickelten **Morbiditätsfaktor**, die Eingruppierung der Kinder- und Jugendärzte, die Einführung von **Quotenregelungen** innerhalb von Facharztgruppen (Internisten und Nervenärzte) und die Berücksichtigung der **Erreichbarkeit** als Voraussetzung für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Zu § 4 Bedarfsplan: Regelung zur Barrierefreiheit

A) Geplante Neuregelung

Die Bedarfspläne sollen zukünftig Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung enthalten. In der Anlage 2.1 werden hierzu nähere Angaben gemacht, dabei bezieht sich der GKV-SV auf die Vorgaben der DIN 18040-1, während die übrigen Bänke Aspekte darlegen, die in diesem Zusammenhang mindestens darzustellen sind.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine Berücksichtigung der Barrierefreiheit als Dimension des Zugangs zur ärztlichen Versorgung auch im Rahmen der Bedarfsplanung ist grundsätzlich begrüßenswert. Eine Konkretisierung der mindestens darzustellenden Inhalte, wie in Anlage 2.1 vorgesehen, ist sinnvoll, allerdings wird auch hieraus nicht ersichtlich, auf welche konkreten Maßnahmen bzw. Vorhaltungen in den Arztpraxen sich dies bezieht. Es erscheint hilfreich, hierzu nähere Ausführungen vorzunehmen und Kriterien für eine barrierefreie Praxis zu definieren.

Die Bundesärztekammer hatte bereits 2012 im Rahmen der Neuregelung der Bedarfsplanung die systematische Erfassung des Status quo im Regionalvergleich als notwendigen ersten Schritt zur Feststellung des Bedarfs an einer barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung empfohlen. Bezüglich der Erhöhung des Anteils barrierefreier Arztpraxen sieht die Bundesärztekammer neben der Selbstverwaltung auch

den Staat in der Pflicht, dieses Ziel, etwa über entsprechende Förderprogramme, zu unterstützen.

Zu § 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor

A) Geplante Neuregelung

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie von 2012 sieht die Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor vor, der sich durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor berechnet. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte die Einführung arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfaktoren damit begründet, dass sich für eine Reihe von Fachgruppen deutlich gesteigerte Leistungsumfänge für die ältere Bevölkerung im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung ergeben. Mit dem Leistungsbedarfsfaktor werden von daher pro Planungsbereich und Arztgruppe die veränderten Versorgungsbedarfe der älteren im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung abgebildet.

Anstelle des Demografiefaktors soll nun der Morbiditätsfaktor treten. Dafür sollen, anstatt der bisher zwei Altersgruppen, vier Altersgruppen sowie auch das Geschlecht und die Morbidität im Faktor enthalten sein, sodass künftig insgesamt 16 Populationsgruppen im Morbiditätsfaktor berücksichtigt würden, die sich aus den vier Altersgruppen (<20, 20-<45, 45-<75, 75 und älter), zwei Geschlechtsgruppen (m/w) und zwei Morbiditätsgruppen (erhöht morbide/nicht erhöht morbide) ergeben. Die Morbidität soll mittels der „Disease-count“-Methode festgelegt werden. Dabei werden Patienten, die in den Abrechnungsdaten der KBV über mindestens zwei Quartale mehr als 6 Krankheiten (aus dem amtlichen Konzept des Bundesversicherungsamtes) aufweisen, als erhöht morbide gezählt. Die Festlegung auf sechs Krankheiten wurde gewählt, um im Ergebnis 1/3 der Bevölkerung Deutschlands als erhöht morbide einzustufen. Dies entspricht der im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung mit einer anderen Methode festgestellten Verteilung.

Der Morbiditätsfaktor wird (wie bisher der Demografiefaktor) je Planungsbereich aus den Differenzierungsfaktoren und Leistungsbedarfsfaktoren der jeweiligen Arztgruppe berechnet. Die Differenzierungsfaktoren sind die 16 oben genannten Populationsgruppen, sie werden sowohl auf Bundesebene (allgemeine Differenzierungsfaktoren) als auch für regionale Planungsgebiete (regionale Differenzierungsfaktoren) ermittelt. Die Leistungsbedarfsfaktoren spiegeln den Behandlungsaufwand innerhalb einer Arztgruppe wider.

Nicht aufgegriffen wurde die Maßgabe des § 101 SGB V, die Sozialstruktur der Bevölkerung bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Das Gutachten hatte hierzu ausgeführt, dass die Abrechnungsdaten keine sozioökonomischen Angaben enthalten, und somit auf aggregierte Daten hätte zurückgegriffen werden müssen, die das Risiko ökonomischer Fehlschlüsse bergen. Der G-BA sehe sich schlussfolgernd nicht in der Lage, den gesetzlichen Auftrag unmittelbar umzusetzen, geht jedoch davon aus, dass „der Großteil der Morbiditätsunterschiede auf Grundlage von sozioökonomischen Faktoren bereits in der Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Morbidität enthalten ist“ und lediglich „überschaubare Zugewinne“ zu erzielen wären.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine genauere und über zwei Altersgruppen hinausgehende Berücksichtigung der Morbidität im Rahmen der Bedarfsplanung ist aus Sicht der Bundesärztekammer geboten, um dem Anspruch einer Planung nach dem Bedarf der Bevölkerung besser gerecht werden zu können. Der Bundesärztekammer liegen für diese Stellungnahme keine Analysen über die

Auswirkungen des vorgeschlagenen Morbiditätsfaktors und die z.T. konkurrierenden Ausgestaltungsoptionen vor. Für eine umfassende Bewertung wäre eine Kenntnis der Auswirkungen notwendig. Daher wird im Folgenden ausschließlich auf die Konstruktion des Faktors eingegangen.

Die Ableitung des Morbiditätsfaktors aus den Abrechnungsdaten als Datengrundlage ist kritisch zu sehen, da diese Daten aus methodischer Sicht mit Mängeln behaftet sein können (Unterschiede im Kodierverhalten, Abhängigkeit von der regionalen Arztdichte, Probleme bei der Abbildung von Patientenentitäten außerhalb der Regelversorgung etc.). Gleichwohl sieht die Bundesärztekammer die Verwendung der Abrechnungsdaten als alternativlos, da keine weitere Datenquelle als Grundlage kleinräumiger regionaler Planung im Verständnis der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA bundesweit zur Verfügung steht, die eine über Alter und Geschlecht hinausgehende Charakterisierung der Morbidität der Bevölkerung erlaubt. Insofern folgt die Bundesärztekammer hier der Einschätzung der Gutachter und des G-BA.

Eine regelmäßige Aktualisierung sowohl der Leistungsbedarfsfaktoren als auch der sogenannten regionalen Differenzierungsfaktoren scheint aus Sicht der Bundesärztekammer geboten, um die jeweils aktuelle Bedarfssituation der Bevölkerung in den regionalen Verhältniszahlen abbilden zu können.

Eine gleichzeitige Aktualisierung der Referenzverteilung auf Bundes- und auf regionaler Ebene, wie sie vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen wird, würde hingegen allein eine Verteilungswirkung entfalten, keine Anpassung der Verhältniszahlen an die Entwicklung der Morbidität im Zeitverlauf, und ist daher aus Sicht der Bundesärztekammer abzulehnen.

Trotz der in den Tragenden Gründen beschriebenen Mängel der Datengrundlage wird eine möglichst umfassende Erfassung der erbrachten (regionalen) Leistungen für die Morbiditätsbewertung als sinnvoll erachtet. Der Ausschluss von regionalen Leistungsziffern bei der Verwendung von Punkten statt Euro und die vorgeschlagene Nichtberücksichtigung von Sachleistungen gem. Kapitel 40 einerseits und gleichzeitige Berücksichtigung von Sachleistungen innerhalb pauschalierter Gebührenordnungspositionen andererseits stehen dem aus Sicht der Bundesärztekammer entgegen.

Die Bundesärztekammer folgt dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Auffassung, dass aufgrund fehlender Datengrundlagen und der damit verbundenen methodischen Schwierigkeiten eine Aufnahme der sozioökonomischen Faktoren in die Bedarfsplanung derzeit nicht mit hinreichender Genauigkeit erfolgen kann. Diese Auffassung wird auch durch das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gedeckt. Allerdings sollte dieser Umstand nicht dazu verleiten, auch künftig immer nur auf einen Mangel an Datenquellen zu verweisen und den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf diese Weise fortgesetzt auszublenden. Auch hier ist es weniger eine Aufgabe der Selbstverwaltung als vielmehr des Staates, seine Gesundheitsberichterstattung zu fördern und kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Zu § 11 bzw. § 12 Planung der Kinder- und Jugendärzte

A) Geplante Neuregelung

Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes sieht eine Zuordnung der Kinder- und Jugendärzte zur hausärztlichen Versorgung vor. Damit würde eine Beplanung auf Ebene der Mittelbereiche einhergehen. Zudem wird eine Absenkung der Verhältniszahl in allen Mittelbereichen, außer denen des Typ 1, vorgeschlagen. Die Verhältniszahl der Typen 2 bis 6 wird dabei vereinheitlicht, da Mitversorgungseffekte bei Kinder- und Jugendärzten nur sehr eingeschränkt vorhanden sind.

Der Vorschlag von KBV, DKG, Patienten- und Ländervertretern sieht hingegen eine Beibehaltung der Planung der Kinder- und Jugendärzte auf Ebene der Kreisregionen vor. Gleichzeitig wird auch hier eine Absenkung der Verhältniszahlen vorgeschlagen, im Gegensatz zum Vorschlag des GKV-Spitzenverbands auch in Typ 1.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Unabhängig von der Verstandortung der Kinder- und Jugendärzte in der Bedarfsplanungsrichtlinie ist die vom G-BA geplante Änderung der Bezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ entsprechend der aktuellen MWBO zu begrüßen.

Die Absenkung der Verhältniszahl und die Vereinheitlichung der Verhältniszahl für die Typen 2 bis 6 für die Kinder- und Jugendmediziner ist aus Sicht der Bundesärztekammer in beiden Vorschlägen zu begrüßen. Das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendmediziner hat sich insbesondere im Hinblick auf die Früherkennungsuntersuchungen stark ausgeweitet und schafft einen arbeitszeitintensiven neuen Tätigkeitsbereich, der insgesamt eine Ausweitung der Arztkapazitäten erforderlich macht. Eine solche Ausweitung sollte selbstverständlich mit einer Ausweitung der Vergütung einhergehen, so dass die zusätzlichen Ärztinnen und Ärzte nicht zulasten der im System befindlichen Ärztinnen und Ärzte abrechnen müssen. Die Vereinheitlichung der Verhältniszahl für die Typen 2 bis 6 ist nachvollziehbar, da in der Tat ein regelhaftes Pendlerverhalten von Eltern mit Kindern nicht anzunehmen ist. Allerdings ist angesichts einer starken und immer weiter zunehmenden Spezialisierung insbesondere der Kinder- und Jugendmediziner eine höhere Konzentration in Kernstädten des Typs 1 notwendig. Auch hier sind aber zusätzliche Kapazitäten für die „Basisleistungen“ der kinderärztlichen Versorgung vonnöten, so dass eine Absenkung der Verhältniszahl auch in Typ 1 sachgerecht erscheint.

Die Planungsebene der Mittelbereiche für die Kinder- und Jugendmediziner scheint angesichts der verfügbaren Anzahl Ärzte im Versorgungssystem ungeeignet. KBV und DKG führen in den Tragenden Gründen die Problematik der kleinen Zahlen auf regionaler Ebene überzeugend aus.

Zu § 12 Nervenärzte und Psychotherapeuten

A) Geplante Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss plant eine Angleichung der Verhältniszahl der Nervenärzte und der Psychotherapeuten (KBV, DKG, Patienten- und Ländervertreter schlagen eine stärkere Absenkung vor als der GKV-Spitzenverband) an die relative Verteilung über die regionalen Versorgungstypen der anderen an der allgemeinen fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte. Zudem soll das Binnenverhältnis der unter Nervenärzte subsummierten Fachärzte mithilfe von Quoten reguliert werden. Damit sollen die Differenzierungen innerhalb der Nervenärzte, insbesondere das Verhältnis von Psychiatern zu Neurologen, künftig berücksichtigt werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Steuerung der Arztgruppen, die innerhalb der Nervenärzte zusammengefasst werden, ist inhaltlich zu begrüßen. Ebenso ist mit Blick auf die deutliche Ausweitung des Versorgungsspektrums im Bereich Neurologie und Psychiatrie eine Anpassung des Versorgungsniveaus zu begrüßen, die sich vornehmlich in den eher ländlich geprägten Regionen niederschlagen sollte.

Zu § 13 Fachinternisten

A) Geplante Neuregelung

Für Fachinternisten in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung soll die Verhältniszahl aufgrund „substantieller Entwicklungen“ (umfassende Weiterentwicklung, Erweiterung und Differenzierung sowie zunehmende Ambulantisierung) abgesenkt werden. Die Absenkung soll nach dem Willen des GKV-SV deutlich geringer ausfallen, da ein Großteil der Versorgung durch ermächtigte Einrichtungen erfolge und zudem Überkapazitäten abgebaut werden müssten. Die KBV argumentiert, dass durch die vorgeschlagene Absenkung lediglich die aktuell formal bestehende deutliche Überversorgung und Vielzahl von Sonderzulassungen abgebaut würden, ohne dass neue Zulassungen entstehen würden.

Auch bei den Fachinternisten soll eine Quotierung von zunächst 5 % für Rheumatologen eingeführt werden, nach 5 Jahren soll die Quote evaluiert werden. Dissens besteht bezüglich der Geschwindigkeit der Umsetzung. Für Kardiologen, Gastroenterologen, Pneumologen und Nephrologen soll eine Maximalquote von 30% festgelegt werden. Eine Nachbesetzung bestehender Arztsitze soll jedoch möglich sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine deutliche Absenkung der Verhältniszahl ist aus Sicht der Bundesärztekammer bei der Arztgruppe der Fachinternisten dringend geboten. Sowohl die medizinische Entwicklung des Leistungs- und Diagnosespektrums der vergangenen 30 Jahre als auch die starke Spezialisierung der Arztgruppe in die unterschiedlichen Facharztbezeichnungen machen eine Anpassung der Verhältniszahl an den heutigen Stand der Versorgung notwendig. Die entsprechenden Ärzte sind bereits heute im System tätig, versorgen eine relevante Anzahl von internistischen Patienten in rein ambulanten Strukturen, werden aber aufgrund der Regelung nach §103 SGB V als „Überversorgung“ ausgewiesen. Ein Großteil dieser Versorgung über 140 % ist über Sonderbedarf über die Jahre entstanden, wobei für jeden einzelnen dieser Ärzte eine umfassende Einzelfallprüfung durch Vertreter der Krankenkassen und Ärzte vor Ort vorgenommen wurde. Die Reform der Bedarfsplanung sollte an dieser Stelle genutzt werden, die Realität auch in der Verhältniszahl nachzuvollziehen.

Die Einführung von Quoten bei den Fachinternisten ist ein für die Sicherstellung der Versorgung begrüßenswerter Schritt des G-BA. Die Möglichkeit der Abgabe einer Praxis innerhalb des eigenen Schwerpunktes bzw. der eigenen Facharztgruppe ist trotz Quote im Sinne der Versorgungskontinuität zu geben. Der G-BA liefert derzeit keine Begründung, warum eine Einzelbeplanung der Schwerpunkte, die ggf. das naheliegende Steuerungsinstrument darstellen würden, weiterhin nicht vorgesehen ist.

Die Höhe der Quoten in den konkurrierenden Vorschlägen kann anhand der vorliegenden Informationen von der Bundesärztekammer nicht bewertet werden.

Zu § 25 Quote Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie

A) Geplante Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erneut eine Quotenregelung für Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie von 50 % innerhalb der Quote für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. Die Bundesärztekammer hatte hierzu bereits 2013 Stellung genommen, damals war der Beschluss jedoch wegen fehlender gesetzlicher Grundlagen vom BMG beanstandet worden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Quote, um das entsprechende Leistungsspektrum der Psychosomatik innerhalb der ärztlichen psychotherapeutischen Versorgung sicherstellen zu können.

Zu § 31 Kriterien für die Prüfung auf (drohende) Unterversorgung – Nicht-ärztliche Praxisassistenten

A) Geplante Neuregelung

Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung empfiehlt, „dass Hausärzte sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen statt nur auf einen Sitz künftig auf 1,25 Sitze bewerben können, wenn sie durch mindestens einen Anteil von 0,5 Vollzeitkraft nichtärztliche Praxisassistenten unterstützt werden. Alternativ können sich vier Hausärzte, die jeweils mindestens 0,5 nichtärztliche Praxisassistentinnen beschäftigen, gemeinsam auf einen weiteren Arztsitz bewerben. KBV und GKV-SV schlagen in Anlehnung hieran, neben der Prüfung von Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit, Altersstruktur und Praxisstruktur, eine Berücksichtigung des Einsatzes nichtärztlicher Praxisassistenten nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V bei der Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung vor.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer spricht sich ausdrücklich gegen diese Vermischung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Kapazitäten bei der Bewertung der regionalen Versorgungslage aus. Eine Kompensation ärztlicher Tätigkeit durch nicht-ärztliche Praxisassistenten findet nicht statt – die Berücksichtigung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten würden Kapazitäten suggerieren, die in der Realität nicht die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf regionaler Ebene sicherstellen.

Zu § 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs

A) Geplante Neuregelung

Der G-BA sieht bei der künftigen Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs eine Berücksichtigung der Erreichbarkeit der Versorgung vor. Dabei sollen je nach Arztgruppe unterschiedliche Erreichbarkeitsstandards gelten, die je nach Auffassung der beteiligten Bänke unterschiedlich ausfallen. Nach dem Willen des GKV-SV sollen 95 % der Bevölkerung innerhalb von 20 PKW-Minuten die hausärztliche Versorgung, innerhalb von 30 PKW-Minuten die pädiatrische Versorgung und innerhalb von 40 Minuten Augenärzte und Frauenärzte erreichen können. PatV und DKG fordern für 99 % der Bevölkerung eine Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung innerhalb 15 Minuten, der Kinder- und Jugendärzte sowie Frauenärzte innerhalb 20 Minuten sowie von Augenärzten, Chirurgen und Orthopäden, Hautärzten, HNO-Ärzten, Nervenärzten, Psychotherapeuten und Urologen innerhalb von 30 Minuten. Die KBV fordert, dass die versorgungsrelevante Bevölkerungszahl in der Bezugsregion, für die ein lokaler Versorgungsbedarf angemeldet wird, die hausärztliche Versorgung innerhalb von 20 Minuten sowie Augenärzte, Frauenärzte und Kinder- und Jugendärzte innerhalb von 40 Minuten erreichen können sollen.

Zudem will der G-BA die Förderung mobiler oder telemedizinischer Versorgungsangebote für Ärzte der Bezugsregionen aufnehmen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich die Berücksichtigung von Erreichbarkeiten bei der Bewertung der lokalen Versorgungslage. Eine Bewertung der einzelnen Minutenangaben und ihrer Auswirkungen ist der Bundesärztekammer an dieser Stelle nicht möglich. Eine Differenzierung nach Betroffenheit bezogen auf die unterschiedlichen Arztgruppen erscheint jedoch sachlogisch. Die Bundesärztekammer erlaubt sich zudem den Hinweis, dass auch in den Krankenhausplänen der Länder sowie in Richtlinien des G-BA z. B. zu Sicherstellungszuschlägen Erreichbarkeiten definiert sind und empfiehlt hier einen Abgleich vorzunehmen.

Die Förderung der mobilen und telemedizinischen Versorgungsangebote in Regionen mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf wird von der Bundesärztekammer begrüßt. Die Zukunft der medizinischen Versorgung wird insbesondere in den hier benannten Regionen auch von digitalen Angeboten unterstützt werden.

Zu § 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage - Jobsharing

A) Geplante Neuregelung

Der G-BA sieht künftig eine Berücksichtigung von Weiterbildungsassistenten bei der Anpassung der Obergrenzen im Jobsharing vor. Zudem schlagen KBV, DKG und Ländervertreter ein Antragsrecht auf Anpassung der Obergrenze bei Änderungen der Vorgaben des G-BAs vor.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Beide Regelungen werden von der Bundesärztekammer begrüßt. Zum einen werden damit eine kongruente Rechtslage mit Blick auf die Förderung der Weiterbildung und des Jobsharings geschaffen und bestehende Widersprüche aufgelöst. Ebenso wird ermöglicht, dass Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die unmittelbar auf die Inanspruchnahme bestimmter Arztgruppen wirken (z.B. Einführung des Einladungsverfahrens bei der Koloskopie), ohne dass sie dabei mit Änderungen des EBM einhergehen, bei der Festlegung der Jobsharing-Obergrenze berücksichtigt werden.

Zu den Anmerkungen zu den Tragenden Gründen auf Seite 41 des Beschlussentwurfs

A) Geplante Neuregelung

Der Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA hat sich (laut einer den Tragenden Gründen angehängten Seite ohne nähere Bezeichnung) darauf verständigt, die geplanten Regelungen zum Morbiditätsfaktor, zur Erreichbarkeit, zur kinderärztlichen Versorgung sowie zu den Quotenregelungen nach einem Zeitraum von 3 Jahren zu evaluieren und eine entsprechende Regelung in § 63 vorzusehen. Auch die Ländervertretung sieht eine entsprechende Regelung als zwingend.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Angesichts der zum Teil stark modifizierten Grundlagen der Bedarfsplanung (u.a. Morbiditätsfaktor, Quotenregelungen, Anpassungen Verhältniszahlen) unterstützt die Bundesärztekammer ausdrücklich die Aufnahme eines entsprechenden Evaluationsauftrags zu den Auswirkungen der Neuerungen auf die Bedarfsplanung in die Richtlinie.

Fazit

Die Bundesärztekammer sieht in dem vorgelegten Richtlinienentwurf zur Reform der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der voranstehenden Anmerkungen eine weitgehende Entsprechung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Bundesärztekammer weist erneut darauf hin, dass die hier vorgeschlagenen Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie die isolierte Weiterentwicklung einer sektorspezifischen Regelung darstellen. Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung stehen nach wie vor mehr oder weniger unverbunden nebeneinander – trotz hinlänglich und wiederholt geäußerten Einvernehmens, dass auf Dauer ein leistungsfähiges und für Patientinnen und Patienten attraktives Gesundheitswesen in Deutschland nur durch die Überwindung von Sektorengrenzen zu erhalten ist. Angesicht der vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen spricht sich die Bundesärztekammer weiterhin für eine systematische Verknüpfung von Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung aus.



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 23.04.2019

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.10

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Herrn Dirk Hollstein
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V: Änderungen zur
Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Ihr Schreiben vom 02.04.2019

Sehr geehrter Herr Hollstein,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Für Ihren Hinweis auf die Gelegenheit zur zusätzlichen mündlichen Stellungnahme danken wir – wir werden hiervon in der bezeichneten Angelegenheit keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH
Leiter Dezernat 3

Anlage

Stellungnahmen
zum Entwurf von Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie

**Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V**

Inhalt

1.	<u>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren</u>	3
2.	<u>Schriftliche Stellungnahmen</u>	3
	Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen	4
	Spezifische Stellungnahmen	8
2.	<u>Abschnitt.....</u>	8
§ 4	<u>Bedarfsplan</u>	8
§ 9	<u>Modifikation der Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor</u>	8
3.	<u>Abschnitt: Hausärztliche Versorgung</u>	20
§ 11	<u>Hausärztliche Versorgung.....</u>	20
4.	<u>Abschnitt: Fachärztliche Versorgung.....</u>	21
§ 12	<u>Allgemeine fachärztliche Versorgung</u>	21
§ 13	<u>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</u>	27
6.	<u>Abschnitt: Überversorgung.....</u>	29
§ 25	<u>Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung.....</u>	29
§ 25a	<u>Feststellungen des Landesausschusses zu Quotenplätzen</u>	30
7.	<u>Abschnitt: Unterversorgung.....</u>	31
§ 31	<u>Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung</u>	31
§ 35	<u>Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V).....</u>	32
9.	<u>Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen.....</u>	35
§ 44	<u>Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage 35</u>	

<u>Anlage 2.2 Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der</u>	
<u>Vertragsärztlichen Versorgung</u>	<u>37</u>
<u>Anlage 4.1 Allgemeine Differenzierungsfaktoren des Morbiditätsfaktors</u>	
<u>nach § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 (KBV)</u>	<u>38</u>
<u>3. Mündliche Stellungnahmen.....</u>	<u>43</u>

1. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und § § 91 Absatz 5a SGB V wurde der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Änderungen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Richtlinie berührt sind.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 2. April 2019. eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 23. April 2019.

2. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt:

Bundesärztekammer (BÄK)	23.04.2019
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	18.04.2019

Die folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen haben auf eine schriftliche Stellungnahme verzichtet:

Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	18.04.2019
--	------------

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe folgende Tabelle).

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	BÄK	<p>Die Bundesärztekammer sieht in dem vorgelegten Richtlinienentwurf zur Reform der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der voranstehenden Anmerkungen eine weitgehende Entsprechung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss.</p> <p>Die Bundesärztekammer weist erneut darauf hin, dass die hier vorgeschlagenen Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie die isolierte Weiterentwicklung einer sektorspezifischen Regelung darstellen. Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung stehen nach wie vor mehr oder weniger unverbunden nebeneinander – trotz hinlänglich und wiederholt geäußerten Einvernehmens, dass auf Dauer ein leistungsfähiges und für Patientinnen und Patienten attraktives Gesundheitswesen in Deutschland nur durch die Überwindung von Sektorengrenzen zu erhalten ist. Angesichts der vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen spricht sich die Bundesärztekammer weiterhin für eine systematische Verknüpfung von Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung aus.</p>		<p>Der G-BA bewegt sich in seinen Vorgaben zur Bedarfsplanung in dem ihm gesteckten gesetzlichen Rahmen, der kaum Spielraum für Überlegungen zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung vorsieht.</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
2.	BÄK	Angesichts der zum Teil stark modifizierten Grundlagen der Bedarfsplanung (u.a. Morbiditätsfaktor, Quotenregelungen, Anpassungen Verhältniszahlen) unterstützt die Bundesärztekammer ausdrücklich die Aufnahme eines entsprechenden Evaluationsauftrags zu den Auswirkungen der Neuerungen auf die Bedarfsplanung in die Richtlinie.		Evaluationsauftrag bezüglich der geänderten bzw. neu gefassten Regelungen wird in § 63 der Richtlinie ergänzt	Ja
3.	BPtK	Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der G-BA den Auftrag erhalten, Möglichkeiten der kleinräumigen Planung insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu prüfen. Angesichts des expliziten gesetzlichen Auftrags wird in den Tragenden Gründen zum vorliegenden Beschlussentwurf die Thematik der kleinräumigen Planung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nur kurz angerissen. Eine substantielle Prüfung alternativer Planungskonzepte ist dabei nicht zu erkennen. Stattdessen wird lediglich kurz die Option einer Planung auf Ebene der Mittelbereiche angesprochen, die nach Auffassung des G-BA mit der Anwendung einer einheitlichen Verhältniszahl verbunden wäre. Diese Option wird mit Verweis auf eine Aussage im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung verworfen, wonach vor allem in der Gruppe der Psychotherapeuten Patienten bereit seien, weitere Wege zum Psychotherapeuten in Kauf zu nehmen. Im Ergebnis sieht der G-BA keine Notwendigkeit für eine kleinräumigere Planung in der Arztgruppe der Psychotherapeuten oder bei anderen Arztgruppen. Unberücksichtigt bleibt dabei je-			

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>doch, dass vor dem Hintergrund regional unzureichender Versorgungsangebote Patienten gezwungen sind, weitere Wege zurückzulegen, um eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. In der Konsequenz impliziert dies auch, dass Patienten, die zeitlich oder in ihrer Mobilität stärker eingeschränkt sind, mangels erreichbarer Versorgungsangebote keine Psychotherapie erhalten können.</p>		<p>Letzteres ist an keiner Stelle impliziert oder aus der Argumentation des G-BAs abzuleiten. Der G-BA folgt vielmehr den Ergebnissen des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, dass die überwiegende Zahl der Patienten bereit ist, für eine psychotherapeutische Behandlung längere Wege in Kauf zu nehmen. Die ohnehin bestehende gute Erreichbarkeit psychotherapeutischer Behandlungen (90% der Bevölkerung erreichen einen Psychotherapeuten innerhalb von 17,5 Minuten (Quelle: KBV, Stand 2017)) bedarf somit keiner weiteren kleinräumigeren Steuerung, da psychotherapeutische Versorgungsangebote auch für Personen mit eingeschränkter Mobilität gut erreichbar sind.</p>	
4.	BPtK	<p>Zudem hat der G-BA nicht systematisch geprüft, wie eine differenziertere kleinräumige Planung innerhalb bestehender Planungsgebiete erfolgen könnte. Bereits in der aktuellen Bedarfsplanungs-Richtlinie ist in § 12 Absatz 3 Satz 6 grundsätzlich die Möglichkeit einer abweichenden Raumordnung zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung vorgesehen. Es hat sich jedoch in den vergangenen Jahren gezeigt, dass die regionalen Gremien von dieser Möglichkeit kaum</p>		<p>Der Gesetzgeber hat dem G-BA explizit jegliche Steuerung hinsichtlich der Nutzung und Ausgestaltung der regionalen Abweichungen untersagt-</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Gebrauch machen. Es stellt sich daher die Frage, ob die bisherige Öffnung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie für regionale Anpassungen hinreichend geeignet ist, bei regional bestehenden Problemen in der psychotherapeutischen Versorgung vor Ort durch spezifische Anpassungen im Sinne einer klein-räumigen Planung zu tatsächlichen Verbesserungen beizutragen.			

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Spezifische Stellungnahmen

2. Abschnitt

§ 4 Bedarfsplan

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
5.	BÄK	Eine Berücksichtigung der Barrierefreiheit als Dimension des Zugangs zur ärztlichen Versorgung auch im Rahmen der Bedarfsplanung ist grundsätzlich begrüßenswert. Eine Konkretisierung der mindestens darzustellenden Inhalte, wie in Anlage 2.1 vorgesehen, ist sinnvoll, allerdings wird auch hieraus nicht ersichtlich, auf welche konkreten Maßnahmen bzw. Vorhaltungen in den Arztpraxen sich dies bezieht. Es erscheint hilfreich, hierzu nähere Ausführungen vorzunehmen und Kriterien für eine barrierefreie Praxis zu definieren.	Die Bundesärztekammer hatte bereits 2012 im Rahmen der Neuregelung der Bedarfsplanung die systematische Erfassung des Status quo im Regionalvergleich als notwendigen ersten Schritt zur Feststellung des Bedarfs an einer barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung empfohlen. Bezüglich der Erhöhung des Anteils barrierefreier Arztpraxen sieht die Bundesärztekammer neben der Selbstverwaltung auch den Staat in der Pflicht, dieses Ziel, etwa über entsprechende Förderprogramme, zu unterstützen.	Der G-BA hat mit den Regelungen in der Anlage 2.1 inklusive Fußnoten eine Konkretisierung der Berichterstattung zum Thema Barrierefreiheit in den Bedarfsplänen vorgesehen. Angesichts der Breite des Begriffs Barrierefreiheit sieht sich der G-BA nicht in der Lage über die bestehenden Definitionen hinaus weitere Kriterien und Vorgaben zu machen. Vielmehr soll die Steigerung der Transparenz im Bereich Barrierefreiheit dazu dienen, das Thema (ggf. auch mit veränderten Schwerpunkten etc.) regelhaft in den Diskussionen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene verpflichtend zu adressieren.	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
6.	BÄK	Die Ableitung des Morbiditätsfaktors aus den Abrechnungsdaten als Datengrundlage ist kritisch zu sehen, da diese Daten aus methodischer Sicht mit Mängeln behaftet sein können (Unterschiede im Kodierverhalten, Abhängigkeit von der regionalen Arztdichte, Probleme bei der Abbildung von Patienteneinheiten außerhalb der Regelversorgung etc.). Gleichwohl sieht die Bundesärztekammer die Verwendung der Abrechnungsdaten als alternativlos, da keine weitere Datenquelle als Grundlage kleinräumiger regionaler Planung im Verständnis der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA bundesweit zur Verfügung steht, die eine über Alter und Geschlecht hinausgehende Charakterisierung der Morbidität der Bevölkerung erlaubt. Insofern folgt die Bundesärztekammer hier der Einschätzung der Gutachter und des G-BA.		Der G-BA erkennt insbesondere die Probleme der Vergleichbarkeit des Kodierverhaltens im Zeitverlauf an und wird den Morbiditätsfaktor so anpassen, dass bei der Ermittlung der Morbiditätsverteilung jeweils nur das (vergleichsweise homogenere) Kodierverhalten eines Jahres einfließt. Hierbei sind ggf. weitere technische Anpassungen des Morbiditätsfaktors erforderlich.	Ja
7.	BÄK	Trotz der in den Tragenden Gründen beschriebenen Mängel der Datengrundlage wird eine möglichst umfassende Erfassung der erbrachten (regionalen) Leistungen für die Morbiditätsbewertung als sinnvoll erachtet. Der Ausschluss von regionalen Leistungsziffern bei der Verwendung von Punkten statt Euro und die vorgeschlagene Nichtberücksichtigung von Sachleistungen gem. Kapitel 40 einerseits und gleichzeitige Berücksichtigung von Sachleistungen innerhalb pauschalierter Gebührenordnungspositionen andererseits stehen dem aus Sicht der Bundesärztekammer entgegen.		Der G-BA stimmt den Ausführungen der BÄK weitestgehend zu, so dass zukünftig die Euro-Werte in die Ermittlung des Leistungsbedarfs Eingang finden werden. Bei den Sachleistungen gemäß Kapitel 40 wird jedoch kein unmittelbarer Zusammenhang zur Ermittlung der ärztlichen Kapazität gesehen; entsprechend findet Kapitel 40 keinen Eingang.	Ja

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

8.	BÄK	<p>Eine regelmäßige Aktualisierung sowohl der Leistungsbedarfsfaktoren als auch der sogenannten regionalen Differenzierungsfaktoren scheint aus Sicht der Bundesärztekammer geboten, um die jeweils aktuelle Bedarfssituation der Bevölkerung in den regionalen Verhältniszahlen abbilden zu können.</p> <p>Eine gleichzeitige Aktualisierung der Referenzverteilung auf Bundes- und auf regionaler Ebene, wie sie vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen wird, würde hingegen allein eine Verteilungswirkung entfalten, keine Anpassung der Verhältniszahlen an die Entwicklung der Morbidität im Zeitverlauf, und ist daher aus Sicht der Bundesärztekammer abzulehnen.</p>		<p>Der G-BA teilt die Auffassung hinsichtlich der Notwendigkeit einer regelmäßigen Aktualisierung. Entsprechend wird der Morbiditätsfaktor eine Veränderung der Kapazität genauso wie eine Verteilung berücksichtigen.</p>	Ja
9.	BÄK	<p>Die Bundesärztekammer folgt dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Auffassung, dass aufgrund fehlender Datengrundlagen und der damit verbundenen methodischen Schwierigkeiten eine Aufnahme der sozioökonomischen Faktoren in die Bedarfsplanung derzeit nicht mit hinreichender Genauigkeit erfolgen kann. Diese Auffassung wird auch durch das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gedeckt. Allerdings sollte dieser Umstand nicht dazu verleiten, auch künftig immer nur auf einen Mangel an Datenquellen zu verweisen und den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf diese Weise fortgesetzt auszublenden. Auch hier ist es weniger eine Aufgabe der Selbstverwaltung als vielmehr des Staates, seine Gesundheitsberichterstattung zu fördern und kontinuierlich weiter zu entwickeln.</p>		<p>Der G-BA teilt die Auffassung der BÄK, wonach die Ablehnung der Berücksichtigung von sozioökonomischen Faktoren in der Bedarfsplanung mit Blick auf die aktuelle verfügbare Datenlage deren Anwendung nicht dauerhaft ausschließen kann. Auf Basis einer verbesserten Datengrundlage wäre es möglich den grundsätzlich unstrittigen Zusammenhang zwischen Versorgungsbedarf und sozialer Lage auch in der Planung zu berücksichtigen. Der G-BA verpflichtet sich deshalb in den Übergangsregelungen die Möglichkeit der Anwendung sozioökonomischer Faktoren in der Planung alle 5 Jahre im Lichte der dann verfügbaren Daten erneut zu prüfen.</p>	Ja
10.	BPTK	<p>Die vorgeschlagene arztgruppen- und planungsbereichsbezogene Modifikation der</p>		<p>Kenntnisnahme</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

		Verhältniszahlen anhand eines Morbiditätsfaktors ist gegenüber dem bisher angewandten Demografiefaktor grundsätzlich geeignet, die Morbidität der Bevölkerung differenzierter zu berücksichtigen und ermöglicht eine zielgenauere Abbildung regionaler Bedarfe in der Bedarfsplanung. Mit der Einführung eines Morbiditätsfaktors wird dem gesetzlichen Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Rechnung getragen, zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung die Verhältniszahlen insbesondere unter Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur, zusätzlich zur demografischen Entwicklung, anzupassen.			
11.	BPtK	Limitationen von Abrechnungsdaten zur Abbildung von Morbidität; Ermittlung des Leistungsbedarfes anhand in einer Artgruppe erbrachten Leistung problematisch	Der Leistungsbedarf wird nicht über unabhängige externe Variablen, sondern über Abrechnungsdaten berechnet, die erheblich durch die Unterschiede in den ambulanten Versorgungsstrukturen mitgeprägt werden. GKV-SV und KBV verweisen in den Tragenden Gründen auf die möglichen Fehleinschätzungen der Morbidität u. a. aufgrund der Unterschiede in der Arztdichte und halten dabei zugleich fest, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) keine besseren verfügbaren Daten bekannt sind, die eine vergleichbare Differenzierung erlauben. Dieser Einschätzung ist mit Blick auf das gesamte Krankheitsspektrum in der ambulanten Versorgung sicherlich zuzustimmen. Allerdings ist insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten das Heranziehen von Abrechnungsdaten mit einem besonders hohen Verzerrungsrisiko verbunden, da aufgrund der massiven Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den sechs Kreistypen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten und den darüber hinausgehenden Unterschieden hinsichtlich der tat-	Der G-BA orientiert sich bei der Ermittlung der Unterschiede der Versorgungskapazitäten der unterschiedlichen Population jeweils am aktuellen Versorgungsgeschehen, das regelmäßig aktualisiert wird. Insofern bilden die Leistungsbedarfsfaktoren den aktuellen Stand der Versorgung ab und werden angepasst, sofern sich die Schwerpunkte in der Versorgung der jeweiligen Populationen verschieben. Die Ermittlung der Leistungsbedarfsfaktoren erfolgt nicht regionsbezogen, sondern bundesweit einheitlich. Insofern fließt hier das reale Versorgungsgeschehen von Städte und ländlichen Regionen gleichwertig ein, sodass eine Verzerrung zulasten ländlicher Regionen nicht erfolgt.	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

			<p>sächlichen Versorgungsdichte in den Planungsbereichen, aber auch in den Teilbereichen der einzelnen Planungsbereiche, davon auszugehen ist, dass insbesondere in Regionen außerhalb der Großstädte und im Ruhrgebiet eine geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen nicht auf eine geringere Morbidität der Bevölkerung, sondern vielmehr auf den strukturellen Mangel an ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangeboten zurückzuführen ist. Diese systematische Verzerrung, die den Abrechnungsdaten in der Arztgruppe der Psychotherapeuten zugrunde liegt, führt dazu, dass die vorgesehene Berechnung des Leistungsbedarfs für die 16 Morbiditätsgruppen auf Bundes- und regionaler Ebene nur sehr eingeschränkt eine geeignete Schätzung der Morbidität ist. Die tatsächlichen Morbiditätsunterschiede und damit der relative Mehr- oder Minderbedarf an psychotherapeutischer Versorgung werden dadurch weniger valide abgebildet. Darüber hinaus sind jedoch gerade für den Bereich der psychischen Erkrankungen bessere Daten verfügbar, die von diesem Endogenitätsproblem nicht betroffen sind.</p>	<p>Darüber hinaus erfolgt die regionale Einteilung in die 16 Morbiditätsgruppen arztgruppenübergreifend. Ein regional geringeres psychotherapeutisches Versorgungsangebot führt nicht dazu, dass ein geringerer Bedarf an Psychotherapeuten ausgewiesen wird. Unbenommen davon enthalten die Abrechnungsdaten gleichwohl bei allen Arztgruppen Verzerrungspotenzial, welches systemimmanent ist. Wünschenswert wäre hier die konkrete Benennung anderer exogener Datenquellen, die flächendeckend valide verfügbar sind. Sofern auf die DEGS1-MH-Studie verwiesen werdend soll, weist der G-BA darauf hin, dass hier nur insgesamt 8.152 Personen teilnahmen, darunter 4.193 Ersteingeladene (Response 42%) und 3.959 Wiedereingeladene (Response 62%). 7.238 Personen besuchten eines der 180 Untersuchungszentren, 914 wurden ausschließlich telefonisch/schriftlich befragt. Bei der Stichprobenziehung wurden insgesamt 180 Studienorte (Sample Points) aus der Gesamtmenge der politischen Gemeinden in Deutschland ausgewählt. Ob diese letztendlich überschaubare Stichprobe eine bessere Grundlage für eine</p>	
--	--	--	--	---	--

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

				bundesweite Planung darstellen würde, kann auch Sicht des G-BA bezweifelt werden.	
12.	BPtK	<p>Ergänzung § 9 Absatz 4: „[...] ⁴Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten wird der Leistungsbedarf auf Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Daten des Robert Koch-Instituts ermittelt.“</p>	<p>Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten liegen mit den Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen des Robert Koch-Instituts (DEGS1-MH-Studie) bevölkerungsrepräsentative Daten vor, auf Basis derer eine systematische Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur bei der regionalen Anpassung der Verhältniszahlen unabhängig von Abrechnungsdaten möglich ist und damit eine stärker an der tatsächlichen Morbidität orientierte Bedarfsplanung gelingen kann. Da die DEGS1-MH-Daten die für die psychotherapeutische Versorgung wesentlichen psychischen Erkrankungen erfassen, können sie für die Abbildung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung herangezogen werden. Die DEGS1-MH-Studie erfasst psychische Erkrankungen bei Erwachsenen, aus der BELLA-Studie des Robert-Koch-Instituts liegen zusätzlich Ergebnisse zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vor.</p> <p>Wie eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung gelingen kann, hat die BPtK in einem Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung dargelegt. Anhand der bevölkerungsrepräsentativen Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen der DEGS1-MH-Studie hat I-GES in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi einen Bedarfsindex entwickelt, mit dem unter Zuhilfenahme von soziodemografischen Daten die Häufigkeit psychischer Erkrankun-</p>	<p>Dieser Vorschlag ist im Übrigen nicht praktikabel, da für die RKI Daten auf Individualebene keine Leistungsbedarfsdaten vorliegen.</p> <p>Die Prävalenz für psychische Erkrankungen, wie sie mit DEGS1-MH gemessen wird, ist eine vergleichsweise heterogene Mischung aus verschiedenen psychischen Erkrankungen und Störungen (u.a. Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, psychotische Störungen). Der sich daraus abgeleitete Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung ist für die einzelnen Erkrankungen sehr unterschiedlich (z.B. hier wird Alkoholmissbrauch und bipolare Störung in einer Gruppe zusammengefasst).</p> <p>Grundlage des DEGS1-MH ist eine Version des WHO-CIDI. Allerdings wurden hier die CIDI-Sprungregeln „nach Möglichkeit minimiert, d. h. es liegen auch viele Symptominformationen für diejenigen vor, die die Kriterien für eine psychische Diagnose nicht oder nur unterschwellig erfüllten.“ (vgl. Jacobi et al. (2014). Psychi-</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

			<p>gen (Ein-Jahres-Prävalenzrate) je Planungsbereich geschätzt werden kann. Ein Grundgedanke des IGES/Jacobi-Gutachtens ist es, dass sich über regionale Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen ein regionaler Mehr- oder Minderbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung ermitteln lässt. Diese regionalen Unterschiede ergeben sich vor allem dadurch, dass einzelne Personengruppen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben. So ist das Risiko für eine psychische Erkrankung bei Frauen höher als bei Männern. Ältere Menschen (65 Jahre und älter) leiden seltener an einer psychischen Erkrankung als jüngere, insbesondere im Vergleich zu der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren. Auch arbeitslose Menschen haben ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen als berufstätige. Dadurch ist zum Beispiel in Regionen mit besonders hoher Arbeitslosigkeit, einem höheren Anteil an jungen Menschen oder überdurchschnittlich vielen Frauen ein größerer Anteil der Bevölkerung von psychischen Erkrankungen betroffen. Dort, wo Menschen häufiger psychisch erkranken, bedarf es entsprechend mehr Psychotherapeutensitze – und umgekehrt. Die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten sollte deshalb regional so variieren, dass sie die Häufigkeit psychischer Erkrankungen systematisch berücksichtigt.</p> <p>Der Vorteil des Bedarfsindex gegenüber dem aktuell vorgeschlagenen Morbiditätsfaktor ist, dass der ermittelte Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Morbidität zur Vorhersage von regionalem Mehr- oder Minderbedarf nicht dadurch verzerrt wird, ob Bevölkerungsgruppen mit einer bestimmten Morbiditäts- und Sozialstruktur vor dem Hintergrund der</p>	<p>sche Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt (85): 77–87.) Für die DEGS1-MH Prävalenzschätzung wurde also ein möglichst breites Spektrum zum Aufdecken von Anhaltspunkten für psychische Störungen gewählt. Ob mit den Symptominformationen tatsächlich immer eine behandlungsbedürftige Störung identifiziert wird, ist daher durchaus fraglich.</p> <p>In der Jacobi-Studie (Zwischenbericht) wird dazu selbst konstatiert: Die Darstellungen zur regionalen Morbidität (mit DEGS, Anm. G-BA) reflektieren demnach nur einen Aspekt von Behandlungsbedarf. Neben der mit dem Fragebogen festgestellten Prävalenz müssten auch: eine klinisch relevante Beeinträchtigung, das Vorhandensein effektiver Behandlungsmaßnahmen, sowie die subjektive Wahrnehmung von Behandlungsbedürftigkeit gegeben sein.</p> <p>Insofern ist auch hier aus Sicht des G-BA diese Studie nicht geeignet, um eine bessere Grundlage für Planung von Versorgungsstrukturen zu liefern.</p>	
--	--	--	---	---	--

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

			<p>ambulanten Versorgungsstrukturen aktuell einen ausreichenden Zugang zur Versorgung haben. Stattdessen liegen die Informationen zur Schätzung des regionalen_Mehr- oder Minderbedarfs, unabhängig vom aktuellen Versorgungsangebot, auf Basis bevölkerungsrepräsentativer Erhebungen vor.</p> <p>Vergleichbare bevölkerungsrepräsentative und das relevante Diagnosespektrum umfassende epidemiologische Daten liegen für andere Arztgruppen in dieser Form nicht vor. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, dass diese Daten ungenutzt bleiben. Vielmehr sollten arztgruppenbezogen jeweils die besten verfügbaren Daten verwendet werden, um eine möglichst valide Schätzung des relativen regionalen Mehr- oder Minderbedarfs an ambulanten Versorgungsangeboten, gemessen in Arzt- bzw. Psychotherapeuten-sitzen, zu erreichen.</p> <p>Mit dem Bedarfsindex, der vom IGES-Institut und Prof. Jacobi entwickelt wurde, liegt ein Konzept vor, mit dem der gesetzgeberische Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) für eine gleichmäßigere und bedarfsgerechtere psychotherapeutische Versorgung unter Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur umgesetzt werden kann, ohne die bekannten Limitationen von Abrechnungsdaten in Kauf nehmen zu müssen.</p>	<p>Die hier beschriebenen Dimensionen Alter und Geschlecht werden künftig berücksichtigt. Eine Planung auf Grundlage von soziökonomischen Faktoren wird vonseiten des G-BA weiterhin abgelehnt, da die hierfür erforderlichen Daten nicht auf Individualebene vorliegen.</p> <p>Im Übrigen ist hier hinsichtlich des IGES/Jacobi-Gutachtens zu beachten, dass wie bei jeder small-area-estimation, bei der personenbezogenen Daten mit regionsbezogenen Daten verknüpft werden über die Annahmen einer Regression, auch diese mit inhaltlichen Fragezeichen verbunden ist, inwiefern die Zusammenhänge berechnet mit Individualdaten auf die Durchschnittswerte der Regionen übertragen werden können. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Prävalenz einer psychischen Erkrankung ist auf individueller Ebene ggf. schlüssig, mit regionalen Durchschnittswerten verliert sich der Effekt aber ggf. in der Fläche oder wird aufgehoben. Diesen Nachteil wird man bei der Verwendung von Befragungsdaten für eine regionale Verteilung nicht ausräumen können.</p> <p>Der Vorschlag des Gutachtens der BPtK in Zusammenarbeit mit der Bertelsmann-Stiftung ist</p>	
--	--	--	--	--	--

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

				nicht neu und dem G-BA seit langem bekannt. Er ist insofern in die Überlegungen zur Reform der Planung eingeflossen.	
13.	BPtK	<p>Der GKV-SV schlägt vor, den Leistungsbedarf je Morbiditätsgruppe auf Bundes- und Planungsbereichsebene jeweils auf Basis des gleichen Stichtags bzw. Zeitbezugs zu ermitteln. Begründet wird dies damit, dass so Verzerrungen von Diagnosehäufigkeiten ausgeglichen werden können, da Schwankungen im Zähler (Bund) und im Nenner (Region) gleichermaßen vorkommen.</p> <p>Die BPtK befürwortet ausdrücklich die von der KBV vorgeschlagenen Stichtage und Zeitbezüge zur Ermittlung der Differenzierungsfaktoren in § 9 Absatz 2, 3 und 4, die einer dynamischen Entwicklung der Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung systematisch Rechnung tragen.</p>	<p>Dieses Vorgehen würde jedoch dazu führen, dass sich dynamisch verändernde Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung in der Bedarfsplanung nicht mehr abbilden ließen. Die Ausweisung zusätzlicher Arztkapazitäten, die ggf. erforderlich wäre, um eine alternde und zunehmend multimorbide Gesellschaft ausreichend zu versorgen, kann durch den Vorschlag des GKV-SV nicht abgebildet werden. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Festsetzung von Stichtagen und Zeitbezügen bleibt damit hinter der aktuellen Anwendung des Demografiefaktors zurück, der bereits auf eine dynamische Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und damit einhergehende steigende Versorgungsbedarfe angelegt war. Die BPtK spricht sich dagegen aus, mit einer Reform der Bedarfsplanung eine auf die Zukunft ausgerichtete Strategie für eine langfristig angemessene Versorgung der Bevölkerung rückgängig zu machen.</p>	<p>Der G-BA erkennt an, dass eine Erfassung der Morbidität auf Basis von kodierten Diagnosen über die Zeit hinweg anfällig ist für Änderungen im Kodierverhalten, die ggf. auch extern stimuliert werden können. Gleichwohl sollte der künftige Morbiditätsfaktor analog zum derzeitigen Demografiefaktor auch weiterhin die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung im Zeitverlauf abbilden. Deshalb wird der Morbiditätsfaktor nach Abwägung der Argumente so weiterentwickelt, dass er beide Anforderungen in sich vereinen kann. Im Übrigen siehe Nr. 8 oben.</p>	Ja
14.	BPtK	<p>Ergänzung § 9 Absatz 2:</p> <p>„[...] ⁴Die Anpassung erfolgt mit einem Leistungsbedarfsfaktor, der den Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegelt und die regionale Abweichung der Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt entsprechend gewichtet. ⁵Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten erfolgt die Anpassung mit einem Leistungsbedarfsfaktor, der die von allen Arztgruppen kodierte psychische Morbidität widerspiegelt. ⁶Berücksichtigt werden hierbei ausschließlich Diagnosen, die gemäß der Richtlinien des G-BA eine Indikation zur</p>	<p>Aktuell geplant ist, den Leistungsbedarf für die 16 Morbiditätsgruppen jeweils anhand von Abrechnungsdaten der KBV innerhalb einer Arztgruppe zu berechnen. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, bei denen in einigen Regionen ein besonders geringes Angebot besteht, ist das Heranziehen von abgerechneten Leistungen jedoch wenig geeignet, um die tatsächlich bestehende Morbidität abzubilden. Auch in den Tragenden Gründen zum Entwurf dieser Richtlinie wird mit Verweis auf das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vermerkt, dass für die psychotherapeutische Versorgung kein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Indikatoren und</p>	<p>s.o.: Die Einteilung in die 16 Gruppen erfolgt arztgruppenübergreifend. Ein geringeres Angebot an Psychotherapeuten in einer Region bzw. deren kodierte Morbidität ist nicht alleine ausschlaggebend.</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

		<p>Anwendung von Psychotherapie bzw. der Neuropsychologischen Therapie sind.</p>	<p>(anhand von Abrechnungsdaten ermitteltem psychotherapeutischem) Versorgungsaufwand festgestellt werden kann. In bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts lassen sich dagegen deutliche Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Indikatoren und psychischer Morbidität ermitteln, wenn Verzerrungen durch die Inanspruchnahme von Leistungen, basierend auf Unterschieden in ambulanten Versorgungsstrukturen, ausgeschlossen werden können. Daraus lässt sich schließen, dass Abrechnungsdaten zur psychotherapeutischen Versorgung nur unzureichend geeignet sind, um planungsbereichsbezogen die psychische Morbidität und damit verbunden den Leistungsbedarf der Bevölkerung vorherzusagen.</p> <p>Um dieser Fehleinschätzung entgegenzuwirken, ist es erforderlich, bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten den Leistungsbedarf nicht anhand des aktuellen psychotherapeutischen Leistungsgeschehens abzubilden, sondern einen akkurateren Schätzer für die tatsächliche psychische Morbidität einer Bevölkerungsgruppe zu verwenden. Falls dies anhand von Abrechnungsdaten erfolgen soll, ließe sich eine Verbesserung gegenüber dem jetzt geplanten Modell dadurch erreichen, dass der Leistungsbedarf nicht über das Leistungsgeschehen innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten, sondern die kodierte Morbiditätslast psychischer Erkrankungen über alle Arztgruppen hinweg geschätzt wird. Entsprechend würden für die Berechnung des Leistungsbedarfs für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Diagnosedaten aller an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligten Arztgruppen verwendet werden. Ein solches Vorgehen ist, im Unterschied zu anderen Arztgruppen, bei der</p>	<p>Die Leistungsbedarfsfaktoren prognostizieren nicht die regionale Inanspruchnahme sondern werden bundesweit einheitlich ermittelt, sodass Regionen mit hoher ebenso wie Regionen mit niedriger Arzt- und Psychotherapeutendichte gleichrangig nebeneinander in die bundesweiten Berechnungen eingehen.</p> <p>Im Übrigen würden Versorgungskapazitäten auch in Regionen ausgewiesen werden, losgelöst von einer ggf. bestehenden psychischen Morbidität, wenn ansonsten eine erhöhte Morbidität gegeben ist.</p> <p>Die Ermittlung der Leistungsbedarfsfaktoren erfolgt arztgruppenbezogen. D.h. Diagnosen bzw. Morbiditätsgruppen spielen dabei bisher keine Rolle und würden eine vollständige Überarbeitung der Morbiditätsmessung für alle Arztgruppen erforderlich machen. Der G-BA wird im Zuge der Evaluation</p>	
--	--	---	---	--	--

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

			<p>Arztgruppe der Psychotherapeuten leichter möglich, da sich die dem Bedarf zugrundeliegende Morbidität für diese Arztgruppe einer begrenzten Anzahl an ICD-10 Diagnosen zuordnen lässt.</p>	<p>und Weiterentwicklung des Morbiditätsfaktors auch die Möglichkeit einer arztgruppenspezifischen Ermittlung der erhöht morbidem Bevölkerung ebenso prüfen, wie eine krankheitsgruppenbezogene Ermittlung der Leistungsbedarfsfaktoren.</p>	
15.	BPtK	<p>Die Anwendung des Morbiditätsfaktors, sollte nicht auf sechs Jahre begrenzt (GKV-SV) werden. Die BPtK unterstützt den Vorschlag von KBV und Patientenvertretern auf einen entsprechenden § 9 Absatz 8 zu verzichten.</p>	<p>Mit dem Morbiditätsfaktor wird ein Element in die Bedarfsplanung eingeführt, mit dem bisher keine Erfahrungen auf regionaler oder Bundesebene bestehen. Gleichwohl handelt es sich beim Morbiditätsfaktor um eine Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Demografiefaktors, der zur regionalen Anpassung von Verhältniszahlen bereits seit mehreren Jahren als Element der Bedarfsplanung angewendet wird. Begrüßenswert ist bei der Einführung des Morbiditätsfaktors sicherlich die vom G-BA geplante enge Begleitung und ein Monitoring, welches frühzeitig Anhaltspunkte für ggf. notwendigen Anpassungsbedarf geben kann. Aus Sicht der BPtK leitet sich daraus jedoch nicht ab, dass die Anwendung des Morbiditätsfaktors, wie von GKV-SV vorgeschlagen, auf sechs Jahre begrenzt werden sollte.</p>	<p>Der nach dem Stimmnahmeverfahren angepasste Morbiditätsfaktor sieht keine zeitliche Begrenzung vor.</p>	Ja
16.	BPtK	<p>Die BPtK spricht sich für den von KBV, DKG und Patientenvertretern in § 9 Absatz 4 Satz 4 vorgeschlagenen Ansatz einer Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren in Euro aus.</p>	<p>Da regional festgelegte Ziffern grundsätzlich in Euro und nicht in Punkten bemessen werden, sollte auch der Leistungsbedarf in den 16 Morbiditätsgruppen auf dieser Basis berechnet werden. Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors basierend auf Punktzahlen würde dagegen regionale Besonderheiten bei der Berechnung des Bundesschnitts unberücksichtigt lassen. Das könnte dazu führen, dass bundesweite Leistungsunterschiede in den 16 Morbiditätsgruppen durch regionale arztgrup-</p>	<p>Zustimmung. Siehe Nr. 7</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

			penspezifische Besonderheiten verzerrt werden und nicht auf tatsächliche Leistungsunterschiede im Sinne eines unterschiedlichen Versorgungsbedarfs zurückgeführt werden könnten.		
17.	BPtK	<p>Zeitliche Begrenzung des Morbiditätsfaktors: Die BPtK unterstützt den Vorschlag von KBV und Patientenvertretern auf einen entsprechenden Absatz 8 in § 9 zu verzichten.</p>	<p>Mit dem Morbiditätsfaktor wird ein Element in die Bedarfsplanung eingeführt, mit dem bisher keine Erfahrungen auf regionaler oder Bundesebene bestehen. Gleichwohl handelt es sich beim Morbiditätsfaktor um eine Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Demografiefaktors, der zur regionalen Anpassung von Verhältniszahlen bereits seit mehreren Jahren als Element der Bedarfsplanung angewendet wird. Begrüßenswert ist bei der Einführung des Morbiditätsfaktors sicherlich die vom G-BA geplante enge Begleitung und ein Monitoring, welches frühzeitig Anhaltspunkte für ggf. notwendigen Anpassungsbedarf geben kann. Aus Sicht der BPtK leitet sich daraus jedoch nicht ab, dass die Anwendung des Morbiditätsfaktors, wie von GKV-SV vorgeschlagen, auf sechs Jahre begrenzt werden sollte.</p>	Siehe Nr. 15	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung

§ 11 Hausärztliche Versorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
18.	BÄK	<p>Unabhängig von der Verstandortung der Kinder- und Jugendärzte in der Bedarfsplanungsrichtlinie ist die vom G-BA geplante Änderung der Bezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ entsprechend der aktuellen MWBO zu begrüßen.</p> <p>Die Absenkung der Verhältniszahl und die Vereinheitlichung der Verhältniszahl für die Typen 2 bis 6 für die Kinder- und Jugendmediziner ist aus Sicht der Bundesärztekammer in beiden Vorschlägen zu begrüßen.</p> <p>Die Planungsebene der Mittelbereiche für die Kinder- und Jugendmediziner scheint angesichts der verfügbaren Anzahl der Ärzte im Versorgungssystem ungeeignet.</p>	<p>Das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendmediziner hat sich insbesondere im Hinblick auf die Früherkennungsuntersuchungen stark ausgeweitet und schafft einen arbeitszeitintensiven neuen Tätigkeitsbereich, der insgesamt eine Ausweitung der Arztkapazitäten erforderlich macht. Eine solche Ausweitung sollte selbstverständlich mit einer Ausweitung der Vergütung einhergehen, so dass die zusätzlichen Ärztinnen und Ärzte nicht zu Lasten der im System befindlichen Ärztinnen und Ärzte abrechnen müssen. Die Vereinheitlichung der Verhältniszahl für die Typen 2 bis 6 ist nachvollziehbar, da in der Tat ein regelhaftes Pendlerverhalten von Eltern mit Kindern nicht anzunehmen ist. Allerdings ist angesichts einer starken und immer weiter zunehmenden Spezialisierung insbesondere der Kinder- und Jugendmediziner eine höhere Konzentration in Kernstädten des Typs 1 notwendig. Auch hier sind aber zusätzliche Kapazitäten für die „Basisleistungen“ der kinderärztlichen Versorgung vonnöten, so dass eine Absenkung der Verhältniszahl auch in Typ 1 sachgerecht erscheint.</p> <p>KBV und DKG führen in den Tragenden Gründen die Problematik der kleinen Zahlen auf regionaler Ebene überzeugend aus.</p>	<p>Unter Berücksichtigung des gesetzgeberischen Auftrages der Prüfung einer kleinräumigen Bedarfsplanung erachtet der G-BA nach umfassenden Analysen und ausführlichen Diskussionen eine Beplanung der Kinderärzte auf Ebene der Kreisregionen weiterhin als sinnvoll.</p>	Ja

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
19.	BÄK	Die Steuerung der Arztgruppen, die innerhalb der Nervenärzte zusammengefasst werden, ist inhaltlich zu begrüßen. Ebenso ist mit Blick auf die deutliche Ausweitung des Versorgungsspektrums im Bereich Neurologie und Psychiatrie eine Anpassung des Versorgungsniveaus zu begrüßen, die sich vornehmlich in den eher ländlich geprägten Regionen niederschlagen sollte.		Kenntnisnahme	
20.	BPtK	Die BPtK begrüßt den Vorschlag seitens KBV, DKG, Patienten- und Ländervertreter für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Verhältniszahlen in Kreistyp 2 bis 6 auf das im Verhältnis zu Kreistyp 1 sonst übliche Niveau der fachärztlichen Versorgung anzuheben Keine Beibehaltung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, wie seitens des GKV-SV vorgeschlagen.	Die aktuelle Bedarfsplanung sieht in städtischen und ländlichen Regionen stark unterschiedliche Versorgungsdichten für Psychotherapeuten vor. Aktuell liegt die Spreizung der Verhältniszahlen bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten zwischen 3.079 für Kreistyp 1 und 9.103 für Kreistyp 3. Hinzu kommt, dass der Unterschied zwischen der geplanten Versorgungsdichte in Großstädten und der Dichte in Regionen außerhalb von Ballungszentren bei den Arztgruppen, die psychisch kranke Menschen versorgen (Psychotherapeuten und Nervenärzte), besonders groß ist. Während für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten und der Nervenärzte gerade noch 41 bzw. 48 Prozent der Versorgungsdichte in Kreistyp 2 im Vergleich zu Kreistyp 1 vorgesehen ist, ist für alle anderen Arztgruppen der fachärztlichen Versorgung im Schnitt 65 Prozent der Versorgungsdichte in Kreistyp 2 im	Der G-BA beschließt eine Anpassung der Verhältniszahlen für die Nervenärzte und Psychotherapeuten, die insbesondere die im Vergleich zu den übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung niedrigeren Versorgungsniveaus der Typen 2 bis 6 adressiert.	Ja

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Vergleich zu Kreistyp 1 vorgesehen. Folge davon ist in den Regionen außerhalb der Großstädte eine deutlich schlechtere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Menschen mit somatischen Erkrankungen (...).</p> <p>Als Gründe für die starken Unterschiede bezüglich der vorgesehenen Versorgungsdichten könnten eine stark unterschiedliche Morbidität in den unterschiedlichen Kreistypen oder besonders starke Mitversorgungsbeziehung zwischen den Kreistypen entsprechend der theoretischen Konzeption der Kreistypen herangezogen werden (...).</p> <p>Zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen liegen bevölkerungsrepräsentative Daten des Robert Koch-Instituts vor. Eine Analyse dieser Daten zeigt, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen der Bedarfsplanung nur minimal schwankt. Dieser Befund widerspricht der großen Spreizung der entsprechend der aktuellen Bedarfsplanung als notwendig erachteten Psychotherapeutedichte je Kreistyp (...). Die Morbiditätsstruktur legt vielmehr eine deutlich gleichmäßigere Verteilung der Psychotherapeutesitze nahe. Die der Bedarfsplanung zugrundeliegende Kreistypisierung nimmt eine Einteilung von Regionen anhand von hypothetisch angenommenen Mitversorgungsbeziehungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen an. Die Prämisse des Ansatzes von Mitversorgungsbeziehungen zwischen Regionen ist, dass Berufspendler ihren Facharzt oder Psychothera-</p>	<p>Die VHZ der Kreistypen bilden die Intensität der Mitversorgung ab und keine Unterschiede im Versorgungsbedarf der Bevölkerung.</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>peuten in der Regel in der Nähe ihres Arbeitsplatzes aufsuchen möchten. Allerdings gibt es große Bevölkerungsgruppen, für die diese Prämisse nicht gilt. So muss davon ausgegangen werden, dass die nichtberufstätige Bevölkerung (v. a. Kinder und ältere Menschen) in der Regel eine wohnortnahe fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung präferiert. Für die Ärzte und Psychotherapeuten, die Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, lässt sich demnach die Annahme systematischer Mitversorgungseffekte nicht begründen. Für diese Gruppe ist innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten in der Bedarfsplanung eine 20-Prozent-Quote vorgesehen.</p> <p>Die Mitversorgung eines Planungsbereichs kann über die Differenz von Ein- und Auspendlerquote in den Planungsbereich geschätzt werden. Diese Daten liegen für alle Planungsbereiche durch die INKAR-Datenbank vor. Betrachtet man die Ein- oder Auspendlerüberschüsse für alle Planungsbereiche, dann zeigt sich eine Varianz von -39 bis 48,9 Prozent. Wendet man diesen Ein- oder Auspendlerüberschuss nur auf den Anteil der beschäftigten Bevölkerung an, ließe sich dadurch ein Mehr- oder Minderbedarf an Psychotherapeuten pro Planungskreis zwischen 21,7 und 29,9 Prozent ableiten. Damit liegt die Varianz deutlich unter der aktuellen Spreizung der Verhältniszahlen. Zudem entsprechen die tatsächlichen Pendlerbewegungen oftmals nicht den nach Kreistypisierung angenommen</p>	<p>Der G-BA folgt der Einschätzung der BPtK insoweit, dass insbesondere mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen für diese Gruppe ein etwas höheres Versorgungsniveau im Vergleich zu den übrigen Gruppen der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung gerechtfertigt ist. Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen werden deshalb zusätzliche Kapazitäten vorgesehen, um diesen Versorgungsbedarf abbilden zu können.</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)																		
			<p>Mitversorgungsbeziehungen. So lässt sich beispielsweise für den Landkreis Böblingen ein Mehrbedarf von 3,4 Prozent aufgrund eines Einpendlerüberschusses berechnen, entsprechend der Bedarfsplanung ist der Landkreis Böblingen jedoch dem Kreistyp 3 zugeordnet, für den eine starke Mitversorgung angenommen wird.</p> <p>Zusammenfassend lässt sich daraus schließen, dass Pendlerbewegungen der beschäftigten Bevölkerung nicht hinreichend geeignet sind, das Ausmaß der Spreizung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten zu rechtfertigen (...).</p>	<p>Der G-BA geht davon aus, dass mit der derzeitigen Systematik der Eingruppierung der Kreisregionen die überwiegende Zahl der Pendlereffekte adäquat abgebildet wird. Gleichwohl wird es immer Einzelfälle geben, die von dieser allgemeinen Systematik abweichen. Für genau solche Fälle besteht die Möglichkeit der regionalen Abweichung im Bedarfsplan, um solchen regionalen Besonderheiten besser Rechnung tragen zu können.</p>																			
21.	BPtK	<p>Anpassung § 12 Absatz 4:</p> <p>Verhältniszahlen Psychotherapeuten:</p> <table data-bbox="454 975 817 1161"> <tr> <td>Kreistyp 1:</td> <td>3.079</td> <td>2.566</td> </tr> <tr> <td>Kreistyp 2:</td> <td>7.496</td> <td>3.957</td> </tr> <tr> <td>Kreistyp 3:</td> <td>9.103</td> <td>4.784</td> </tr> <tr> <td>Kreistyp 4:</td> <td>8.587</td> <td>4.503</td> </tr> <tr> <td>Kreistyp 5:</td> <td>5.953</td> <td>4.255</td> </tr> <tr> <td>Kreistyp 6:</td> <td>5.435</td> <td>3.780</td> </tr> </table>	Kreistyp 1:	3.079	2.566	Kreistyp 2:	7.496	3.957	Kreistyp 3:	9.103	4.784	Kreistyp 4:	8.587	4.503	Kreistyp 5:	5.953	4.255	Kreistyp 6:	5.435	3.780	<p>Gestiegene Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung aufgrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte Einstellung von Patienten zu Psychotherapie (...) Eine Umfrage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zeigt für das Jahr 2018, dass mittlerweile 94 Prozent aller Befragten meinen, dass Depressionen psychotherapeutisch behandelt werden sollten. Nur 55 Prozent gaben 2018 an, dass eine Depression medikamentös behandelt werden sollte. • (...) Aufgrund der mittlerweile umfassenden Evidenz zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen wird diese in einer Viel- 	Siehe Nr. 20	Ja
Kreistyp 1:	3.079	2.566																					
Kreistyp 2:	7.496	3.957																					
Kreistyp 3:	9.103	4.784																					
Kreistyp 4:	8.587	4.503																					
Kreistyp 5:	5.953	4.255																					
Kreistyp 6:	5.435	3.780																					

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>zahl von Leitlinien als Behandlungsmethode der ersten Wahl bei psychischen Erkrankungen empfohlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daten des Robert Koch-Instituts zeigen, dass 27,7 Prozent der erwachsenen Deutschen innerhalb eines Jahres unter mindestens einer psychischen Erkrankung leiden (22,5 Mio.), aber nur 1,9 Mio. (8,4 Prozent) in psychotherapeutischer Behandlung (Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung) sind. Das bedeutet, dass maximal jeder zehnte psychisch Kranke aktuell eine Psychotherapie erhält, obwohl Psychotherapie bei den meisten psychischen Erkrankungen nach nationalen und internationalen Leitlinien die Behandlungsmethode der ersten Wahl ist. <p>(...) Die 20-prozentige Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe wegen psychischer Erkrankungen, die im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre festgestellt werden konnte, ist daher kein Ausdruck einer angebotsabhängigen Nachfrage, sondern ist im Sinne eines tatsächlich gestiegenen Bedarfs zu interpretieren. (...)</p> <p>Es zeigt sich zudem, dass die Inanspruchnahme insbesondere vom Schweregrad der Erkrankung abhängt (...). Aufgrund der Breite der erfassten Hilfsangebote kann davon ausgegangen werden, dass die Zunahme der Inanspruchnahme nicht auf eine Zunahme der</p>	<p>Der hier beschriebene Rückgang wird zum einen überschätzt (Bundesarztregister 31.12.1998: 44.953 // 31.12.2012: 41.283 --></p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			entsprechenden Versorgungsangebote zurückgeführt werden kann. So ist zum Beispiel die Anzahl der Allgemein- bzw. Praktischen Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und vorrangig die hausärztliche Versorgung übernehmen, von 1998 bis 2012 nicht gestiegen, sondern sogar um rund 5.000 gesunken.	Abnahme um 3.670). Zum anderen wird hier nicht die gesamte hausärztliche Versorgung abgebildet (inkl. hausärztlich tätiger Internisten), in der die Zahl der Ärzte (Kopfzählung) in den letzten 10 Jahren um ca. 1,5% gestiegen ist (55.032).	
22.	BPtK	Die BPtK unterstützt den Vorschlag der KBV, als Ausgangspunkt für die Anpassung der Verhältniszahlen Kreistyp 1 zu wählen, um damit eine substanzielle Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Planungsbereichen außerhalb der Großstädte zu ermöglichen.	(...) Der GKV-SV schlägt vor, als Ankerpunkt für eine Angleichung der Verhältniszahlen auf das durchschnittliche Niveau der übrigen fachärztlichen Versorgung den Kreistyp 5 zu wählen, wobei dieser zunächst auf den Durchschnitt der Arztgruppe angehoben wird. Der Vorschlag der KBV zielt dagegen, analog dem Vorschlag für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, auf eine Angleichung der Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 auf das Niveau in Kreistyp 1 ab. Dies ist aus Sicht der BPtK sachgerecht angesichts der vergleichsweise langen Wartezeiten in der psychiatrischen Versorgung	Siehe Nr. 20	Ja
23.	BPtK	§ 12 Absatz 5 (Quote) Die BPtK befürwortet den Vorschlag von KBV und DKG	Hierdurch werden doppelt qualifizierte Fachärzte systematisch berücksichtigt, zugleich aber bei künftig abnehmender Zahl von sowohl psychiatrisch und neurologisch qualifizierten Fachärzten sichergestellt wird, dass über die Unterquote von 50 Prozent weiterhin eine ausreichende psychiatrische und neurologische Versorgung der Bevölkerung ermöglicht wird.	KBV Zustimmung GKV-SV Ablehnende Kenntnisnahme. Im Übrigen siehe Tragende Gründe. PatV Kenntnisnahme. Im Übrigen siehe Tragende Gründe	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
24.	BÄK	Eine deutliche Absenkung der Verhältniszahl ist aus Sicht der Bundesärztekammer bei der Arztgruppe der Fachinternisten dringend geboten.	Sowohl die medizinische Entwicklung des Leistungs- und Diagnosespektrums der vergangenen 30 Jahre als auch die starke Spezialisierung der Arztgruppe in die unterschiedlichen Facharztbezeichnungen machen eine Anpassung der Verhältniszahl an den heutigen Stand der Versorgung notwendig. Die entsprechenden Ärzte sind bereits heute im System tätig, versorgen eine relevante Anzahl von internistischen Patienten in rein ambulanten Strukturen, werden aber aufgrund der Regelung nach §103 SGB V als „Überversorgung“ ausgewiesen. Ein Großteil dieser Versorgung über 140 % ist über Sonderbedarf über die Jahre entstanden, wobei für jeden einzelnen dieser Ärzte eine umfassende Einzelfallprüfung durch Vertreter der Krankenkassen und Ärzte vor Ort vorgenommen wurde. Die Reform der Bedarfsplanung sollte an dieser Stelle genutzt werden, die Realität auch in der Verhältniszahl nachzuvollziehen.	Der G-BA wird die Verhältniszahlen für die Fachinternisten um 30 % absenken.	Ja

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Die Einführung von Quoten bei den Fachinternisten ist ein für die Sicherstellung der Versorgung begrüßenswerter Schritt des G-BA. Die Möglichkeit der Abgabe einer Praxis innerhalb des eigenen Schwerpunktes bzw. der eigenen Facharztgruppe ist trotz Quote im Sinne der Versorgungskontinuität zu geben. Der G-BA liefert derzeit keine Begründung, warum eine Einzelbeplanung der Schwerpunkte, die ggf. das naheliegende Steuerungsinstrument darstellen würden, weiterhin nicht vorgesehen ist. Die Höhe der Quoten in den konkurrierenden Vorschlägen kann anhand der vorliegenden Informationen von der Bundesärztekammer nicht bewertet werden.</p>	<p>Der G-BA hat sich im Vorfeld der Richtlinienänderung eingehend mit der Fragestellung der Einzelbeplanung auseinandergesetzt und hierzu auch Modellrechnungen erarbeitet. Eine Einzelbeplanung der Schwerpunkte der fachinternistischen Versorgung würde aufgrund der heterogenen Verteilung zu einer deutlichen Steigerung der Zulassungsmöglichkeiten führen, die nicht mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf korrespondieren würde. Ebenso erscheint eine Einzelbeplanung kleiner Schwerpunkte (<500 Ärzte) hinsichtlich der räumlichen Verteilung aus Sicht des G-BA kaum umsetzbar. Ebenfalls offen wäre in diesem Falle die Frage des Umgangs mit Fachinternisten ohne Schwerpunkt, deren Zahl sich in den kommenden Jahren voraussichtlich auf einem deutlich niedrigeren Niveau stabilisieren wird. Im Lichte aller dieser Fragestellungen entscheidet sich der G-BA für die Anwendung von Quotenregelungen um die Verteilung der Schwerpunkte innerhalb der Planungsbereiche zu vereinheitlichen. Auf dieser Basis kann, sofern</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				die Quoten die gewünschte Wirkung entfalten, ggf. eine Einzelbeplanung sinnvoll diskutiert werden.	

6. Abschnitt: Überversorgung

§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
25.	BÄK	Die Bundesärztekammer begrüßt diese Quote (<i>Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie</i>), um das entsprechende Leistungsspektrum der Psychosomatik innerhalb der ärztlichen psychotherapeutischen Versorgung sicherstellen zu können.		Kenntnisnahme	Nein

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie

§ 25a Feststellungen des Landesausschusses zu Quotenplätzen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
26.	BPtK	Die BPtK unterstützt den Vorschlag von KBV, DKG, Länder- und Patientenvertretern	Damit die festgelegten Quoten für die Anteile der Psychiater und Neurologen zu einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen können, ist es zentral, dass diese auch dann zu Zulassungen für Ärzte der entsprechenden Qualifikationen führen, wenn in einem Planungsbereich durch den Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet wurden. Aus Sicht der BPtK ist nicht ersichtlich, warum die für die Arztgruppen der Psychotherapeuten und Internisten vorgesehene Regelung für die Arztgruppe der Nervenärzte nicht zur Anwendung kommen sollte.	KBV/DKG/PatV/LV Zustimmung GKV-SV Ablehnende Kenntnisnahme. Im Übrigen siehe Tragende Gründe.	

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
 Änderungen zur Weiterentwicklung der
 Bedarfsplanungs-Richtlinie

7. Abschnitt: Unterversorgung

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
27.	BÄK	Die Bundesärztekammer spricht sich ausdrücklich gegen eine (<i>nebenstehende</i>) Vermischung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Kapazitäten bei der Bewertung der regionalen Versorgungslage aus. Eine Kompensation ärztlicher Tätigkeit durch nicht-ärztliche Praxisassistenten findet nicht statt – die Berücksichtigung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten würden Kapazitäten suggerieren, die in der Realität nicht die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf regionaler Ebene sicherstellen.	Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung empfiehlt, „dass Hausärzte sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen statt nur auf einen Sitz künftig auf 1,25 Sitze bewerben können, wenn sie durch mindestens einen Anteil von 0,5 Vollzeitkraft nichtärztliche Praxisassistenten unterstützt werden. Alternativ können sich vier Hausärzte, die jeweils mindestens 0,5 nicht-ärztliche Praxisassistentinnen beschäftigen, gemeinsam auf einen weiteren Arztsitz bewerben.“	<p>DKG Zustimmung BÄK. Die Berücksichtigung des Einsatzes von nicht-ärztlichen Praxisassistenten als neues Kriterium bei der Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung, wird dazu führen, dass die Prüfung der Versorgungsdaten durch KV oder Krankenkassen auf Landesebene in einem geringeren Umfang als in der Vergangenheit zur Feststellung von Unterversorgung führen wird. Damit laufen sämtliche Regelung zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung, die nach Feststellung von Unterversorgung greifen würden, ins Leere.</p> <p>LV Zustimmung BÄK</p> <p>KBV Der G-BA beschließt explizit nicht die Anrechnung von Näpas auf die Versorgungsgrade. Stattdessen sollen deren Versorgungsleistungen bei</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				der Bewertung der Versorgungslage berücksichtigt werden. Der G-BA sieht hierdurch keine Kompensation oder Substitution ärztlicher Leistungen. Stattdessen wird der größere Versorgungsumfang den Ärzte unter Zuhilfenahme von Näpas leisten können besser abgebildet.	

§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
28.	BÄK	Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich die Berücksichtigung von Erreichbarkeiten bei der Bewertung der lokalen Versorgungslage. Die Förderung der mobilen und telemedizinischen Versorgungsangebote in Regionen mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf wird von der Bundesärztekammer begrüßt.	Eine Bewertung der einzelnen Minutenangaben und ihrer Auswirkungen ist der Bundesärztekammer an dieser Stelle nicht möglich. Eine Differenzierung nach Betroffenheit bezogen auf die unterschiedlichen Arztgruppen erscheint jedoch sachlogisch. Die Bundesärztekammer erlaubt sich zudem den Hinweis, dass auch in den Krankenhausplänen der Länder sowie in Richtlinien des G-BA z. B. zu Sicherstellungszuschlägen Erreichbarkeiten definiert sind und empfiehlt hier einen Abgleich vorzunehmen.	PatV prüft KBV Während die Krankenhauspläne der Länder zur Frage der Erreichbarkeit weitestgehend keine Angaben machen, beschreiben die Erreichbarkeitsparameter der Sicherstellungszuschläge einen anderen Versorgungskontext (maximale Wegezeit im Falle eines Not-	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Die Zukunft der medizinischen Versorgung wird insbesondere in den hier benannten Regionen auch von digitalen Angeboten unterstützt werden.	falls) und sind nicht auf die vertragsärztliche Versorgung übertragbar. Im Übrigen entsprechen die Erreichbarkeitsvorgaben zur gynäkologischen Versorgung bei den Sicherstellungszuschlägen denen der Bedarfsplanung (40 Minuten).	
29.	BPtK	<p>§ 35 Absatz 5 Nummer 7 (DKG und PatV) wie folgt ändern:</p> <p>„7. Erreichbarkeit ²Maßstab für die Prüfung gemäß Satz 1 Nummer 7 ist, ob 99 mehr als 1 v. H der Einwohner in der Region nach Absatz 2,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Ärzte der hausärztlichen Versorgung nach § 11 in durchschnittlich als 15 PKW-Minuten, 2. die Kinder- und Jugendärzte nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nummer 9, die Psychotherapeuten nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und die Frauenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in durchschnittlich mehr als 20 PKW-Minuten, 3. die Fachärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 2, Nummer 4 bis 6 sowie Nummer 4 bis 8 in durchschnittlich mehr als 30 Minuten, <p>erreichen, die Anzahl der betroffenen Einwohner die Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet und die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt</p>	<p>Die BPtK begrüßt, dass das Kriterium der Erreichbarkeit systematisch bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs Berücksichtigung finden soll. Diese Prüfung sollte jedoch neben der Arztgruppe/den Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung gemäß § 11 Absatz 1 BP-RL auch bei allen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung entsprechend § 12 Absatz 1 BP-RL erfolgen.</p> <p>(...) Aus Sicht der BPtK haben die Gutachter hierbei noch unzureichend berücksichtigt (<i>Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 428-429</i>), dass insbesondere in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, im Vergleich zu den anderen Arztgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung, eine relativ häufige Frequentierung erfolgt, die im Durchschnitt auch die Behandlungsfrequenz bei den Arztgruppen der Kinderärzte und Frauenärzte deutlich übersteigt. Zu berücksichtigen sind hierbei zudem die besonderen Belange der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen, die einer ambulanten psychotherapeutischen Behand-</p>	<p>Der Hinweis der BPtK zur Formulierung der Erreichbarkeitszeiten wird berücksichtigt.</p> <p>DKG/PatV Siehe Tragende Gründe. Eine gesonderte Berücksichtigung der Psychotherapeuten ergibt sich nicht aus dem Gutachten.</p> <p>KBV/GKV-SV Das Kriterium der Erreichbarkeit wird vom G-BA im Zuge der vorliegenden Reform erstmals eingeführt, sodass diese bewusst im ersten Schritt auf eine begrenzte Anzahl von Arztgruppen angewendet wird. Warum für die Arztgruppe, für die Patienten nachweislich bereit sind, die weitesten Wegezeiten in Kauf zu nehmen, ein solches Kriterium eingeführt werden sollte, dass sich dann auch</p>	Ja

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>werden kann. ³Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend. ⁴Bei den Kinder- und Jugendärzten gilt als Einwohner die Bevölkerung unter 18 Jahren.“</p> <p>Darüber hinaus befürwortet die BPtK, dass in § 35 Absatz 5 Satz 3 für die Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs explizit aufgenommen wird, dass sich dieser auch auf die Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung beziehen kann.</p>	<p>lung bedürfen, die mit circa 20 Prozent innerhalb dieser Arztgruppe eine substantielle Patientengruppe ausmachen und hinsichtlich ihrer Mobilität ebenfalls limitiert sind. Dies ist bei der zeitlichen Definition der arztgruppenbezogenen Erreichbarkeitsschwelle zu berücksichtigen. Eine unzureichende Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Versorgung im Sinne von Fahrtzeiten über 20 Minuten kann daher dazu führen, dass substantielle Bevölkerungsgruppen faktisch von einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen werden.</p> <p>Darüber hinaus entspricht der vorgeschlagene Normtext nicht der Intention dieser Regelung. Schon im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wird entgegen der Intention fälschlich formuliert, dass die allgemeine fachärztliche Versorgung in mindestens 30 Minuten (anstatt innerhalb von 30 Minuten) für 99 Prozent der Bevölkerung erreichbar sein sollte. Im Beschlussentwurf wird dann sowohl beim Vorschlag der Patientenvertreter und DKG als auch beim Vorschlag des GKV-SV die Erreichbarkeitsschwelle in die falsche Richtung definiert, sodass eine unzureichende Erreichbarkeit erst vorliegen würde, wenn fast die gesamte Bevölkerung einer Region durchschnittlich länger als den jeweils definierten Minutenwert benötigen würden, um die Ärzte der entsprechenden Arztgruppe zu erreichen.</p>	<p>noch am Niveau der hausärztlichen Versorgung orientieren sollte, erschließt sich dem G-BA nicht.</p> <p>GKV-SV Die Ausführungen der BPtK werden zur Kenntnis genommen; es ist jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb Versicherungsgelder für den Umbau von Praxen eingesetzt werden sollen. Vielmehr handelt es sich um andere Regelungsbereiche (insbesondere SGB IX), die die Krankenbehandlung nicht adressieren.</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
30.	BÄK	Beide Regelungen (sowie GKV-SV als auch KBV, DKG; Ländervertreter) werden von der Bundesärztekammer begrüßt.	Zum einen werden damit eine kongruente Rechtslage mit Blick auf die Förderung der Weiterbildung und des Jobsharings geschaffen und bestehende Widersprüche aufgelöst. Ebenso wird ermöglicht, dass Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die unmittelbar auf die Inanspruchnahme bestimmter Arztgruppen wirken (z.B. Einführung des Einladungsverfahrens bei der Koloskopie), ohne dass sie dabei mit Änderungen des EBM einhergehen, bei der Festlegung der Jobsharing-Obergrenze berücksichtigt werden.	Kenntnisnahme	
31.	BPtK	Die BPtK befürwortet den Vorschlag der KBV , die Möglichkeit des Antrags auf Neubestimmung der Gesamtpunktzahlvolumina nicht nur um die Fallkonstellation der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten i. V. m. § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV, sondern auch um die Konstellation zu erweitern, dass der G-BA in seinen Richtlinien Vorgaben macht, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind und spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben.	Die Regelungen des Jobsharings zielen darauf ab, den gemeinsamen Leistungsumfang von Jobsharing Junior- und Seniorpartnern zu begrenzen. Zugleich ist es geboten, dass für eine Reihe von Fallkonstellationen ein Antrag auf Anpassung der Punktzahlobergrenze gestellt werden kann. Dies ist erforderlich, damit auch Jobsharingpraxen in angemessener Weise auf die Anforderungen in der Versorgung und Veränderungen in den Versorgungsstrukturen und -prozessen reagieren können. Benachteiligungen von Jobsharingpraxen sind hierbei so weit wie möglich zu vermeiden. Auch Jobsharingpraxen muss es ermöglicht werden, ihren Versorgungsauftrag	KBV Kenntnisnahme	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			möglichst umfassend und am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientiert erfüllen und dabei die vertraglichen Vereinbarungen, aber auch Vorgaben von Richtlinien des G-BA, angemessen umsetzen zu können.		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Anlage 2.2 Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
32.	BPtK	<p>Hinsichtlich der Anlage 2.2 erscheint es der BPtK in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll, in der arztgruppenbezogenen Darstellung der Erreichbarkeit je Planungsbereich wie für Spalte 20 vorgesehen, auf die durchschnittliche Nächsterreichbarkeit (in PKW-Fahrminuten) abzustellen. Stattdessen sollten die arztgruppenbezogen definierten Erreichbarkeitsschwellen in PKW-Fahrminuten zugrunde gelegt werden, um auf dieser Grundlage den Prozentanteil der Bevölkerung in einem Planungsbereich auszuweisen, für den dieser Schwellenwert in einer Arztgruppe überschritten wird. Für die Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 13 Absatz 1 könnte dabei in Anlehnung an die Empfehlungen des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ein Wert von 45 PKW-Fahrminuten zugrunde gelegt werden, während für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung auf eine entsprechende planungs-bereichsbezogene Darstellung in Spalte 20 verzichtet werden könnte.</p>		<p>Der G-BA teilt die Auffassung der BPtK, das die arztgruppenbezogenen Erreichbarkeiten kein sinnvoller Indikator sind. Gleichzeitig ist die Abbildung der Schwellenwerte aus § 35 BPL-RL in den Planungsblättern nicht sachgerecht, da diese nur für eine überschaubare Zahl an Arztgruppen gelten und in der Anwendung ohnehin nicht auf den Planungsbereich sondern die gewählte Bezugsregion des § 35 anzuwenden sind.</p> <p>Vor diesem Hintergrund verzichtet der G-BA gänzlich auf diesen Indikator.</p>	Ja

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Anlage 4.1 Allgemeine Differenzierungsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 (KBV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
33.	BPtK	<p>Änderung Anlage 4.1 (KBV):</p> <p>„[...] Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr in mind. 2 Quartalen (sogenanntes „M2Q-Kriterium“) mind. 6 Krankheiten der BVA-Liste kodiert wurden. Berücksichtigt werden nur und je Krankheit in mind. 2 Quartalen (sogenanntes „M2Q-Kriterium“) gesicherte Diagnosen (ICD-Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste den Krankheiten der jeweiligen Krankheit zugeordnet wurden, in den ambulanten Abrechnungsdaten kodiert wurden nach ICD-10 2016 in den ambulanten Abrechnungsdaten. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gilt ein Patient dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr mind. 3 psychische Krankheiten der BVA-Liste kodiert wurden und je Krankheit in mind. 2 Quartalen gesicherte Diagnosen (ICD-Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste der jeweiligen Krankheit zugeordnet wurden, in den ambulanten Abrechnungsdaten kodiert wurden.“</p> <p>Für eine wirksame Anwendung des Morbiditätsfaktors ist es zentral, dass die gewählten Faktoren zur Gruppierung der Versicherten jeweils eine möglichst trennscharfe Einteilung</p>	<p>Im vorliegenden Entwurf für die Bedarfsplanungs-Richtlinie besteht aktuell Dissens bezüglich der Bezeichnung der unterschiedlich stark belasteten Bevölkerungsgruppen. Der Gruppe der „erhöht morbiden“ Patienten wird von der KBV die Gruppe der „durchschnittlich morbiden“ entgegengestellt. Letztere bezeichnet der GKV-SV als „nicht morbide“. Die zugrundeliegende Definition, die von allen Bänken geteilt wird, macht deutlich, dass es sich bei letztgenannter Gruppe mitnichten um eine nicht morbide Versichertengruppe handelt, sondern lediglich um eine Versichertengruppe, deren Morbiditätslast, gemessen an der Anzahl chronischer Krankheiten gemäß dem M2Q-Kriterium, unterhalb des Cut-Off-Kriteriums für „erhöht morbide“ liegt. Das Kriterium von sechs Krankheiten zur Bestimmung der von Multimorbidität betroffenen Versicherten ist dabei relativ hoch angesetzt. Die BPtK unterstützt daher ausdrücklich die Verwendung des Begriffs „durchschnittlich morbide“ zur Bezeichnung der Versichertengruppe unterhalb dieses Kriteriums für Multimorbidität und wird diesen beiden folgenden Anmerkungen durchgängig verwenden.</p> <p>Zur Einteilung der Versicherten in „erhöht morbide“ und „durchschnittlich morbide“ ist</p>	<p>Die Nomenklatur sollte in der Tat vereinheitlicht werden. Im Sinne der Klarheit wird künftig einheitlich zwischen "erhöht</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>von Versicherten in Bezug auf ihren Leistungsbedarf aufgrund der Morbiditätslast ermöglichen. Nur so lässt sich anhand des Vergleichs von regionaler und Bundesebene in Bezug auf die einzelnen Morbiditätsgruppen ein tatsächlicher Mehr- oder Minderbedarf an Arztkapazitäten in einem Planungsbereich ableiten.</p>	<p>aktuell geplant, darauf abzustellen, ob innerhalb eines Jahres sechs oder mehr Krankheiten diagnostiziert worden sind. Abweichend vom Vorschlag des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, welcher auf die Krankheitsliste von Barnett et al. (2012) Bezug nimmt, werden in dem Beschlussentwurf, aus Gründen der Rechtssicherheit, die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes (BVA) zugrunde gelegt. Dies gilt insbesondere für die Liste der Krankheiten sowie die Zuordnung der unterschiedlichen ICD-Codes zu den Krankheiten im jeweiligen Ausgleichsjahr. Darüber hinaus wird auch auf das sogenannte M2Q-Kriterium abgestellt, wonach im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eine Krankenkasse für einen Versicherten dann einen Zuschlag erhält, wenn bei diesem in mindestens zwei Quartalen eines Jahres eine gesicherte ambulante Diagnose (ICD-10 Code) kodiert worden ist, die derselben Morbiditätsgruppe zugeordnet ist. Dies erscheint aus Sicht der BPtK sachgerecht. Die Grundüberlegung im Morbi-RSA zielt auf die Abbildung schwerer und chronischer Erkrankungen ab, die prospektiv im darauffolgenden Jahr zu erhöhten Leistungsausgaben führen. Für die ambulanten Diagnosen wird dabei u. a. wegen der geringeren Diagnosequalität vorausgesetzt, dass diese Diagnose in mindestens zwei Quartalen eines Jahres als gesicherte Diagnose kodiert worden ist. Diese Quartale müssen dabei ausdrücklich nicht direkt aufeinander folgen, wie dies im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen ist. Wenn nun im</p>	<p>morbiden" und "nicht erhöht morbiditen" Gruppen unterschieden.</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Weiteren auf eine erhöhte Morbidität im Sinne des Vorliegens von mindestens sechs Krankheiten abgestellt wird, widerspräche es der Logik des Morbi-RSA, diese nur dann anzunehmen, wenn in mindestens zwei Quartalen mindestens sechs Krankheiten kodiert worden sind. Vielmehr wäre als Kriterium festzulegen, dass für einen Versicherten innerhalb eines Jahres mindestens sechs Krankheiten kodiert worden sind und für jede dieser Krankheiten das sogenannte M2Q-Kriterium erfüllt ist. In diesem Sinne dürfte demnach nicht – wie in dem Beschlussentwurf vorgesehen – darauf abgestellt werden, ob für einen Versicherten zwei Quartale identifiziert werden können, in denen jeweils sechs identische Krankheiten kodiert wurden. Im Ergebnis mögen die damit verbundenen Abweichungen relativ gering ausfallen. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle von den bewährten Konzepten des BVA abgewichen werden sollte.</p> <p>Eine weitere Einschränkung des vorliegenden Vorschlags besteht darin, dass generisch für alle Arztgruppen auf dasselbe Konzept für erhöhte Morbidität zurückgegriffen werden soll. Aufgrund der Anforderung von sechs Krankheiten, die jeweils in mindestens zwei Quartalen in einem Jahr vorliegen müssen, ist davon auszugehen, dass dieses Kriterium ganz überwiegend dann erfüllt wird, wenn eine erhebliche somatische Krankheitslast vorliegt. Das Kriterium wird daher ganz überwiegend</p>	<p>Der G-BA sieht das Erfordernis der Klarstellungen im § 9 sowie in der Anlage 4. Der G-BA folgt in seiner Anwendung des M2Q-Kriteriums dem Vorgehen des BVA.</p> <p>Der G-BA hat sich dazu entschieden, erhöht morbide Versicherte zu identifizieren, die eine Vielzahl an Diagnosen (unabhängig bei welcher Arzt-</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>ältere multimorbide Patienten als „erhöht morbide“ im Sinne des Morbiditätsfaktors kategorisieren. Der deutlich erhöhte psychotherapeutische Leistungsbedarf der Versicherten-gruppe mit erhöhter psychischer Morbidität könnte dagegen nur sehr unzureichend abgebildet werden, nicht zuletzt, weil die höchsten psychischen Morbiditätsraten vor allem in den jüngeren Altersgruppen vorzufinden sind. Aus Sicht der BPtK wäre daher für die Berechnung des Morbiditätsfaktors für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht auf die allgemein erhöhte Morbidität über alle Krankheiten hinweg abzustellen, sondern gezielt nur die psychischen Krankheiten zu berücksichtigen.</p> <p>Nach den Daten des DEGS1-MH ist insbesondere bei Versicherten, bei denen mehrere komorbide psychische Störungen vorliegen, von einem mit der Zahl der Diagnosen steigenden Leistungsbedarf auszugehen. Diese leiden nicht zwingend unter einer Vielzahl weiterer somatischer Krankheiten und würden insofern zu häufig das generische Kriterium der erhöhten Morbidität im Sinne von sechs Krankheiten nicht erfüllen. Stattdessen würden diese Versicherten anhand des geplanten Kriteriums in vielen Fällen trotz eines deutlich erhöhten psychotherapeutischen Leistungsbedarfs der Gruppe der „durchschnittlich morbiden“ zugeordnet werden.</p> <p>Psychische Erkrankungen zeichnen sich oftmals durch ein besonders frühes Erkranken</p>	<p>gruppe diese auftreten) aufweisen. Die Behandlungsaufwände dieser Bevölkerungsgruppe werden je Arztgruppe verglichen mit den Behandlungsaufwänden der übrigen Gruppen. Hintergedanke des Vorgehens ist, dass die Patienten mit einer Vielzahl an Diagnosen, unabhängig bei welchem Arzt diese auftreten, bei allen (bzw. einigen) Arztgruppen erhöhte Behandlungsaufwände auslösen. Im Leistungsbedarfsfaktor wird dies dann arztgruppenspezifisch ausgewiesen.</p> <p>In der Tat erfolgt die Kategorisierung der Bevölkerung einer Region in "erhöht" und "nicht erhöht morbide" vergleichsweise grob, weil einheitlich über alle Arztgruppen. Letztlich ließe sich für alle Arztgruppen auch eine differenziertere Erfassung rechtfertigen. Allerdings wären damit unverhältnismäßige Aufwände hinsichtlich der Berechnungen und Modellierungen erforderlich. Der G-BA hat sich deshalb für eine grobe Einteilung entschieden. Gleichzeitig geht der G-BA davon aus, dass die Effekte einer</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V:
Änderungen zur Weiterentwicklung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>kungsalter im Vergleich zu chronischen somatischen Erkrankungen aus. Gleichzeitig ist eine frühzeitige psychotherapeutische Behandlung von entscheidender Bedeutung, um einer Chronifizierung der Erkrankung und damit langjährigen persönlichen und ökonomischen Folgen entgegenzuwirken. Für eine angemessene Versorgung ist es daher zentral, dass regional dort mehr Psychotherapeuten zur Verfügung gestellt werden können, wo mehr Versicherte mit einer besonders hohen psychischen Morbidität leben. Mit der geplanten generischen Operationalisierung des Morbiditätsfaktors kann das für die psychotherapeutische Versorgung nicht ausreichend gewährleistet werden.</p> <p>Es ist daher erforderlich, die Kategorisierung der erhöhten Morbidität spezifisch für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu fassen. Vorbehaltlich einer weiteren empirischen Prüfung käme in Betracht, bei dieser Arztgruppe für die Einstufung als „erhöht morbide“ mindestens drei psychische Krankheiten zu fordern, für die zugleich das M2Q-Kriterium erfüllt ist.</p>	<p>solchen differenzierteren Betrachtung vergleichsweise gering wären. Da die gesamten Leistungsbedarfe einer Arztgruppe in die Ermittlung der Leistungsbedarfsfaktoren eingehen, werden diese entweder der "erhöht morbiden" oder der "nicht erhöht morbiden" Bevölkerung zugeordnet und fließen insofern vollständig in die Projektionen des Morbiditätsfaktors ein.</p>	

3. Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind zur Anhörung am 29. April 2019 eingeladen worden.



Mündliche Anhörung

gemäß 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hier: Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL)

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 29. April 2019
von 10.40 Uhr bis 10.55 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Herr Harfst

Beginn der Anhörung: 10.40 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer betritt den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlich willkommen, Herr Harfst, zur Anhörung in Sachen Novel-lierung der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Wir haben ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchge-führt. In diesem schriftlichen Stellungnahmeverfahren haben ihre Stellungnahme abgegeben die Bun-desärztekammer unter dem 23. April, die Bundespsychotherapeutenkammer unter dem 18. April, und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom 18. April auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.

Wir haben daraufhin die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer zur heuti-gen mündlichen Anhörung eingeladen. Die Bundesärztekammer hat auf die Teilnahme an der heuti-gen mündlichen Anhörung verzichtet. Die Bundespsychotherapeutenkammer macht von ihrer Mög-lichkeit, im heutigen mündlichen Stellungnahmeverfahren auf gegebenenfalls sich stellende Fragen Antworten zu geben, Gebrauch. Wir begrüßen für die Bundespsychotherapeutenkammer Herrn Harfst. Herzlich willkommen!

Der übliche Hinweis – Sie kennen das schon –: Wir führen Wortprotokoll. Deshalb bitte das Mikrofon benutzen.

Wir sollten heute darauf verzichten, Ihre umfängliche und tiefgehende Stellungnahme von vorn bis hinten durchzudeklinieren. Dazu hat es schon Arbeitsgruppensitzungen gegeben. Somit können Sie davon ausgehen, dass allen Beteiligten hier die wesentlichen Inhalte Ihrer Stellungnahme bekannt sind. Wir machen das so, wie wir es immer machen: In einer ersten Runde erhalten die Mitglieder des Unterausschusses die Möglichkeit, sich aus der Stellungnahme ergebende Fragestellungen an Sie zu richten, Herr Harfst. Danach würden wir kurz darauf eingehen, ob sich seit Abgabe der Stellungnah-me neue Gesichtspunkte ergeben haben. Wenn sich nichts ergeben hat, würde ich Ihnen noch die Möglichkeit geben, zwei, drei Bullet Points vorzutragen, damit wir wenigstens etwas im Protokoll ste-hen haben. Das ist immer sinnvoll.

Zunächst der Blick an die Bänke, an die Patientenvertretung, an die Ländervertreter: Gibt es Fragen auf der Basis der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer an Herrn Harfst? – Die Pati-entenvertretung, bitte.

PatV: Vielen Dank. – Herr Harfst, ich würde Sie gerne bitten, dass Sie uns etwas genauer erklären, wie sich aus Ihrer Sicht die Bedarfe von Patientinnen und Patienten im Bereich Psychotherapie im Hinblick auf die Verteilung zwischen Stadt und Land darstellen. Das ist ein Thema, mit dem wir uns beschäftigen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Harfst, bitte.

Herr Harfst (BPtK): Vielen Dank für die Frage. Wir haben uns schon lange Zeit mit dem Thema be-fasst, wie sich die regionalen Bedarfe hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung darstellen, wie sich die psychische Morbidität im Bundesgebiet darstellt. Dazu geben sowohl die älteren Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey wie auch die neueren Daten der DEGS-Studie deutliche Hinwei-se darauf, dass die Spreizung, die wir in der Bedarfsplanung vorfinden, nicht wiedergibt, wie die psy-chische Morbidität in der Bevölkerung verteilt ist, bezogen auf Stadt und Land. Es gibt nur ver-gleichsweise geringe Unterschiede hinsichtlich der psychischen Morbidität zwischen Stadt und Land. Es gibt gewisse Differenzen, was zum Teil mit Sozialindikatoren zusammenhängt. Wir wissen, eine höhere Arbeitslosenquote führt dazu, dass ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen besteht.

Auch Faktoren wie Multimorbidität oder geringerer Schulabschluss erhöhen das Risiko für eine psychische Erkrankung. Es gibt dabei eine gewisse regional unterschiedliche Verteilung. Auf Kreistypenebene stellt es sich so dar, dass nur marginale Unterschiede zu finden sind. Insofern sollten die Verhältniszahlen darauf ausgerichtet sein, dass zwar Mitversorgungseffekte abgebildet werden müssen, aber dass von einer relativ vergleichbaren psychischen Morbidität auszugehen ist. Wir wissen gleichzeitig, wenn man das Leistungsgeschehen selbst zur Grundlage nimmt, um den Bedarf abzuschätzen, dann ist es mitgeprägt durch die vorhandenen Versorgungsstrukturen. Dann sind die in den ländlichen Räumen, die eine höhere Mobilität haben, die leichter in die städtischen Zentren gelangen können, eher in der Lage, ihren Versorgungsbedarf zu erfüllen, während sich die entsprechende Knappheit von Versorgungsangeboten in den ländlichen Strukturen insbesondere bei den sozial benachteiligten Patientengruppen niederschlägt, aber auch bei denjenigen, die eine geringere Mobilität aufweisen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Reicht das als Antwort? – Okay. – Gibt es weitere Fragen? – Keine. Dann frage ich Sie, Herr Harfst, gibt es etwas Neues? In der kurzen Zeit ist wahrscheinlich nichts passiert – wobei ich das nicht vorgeiflich beantworten will. Denn sonst heißt es, die Anhörung sei nicht ordnungsgemäß durchgeführt. Man muss aufpassen, gerade wenn Wortprotokoll geführt wird. Deshalb schreiben wir das auch in das Wortprotokoll.

Herr Harfst, wenn es etwas Neues gibt, dann sagen Sie es, wenn nicht, dann adressieren Sie uns kurz Ihre drei wichtigsten Punkte, damit wir sie komprimiert noch einmal hören. Aber bitte lesen Sie nicht die 42 Seiten vor. Das wäre redundant, und ich würde unterbrechen.

Herr Harfst (BPtK): Wir haben nur 30 Seiten geschafft. Wir hatten so wenig Zeit.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer hat denn die 42 Seiten abgegeben? Jetzt bin ich ein bisschen irritiert.

Herr Harfst (BPtK): Vielen Dank, Herr Vorsitzender, für die Gelegenheit, zentrale Punkte noch einmal zu benennen und dabei vielleicht einen kleinen Schlenker zu machen über etwas, was in dieser Ausführlichkeit in der Stellungnahme nicht enthalten ist, und uns auf diesen Aspekt zu fokussieren.

Für uns zentral ist die Anpassung der Verhältniszahlen. Das ist der entscheidende Punkt; das wird Sie nicht verwundern. Das steht auch in der Stellungnahme. Wir halten die extreme Spreizung, die wir in der aktuellen Bedarfsplanung vorfinden, für dringend korrekturbedürftig. Den Ansatz, der von KBV, DKG, Patientenvertretung und Ländervertretung vorgeschlagen wird, halten wir für zielführend, zumindest die Spreizung, ausgehend vom Kreistyp 1, auf das Maß zu reduzieren, wie wir es in der sonstigen wohnortnahen fachärztlichen Versorgung vorfinden. Wir haben auch dargelegt, dass sich in den letzten 20 Jahren der Versorgungsbedarf im Bereich der Psychotherapie deutlich verändert hat. Das zeigt sich nicht in Bezug auf die epidemiologischen Daten im dem Sinne: „Wie häufig ist jemand in der deutschen Bevölkerung innerhalb eines Jahres krank?“, aber es zeigt sich in dem Sinne: Wie häufig werden in der ambulanten Versorgung psychische Erkrankungen diagnostiziert, wie häufig führen die psychischen Erkrankungen zu so starken Einschränkungen, dass von Patienten Hilfe nachgefragt wird? Es zeigt sich auch darin, wie sehr bei psychischen Erkrankungen nach den S3-Leitlinien heute zumindest als eine der Methoden der Wahl – teilweise auch als die Methode der Wahl – die Psychotherapie empfohlen wird. Entsprechend ist heute ein höherer Versorgungsbedarf festzustellen, als das noch vor 20 Jahren der Fall war, wo sich der Kenntnisstand noch nicht entsprechend verbreitet hatte. Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen hat auch dazu geführt, dass Patienten viel eher bereit sind, sich entsprechend professionelle Hilfe zu holen. Insofern haben wir vorgeschla-

gen, uns als einen sehr konservativen Schätzer auf die gesteigerte Lifetime-Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen zu beziehen. Zwischen dem Bundesgesundheitsurvey und der DEGS-Studie beträgt die Erhöhung der Inanspruchnahme rund 20 Prozent. Um diese 20 Prozent sollten die allgemeinen Verhältniszahlen für die sechs Kreistypen abgesenkt werden.

Ein Punkt, der uns noch wichtig ist, der gerade mit angeschnitten worden ist, ist die Erreichbarkeit. Vielleicht ist das ein Aspekt, der genauer analysiert werden könnte. Wir haben dargelegt, dass im Vergleich zu den benannten Arztgruppen Kinderärzte und Frauenärzte, bei denen ein Erreichbarkeitskriterium, bezogen auf den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf, von 20 Pkw-Minuten als Schwellenwert definiert wird, das auch für die Psychotherapeuten mindestens als Referenzkriterium herangezogen werden sollte. Das könnte man im Grunde über die KBV-Daten leicht rechnen. Wir gehen sicher davon aus, dass der Anteil von Patienten, die als Operationalisierungskriterium mindestens fünf Kontakte in einem Quartal über mehrere Quartale haben, bei den Psychotherapeuten im Vergleich zu den beiden anderen genannten Arztgruppen deutlich höher ist. Insofern ist das eine besondere Schwelle, die im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung besteht, wenn Versorgungsangebote entsprechend weiter weg sind. Der Aufwand, diese Strecke zurückzulegen, ist viel häufiger erforderlich, über längere Zeit, auch fest geplant. Lange Wegzeiten stellen eine echte Schwierigkeit für die Versorgung dar. Daher sollte es mindestens auf das gleiche Niveau wie bei den Frauenärzten und den Kinderärzten gesenkt werden.

Vielleicht haben wir einen Punkt falsch interpretiert. Bezogen auf die Frage: „Wie soll dieses Kriterium definiert werden?“, hatten wir den Eindruck, dass die beiden Vorschläge mit 99 Prozent, die gemacht wurden, in die falsche Richtung zeigten. Wir waren unsicher, weil das von zwei Seiten so definiert wurde. – Aber dann war unser Hinweis korrekt. Das ist gut.

Bezogen auf die Einführung des Morbiditätsfaktors als Weiterentwicklung des Demografiefaktors ist uns wichtig, den Aspekt zu unterstützen, dass er weiterhin dynamisch gefasst werden sollte. Die wachsenden Versorgungsbedarfe muss dieser Faktor abbilden. Es kann nicht sein, dass man an der Stelle, wo man auf gesetzlichen Auftrag hin diesen Faktor weiterentwickelt, diesen entdynamisiert und nicht mehr genau das abzubilden versucht, was die Grundintention war: wachsender Versorgungsbedarf vor dem Hintergrund stärkerer Multimorbidität. Insofern muss das aus unserer Perspektive als dynamischer Faktor definiert und entsprechend weiterentwickelt werden. In Anbetracht der sehr sportlichen Zeit, die Sie bis zur Beschlussfassung im Mai noch vor sich haben, ist uns auch klar, dass es sehr schwierig wird, mögliche Alternativen – „Wie würde sich das darstellen, wenn man sich für die Arztgruppe der Psychotherapeuten auf die psychischen Morbiditäten konzentriert und dann schaut, was bei einem Kriterium von zwei oder drei Krankheiten geschehen würde?“ – zu prüfen und zu reflektieren. Das sehen wir sehr wohl. Dennoch muss man dazusagen, dass eine weitere Aufgabe in den nächsten Schritten ist, zu schauen, ob man in dieser Weise weitergeht und das arztgruppenspezifisch macht. Das wäre uns wichtig.

Uns fehlt dieser Aspekt, bezogen auf die kleinräumige Planung. Es war aus unserer Sicht sehr dünn beschrieben, argumentiert, warum für die Arztgruppe der Psychotherapeuten trotz des indizierten Auftrags im Gesetz, es zu prüfen, das nicht in verschiedenen Modellen weiterverfolgt wurde, die man sich vorstellen kann, die diskutiert werden. Insofern würden wir uns wünschen, dass das in der weiteren Betrachtung näher verfolgt wird. Denn wir sehen nicht, dass es nur ein dichotomes Kriterium ist, wie man das lösen kann, dass man sagt: Entweder einheitliche Verhältniszahl, oder die Spreizung nach den sechs Kreistypen soll beibehalten werden. Es sind auch Hybridmodelle denkbar. Das muss aber dezidiert vorbereitet werden. Das werden Sie kaum in der kurzen Zeit bis zur Beschlussfassung im Mai schaffen können.

Das sind die zentralen Punkte. Ansonsten gehe ich davon aus, dass Sie die Extratage über die Ostage, die wir Ihnen zum Studium unserer Stellungnahme geben wollten, nutzen konnten, und verweise darauf.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Harfst. – Ich frage noch einmal: Gibt es zu diesen vorgetragenen Punkten Anmerkungen oder Fragen seitens der Bänke? – Keine. Dann sind wir durch. Danke für die Lektüre. In der Tat: Es hat uns Spaß gemacht, zumal das Wetter über Ostern der Lektüre zuträglich war. Da freut man sich, dass man lesen kann. Danke.

Damit ist die Anhörung beendet.

Schluss der Anhörung: 10.55 Uhr