



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Abschlussbericht

Unterausschuss Bedarfsplanung (UA BPL)

Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:

Änderungen der Regelungen zum Morbiditätsfaktor

Stand: 15. Juli 2021

Unterausschuss Bedarfsplanung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Beschlussentwurf der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde	1
2.	Tragende Gründe die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden.....	18
3.	Darstellung der Änderungen im Regelungen-Fließtext.....	22
4.	Darstellung des Stellungnahmeverfahrens	52
4.1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen.....	52
4.2	Eingegangene Stellungnahmen	53
4.2.1	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).....	53
4.2.2	Verzicht auf Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)	60
4.2.3	Verzicht auf Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	61
4.3	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen.....	62
4.3.1	Allgemeine Positionierung und Hinweise.....	62
4.3.2	Zu § 9 Absatz 3	69
4.4	Wortprotokoll der mündlichen Anhörung	73
4.5	Würdigung der Stellungnahmen	74
5.	Beschlussfassung.....	75
5.1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V	75
5.2	Beschluss	76

1. Beschlussentwurf der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde

Stand: 15.03.2021



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Morbiditätsfaktor

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) in der Fassung vom 20. Dezember 2012 (BAnz AT 31.12.2012 B7), die durch die Bekanntmachung am 5. Dezember 2020 (BAnz AT 20.12.2020 B9) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 8 wird wie folgt gefasst:

„(1) ¹Die Festlegung und Ausweisung von Verhältniszahlen im Sinne der Bestimmung arztgruppenbezogener Arzt-Einwohner-Verhältnisse bilden als Referenzpunkt den bundesweiten Rahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung. ²In der Bedarfsplanung werden Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 dieser Richtlinie, Allgemeine Verhältniszahlen gemäß §§ 11 - 14, Regionale Verhältniszahlen gemäß Absatz 4 sowie regional angepasste Verhältniszahlen gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V unterschieden.

(2) ¹Die Basis-Verhältniszahlen bilden die Verhältniszahlen zur Einführung der Arztgruppen in der Bedarfsplanung ab. ²Sind diese im Zuge von Richtlinienanpassungen weiter modifiziert worden, gelten diese Ergebnisse als Basis-Verhältniszahlen. ³Die Basis-Verhältniszahlen sind in Anlage 5 dieser Richtlinie abgebildet und bilden den Ausgangspunkt für weitere Anpassungen durch den Morbiditätsfaktor gemäß § 9 BPL-RL.

(3) Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach den §§ 11 – 14 im Sinne dieser Richtlinie werden durch die Anpassungen gemäß den Vorgaben nach § 9 Absätze 4 bis 7 bezogen auf die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 ermittelt.

(4) Durch Anpassung der in den §§ 11 bis 14 aufgeführten arztgruppenspezifischen Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß den Vorgaben nach § 9 Absätze 8 bis 11 ergeben sich die Regionalen Verhältniszahlen, die das bedarfsgerechte Einwohner-/Arztverhältnis abbilden.

(5) ¹Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung sowie sonstiger Beschlüsse des Landesausschusses im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Regionalen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 zu verwenden. ²Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren des § 9 i.V.m. §§ 11 bis 14 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszahlen (regional

angepasste Verhältniszahlen) den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.“

2. Die Überschrift zu § 9 wird wie folgt gefasst:

„§ 9 Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor“

3. § 9 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten.

1. Allgemeine Verhältniszahlen

Im ersten Schritt erfolgt eine Anpassung des Versorgungsniveaus auf Grundlage der allgemeinen demografischen Bevölkerungsentwicklung. Die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 erfolgt nach den Absätzen 4 bis 7.

2. Regionale Verhältniszahlen

In einem zweiten Schritt erfolgt eine regionale Verteilung des Versorgungsangebots auf Grundlage der lokalen Morbiditätsstruktur. Die Ermittlung der Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4 erfolgt nach den Absätzen 8 bis 11.“

4. § 9 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „In einem ersten Schritt“ durch die Angabe „Im Sinne von Absatz 3 Nummer 1“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird nach den Angaben „<20“, „<45“, „<75“ und „75“ jeweils das Wort „Jahre“ eingefügt, die Angabe „4“ durch das Wort „vier“ und die Angabe „8“ durch das Wort „acht“ ersetzt.
- c) In Satz 3 wird vor den Wörtern „Alters- und Geschlechtsfaktoren“ das Wort „allgemeine“ gestrichen und nach den Wörtern „Alters- und Geschlechtsfaktoren“ die Angabe „(AGF)“ eingefügt.
- d) In Satz 4 werden die Wörter „Sie werden für“ durch das Wort „Für“ ersetzt und nach dem Wort „Frauenärzte“ die Wörter „werden sie“ eingefügt.
- e) In Satz 6 wird nach den Wörtern „Kinder- und Jugendärzte“ das Wort „und“ durch die Wörter „sowie der“ ersetzt.
- f) In Satz 7 wird der Punkt durch einen Doppelpunkt ersetzt.
- g) Satz 7 Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach den Wörtern „Alters- und Geschlechtsfaktoren“ die Angabe „(AGF-2010)“ eingefügt.
 - bb) Die Angabe „Anlage 4.1“ wird durch die Angabe „Anlage 4.1.1.a“ ersetzt.
 - cc) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Referenzzeitpunkt ist der 31.12.2010.“
- h) Satz 7 Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach den Wörtern „Alters- und Geschlechtsfaktoren“ wird die Angabe „(AGF-A)“ eingefügt.

- bb) Die Angabe „Anlage 4.2“ wird durch die Angabe „Anlage 4.1.1.b“ ersetzt.
 - cc) Die Angabe „2“ wird durch das Wort „zwei“ ersetzt.
5. § 9 Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Angabe „8“ wird durch das Wort „acht“ ersetzt.
 - bb) Die Angabe „AG Leistungsbedarfsfaktoren“ wird durch die Angabe „Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht LBF-AG“ ersetzt.
 - cc) Vor den Wörtern „die Abweichung“ werden die Wörter „als Gewichtungsfaktoren für“ eingefügt.
 - dd) Die Wörter „vom Stichtag entsprechend gewichten“ werden durch die Wörter „im Vergleich zum Referenzzeitpunkt dienen“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 wird die Angabe „AG-Leistungsbedarfsfaktoren“ durch die Angabe „LBF-AG“ ersetzt und die Angabe „Anlage 4.3“ durch die Angabe „Anlage 4.1.2“ ersetzt.
 - c) Nach der Angabe „Anlage 4.1.2.“ wird den Wörtern „Sie werden“ die Satznummerierung „3“ vorangestellt.
 - d) Im neuen Satz 3 wird die Angabe „12“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt.
 - e) Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.
 - f) Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5.
 - g) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Bei der“ durch die Wörter „Für die“ ersetzt.
 - h) Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6.
 - i) Im neuen Satz 6 wird nach den Wörtern „Kinder- und Jugendärzte“ das Wort „und“ durch die Wörter „sowie der“ ersetzt.
6. § 9 Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- a) Folgender Satz 1 wird eingefügt:

„¹Durch Modifikation der Basis-Verhältniszahlen mit dem Anpassungsfaktor werden die Allgemeinen Verhältniszahlen ermittelt.“
 - b) Der bisherige Satz 1 wird zu Satz 2
 - c) Der neue Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Wörter „Anpassung der Basis-Verhältniszahlen“ werden durch die Wörter „Berechnung des Anpassungsfaktors wird“ ersetzt.
 - bb) Nach dem Wort „Arztgruppe“ wird das Wort „wird“ gestrichen.
 - cc) Nach den Wörtern „stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktoren“ wird die Angabe „(AGF-2012)“ eingefügt.
 - dd) Die Angabe „AG-Leistungsbedarfsfaktor“ wird durch die Angabe „LBF-AG“ ersetzt.
 - d) Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.
 - e) Der neue Satz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach den Wörtern „aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren“ wird die Angabe „(AGF-A)“ eingefügt.
- bb) Die Angabe „AG-Leistungsbedarfsfaktor“ wird durch die Angabe „LBF- AG“ ersetzt.
- cc) Die Angabe „Anlage 4.8“ durch die Angabe „Anlage 4.1.3“ ersetzt.

7. § 9 Absatz 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 8 Absatz 3“ ersetzt.
- b) Folgender Satz 2 wird angefügt:
„²Sie werden alle zwei Jahre jeweils zum 01.07. angepasst und unter §§ 11 – 14 veröffentlicht.“

8. § 9 Absatz 8 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Wörter „In einem zweiten Schritt löst ein Abweichen“ werden durch die Wörter „Im Sinne von Absatz 3 Nummer 2 erfolgt aufgrund von Abweichungen“ ersetzt.
 - bb) Die Angabe „§ 8 Absatz 2 zu den regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3“ wird durch die Angabe „„§ 8 Absatz 3 zu den Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4“ ersetzt.
- b) Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Angabe „4“ wird durch das Wort „vier“ ersetzt.
 - bb) Nach den Angaben „<20“, „<45“, „<75“ und „75“ wird jeweils das Wort „Jahre“ eingefügt.
- c) Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Das Wort „Sie“ wird durch die Wörter „Die Gruppen bilden“ ersetzt.
 - bb) Das Wort „Patientengruppe“ wird durch das Wort „Patienten“ ersetzt.
 - cc) Das Wort „Differenzierungsfaktoren“ wird durch die Angabe „Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF)“ ersetzt.
- d) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
„⁵Für die Arztgruppe der Frauenärzte werden die Faktoren auf der Basis der Frauen berechnet“
- e) Satz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach den Wörtern „Kinder- und Jugendärzte“ das Wort „und“ durch die Wörter „sowie der“ ersetzt.
 - bb) Die Angabe wird „4“ durch die Wörter „dort vier“ ersetzt.
- f) Satz 8 wird wie folgt gefasst:
„⁸Die AGMF werden in bundesweite AGMF (AGMF-B) gemäß Anlage 4.2.1.a und regionale AGMF (AGMF-Reg) gemäß Anlage 4.2.1.b unterschieden und jeweils auf Grundlage desselben Abrechnungsjahres berechnet.“
- g) Satz 9 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Wörter „allgemeinen und regionalen Differenzierungsfaktoren“ werden durch die Angabe „AGMF-B und AGMF-Reg“ ersetzt.
- bb) Nach den Wörtern „Alters- und Geschlechtsfaktoren“ wird die Angabe „(AGF-A)“ eingefügt.

9. § 9 Absatz 9 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Vor den Wörtern „arztgruppen- und planungsbereichsbezogene Anpassung“ wird das Wort „Die“ durch das Wort „Diese“ ersetzt.
 - bb) Nach dem Wort „Verhältniszahl“ wird die Angabe „nach Absatz 8“ eingefügt.
 - cc) Die Angabe „(Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren)“ wird durch die Angabe „(Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität, LBF-AGM).“ ersetzt.
 - dd) Die Angabe „und die regionale Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt entsprechend gewichten“ wird durch die Angabe „und als Gewichtungsfaktoren für die gesamthafte Abbildung der regionalen Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dienen.“ ersetzt.
- b) In Satz 2 werden die Wörter „Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren“ durch die Angabe „LBF-AGM“ und die Angabe „Anlage 4.6“ wird durch die Angabe „Anlage 4.2.2“ ersetzt.
- c) Den Wörtern „Sie werden“ wird die Satznummerierung „³“ vorangestellt.
- d) Im neuen Satz 3 wird die Angabe „12“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt.
- e) Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.
- f) Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5.
- g) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Bei der“ durch die Wörter „Für die“ ersetzt.
- h) Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6.
- i) Im neuen Satz 6 wird nach den Wörtern „Kinder- und Jugendärzte“ das Wort „und“ durch die Wörter „sowie der“ ersetzt.

10. § 9 Absatz 10 wird wie folgt geändert:

- a) Folgender Satz 1 wird eingefügt:

„¹Durch Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahlen mit den planungsbereichs- und arztgruppenbezogenen regionalen Verteilungsfaktoren werden die Regionalen Verhältniszahlen ermittelt.“
- b) Der bisherige Satz 1 wird zu Satz 2.
- c) Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.
- d) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„³Die regionalen Verteilungsfaktoren bestimmen sich aus den Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF) und den LBF-AGM der jeweiligen Arztgruppe: Es wird die Summe aus jeweils der Multiplikation des AGMF-B einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen LBF-AGM für diese Morbiditätsgruppe gebildet.“

- e) Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.
 - f) Der neue Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Das Wort „Differenzierungsfaktors“ durch die Angabe „AGMF-Reg“ ersetzt.
 - bb) Die Angabe „Morbi-Leistungsbedarfsfaktor“ wird durch die Angabe „LBF-AGM“ ersetzt.
 - cc) Die Angabe wird „Anlage 4.8“ durch die Angabe „Anlage 4.2.3“ ersetzt.
 - g) Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5.
 - h) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„⁵Die regionalen Verteilungsfaktoren werden alle zwei Jahre jeweils zum 01.07. angepasst und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Anlage 4.2.3 veröffentlicht.“
11. Nach § 9 Absatz 10 wird folgender Absatz 11 eingefügt:
- „(11) ¹Aus den Berechnungen nach den Absätzen 8 bis 10 ergeben sich die Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4.“
12. Der bisherige § 9 Absatz 11 wird zu § 9 Absatz 12.
13. Der neue § 9 Absatz 12 wird wie folgt geändert:
- a) Die Angabe „3 bis 10“ wird durch die Angabe „4 bis 11“ ersetzt.
14. Der bisherige § 9 Absatz 12 wird zu Absatz 13.
15. Der neue § 9 Absatz 13 wird wie folgt geändert:
- a) Nach dem Wort „aufgrund“ werden die Wörter „der Anwendung“ und nach den Wörtern „soll der“ wird das Wort „zuständige“ eingefügt.
16. Der bisherige § 9 Absatz 13 wird zu § 9 Absatz 14.
17. Der neue § 9 Absatz 14 wird wie folgt geändert:
- a) Nach dem Wort „Absätzen“ wird die Angabe „3“ durch die Angabe „4“ ersetzt.
 - b) Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach den Absätzen 4 bis 7 sowie der arztgruppen- und planungsbereichsbezogenen regionalen Verteilungsfaktoren nach Absatz 10 erfolgt alle zwei Jahre jeweils zum 01.07., erstmals wieder zum 01.07.2021.“
 - c) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Aktualisierung der Leistungsbedarfsfaktoren nach Absatz 5 (LBF-AG) sowie nach Absatz 9 (LBF-AGM) erfolgt alle sechs Jahre jeweils zum 01.07., erstmals wieder zum 01.07.2025.“
18. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1609“ durch die Angabe „1607“ ersetzt.
19. § 12 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 2 werden nach den Wörtern „Fachärzte für Kinderchirurgie,“ die Wörter „die Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie,“ und nach den Wörtern „die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie,“ die Wörter „die Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie,“ eingefügt.
- bb) In Nummer 2 wird nach den Wörtern „Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Punkt ersetzt durch ein Semikolon und das darauffolgende Wort „Nicht“ klein geschrieben.
- cc) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
 „6. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die folgenden Fachärzte:
 - Nervenärzte: Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
 - Neurologen: Fachärzte für Neurologie und
 - Psychiater: Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“
- dd) In Nummer 7 Satz 1 wird vor den Wörtern „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ das Wort „die“ eingesetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Tabelle in Satz 1 wird wie folgt gefasst:

	Typ 1 (stark mitversorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend)	Typ 3 (stark mitversorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigenversorgt)	Typ 6 (polyzentrischer Verflechtungsraum)
Augenärzte	12.426	18.760	22.934	20.543	19.164	18.956
Chirurgen und Orthopäden	9.077	14.017	16.876	15.914	14.642	13.475
Frauenärzte	3.850	5.795	6.813	6.570	6.231	5.729
Hautärzte	21.179	34.842	41.786	40.912	39.075	34.873
HNO-Ärzte	17.353	26.452	33.842	32.469	31.190	24.873
Nervenärzte	13.455	20.613	24.774	23.562	22.308	20.201
Psychotherapeuten	3.173	5.317	6.390	6.078	5.754	5.211
Urologen	26.097	41.424	48.431	45.432	43.247	34.106
Kinder- und Jugendärzte	2.043	2.862	2.862	2.862	2.862	2.862

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird nach den Wörtern „andererseits den“ das Wort „Psychiatern“ durch die Wörter „Fachärzten für Psychiatrie“ ersetzt.

- bb) In Fall 2 des Rechenbeispiels wird die Angabe „50% * (100-80) = 10“ durch die Angabe „50% x (100-80) = 10“ ersetzt.
- cc) In Fall 3 des Rechenbeispiels wird die Angabe „50% *(100-20) = 40“ durch die Angabe „50% x (100-20) = 40“ ersetzt.

20. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Nummer 2 wird die Angabe „teilnehmen. Die“ durch die Angabe „teilnehmen; die“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 wird die Angabe „45.974“ durch die Angabe „45.966“, die Angabe „48.688“ durch die Angabe „48.766“, die Angabe „14.437“ durch die Angabe „14.433“ und die Angabe „16.895“ durch die Angabe „16.900“ ersetzt.

21. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird Nummer 2 wie folgt gefasst:

„2. Zur Arztgruppe der Laborärzte gehören die folgenden Fachärzte:

- Laboratoriumsmedizin: Fachärzte für Laboratoriumsmedizin,
- Immunologie: Fachärzte für Immunologie
- Mikrobiologie: Fachärzte für Mikrobiologie, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie
- Biochemie: Fachärzte für Biochemie“

- b) In Absatz 4 wird die Angabe „564.074“ durch die Angabe „563.887“, die Angabe „92.104“ durch die Angabe „92.038“, die Angabe „143.612“ durch die Angabe „143.829“, die Angabe „105.788“ durch die Angabe „105.897“, die Angabe „108.676“ durch die Angabe „108.695“, die Angabe „152.775“ durch die Angabe „152.951“, die Angabe „151.557“ durch die Angabe „151.695“ und die Angabe „1.198.806“ durch die Angabe „1.197.735“ ersetzt.

22. § 65 wird wie folgt geändert:

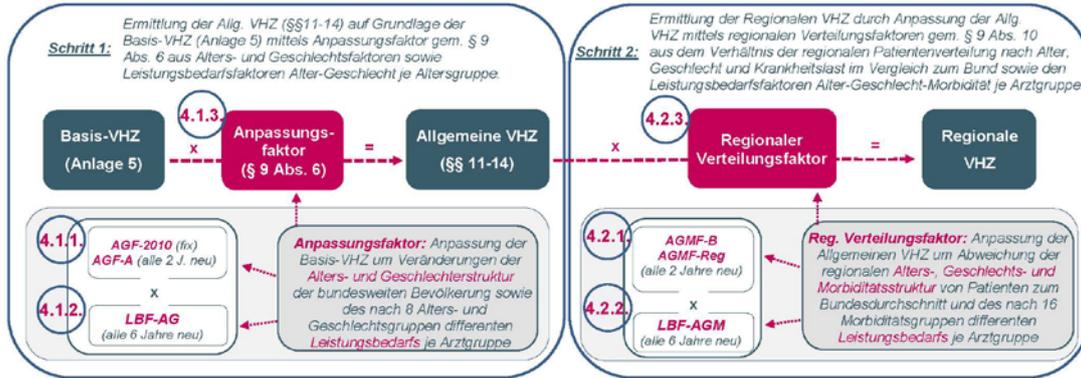
- a) In Satz 1 wird die Angabe „1.830“ durch die Angabe „1.827“, die Angabe „1.782“ durch die Angabe „1.779“, die Angabe „1.733“ durch die Angabe „1.731“ und die Angabe „1.685“ durch die Angabe „1.683“ ersetzt.
- b) Folgender Satz 2 wird eingefügt:
„²Sofern die in der Tabelle aufgeführten VHZ abweichend von den dort benannten Zeiträumen angepasst werden, gelten diese mit Inkrafttreten des Beschlusses.“
- c) Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.

23. Die Anlage 4 wird wie folgt gefasst:

Anlage 4 Morbiditätsfaktor

Ziel des Morbiditätsfaktors in der Bedarfsplanung ist es einerseits, die Veränderung der bundesweiten demografischen Entwicklung im Zeitverlauf abzubilden, andererseits die Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zu berücksichtigen. Der Morbiditätsfaktor modifiziert die Basis-Verhältniszahlen schrittweise zunächst zu Allgemeinen und in einem weiteren Schritt zu Regionalen Verhältniszahlen. Im Ergebnis ergibt sich durch Anwendung des Morbiditätsfaktors die regionale Sollzahl an Ärzten.

Die Anpassung der Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten:



1

4.1 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen gem. § 9 Abs. 4 - 7 BPL-RL auf Grundlage der Basis-Verhältniszahlen

Abkürzungsverzeichnis

VHZ	- Verhältniszahl
Allg. VHZ	- Allgemeine Verhältniszahl
Basis-VHZ	- Basis-Verhältniszahl
Regionale VHZ	- Regionale Verhältniszahl
AGF	- Alters- und Geschlechtsfaktoren
AGF-2010	- stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren; Referenzzeitpunkt 2010
AGF-A	- aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren
LBF-AG	- Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht
AGMF	- Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
AGMF-B	- bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
AGMF-Reg	- regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
LBF-AGM	- Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität

4.1.1 Bevölkerungsanteile nach Alter und Geschlecht (Alters- und Geschlechtsfaktoren AGF) gem. § 9 Abs. 4 BPL-RL

Die Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF) bilden die acht jeweils zu einem Stichtag auf Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes ermittelten prozentualen Anteile der nach vier Altersklassen und dem Geschlecht getrennten Gesamtbevölkerung ab. Die im Zweijahresturnus aktualisierten AGF-A (vgl. 4.1.1.b) werden für die Beschreibung der sich verändernden Demografie in Bezug gesetzt zu den AGF-2010 zum Referenzzeitpunkt 31.12.2010 (vgl. 4.1.1.a). Die Aktualisierung der AGF-A erfolgt durch den G-BA.

a) Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren zum Referenzzeitpunkt 2010 (AGF-2010)

Zur Ermittlung der Alters- und Geschlechtsfaktoren werden die Einwohner der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe auf die Gesamtbevölkerung bezogen. Auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Einwohner Alters- und Geschlechtsgruppe 2010}}{\text{Einwohner 2010}}$$

gelten folgende AGF-2010 des Referenzjahres 2010:

2

Arztgruppe	AGF-2010									
	Anteil männliche Bevölkerung					Anteil weibliche Bevölkerung				
	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, KJPP		9,56%	16,12%	19,71%	3,39%		9,06%	15,83%	20,50%	5,82%
Frauenärzte							17,73%	30,90%	40,02%	11,36%
Kinder- und Jugendärzte, KJPP	51,29%					48,71%				

Stichtag Bevölkerung: 31.12.2010

Quelle: Berechnungen auf Grundlage „Rückgerechnete und fortgeschriebene Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2016“

Anmerkung: Die AGF-2010 werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

b) Aktuelle Alters- und Geschlechterfaktoren (AGF-A)

Die AGF-A ergeben sich auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Einwohner Alters- und Geschlechtergruppe 2019}}{\text{Einwohner 2019}}$$

Die erstmalige Ermittlung der AGF-A erfolgte mit Stichtag 31.12.2017 zum 01.07.2019. Sie werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 01.07.2021 (mit Stichtag 31.12.2019). Für den Zeitraum 01.07.2021 bis 30.06.2023 gelten folgende AGF-A:

Arztgruppe	AGF-A									
	Anteil männliche Bevölkerung					Anteil weibliche Bevölkerung				
	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, KJPP		9,49%	15,68%	19,50%	4,69%		8,95%	14,84%	20,07%	6,81%
Frauenärzte							17,66%	29,29%	39,61%	13,44%
Kinder- und Jugendärzte, KJPP	51,40%					48,60%				

Stichtag Bevölkerung: 31.12.2019

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

Anmerkung: Die AGF-A werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

3

4.1.2 Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht (LBF-AG) gem. § 9 Abs. 5 BPL-RL

Die LBF-AG bilden arztgruppenspezifisch das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten ambulanter Leistungen der acht Alters- und Geschlechtsgruppen im Vergleich zum Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe ab. Sie werden vom G-BA für einen Zeitraum von sechs Jahren ermittelt, erstmals zum 01.07.2019. Die erste Aktualisierung erfolgt zum 01.07.2025.

Die Berechnung der LBF-AG erfolgt auf Grundlage der Abrechnungsdaten der KBV, indem der Leistungsbedarf in Euro für die zwölf letzten verfügbaren Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11-14 dieser Richtlinie und jeweils für die acht Alters- und Geschlechtsgruppen ermittelt wird¹. Die ermittelten Leistungsbedarfe sind durch die Anzahl der Einwohner der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe zu teilen. In jeder Arztgruppe wird nun dieser Leistungsbedarf pro Alters- und Geschlechtsgruppe durch den Gesamtleistungsbedarf dieser Arztgruppe pro Einwohner geteilt. Auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015} - 2017)}{\text{Einwohner}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}}(\text{Bevölkerungsdaten 2017})} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015} - 2017)}{\text{Einwohner}(\text{Bevölkerungsdaten 2017})}$$

gelten für den Zeitraum 01.07.2019 bis 30.06.2025 folgende LBF-AG:

¹ Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben unberücksichtigt

4

Arztgruppe	LBF-AG									
	männlich					weiblich				
	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
Hausärzte		0,253	0,554	1,092	2,285		0,281	0,739	1,265	2,667
Augenärzte		0,454	0,154	0,929	3,537		0,516	0,236	1,225	3,842
Chirurgen und Orthopäden		0,387	0,660	1,111	1,292		0,330	0,736	1,627	1,713
Frauenärzte							0,261	2,164	0,704	0,314
HNO-Ärzte		0,980	0,685	0,935	1,752		0,860	0,908	1,075	1,599
Hautärzte		0,341	0,622	0,979	2,325		0,436	1,072	1,318	1,597
Kinder- und Jugendärzte	1,028					0,971				
Nervenärzte		0,053	0,608	1,109	1,682		0,070	0,914	1,608	2,052
Psychotherapeuten		0,775	0,738	0,577	0,048		1,021	1,997	1,492	0,115
Urologen		0,178	0,445	1,969	6,370		0,050	0,218	0,576	1,211
Fachinternisten		0,056	0,349	1,497	2,864		0,071	0,492	1,476	2,031
Anästhesisten		0,752	0,514	1,005	1,656		0,558	0,788	1,407	1,640
Kinder- und Jugendpsychiater	1,210					0,777				
Radiologen		0,144	0,584	1,098	1,214		0,176	0,764	2,031	1,252
PRM-Mediziner		0,187	0,467	0,969	1,171		0,217	0,779	1,986	1,917
Nuklearmediziner		0,086	0,380	1,168	1,684		0,127	0,829	1,908	1,573
Strahlentherapeuten		0,007	0,081	1,283	2,662		0,006	0,296	2,178	1,953
Neurochirurgen		0,016	0,476	1,428	1,521		0,022	0,571	1,825	1,759
Humangenetiker		1,465	0,743	0,450	0,350		1,182	1,962	1,095	0,348
Laborärzte		0,432	0,585	0,924	1,489		0,562	1,518	1,228	1,408
Pathologen		0,111	0,426	1,067	1,775		0,177	1,335	1,642	1,287
Transfusionsmediziner		0,271	0,463	0,932	1,571		0,382	1,953	1,184	1,255

Quelle: KBV-Abrechnungsdaten der Quartale 1/2015 – 4/2017

Anmerkung: Die LBF-AG werden auf 3 Nachkommastellen gerundet

4.1.3 Anpassungsfaktor zur Modifikation der Basis-Verhältniszahlen je Arztgruppe gem. § 9 Abs. 6 BPL-RL

Die Allgemeinen Verhältniszahlen, ausgewiesen in §§ 11-14 BPL-RL, werden alle zwei Jahre angepasst. Dafür werden die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 je Arztgruppe mit dem Anpassungsfaktor multipliziert. Der Anpassungsfaktor berechnet sich aus den AGF und LBF-AG wie folgt:

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{Arztgruppe}} = \frac{\sum(\text{AGF} - 2010_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGF} - \lambda_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

5

4.2 Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl zu den Regionalen Verhältniszahlen gem. § 9 Abs. 8 - 10 BPL-RL

4.2.1 Patientenanteile nach Alter, Geschlecht u. Morbidität (Alters-, Geschlechts- u. Morbiditätsfaktoren AGMF) gem. § 9 Abs. 8 BPL-RL

Für eine möglichst genaue regionale Bedarfsermittlung wird die in den einzelnen Alters- und Geschlechtergruppen differierende Krankheitslast herangezogen. Dazu werden auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) die Patienten nach vier Alters- und zwei Geschlechtsfaktoren, zudem nach dem Morbiditätsgrad „erhöht morbide“ / „nicht erhöht morbide“, in sechzehn Morbiditätsgruppen eingeteilt. Zur Identifikation der erhöht morbiden Patienten werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA) der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV (a.F.) (Vollmodell) für das maßgebliche Ausgleichsjahr (erstmalig 2017) herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr mind. sechs Krankheiten der BVA-Liste aufgetreten sind. Eine Krankheit liegt vor, wenn mindestens eine gesicherte Diagnose (ICD Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste der jeweiligen Krankheit zugeordnet wird, in den ambulanten Abrechnungsdaten in mind. zwei Quartalen (sogenanntes "M2Q-Kriterium") kodiert wurde².

Unter jeweiliger Bezugnahme auf die Gesamtpatientenzahl werden aus den einzelnen Gruppen Anteile, die sog. AGMF, gebildet. Zur Einordnung der regionalen Krankheitslast (Alter-Geschlecht-Morbiditätsstruktur) in Bezug auf den Bundesdurchschnitt werden sowohl bundesweite (AGMF-B) als auch regionale (AGMF-Reg) Anteile gebildet. Eine zweijährige Aktualisierung der AGMF erfolgt durch den G-BA.

a) Bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-B)

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

$$\frac{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe}} 2019}{\text{Patienten} 2019}$$

Die erstmalige Ermittlung der AGMF-B erfolgte auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2017 zum 01.07.2019. Die AGMF-B werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 01.07.2021. Auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2019 ergeben sich für den Zeitraum 01.07.2021 - 30.6.2023 folgende AGMF-B:

² Zwecks einheitlicher methodischer Grundlagen werden zur Identifikation erhöht morbider Patienten sowohl für die Alters-Geschlecht-Morbiditätsfaktoren (AGMF) als auch die arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes für sechs Jahre verwendet. Aus diesem Grund wird bis zur Aktualisierung der Leistungsbedarfsfaktoren im Jahr 2025 einheitlich die BVA-Liste zum Ausgleichsjahr 2017 unter Berücksichtigung der ICD Codes nach ICD-10-GM 2016 verwendet.

6

Arztgruppe	AGMF-B																			
	Anteil erhöht morbide Patienten										Anteil nicht erhöht morbide Patienten									
	männlich					weiblich					männlich					weiblich				
	<18	<20	20-44	45-74	≥75	<18	<20	20-44	45-74	≥75	<18	<20	20-44	45-74	≥75	<18	<20	20-44	45-74	≥75
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, KJPP		0,34%	1,03%	7,22%	3,83%		0,32%	2,17%	9,77%	6,01%		9,06%	13,05%	10,28%	1,15%		8,72%	14,12%	11,18%	1,76%
Frauenärzte						0,59%	4,01%	18,08%	11,11%							16,13%	26,13%	20,69%	3,26%	
Kinder- und Jugendärzte, KJPP	1,84%					1,50%					49,31%				47,35%					

Stichtag: 31.12.2019;
 Quelle: KBV-Abrechnungsdaten;
 Anmerkung: Die AGMF-B werden auf 2 Nachkommastellen gerundet

b) Regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-Reg)

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

$$\frac{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe, Planungsbereich bzw. PLZ-Gebiet 2019}}}{\text{Patienten}_{\text{Planungsbereich bzw. PLZ-Gebiet 2019}}}$$

Die erstmalige Ermittlung der AGMF-Reg erfolgte auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2017 zum 01.07.2019. Die AGMF-Reg werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 01.07.2021. Sie sind Grundlage zur Berechnung der regionalen Verteilungsfaktoren, die wiederum in Anlage 4.2.3 veröffentlicht werden. Die AGMF-Reg für die PLZ-Gebiete zur Berücksichtigung regionaler Abweichungen von den Planungsbereichen nach Anlage 3 werden zusammen mit den regionalen Verteilungsfaktoren pro PLZ auf der Webseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/> als [Anlage 4.2.3: Regionale Verteilungsfaktoren pro PLZ](#) veröffentlicht.

7

4.2.2 Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) gem. § 9 Abs. 9 BPL-RL

Die LBF-AGM bilden arztgruppenspezifisch das regional differente Inanspruchnahmeverhalten der Patienten - differenziert in die sechzehn Morbiditätsgruppen nach Alter, Geschlecht und Morbidität - im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe ab. Sie werden vom G-BA für einen Zeitraum von sechs Jahren ermittelt, erstmals zum 01.07.2019. Die erste Aktualisierung erfolgt zum 01.07.2025.

Die Berechnung der LBF-AGM erfolgt auf Grundlage der Abrechnungsdaten der KBV indem der Leistungsbedarf in Euro für die zwölf letzten verfügbaren Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11-14 dieser Richtlinie und jeweils für die sechzehn Morbiditätsgruppen ermittelt wird³. Die ermittelten Leistungsbedarfe sind durch die Anzahl der Patienten der jeweiligen Morbiditätsgruppe zu teilen. In jeder Arztgruppe wird nun dieser Leistungsbedarf pro Morbiditätsgruppe durch den Gesamtleistungsbedarf dieser Arztgruppe pro Patient geteilt. Das Ergebnis sind die Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM). Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsaufwandes der jeweiligen Morbiditätsgruppe zum Durchschnitt des Leistungsbedarfs der Arztgruppe aus. Auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015} - 2017)}{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2017})} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015} - 2017)}{\text{Patienten}(\text{Abrechnungsdaten 2017})}$$

gelten für den Zeitraum 01.07.2019 bis 30.06.2025 folgende LBF-AGM:

³ Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben unberücksichtigt

8

Arztgruppe	LBF-AGM															
	erhöht morbide Patienten								nicht erhöht morbide Patienten							
	männlich				weiblich				männlich				weiblich			
	<20 J.	20-44	45-74	≥75	<20 J.	20-44	45-74	≥75	<20 J.	20-44	45-74	≥75	<20 J.	20-44	45-74	≥75
Hausärzte	0,469	1,528	1,823	2,419	0,692	1,408	1,718	2,616	0,247	0,555	0,814	1,114	0,259	0,551	0,773	1,321
Augenärzte	1,266	0,526	1,905	3,929	1,217	0,508	1,960	3,974	0,424	0,146	0,450	1,152	0,478	0,167	0,495	1,241
Chirurgen und Orthopäden	0,888	1,809	1,904	1,424	1,007	1,674	2,410	1,782	0,370	0,662	0,794	0,453	0,296	0,504	0,823	0,518
Frauenärzte					0,780	3,062	0,868	0,340					0,254	1,947	0,595	0,136
HNO-Ärzte	3,392	1,906	1,583	1,897	2,839	1,868	1,514	1,619	0,885	0,685	0,681	0,723	0,761	0,654	0,611	0,625
Hautärzte	0,724	1,399	1,597	2,522	1,137	1,844	1,732	1,616	0,329	0,648	0,756	0,943	0,399	0,832	0,855	0,629
Nervenärzte	0,219	2,940	2,163	1,868	0,425	2,675	2,545	2,104	0,046	0,510	0,614	0,549	0,054	0,529	0,673	0,721
Psychotherapeuten	2,429	2,923	0,960	0,053	4,607	5,142	2,116	0,120	0,711	0,670	0,432	0,016	0,850	1,270	0,836	0,033
Urologen	0,425	1,303	3,792	7,004	0,211	0,550	0,928	1,269	0,169	0,440	1,122	2,295	0,042	0,141	0,228	0,335
Fachinternisten	0,188	1,682	3,005	3,191	0,346	1,352	2,315	2,110	0,051	0,293	0,771	0,902	0,058	0,299	0,637	0,622
Anästhesisten	1,875	1,618	1,831	1,799	1,375	1,796	2,170	1,886	0,711	0,499	0,645	0,661	0,515	0,539	0,638	0,648
Radiologen	0,386	1,871	1,926	1,318	0,751	1,876	2,777	1,279	0,135	0,565	0,755	0,490	0,148	0,501	1,226	0,456
PRM-Mediziner	0,689	2,170	1,959	1,340	0,969	2,473	3,357	2,069	0,167	0,399	0,489	0,258	0,181	0,419	0,648	0,339
Nuklearmediziner	0,221	1,368	2,210	1,854	0,528	2,031	2,843	1,625	0,081	0,356	0,693	0,598	0,108	0,544	0,950	0,512
Strahlentherapeuten	0,021	0,392	2,464	2,824	0,024	0,869	3,199	1,958	0,006	0,068	0,698	1,276	0,005	0,171	1,125	0,828
Neurochirurgen	0,060	2,617	3,005	1,748	0,138	2,012	3,135	1,896	0,014	0,374	0,640	0,313	0,016	0,275	0,552	0,320
Humangenetiker	11,258	2,314	0,758	0,365	8,559	4,327	1,514	0,346	1,052	0,724	0,331	0,168	0,843	1,366	0,647	0,157
Laborärzte	1,666	2,190	1,677	1,619	2,099	3,063	1,783	1,428	0,383	0,541	0,597	0,592	0,487	1,104	0,652	0,548
Pathologen	0,239	1,186	1,740	1,821	0,573	2,181	2,071	1,248	0,107	0,426	0,822	1,040	0,157	1,054	1,141	0,683
Transfusionsmediziner	1,251	2,326	1,811	1,682	1,591	1,591	1,799	1,264	0,231	0,381	0,521	0,704	0,323	1,276	0,561	0,513

Arztgruppe	LBF-AGM			
	erhöht morbide		nicht erhöht morbide	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
	< 18 J.			
Kinder- und Jugendärzte	2,314	2,006	0,977	0,923
KJPP	3,203	3,044	1,129	0,683

Quelle: KBV-Abrechnungsdaten der Quartale 1/2015 – 4/2017

Anmerkung: Die LBF-AGM werden auf 3 Nachkommastellen gerundet.

9

4.2.3 Regionale Verteilungsfaktoren zur Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahl je Arztgruppe und Planungsbereich gem. § 9 Abs. 10 BPL-RL

Die Erfassung der regionalen Morbiditätsstruktur der Patienten und des damit einhergehenden, vom bundesweiten Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe differierten Behandlungsaufwandes erfolgt für jeden Planungsbereich einzeln durch Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl mit dem regionalen Verteilungsfaktor.

Der regionale Verteilungsfaktor berechnet sich aus den AGMF sowie den LBF-AGM wie folgt:

$$\text{Regionaler Verteilungsfaktor}_{\text{Arztgruppe, Planungsbereich}} = \frac{\sum(\text{AGMF} - \text{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGMF} - \text{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf der Webseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/> veröffentlicht.

- Die Excel-Tabelle „Anlage 4.2.3 Regionale Verteilungsfaktoren pro Planungsbereich“ stellt pro Planungsbereich (gemäß den Zuschnitten der Anlage 3) die regionalen Verteilungsfaktoren pro Arztgruppe dar;
- Die Excel-Tabelle „Anlage 4.2.3 Regionale Verteilungsfaktoren pro PLZ“ enthält eine Auflistung der regionalen Verteilungsfaktoren pro PLZ (Datenstand 31.12.2019) und Arztgruppe sowie die AGMF-Reg pro PLZ. Die Aufstellung erlaubt eine Berechnung der regionalen Verteilungsfaktoren im Falle regionaler Abweichungen von den Planungsbereichen gemäß Anlage 3.

10

4.3 Rechenbeispiele für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Morbiditätsfaktors nach § 9 BPL-RL

1. Hausärzte

1.1 Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 - 7 BPL-RL)

1.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gem. Formel (vgl. 4.1.3)

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{Arztgruppe}} = \frac{\sum(\text{AGF} - 2010_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGF} - \text{Alters- und Geschlechtergruppe} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

	Anteil männliche Bevölkerung				Anteil weibliche Bevölkerung			
	<20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.	<20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
AGF-2010	9,58 %	16,12 %	19,71 %	3,39 %	9,08 %	15,83 %	20,50 %	5,82 %
AGF-A (2019)	9,49 %	15,68 %	19,50 %	4,69 %	8,95 %	14,84 %	20,07 %	6,81 %
LBF-AG Hausärzte	0,253	0,554	1,092	2,285	0,261	0,739	1,265	2,667

$$\begin{aligned} & ((9,58 \cdot 0,253) + (16,12 \cdot 0,554) + (19,71 \cdot 1,092) + (3,39 \cdot 2,285) + (9,08 \cdot 0,261) + (15,83 \cdot 0,739) + (20,50 \cdot 1,265) + (5,82 \cdot 2,667)) / \\ & ((9,49 \cdot 0,253) + (15,68 \cdot 0,554) + (19,50 \cdot 1,092) + (4,69 \cdot 2,285) + (8,95 \cdot 0,261) + (14,84 \cdot 0,739) + (20,07 \cdot 1,265) + (6,81 \cdot 2,667)) = 0,96197^4 \end{aligned}$$

1.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-VHZ (gem. Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: 1.671 x 0,96197 = 1.607⁵

1.2. Ermittlung der Regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 11 BPL-RL)

1.2.1 Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors für Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter und erhöht Morbider gem. Formel (vgl. 4.2.3)

$$\text{Regionaler Verteilungsfaktor}_{\text{Arztgruppe, Planungsbereich}} = \frac{\sum(\text{AGMF} - \text{B}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGMF} - \text{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

⁴ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.
⁵ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

11

	Anteil erhöht morbide Patienten								Anteil nicht erhöht morbide Patienten							
	männlich				weiblich				männlich				weiblich			
	<20	20-44	45-74	≥75	<20	20-44	45-74	≥75	<20	20-44	45-74	≥75	<20	20-44	45-74	≥75
AGMF-B	0,34%	1,03%	7,22%	3,83%	0,32%	2,17%	9,77%	6,01%	9,06%	13,05%	10,26%	1,15%	8,72%	14,12%	11,18%	1,76%
AGMF-Reg	0,23%	1,41%	8,08%	6,07%	0,29%	2,49%	12,39%	9,95%	6,85%	9,24%	10,07%	1,75%	6,96%	10,00%	11,27%	2,95%
LBF-AGM Hausärzte	0,469	1,528	1,823	2,419	0,892	1,408	1,718	2,616	0,247	0,555	0,814	1,114	0,259	0,551	0,773	1,321

$$\begin{aligned} & ((0,34 \cdot 0,469) + (1,03 \cdot 1,528) + (7,22 \cdot 1,823) + (3,83 \cdot 2,419) + (0,32 \cdot 0,892) + (2,17 \cdot 1,408) + (9,77 \cdot 1,718) + (6,01 \cdot 2,616) + (9,06 \cdot 0,247) + (13,05 \cdot 0,555) + \\ & (10,26 \cdot 0,814) + (1,15 \cdot 1,114) + (8,72 \cdot 0,259) + (14,12 \cdot 0,551) + (11,18 \cdot 0,773) + (1,76 \cdot 1,321)) / \\ & ((0,23 \cdot 0,469) + (1,41 \cdot 1,528) + (8,08 \cdot 1,823) + (6,07 \cdot 2,419) + (0,29 \cdot 0,892) + (2,49 \cdot 1,408) + (12,39 \cdot 1,718) + (9,95 \cdot 2,616) + (6,85 \cdot 0,247) + (9,24 \cdot 0,555) + \\ & (10,07 \cdot 0,814) + (1,75 \cdot 1,114) + (6,96 \cdot 0,259) + (10,00 \cdot 0,551) + (11,27 \cdot 0,773) + (2,95 \cdot 1,321)) = 0,83689^6 \end{aligned}$$

1.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

Multiplikation Allgemeine Verhältniszahl (gem. § 11) mit regionalem Verteilungsfaktor: 1.607 * 0,83689 = 1.344⁷

1.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

Einwohner im Mittelbereich: 78.677
 Allgemeine Verhältniszahl: 1.607
 Anzahl Ärzte im Mittelbereich: 42

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(1.607 \times 42 \times 100) / 78.677 = 85,7\%^8$
 Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(1.344 \times 42 \times 100) / 78.677 = 71,7\%^9$

Fazit: Da die bundesweite Bevölkerung seit 2010 älter geworden ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Hausärzte von 1.671 Einwohnern je Arzt auf 1.607 abgesenkt und bildet die Allgemeine VHZ (§11 BPL-RL). Da die Patienten des Planungsbereiches vergleichsweise alt und morbide sind, sinkt die Regionale Verhältniszahl für Hausärzte von 1.607 Einwohnern je Arzt auf 1.344. Der Versorgungsgrad sinkt von 85,7% auf 71,7%.

⁶ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.
⁷ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.
⁸ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle
⁹ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle

12

2. Frauenärzte

2.1 Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 - 7 BPL-RL)

2.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gem. Formel (vgl. 4.3)

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{Arztgruppe}} = \frac{\sum(\text{AGF} - 2010_{\text{Alters-und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters-und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGF} - A_{\text{Alters-und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters-und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

	Anteil weibliche Bevölkerung			
	<20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
AGF-2010	17,73 %	30,90 %	40,02 %	11,36 %
AGF-A (2019)	17,66 %	29,29 %	39,61 %	13,44 %
LBF-AG Frauenärzte	0,261	2,164	0,704	0,314

$$((17,73 \cdot 0,261) + (30,90 \cdot 2,164) + (40,02 \cdot 0,704) + (11,36 \cdot 0,314)) / ((17,66 \cdot 0,261) + (29,29 \cdot 2,164) + (39,61 \cdot 0,704) + (13,44 \cdot 0,314)) = 1,03135^{10}$$

2.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-VHZ (gem. Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: $3,733 \times 1,03135 = 3,850^{11}$

2.2 Ermittlung der Regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 11 BPL-RL)

2.2.1 Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors für Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil morbider Frauen gem. Formel (vgl. (4.2.3))

$$\text{Regionaler Verteilungsfaktor}_{\text{Arztgruppe, Planungsbereich}} = \frac{\sum(\text{AGMF} - B_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGMF} - \text{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

¹⁰ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.
¹¹ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

13

	Anteil erhöht morbide Patientinnen				Anteil nicht erhöht morbide Patientinnen			
	weiblich							
	<20	20-44	45-74	≥75	<20	20-44	45-74	≥75
AGMF-B	0,59%	4,01%	18,08%	11,11%	16,13%	26,13%	20,69%	3,26%
AGMF-Reg	0,72%	6,07%	21,45%	12,33%	17,19%	22,62%	16,68%	2,93%
LBF-AGM Frauenärzte	0,780	3,062	0,868	0,340	0,254	1,947	0,595	0,136

$$((0,59 \cdot 0,780) + (4,01 \cdot 3,062) + (18,08 \cdot 0,868) + (11,11 \cdot 0,340) + (16,13 \cdot 0,254) + (26,13 \cdot 1,947) + (20,69 \cdot 0,595) + (3,26 \cdot 0,136)) / ((0,72 \cdot 0,780) + (6,07 \cdot 3,062) + (21,45 \cdot 0,868) + (12,33 \cdot 0,340) + (17,19 \cdot 0,254) + (22,62 \cdot 1,947) + (16,68 \cdot 0,595) + (2,93 \cdot 0,136)) = 0,99252^{12}$$

2.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

Multiplikation Allgemeine Verhältniszahl (gem. § 11) mit regionalem Verteilungsfaktor: $3,850 \cdot 0,99252 = 3,821^{13}$

2.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

Einwohner im Landkreis: 122.410 Frauen
 Planungsbereichtstyp: 1
 Allgemeine VHZ je Frau: 3,850
 Anzahl Ärzte im Landkreis: 40

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(3,850 \times 40 \times 100) / 122.410 = 125,8\%^{14}$
 Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(3,821 \times 40 \times 100) / 122.410 = 124,8\%^{15}$

Fazit: Da die weibliche Bevölkerung mittleren Alters, die besonders hohe Leistungsbedarfe bei den Frauenärzten aufweist, seit 2010 gesunken ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Frauenärzte von 3.733 Frauen je Arzt auf 3.850 angehoben und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da die Patientinnen im Planungsbereich vergleichsweise morbide sind, sinkt die Regionale Verhältniszahl für Frauenärzte von 3.850 Frauen je Arzt auf 3.821. Der Versorgungsgrad sinkt von 125,8% auf 124,8%.

¹² Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.
¹³ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.
¹⁴ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle
¹⁵ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle

14

3. Kinder- und Jugendärzte

3.1 Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 bis 7 BPL-RL)

3.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gem. Formel (vgl. 4.1.3)

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{Arztgruppe}} = \frac{\sum(\text{AGF} - 2010_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGF} - \text{A}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

	Anteil minderjährige Bevölkerung < 18 Jahre	
	männlich	weiblich
AGF-2010	51,29 %	48,71 %
AGF-A (2019)	51,40 %	48,60 %
LBF-AG Kinder- und Jugendärzte	1,028	0,971

$$((51,29 \cdot 1,028) + (48,71 \cdot 0,971)) / ((51,40 \cdot 1,028) + (48,60 \cdot 0,971)) = 0,99993^{16}$$

3.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-VHZ (gem. Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: $2.044 \times 0,99993 = 2.043^{17}$

3.2 Ermittlung der Regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 11 BPL-RL)

3.2.1 Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors für Planungsbereich mit vergleichsweise geringem Anteil erhöht Anteil morbider Minderjähriger gem. Formel (vgl. 4.2.3)

$$\text{Regionaler Verteilungsfaktor}_{\text{Arztgruppe, Planungsbereich}} = \frac{\sum(\text{AGMF} - \text{P}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGMF} - \text{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

¹⁶ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.
¹⁷ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

15

	Minderjährige < 18 Jahre			
	Anteil erhöht morbider Patienten		Anteil nicht erhöht morbider Patienten	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
AGMF-B	1,84 %	1,50 %	49,31 %	47,35 %
AGMF-Reg	1,67 %	1,33 %	49,94 %	47,06 %
LBF-AGM KJM	2,314	2,006	0,977	0,923

$$((1,84 \cdot 2,314) + (1,50 \cdot 2,006) + (49,31 \cdot 0,977) + (47,35 \cdot 0,923)) / ((1,67 \cdot 2,314) + (1,33 \cdot 2,006) + (49,94 \cdot 0,977) + (47,06 \cdot 0,923)) = 1,00391^{18}$$

3.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

Multiplikation Allgemeine Verhältniszahl (gem. § 11) mit regionalem Verteilungsfaktor: $2.043 \times 1,00391 = 2.051^{19}$

3.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

Einwohner im Landkreis: 50.410 Minderjährige
 Planungsbereichstyp: 1
 Allgemeine VHZ je Minderjähr.: 2.043
 Anzahl Ärzte im Landkreis: 30

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(2.043 \times 30 \times 100) / 50.410 = 121,5\%^{20}$
 Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(2.051 \times 30 \times 100) / 50.410 = 122,0\%^{21}$

Fazit: Da die männliche minderjährige Bevölkerung, die höhere Leistungsbedarfe bei den Kinder- und Jugendärzten aufweist, seit 2010 gestiegen ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte von 2.044 Minderjährige je Arzt auf 2.043 gesenkt und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da die minderjährigen Patienten im Planungsbereich vergleichsweise wenig morbide sind, steigt die Regionale Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte von 2.043 Minderjährige je Arzt auf 2.051. Der Versorgungsgrad steigt von 121,5% auf 122,0%.

¹⁸ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.
¹⁹ Die Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.
²⁰ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle
²¹ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle

16

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.
Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende
Prof. Hecken

2. Tragende Gründe die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

Stand 15.03.2021



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL):
Anpassung der Regelungen zum Morbiditätsfaktor

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Zu § 8:	2
2.2	Zu § 9:	2
2.3	Zu § 11-14 und § 65:	2
2.4	Zu § 12:	2
2.4.1	Zu § 12 Absatz 2 Nummer 2:	2
2.4.2	Zu § 12 Absatz 2 Nummer 6 und 7:	3
2.4.3	Zu § 12 Absatz 5:.....	3
2.5	Zu § 13 Absatz 2 Nummer 2:	3
2.6	Zu § 14 Absatz 2 Nummer 2:	3
2.7	Zu § 65 Satz 2:.....	4
2.8	Zu Anlage 4:.....	4
3.	Bürokratiekostenermittlung	4
4.	Verfahrensablauf.....	4
5.	Fazit	4

Intern

1. Rechtsgrundlage

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und 101 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss (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

2.1 Zu § 8:

Die Ergänzung der Abschnitte 1 und 2 sowie die Ergänzung in Absatz 4 dienen der Klarstellung, welche verschiedenen Verhältniszahlen in der ambulanten Bedarfsplanung Anwendung finden, in welchem Bezug sie stehen und wie sie aufeinander aufbauen. Der redundante Klammerzusatz in Absatz 5 wird gestrichen.

2.2 Zu § 9:

§ 9 der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird redaktionell angepasst und um einige Erläuterungen ergänzt. Dadurch soll die Nachvollziehbarkeit verbessert und die Anwendbarkeit des Morbiditätsfaktors vor Ort erleichtert werden. Im Zuge dessen werden auch die verwendeten Termini und Abkürzungen in einer einheitlichen Systematik neu strukturiert. Die Änderungen werden in den betreffenden Anlagen entsprechend nachvollzogen. Inhaltliche Veränderungen ergeben sich nicht. Hintergrund für die Anpassung ist, dass die Regelung in der bisherigen Formulierung in der Praxis teilweise zu Fehlinterpretationen geführt hat. Daher sieht der Gemeinsame Bundesausschuss einen entsprechenden Klarstellungsbedarf.

2.3 Zu § 11-14 und § 65:

Die Ausweisung neuer Allgemeiner Verhältniszahlen für alle Arztgruppen mit Wirkung zum 01.07.2021 erfolgt aufgrund der in § 9 Absatz 13 BPL-RL verordneten Regelung, demnach die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 im Zweijahresturnus an die Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesweiten Bevölkerung im Zeitverlauf entsprechend der in den Absätzen 4 bis 7 des § 9 BPL-RL vorgeschriebenen Schritte anzupassen sind.

2.4 Zu § 12:

2.4.1 Zu § 12 Absatz 2 Nummer 2:

Im Jahr 2018 hat die Bundesärztekammer eine neue (Muster-) Weiterbildungsordnung eingeführt, die nach und nach von den Landesärztekammern in neue Weiterbildungsordnungen umgesetzt wird. Dabei kam es zu Änderungen in Facharzt-, Schwerpunkt- und Gebietsbezeichnungen, die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt wurden. Die Einführung einer neuen Facharztbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie“, welche die Facharztbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ ersetzt. Diese wird aus dem Gebiet „Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde“ herausgelöst und es wird ein eigenes Gebiet

„Phoniatrie und Pädaudiologie“ geschaffen. Da es die Facharztbezeichnung „Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie“ früher bereits gab (MWBO 1992) und diese in der Bedarfsplanung der Arztgruppe der HNO-Ärzte zugeordnet wird, erfolgt keine Anpassung in der Zuordnung der Facharztbezeichnungen zu den Arztgruppen der Bedarfsplanung in § 12. Zum anderen wurden neuen Facharztbezeichnungen („Facharzt/Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ ersetzt „Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ und „Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie“ ersetzt „Facharzt/Fachärztin für Kinderchirurgie“) und Schwerpunktbezeichnungen („Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und –Onkologie“ ersetzt „Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und –Onkologie“, „Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie“ ersetzt „Schwerpunkt Kinder-Kardiologie“ und „Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Radiologie“ ersetzt „Schwerpunkt Kinder-Radiologie“) eingeführt. Die Richtlinienänderung trägt den neuen Facharztbezeichnungen „Facharzt/Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ und „Kinder- und Jugendchirurgie“ unter Beibehaltung der früheren Bezeichnungen Rechnung. Beide Facharztkompetenzen werden der Arztgruppe der Chirurgen zugerechnet.

2.4.2 Zu § 12 Absatz 2 Nummer 6 und 7:

Die Ergänzung der Facharztbezeichnungen „Fachärzte für Nervenheilkunde“, „Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie“ (Nervenärzte), „Fachärzte für Neurologie“ (Neurologen) und „Fachärzte für Psychiatrie“ (Psychiatrie) dient vor dem Hintergrund der Einführung der Quotenregelung bei den Nervenärzten (vgl. § 12 Absatz 5) der klarstellenden Zuordnung der entsprechenden Fachärzte zu den einzelnen Gruppen der Nervenärzte, Neurologen bzw. Psychiater, und erfolgt zudem in Analogie der eindeutigen Zuweisung von Facharztbezeichnungen zu Bedarfsplanungsgruppen gemäß §§ 11 – 14 BPL-RL. Die Aufnahme von Spiegelstrichen verbessert die Übersichtlichkeit.

2.4.3 Zu § 12 Absatz 5:

Folgeänderung: Das zusätzliche Benennen der „Fachärzte für Psychiatrie“ anstelle von Psychiater neben den „Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie“ erfolgt in Analogie der Anpassung in § 12 Absatz 6 und dient zudem der eindeutigen Zuordnung psychiatrischen Fachärzte zu den Quoten.

Zusätzlich: Ergänzung bislang fehlender Satznummerierung.

2.5 Zu § 13 Absatz 2 Nummer 2:

Änderung der Interpunktion zur Verdeutlichung der syntaktischen Struktur.

2.6 Zu § 14 Absatz 2 Nummer 2:

Die Strukturierung der einzelnen Facharztbezeichnungen in der Arztgruppe der Laborärzte erfolgt zugunsten einer ordnenden Übersichtlichkeit. Zwecks vollständiger Abbildung der der Bedarfsplanungsgruppe Laborärzte zugeordneten Fachärzte wurden die „Fachärzte für Mikrobiologie“ mit aufgenommen.

2.7 Zu § 65 Satz 2:

Das Einfügen eines neuen des zweiten Satzes dient der ergänzenden Klarstellung, dass aufgrund unterzweijähriger Aktualisierung der Allgemeinen VHZ gemäß § 8 Absatz 3 (neu) i. V. m. § 11 Absatz 4 Satz 2 BPL-RL für hausärztliche Planungsbereiche, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr (RVR) liegen (ausgewiesen in § 65), die jeweils neuen Verhältniszahlen mit Inkrafttreten der entsprechenden G-BA-Beschlüsse zu den neuen Allgemeinen Verhältniszahlen (alle zwei Jahre jeweils zum 01.07., beginnend 2019) gelten.

2.8 Zu Anlage 4:

Die Überarbeitung der Anlage 4 erfolgte, um die Verständlichkeit der Berechnungsschritte zur Berücksichtigung des Morbiditätsfaktors in der Bedarfsplanung zu verbessern. Die Änderungen an den Berechnungsvorschriften sind nur semantischer Natur, die keine Änderungen an den Ergebnissen der Berechnungen nach sich ziehen. Turnusmäßig wurden die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A) nach Anlage 4.1.1.b, die bundesweiten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-B) nach Anlage 4.2.1.a sowie die regionalen Verteilungsfaktoren nach Anlage 4.2.3 unter Berücksichtigung aktualisierter regionaler Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-Reg) nach Anlage 4.2.1.b aktualisiert.

3. 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.

4. Verfahrensablauf

[wird ergänzt]

5. Fazit

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

3. Darstellung der Änderungen im Regelungen-Fließtext

Stand: 15.03.2021



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Morbiditätsfaktor

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom T. Monat JJJJ (BANz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer manuell hinzufügen]), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BANz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer manuell hinzufügen]), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

§ 8 Verhältniszahlen

~~(1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische regionale Verhältniszahlen ausgedrückt, die auf der Grundlage der Regelungen nach den Absätzen 2 und 3 bestimmt werden.~~

(1) ¹Die Festlegung von Verhältniszahlen im Sinne der Bestimmung arztgruppenbezogener Arzt-Einwohner-Verhältnisse bilden als Referenzpunkt den bundesweiten Rahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung. ²In der Bedarfsplanung werden Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 dieser Richtlinie, Allgemeine Verhältniszahlen gemäß §§ 11 - 14, Regionale Verhältniszahlen gemäß Absatz 4 sowie regional angepasste Verhältniszahlen gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V unterschieden.

(2) ¹Die Basis-Verhältniszahlen bilden die Verhältniszahlen zur Einführung der Arztgruppen in der Bedarfsplanung ab. ²Sind diese im Zuge von Richtlinienanpassungen weiter modifiziert worden, gelten diese Ergebnisse als Basis-Verhältniszahlen. ³Die Basis-Verhältniszahlen sind in Anlage 5 dieser Richtlinie abgebildet und bilden den Ausgangspunkt für weitere Anpassungen durch den Morbiditätsfaktor gemäß § 9 BPL-RL.

(3) ~~(2)~~ Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach den §§ 11 – 14 im Sinne dieser Richtlinie werden durch die Anpassungen gemäß den Vorgaben nach § 9 Absätze 4 bis 7 bezogen auf die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 ermittelt.

(4) ~~(3)~~ Durch Anpassung der in den §§ 11 bis 14 aufgeführten arztgruppenspezifischen Allgemeinen Verhältniszahlen ~~nach den §§ 11 – 14 dieser Richtlinie~~ gemäß den Vorgaben nach § 9 Absätze 8 bis 10~~1~~ ergeben sich die ~~r~~Regionalen Verhältniszahlen, die das bedarfsgerechte Einwohner-/Arztverhältnis abbilden.

(5) ~~(4)~~¹Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung sowie sonstiger Beschlüsse des Landesausschusses im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen ~~Regionalen~~ Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad ~~(regionale Verhältniszahlen)~~ nach Maßgabe der Absätze 23 und 34 zu verwenden. ²Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren des § 9 i.V.m. §§ 11 bis 14 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszahlen (regional angepasste Verhältniszahlen) den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.

§ 9 Modifikation der Allgemeinen-Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor

(1) Die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 werden mit einem Morbiditätsfaktor modifiziert.

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

(3) Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten.

1. Allgemeine Verhältniszahlen

Im ersten Schritt erfolgt eine Anpassung des Versorgungsniveaus auf Grundlage der allgemeinen demografischen Bevölkerungsentwicklung. Die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 2 3 erfolgt nach den Absätzen 4 bis 7.

2. Regionale Verhältniszahlen

In einem zweiten Schritt erfolgt eine regionale Verteilung des Versorgungsangebots auf Grundlage der lokalen Morbiditätsstruktur. Die Ermittlung der Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 4 erfolgt nach den Absätzen 8 bis 10 11.

(4) ~~¹In einem ersten Schritt~~ Im Sinne von Absatz 3 Nummer 1 werden die Basis-Verhältniszahlen aufgrund der bundesweiten Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur im Zeitverlauf angepasst. ²Dazu werden die Einwohnerzahlen des Statistischen Bundesamtes bundesweit jeweils nach ~~4~~ vier Altersgruppen (<20 Jahre, 20 bis <45 Jahre, 45 bis < 75 Jahre, 75 Jahre und älter) und dem Geschlecht (m, w) in insgesamt ~~8~~ acht Alters- und Geschlechtsgruppen eingeteilt. ³Sie bilden die Bevölkerungsanteile der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe ab und werden als allgemeine Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF) bezeichnet. ~~⁴Sie werden für~~ die Arztgruppe der Frauenärzte werden sie auf der Basis der Frauen berechnet. ⁵Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. ⁶Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte ~~und~~ sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf Minderjährige, d.h. Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, differenziert nach Geschlecht. ⁷Die Alters- und Geschlechtsfaktoren werden in stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren nach Nummer 1 und aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren nach Nummer 2 unterschieden:

1. Es gelten die stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-2010) nach Anlage 4.1.1.a. Referenzzeitpunkt ist der ~~Sie werden zum Stichtag~~ 31.12.2010 ermittelt.
2. Die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A) werden gemäß Anlage 4.1.1.b ~~2~~ jeweils für zwei 2 Jahre ermittelt, erstmals auf Basis der Daten zum Stand 31.12.2017.

(5) ¹Die Anpassung der Basis-Verhältniszahlen erfolgt mit Leistungsbedarfsfaktoren, die den Behandlungsaufwand der ~~acht 8~~ Alters- und Geschlechtsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegeln (~~AG Leistungsbedarfsfaktoren~~ Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht LBF-AG) und als Gewichtungsfaktoren für die Abweichung der aktuellen Alters- und Geschlechtsstruktur ~~vom Stichtag entsprechend gewichten im Vergleich zum Referenzzeitpunkt dienen.~~ ²Es gelten die ~~AG Leistungsbedarfsfaktoren~~ LBF-AG nach Anlage 4.1.2. ³Sie werden auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung von ~~12~~ zwölf Abrechnungsquartalen in Euro für sechs Jahre berechnet.³~~Abrechnungen~~ ⁴Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt. ⁴~~Bei der~~ ⁵Für die Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. ⁵⁶Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte ~~und sowie der~~ Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung (bis 18-Jährige).

(6) ¹Durch Modifikation der Basis-Verhältniszahlen mit dem Anpassungsfaktor werden die Allgemeinen Verhältniszahlen ermittelt. ²Zur Berechnung des Anpassungsfaktors ~~der Basis-Verhältniszahlen~~ wird je Arztgruppe ~~wird~~ die Summe aus jeweils der Multiplikation des stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktors (AGF-2010) einer jeden Alters- und Geschlechtsgruppe mit dem jeweiligen ~~AG-Leistungsbedarfsfaktor-LBF-AG~~ für diese Alters- und Geschlechtsgruppe gebildet. ²³Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus jeweils der Multiplikation des aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktors (AGF-A) einer jeden Alters- und Geschlechtsgruppe mit dem jeweiligen ~~AG-Leistungsbedarfsfaktor-LBF-AG~~ für diese Alters- und Geschlechtsgruppe (siehe Anlage 4.81.3).

(7) ¹Aus den Berechnungen nach den Absätzen 4 bis 6 ergeben sich die Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz ~~2~~ 3. ²Sie werden alle zwei Jahre jeweils zum 01.07. angepasst und unter §§ 11 - 14 veröffentlicht.

(8) ¹Im Sinne von Absatz 3 Nummer 2 erfolgt aufgrund von Abweichungen ~~in einem zweiten Schritt löst ein Abweichen~~ der aktuellen regionalen Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt arztgruppen- und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz ~~2~~ 3 zu den ~~Regionalen~~ Verhältniszahlen nach § 8 Absatz ~~3~~ 4 aus. ²Morbidität wird dabei anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und der Krankheitslast berücksichtigt. ³Dazu werden die Patienten aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils nach ~~vier~~ Altersgruppen (<20 Jahre, 20 bis <45 Jahre, 45 bis <75 Jahre, 75 Jahre und älter), dem Geschlecht (m, w) sowie dem Morbiditätsgrad (erhöht morbide, nicht erhöht morbide) in insgesamt 16 Morbiditätsgruppen eingeteilt. ⁴~~Sie~~ Die Gruppen bilden die Anteile der Patientengruppe an der Gesamtzahl der Patienten in Prozent ab und werden als ~~Differenzierungsfaktoren~~ Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF) bezeichnet. ⁵~~Sie werden für~~ Für die Arztgruppe der Frauenärzte werden die Faktoren auf der Basis der Frauen berechnet. ⁶Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. ⁷Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte ~~sowie der~~ 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 ~~dort vier~~ 4 Morbiditätsgruppen ergeben. ⁸Die ~~Differenzierungsfaktoren~~ AGMF werden in ~~allgemeine Differenzierungsfaktoren~~ bundesweite AGMF (AGMF-B) gemäß Anlage 4.42.1.a ~~und regionale Differenzierungsfaktoren~~ AGMF (AGMF-Reg) gemäß Anlage 4.52.1.b unterschieden und jeweils auf Grundlage desselben ~~eines~~ Abrechnungsjahres berechnet. ⁹Die ~~allgemeinen und regionalen Differenzierungsfaktoren~~ AGMF-B und AGMF-Reg werden analog der aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A) alle zwei Jahre ermittelt.

(9) ¹Diese arztgruppen- und planungsbereichsbezogene Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl ~~nach Absatz 8~~ erfolgt mit Leistungsbedarfsfaktoren, die den Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegeln (~~Morbi Leistungsbedarfsfaktoren~~ Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität, LBF-AGM) und als Gewichtungsfaktoren für die ~~gesamthafte~~ Abbildung der regionalen Morbiditätsstruktur ~~im Vergleich zum vom~~ Bundesdurchschnitt ~~dienen~~ ~~entsprechend~~

gewichten.² Es gelten die ~~Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren-LBF-AGM~~ nach Anlage 4.-62.2.³ Sie werden auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von ~~12~~ ~~zwölf~~ Abrechnungsquartalen in Euro berechnet.⁴ Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt.⁵ ~~Bei der~~ Für die Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen.⁶ Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte ~~und sowie der~~ Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung (bis 18-Jährige).

(10) ¹ Durch Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahlen mit den planungsbereichs- und arztgruppenbezogenen regionalen Verteilungsfaktoren werden die Regionalen Verhältniszahlen ermittelt.² Zur Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl wird diese je Planungsbereich mit dem regionalen Verteilungsfaktor der jeweiligen Arztgruppe multipliziert.³ Die regionalen Verteilungsfaktoren bestimmen sich aus den ~~Differenzierungsfaktoren—~~ Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF) und den ~~Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren-LBF-AGM~~ der jeweiligen Arztgruppe: Es wird die Summe aus jeweils der Multiplikation des ~~allgemeinen Differenzierungsfaktors—~~ AGMF-B einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen ~~Morbi-Leistungsbedarfsfaktor—~~ LBF-AGM für diese Morbiditätsgruppe gebildet.⁴ Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus jeweils der Multiplikation des regionalen ~~Differenzierungsfaktors—~~ AGMF-Reg einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen ~~Morbi-Leistungsbedarfsfaktor~~ LBF-AGM für diese Morbiditätsgruppe (siehe Anlage 4.82.3).⁵ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden alle zwei Jahre jeweils zum 01.07. angepasst ~~beschlossen~~ und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Anlage 4.72.3 veröffentlicht.

(11) ¹ Aus den Berechnungen nach den Absätzen 8 bis 10 ergeben sich die Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4.

(12) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen nach den Absätzen ~~3~~ 4 bis ~~10~~ 11 sicher.

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

(14) Die Berechnungen nach den Absätzen ~~3~~ 4 – 10 werden durch Beschlüsse des G-BA wie folgt aktualisiert:

1. Die ~~Aktualisierung—der—Basis-Verhältniszahlen~~ Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach den ~~Absatz—~~ Absätzen 4 bis 7 ~~5~~ sowie ~~die—Ermittlung~~ der arztgruppen- und planungsbereichsbezogenen regionalen Verteilungsfaktoren nach Absatz 10 erfolgt alle zwei Jahren jeweils zum 01.07., ~~e~~Erstmals wieder zum 01.07.2021.
2. Die Aktualisierung der ~~AG—~~Leistungsbedarfsfaktoren nach Absatz ~~5~~ 6 (LBF-AG) sowie ~~der—Morbi—Leistungsbedarfsfaktoren~~ nach Absatz 9 (LBF-AGM) erfolgt alle sechs Jahre jeweils zum 01.07., ~~E~~Erstmals wieder zum 01.07.2025.
3. Die Aktualisierungen nach den Nummern 1 und 2 sind jeweils spätestens zum 1.1. des Folgejahres in den Beschlüssen des Landesauschusses anzuwenden.

§ 11 Hausärztliche Versorgung

- (1) Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung sind Hausärzte.
- (2) Zur Arztgruppe der Hausärzte gehören gemäß § 101 Absatz 5 SGB V:
 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).
- (3) ¹Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung. ²Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. ³Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. ⁴Die abweichende Raumgliederung ist bekannt zu geben. ⁵Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.
- (4) ¹Die Allgemeine Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1.6097 Einwohnern festgelegt. ²Für hausärztliche Planungsbereiche, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr (RVR) liegen, gelten die Übergangsregelungen nach § 65.

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung

(1) Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind:

4. Augenärzte
5. Chirurgen und Orthopäden
6. Frauenärzte
7. Hautärzte
8. HNO-Ärzte
9. Nervenärzte
10. Psychotherapeuten
11. Urologen
12. Kinder- und Jugendärzte

(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 **Kinder- und Jugendchirurgie**, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für **Plastische, Rekonstruktive 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~~ folgenden Fachärzte:
 - ~~Nervenärzte: Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie~~
 - ~~Neurologen: Fachärzte für Neurologie und~~
 - ~~Psychiater: Fachärzte für Psychiatrie 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
 - **die 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.

9. Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte 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 Basis-Verhältniszahlen werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. ⁴Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen 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 Raumlagerung (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 Allgemeinen Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

	Typ 1 (stark mitversorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend)	Typ 3 (stark mitversorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigenversorgt)	Typ 6 (polyzentrischer Verflechtungsraum)
Augenärzte	12.46326	18.81760	223.003934	20.60543	19.22164	198.013956
Chirurgen und Orthopäden	9.0747	14.0017	16.8764	15.90314	14.6342	13.46675

Frauenärzte	3.8530	5.800795	6.8193	6.5760	6.2371	5.73429
Hautärzte	21.205179	34.88642	41.839786	40.96312	39.124075	34.917873
HNO-Ärzte	17.37153	26.48952	33.87842	32.593469	31.222190	24.89873
Nervenärzte	13.4545	20.613	24.7734	23.5642	22.3078	20.201
Psychotherapeuten	3.1743	5.3137	6.38590	6.0738	5.7504	5.26711
Urologen	26.206097	41.597424	48.633431	45.621432	43.4247	34.248106
Kinder- und Jugendärzte	2.043	2.862	2.862	2.862	2.862	2.862

²Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendärzte bezieht sich auf die minderjährige Bevölkerung. ³Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

(5) ¹Für die folgenden Arztgruppen werden Quoten nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V festgelegt: Es ist sicherzustellen, dass mindestens jeweils 50 Prozent der Differenz aus dem Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der regionalen 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 ~~Fachärzten für Psychiatrie~~ ~~Psychiatern~~ sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten ist. ²Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl den Nervenärzten sowie Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie vorbehalten ist.

Rechenbeispiel:

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 regionalen Verhältniszahl aus: Keine Quotensitze.

Fall 2:

Die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil unter 100 Prozent der regionalen 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 = 30

- Sollzahl Neurologen und Psychiater innerhalb der Differenz aus Sollzahl Ärzte und Ist-Zahl Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie: $50\% \cdot x (100-80) = 10$

- Zahl der Psychiater liegt unter 10: $10-5 = 5$
- 5 Quotensitze für Psychiater

Fall 3:

Die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil unter 25 Prozent der regionalen 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 = 20, Psychiater = 34, Neurologen = 61

- Sollzahl Neurologen und Psychiater innerhalb der Differenz aus Sollzahl Ärzte und Ist-Zahl Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie: $50\% \cdot (100-20) = 40$
- Zahl der Psychiater liegt unter 40: $40-34 = 6$
- 6 Quotensitze für Psychiater
- Zahl der Nervenärzte und Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie liegt unter 25: $25-20 = 5$
- 5 Quotensitze für Nervenärzte und Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie

§ 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~~ 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 Allgemeinen Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

Anästhesisten	45.97466
Radiologen	48.688766
Fachinternisten	14.4373
Kinder- und Jugendpsychiater	16.89500

Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendpsychiater bezieht sich auf die minderjährige Bevölkerung.

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

(6) Für die folgenden Arztgruppen werden Quoten nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V festgelegt:

1. Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 8 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie vorbehalten ist. Der G-BA prüft diese Regelung und strebt eine Anhebung der Mindestquote für Rheumatologen auf 10 v.H. der regionalen Verhältniszahl bis zum 31.12.2024 an, soweit die Überprüfung einen entsprechenden Versorgungsbedarf ergibt.
2. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 33 Prozent der regionalen 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.
3. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 19 Prozent der regionalen 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.
4. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 18 Prozent regionalen 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.
5. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regionalen 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.

§ 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 folgenden 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.~~
 - Laboratoriumsmedizin: Fachärzte für Laboratoriumsmedizin,
 - Immunologie: Fachärzte für Immunologie
 - Mikrobiologie: Fachärzte für Mikrobiologie, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie
 - Biochemie: Fachärzte für Biochemie
 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 Kassenärztlichen Vereinigung. ²§ 12 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-ZV bleibt unberührt.
- (4) Die Allgemeinen Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

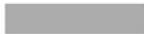
Humangenetiker	5643.08874
Laborärzte	92.40438
Neurochirurgen	143.61829
Nuklearmediziner	105.78897
Pathologen	108.67695
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	152.77951
Strahlentherapeuten	151.557695
Transfusionsmediziner	1.1987.806735

§ 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	Allgemeine Verhältniszahl
2018 und 2019	1.926
2020 und 2021	1.8 30 27
2022 und 2023	1.7 8 279
2024 und 2025	1.73 3 1
2026 und 2027	1.68 5 3

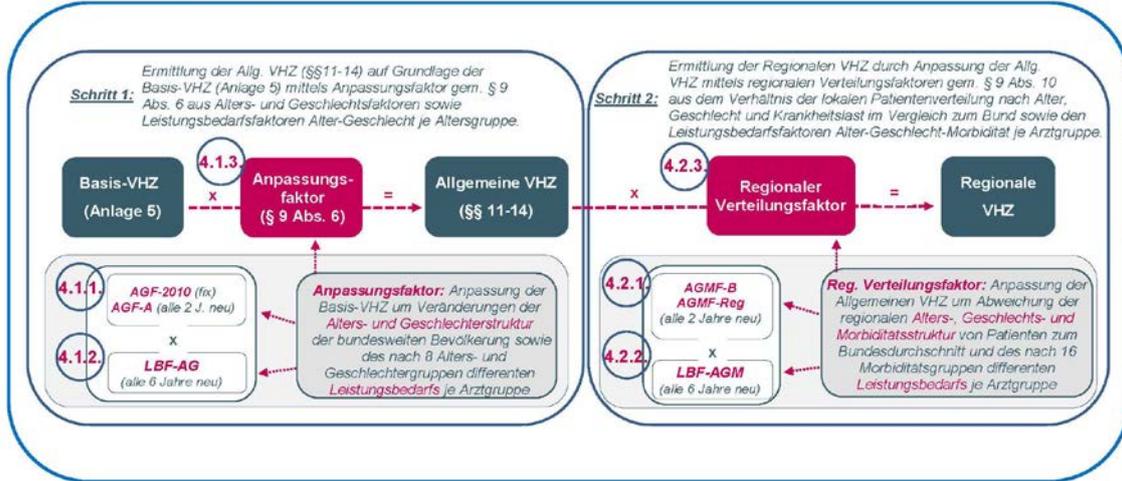
²Sofern die in der Tabelle aufgeführten VHZ abweichend von den dort benannten Zeiträumen angepasst werden, gelten diese mit Inkrafttreten des Beschlusses. ³Die Regelungen nach § 2 bleiben davon unberührt.



Anlage 4 Morbiditätsfaktor

Ziel des Morbiditätsfaktors in der Bedarfsplanung ist es einerseits, die Veränderung der bundesweiten demografischen Entwicklung im Zeitverlauf abzubilden, andererseits die Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zu berücksichtigen. Der Morbiditätsfaktor modifiziert die Basis-Verhältniszahlen schrittweise zunächst zu Allgemeinen und in einem weiteren Schritt zu Regionalen Verhältniszahlen. Im Ergebnis ergibt sich durch Anwendung des Morbiditätsfaktors die regionale Sollzahl an Ärzten.

Die Anpassung der Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten:



4.1 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen gem. § 9 Abs. 4 - 7 BPL-RL auf Grundlage der Basis-Verhältniszahlen

Abkürzungsverzeichnis

- VHZ - Verhältniszahl
- Allg. VHZ - Allgemeine Verhältniszahl
- Basis-VHZ - Basis-Verhältniszahl
- Regionale VHZ - Regionale Verhältniszahl
- AGF - Alters- und Geschlechtsfaktoren
- AGF-2010 - stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren; Referenzzeitpunkt 2010
- AGF-A - aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren
- LBF-AG - Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht
- AGMF - Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
- AGMF-B - bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
- AGMF-Reg - regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
- LBF-AGM - Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität

4.1.1 Bevölkerungsanteile nach Alter und Geschlecht (Alters- und Geschlechtsfaktoren AGF) gem. § 9 Abs. 4 BPL-RL

Die Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF) bilden die acht jeweils zu einem Stichtag auf Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes ermittelten prozentualen Anteile der nach vier Altersklassen und dem Geschlecht getrennten Gesamtbevölkerung ab. Die im Zweijahresturnus aktualisierten AGF-A (vgl. 4.1.1 b) werden für die Beschreibung der sich verändernden Demografie in Bezug gesetzt zu den AGF-2010 zum Referenzzeitpunkt 31.12.2010 (vgl. 4.1.1 a). Die Aktualisierung der AGF-A erfolgt durch den G-BA.

Anlage 4.4 a) Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 4 Satz 7 Nummer 1 zum Referenzzeitpunkt 2010 (AGF 2010)

Zur Ermittlung der Alters- und Geschlechtsfaktoren werden die Einwohner der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe auf die Gesamtbevölkerung bezogen. Auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Einwohner Alters- und Geschlechtsgruppe 2010}}{\text{Einwohner 2010}}$$

gelten folgende AGF-2010 des Referenzjahres 2010:

	Anteil-m, <20	Anteil—m, 20-44	Anteil-m, 45-74	Anteil-m, ≥75	Anteil-w, <20	Anteil—w, 20-44	Anteil—w, 45-74	Anteil-w, ≥75
Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	9,56%	16,12%	19,71%	3,39%	9,08%	15,83%	20,50%	5,82%
Frauenärzte					17,73%	30,90%	40,02%	11,36%

	Anteil-m, <18	Anteil-w, <18
Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	51,29%	48,71%

Stichtag: 31.12.2010
 Quelle: Berechnungen auf Grundlage „Rückgerechnete und fortgeschriebene Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2016“
 m-w=männlich- weiblich
 Anmerkung: Die stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

Arztgruppe	AGF-2010									
	Anteil männliche Bevölkerung					Anteil weibliche Bevölkerung				
	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, KJPP		9,56%	16,12%	19,71%	3,39%		9,08%	15,83%	20,50%	5,82%
Frauenärzte							17,73%	30,90%	40,02%	11,36%
Kinder- und Jugendärzte, KJPP	51,29%					48,71%				

Stichtag Bevölkerung: 31.12.2010
 Quelle: Berechnungen auf Grundlage „Rückgerechnete und fortgeschriebene Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2016“
 Anmerkung: Die AGF-2010 werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

Anlage 4.2-b) Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 4 Satz 7 Nummer 2 (AGF-A)

Die AGF-A ergeben sich auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Einwohner Alters- und Geschlechtergruppe 2019}}{\text{Einwohner 2019}}$$

Die erstmalige Ermittlung der AGF-A erfolgte mit Stichtag 31.12.2017 zum 01.07.2019. Sie werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 01.07.2021 (mit Stichtag 31.12.2019). Für den Zeitraum 01.07.2021 bis 30.06.2023 gelten folgende AGF-A:

	Anteil-m, <20	Anteil—m, 20-44	Anteil-m, 45-74	Anteil-m, ≥75	Anteil-w, <20	Anteil—w, 20-44	Anteil—w, 45-74	Anteil-w, ≥75
Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	9,51%	15,50%	19,68%	4,58%	8,01%	14,78%	20,21%	6,76%
Frauenärzte					17,56%	29,18%	39,80%	13,34%

	Anteil-m, <18	Anteil-w, <18
Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	51,47%	48,53%

Stichtag: 31.12.2017
 Quelle: Berechnungen auf Grundlage „Fortschreibung des Bevölkerungsstandes nach Zensus 2011, Statistisches Bundesamt“
 m-w=männlich- weiblich
 Anmerkung: Die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden auf 2 Nachkommastellen gerundet

Arztgruppe	AGF-A	
	Anteil männliche Bevölkerung	Anteil weibliche Bevölkerung

	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, KJPP		9,49%	15,68%	19,50%	4,69%		8,95%	14,84%	20,07%	6,81%
Frauenärzte							17,66%	29,29%	39,61%	13,44%
Kinder- und Jugendärzte, KJPP	51,40%					48,60%				

Stichtag Bevölkerung: 31.12.2019

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

Anmerkung: Die AGF-A werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

Berechnung der Alters- und Geschlechtsfaktoren nach § 9 Absatz 4

Zur Ermittlung der Alters- und Geschlechtsfaktoren werden die Einwohner der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe auf die Gesamtbevölkerung bezogen.

Die stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden auf Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes zum Stichtag 31.12.2010 wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Einwohner Alters- und Geschlechtsgruppe 2010}}{\text{Einwohner 2010}}$$

Die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden auf Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes zum aktuellsten verfügbaren Stichtag (erstmalig zum 31.12.2017) für 2 Jahre wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Einwohner Alters- und Geschlechtsgruppe 20XX}}{\text{Einwohner 20XX}}$$

Anlage 4.3 — Die AG-Leistungsbedarfsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 5

Für das 1. Quartal 2015 bis zum 4. Quartal 2017 (die 12 letzten verfügbaren Abrechnungsquartale) betragen die AG-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-LBF):

Arztgruppe	AG-LBF m, <18	AG-LBF w, <18	AG-LBF m, <20	AG-LBF m, 20-44	AG-LBF m, 45-74	AG-LBF m, ≥75	AG-LBF w, <20	AG-LBF w, 20-44	AG-LBF w, 45-74	AG-LBF w, ≥75
Hausärzte			0,253	0,554	1,092	2,285	0,284	0,739	1,266	2,667
Augenärzte			0,454	0,164	0,929	3,537	0,516	0,236	1,226	3,842
Chirurgen und Orthopäden			0,387	0,660	1,111	1,292	0,330	0,736	1,627	1,743
Frauenärzte			-	-	-	-	0,284	2,184	0,704	0,344
MNO-Ärzte			0,980	0,685	0,635	1,752	0,880	0,908	1,075	1,589
Hautärzte			0,344	0,622	0,679	2,325	0,436	1,072	1,316	1,597
Kinder- und Jugendärzte	1,028	0,974								
Nervenärzte			0,053	0,608	1,109	1,682	0,070	0,614	1,608	2,052
Psychotherapeuten			0,775	0,738	0,577	0,048	1,021	1,997	1,492	0,116
Urologen			0,178	0,445	1,089	8,370	0,060	0,218	0,676	1,214
Fachinternisten			0,056	0,349	1,497	2,864	0,071	0,462	1,476	2,031
Anästhesisten			0,752	0,514	1,005	1,656	0,558	0,788	1,407	1,840
Kinder- und Jugendpsychiater	1,210	0,777								
Radiologen			0,144	0,584	1,098	1,214	0,176	0,764	2,031	1,252
PRM-Mediziner			0,187	0,467	0,689	1,174	0,217	0,779	1,686	1,917
Nuklearmediziner			0,086	0,380	1,168	1,684	0,127	0,829	1,608	1,673
Strahlentherapeuten			0,007	0,081	1,263	2,662	0,006	0,286	2,178	1,953
Neurochirurgen			0,016	0,476	1,428	1,524	0,022	0,671	1,826	1,759
Humangenetiker			1,485	0,743	0,450	0,360	1,182	1,982	1,095	0,348
Laborärzte			0,432	0,565	0,624	1,489	0,562	1,518	1,226	1,408
Pathologen			0,111	0,428	1,087	1,776	0,177	1,326	1,842	1,287
Transfusionsmediziner			0,274	0,463	0,632	1,574	0,362	1,653	1,184	1,255

m, w = männlich, weiblich

LBF = Leistungsbedarfsfaktoren

Anmerkung: Die AG-Leistungsbedarfsfaktoren werden auf 3 Nachkommastellen gerundet.

4.1.2 Berechnung der AG-Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht (LBF-AG) nach gem. § 9 Absatz 5 BPL-RL

Die LBF-AG bilden arztgruppenspezifisch das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten ambulanter Leistungen der acht Alters- und Geschlechtsgruppen im Vergleich zum Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe ab. Sie werden vom G-BA für einen Zeitraum von sechs Jahren ermittelt, erstmals zum 01.07.2019. Die erste Aktualisierung erfolgt zum 01.07.2025.

Die Berechnung der LBF-AG erfolgt auf Grundlage der Abrechnungsdaten der KBV, indem der Leistungsbedarf in Euro für die zwölf letzten verfügbaren Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11 bis 14 dieser Richtlinie, und jeweils für die acht Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermittelt wird⁴. Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt. Die ermittelten Leistungsbedarfe sind durch die Anzahl der Einwohner der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe zu teilen. In jeder Arztgruppe wird nun dieser Leistungsbedarf pro Alters- und Geschlechtsgruppe durch den Gesamtleistungsbedarf dieser Arztgruppe pro Einwohner geteilt. Das Ergebnis sind die AG-Leistungsbedarfsfaktoren. Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe zum Durchschnitt des Leistungsbedarfs der Arztgruppe aus.

Die AG-Leistungsbedarfsfaktoren einer Alters- und Geschlechtsgruppe werden wie folgt ermittelt: Auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Alters- und Geschlechtsgruppe, Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015 - 2017})}{\text{Einwohner}_{\text{Alters- und Geschlechtsgruppe}}(\text{Bevölkerungsdaten 2017})} \bigg/ \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015 - 2017})}{\text{Einwohner}(\text{Bevölkerungsdaten 2017})}$$

gelten für den Zeitraum 01.07.2019 bis 30.06.2025 folgende LBF-AG:

⁴ Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben unberücksichtigt

Arztgruppe	LBF-AG									
	männlich					weiblich				
	< 16 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.	< 16 J.	< 20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
Hausärzte	0,253	0,554	1,092	2,285		0,281	0,739	1,265	2,687	
Augenärzte		0,454	0,154	0,929	3,537		0,516	0,236	1,225	3,842
Chirurgen und Orthopäden		0,387	0,660	1,111	1,292		0,330	0,736	1,627	1,713
Frauenärzte							0,281	2,164	0,704	0,314
HNO-Arzte		0,980	0,685	0,935	1,752		0,880	0,908	1,075	1,589
Hautärzte		0,341	0,622	0,979	2,325		0,436	1,072	1,318	1,597
Kinder- und Jugendärzte	1,026					0,971				
Nervenärzte		0,053	0,608	1,109	1,682		0,070	0,914	1,608	2,052
Psychotherapeuten		0,775	0,738	0,577	0,048		1,021	1,997	1,492	0,115
Urologen		0,178	0,445	1,989	6,370		0,060	0,218	0,576	1,211
Fachinternisten		0,056	0,349	1,497	2,864		0,071	0,492	1,476	2,031
Anästhesisten		0,752	0,514	1,005	1,656		0,558	0,788	1,407	1,840
Kinder- und Jugendpsychiater	1,210					0,777				
Radiologen		0,144	0,584	1,088	1,214		0,176	0,764	2,031	1,252
PRM-Mediziner		0,187	0,467	0,969	1,171		0,217	0,779	1,986	1,917
Nuklearmediziner		0,088	0,360	1,168	1,684		0,127	0,829	1,908	1,573
Strahlentherapeuten		0,007	0,081	1,263	2,662		0,006	0,296	2,178	1,953
Neurochirurgen		0,016	0,478	1,428	1,521		0,022	0,571	1,825	1,759
Humanogenetiker		1,465	0,743	0,450	0,350		1,182	1,962	1,095	0,348
Laborärzte		0,432	0,585	0,924	1,489		0,562	1,518	1,226	1,408
Pathologen		0,111	0,426	1,067	1,775		0,177	1,335	1,642	1,287
Transfusionsmediziner		0,271	0,463	0,932	1,571		0,382	1,953	1,184	1,255

Quelle: KBV-Abrechnungsdaten der Quartale 1/2015 – 4/2017
Anmerkung: Die LBF-AG werden auf 3 Nachkommastellen gerundet

4.1.3 Anpassungsfaktor zur Modifikation der Basis-Verhältniszahlen je Arztgruppe gem. § 9 Abs. 6 BPL-RL

Die Allgemeinen Verhältniszahlen, ausgewiesen in §§ 11-14 BPL-RL, werden alle zwei Jahre angepasst. Dafür werden die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 je Arztgruppe mit dem Anpassungsfaktor multipliziert. Der Anpassungsfaktor berechnet sich aus den AGF und LBF-AG wie folgt:

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{Arztgruppe}} = \frac{\sum (\text{AGF} - 2010_{\text{Alters- und Geschlechtsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum (\text{AGF} - A_{\text{Alters- und Geschlechtsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtsgruppe, Arztgruppe}})}$$

4.2 Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl zu den Regionalen Verhältniszahlen gem. § 9 Abs. 8 - 10 BPL-RL

Anlage 4.4 — Allgemeine Differenzierungsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 8

	Anteil hm, m, <20	Anteil hm, m, 20-44	Anteil hm, m, 45-74	Anteil hm, m, ≥75	Anteil hm, w, <20	Anteil hm, w, 20-44	Anteil hm, w, 45-74	Anteil hm, w, ≥75	Anteil nhm, m, <20	Anteil nhm, m, 20-44	Anteil nhm, m, 45-74	Anteil nhm, m, ≥75	Anteil nhm, w, <20	Anteil nhm, w, 20-44	Anteil nhm, w, 45-74	Anteil nhm, w, ≥75
Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	0,40%	1,01%	7,12%	3,77%	0,38%	2,28%	9,77%	5,97%	9,01%	12,77%	10,44%	1,22%	8,66%	14,00%	11,37%	1,85%
Frauenärzte					0,70%	4,21%	18,00%	10,00%					16,05%	26,80%	20,04%	3,41%

	Anteil hm, m, <18	Anteil hm, w, <18	Anteil nhm, m, <18	Anteil nhm, w, <18
Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	2,20%	1,63%	48,93%	47,04%

Stichtag: 31.12.2017

Quelle: KBV-Abrechnungsdaten

hm = erhöht morbid

nhm = nicht erhöht morbid

m, w = männlich, weiblich

Anmerkung: Die allgemeinen Differenzierungsfaktoren werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

Berechnung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren nach 4.2.1 Patientenanteile nach Alter, Geschlecht u. Morbidität (Alters-, Geschlechts- u. Morbiditätsfaktoren AGMF) gem. § 9 Absatz. 8 BPL-RL

Zur Ermittlung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren werden die Patienten der jeweiligen Morbiditätsgruppe auf die Gesamtpatientenzahl bezogen. Sie werden auf Grundlage der Daten des aktuellsten verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) für zwei Jahre wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Patienten Morbiditätsgruppe 20xx}}{\text{Patienten 20xx}}$$

Für eine möglichst genaue regionale Bedarfsermittlung wird die in den einzelnen Alters- und Geschlechtergruppen differierende Krankheitslast herangezogen. Dazu werden auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) die Patienten nach vier Alters- und zwei Geschlechtsfaktoren, zudem nach dem Morbiditätsgrad „erhöht morbid“ / „nicht erhöht morbid“, in sechzehn Morbiditätsgruppen eingeteilt. Zur Identifikation der erhöht morbid Patienten werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig Jahres 2017) sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA) der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV (a.F.) (Vollmodell) für das maßgebliche Ausgleichsjahr (erstmalig 2017) herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbid, wenn in einem Jahr mind. sechs Krankheiten der BVA-Liste aufgetreten sind. Eine Krankheit liegt vor, wenn mindestens eine gesicherte Diagnose (ICD Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste der jeweiligen Krankheit zugeordnet wird, in den ambulanten Abrechnungsdaten in mind. zwei Quartalen (sogenanntes "M2Q-Kriterium") kodiert wurde².

Unter jeweiliger Bezugnahme auf die Gesamtpatientenzahl werden aus den einzelnen Gruppen Anteile, die sog. AGMF, gebildet. Zur Einordnung der regionalen Krankheitslast (Alter-Geschlecht-Morbiditätsstruktur) in Bezug auf den Bundesdurchschnitt werden sowohl bundesweite (AGMF-B) als auch regionale (AGMF-Reg) Anteile gebildet. Eine zweijährige Aktualisierung der AGMF erfolgt durch den G-BA.

a) Bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-B)

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

$$\frac{\text{Patienten Morbiditätsgruppe 2019}}{\text{Patienten 2019}}$$

Die erstmalige Ermittlung der AGMF-B erfolgte auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2017 zum 01.07.2019. Die AGMF-B werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmalig zum 01.07.2021. Auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2019 ergeben sich für den Zeitraum 01.07.2021 - 30.6.2023 folgende AGMF-B:

Arztgruppe	AGMF-B																			
	Anteil erhöht morbid Patienten										Anteil nicht erhöht morbid Patienten									
	männlich					weiblich					männlich					weiblich				
	<18	<20	20-44	45-74	≥75	<18	<20	20-44	45-74	≥75	<18	<20	20-44	45-74	≥75	<18	<20	20-44	45-74	≥75
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, KJPP		0,34%	1,03%	7,22%	3,83%		0,32%	2,17%	9,77%	6,01%		9,06%	13,05%	10,28%	1,15%		8,72%	14,12%	11,18%	1,76%
Frauenärzte						0,59%	4,01%	18,08%	11,11%							16,13%	26,13%	20,69%	3,26%	
Kinder- und Jugendärzte, KJPP	1,84%					1,50%					49,31%				47,35%					

Stichtag: 31.12.2019;
 Quelle: KBV-Abrechnungsdaten;
 Anmerkung: Die AGMF-B werden auf 2 Nachkommastellen gerundet

² Zwecks einheitlicher methodischer Grundlagen werden zur Identifikation erhöht morbider Patienten sowohl für die Alters-Geschlecht-Morbiditätsfaktoren (AGMF) als auch die arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes für sechs Jahre verwendet. Aus diesem Grund wird bis zur Aktualisierung der Leistungsbedarfsfaktoren im Jahr 2025 einheitlich die BVA-Liste zum Ausgleichsjahr 2017 unter Berücksichtigung der ICD Codes nach ICD-10-GM 2016 verwendet.

Anlage 4.6 b) Berechnung der regionalen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 8 Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-Reg)

Zur Ermittlung der regionalen Differenzierungsfaktoren Berücksichtigung einer vom Bundesdurchschnitt abweichenden regionalen Krankheitslast (Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur) werden die Patienten der Morbiditätsgruppe pro für jeden Planungsbereich (bzw. für jedes PLZ-Gebiet) auf die Patienten pro Planungsbereich bezogen. Jeweils die Anteile der sechzehn Morbiditätsgruppen der regionalen Patienten (AGMF-Reg). Sie werden auf Grundlage der Daten des aktuellsten verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) für zwei Jahre wie folgt berechnet ermittelt:

$$\frac{\text{Patienten Morbiditätsgruppe, Planungsbereich bzw. PLZ-Gebiet 2019}}{\text{Patienten Planungsbereich bzw. PLZ-Gebiet 2017}}$$

Die erstmalige Ermittlung der AGMF-Reg erfolgte auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2017 zum 01.07.2019. Die AGMF-Reg werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 01.07.2021. Sie sind Grundlage zur Berechnung der regionalen Verteilungsfaktoren, die wiederum in Anlage 4.2.3 veröffentlicht werden. Die AGMF-Reg für die PLZ-Gebiete zur Berücksichtigung regionaler Abweichungen von den Planungsbereichen nach Anlage 3 werden zusammen mit den regionalen Verteilungsfaktoren pro PLZ auf der Webseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/> als Anlage 4.2.3: Regionale Verteilungsfaktoren pro PLZ veröffentlicht.

Anlage 4.62.2 Die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) gem. § 9 Absatz 9 BPL-RL

Die LBF-AGM bilden arztgruppenspezifisch das regional differente Inanspruchnahmeverhalten der Patienten - differenziert in die sechzehn Morbiditätsgruppen nach Alter, Geschlecht und Morbidität - im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe ab. Sie werden vom G-BA für einen Zeitraum von sechs Jahren ermittelt, erstmals zum 01.07.2019. Die erste Aktualisierung erfolgt zum 01.07.2025.

Für das 1. Quartal 2015 bis zum 4. Quartal 2017. Die Berechnung der LBF-AGM erfolgt auf Grundlage der Abrechnungsdaten der KBV indem der Leistungsbedarf in Euro für die sechzehn Morbiditätsgruppen ermittelt wird³. Die ermittelten Leistungsbedarfe sind durch die Anzahl der Patienten der jeweiligen Morbiditätsgruppe zu teilen. In jeder Arztgruppe wird nun dieser Leistungsbedarf pro Morbiditätsgruppe durch den Gesamtleistungsbedarf dieser Arztgruppe pro Patient geteilt. Das Ergebnis sind die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren: Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM). Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsaufwandes der jeweiligen Morbiditätsgruppe zum Durchschnitt des Leistungsbedarfs der Arztgruppe aus. Auf Grundlage der Formel

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015} - 2017)}{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2017})} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015} - 2017)}{\text{Patienten}(\text{Abrechnungsdaten 2017})}$$

gelten für den Zeitraum 01.07.2019 bis 30.06.2025 folgende LBF-AGM:

³ Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben unberücksichtigt

Arztgruppe	Morbi-LBF	Morbi-LBF	Morbi-LBF	Morbi-LBF												
	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	nm-m, <20	nm-m, 20-44	nm-m, 45-74	nm-m, 75	nm-w, <20	nm-w, 20-44	nm-w, 45-74	nm-w, 75
Hausärzte	0,469	1,528	1,923	2,440	0,692	1,408	1,718	2,618	0,242	0,555	0,814	1,114	0,266	0,661	0,773	1,321
Augenärzte	1,266	0,626	1,906	3,020	1,217	0,608	1,960	3,074	0,424	0,146	0,160	1,162	0,478	0,167	0,496	1,244
Chirurgen und Orthopäden	0,888	1,808	1,904	1,424	1,007	1,674	2,440	1,782	0,370	0,662	0,794	0,453	0,296	0,504	0,823	0,618
Frauenärzte					0,780	3,062	0,868	0,340					0,264	1,647	0,666	0,136
HNO-Ärzte	3,392	1,906	1,583	1,892	2,839	1,868	1,614	1,619	0,855	0,885	0,681	0,723	0,761	0,654	0,611	0,626
Hautärzte	0,724	1,399	1,692	2,622	1,132	1,844	1,732	1,616	0,329	0,648	0,796	0,943	0,399	0,832	0,856	0,629
Nervenärzte	0,219	2,940	2,163	1,866	0,426	2,675	2,545	2,104	0,046	0,510	0,614	0,549	0,054	0,529	0,973	0,721
Psychotherapeuten	2,429	2,923	0,960	0,053	4,607	5,142	2,116	0,120	0,711	0,670	0,432	0,016	0,850	1,270	0,836	0,033
Urologen	0,426	1,303	3,763	2,004	0,511	0,660	0,826	1,269	0,169	0,440	1,120	0,266	0,043	0,441	0,226	0,336
Fachhistologen	0,188	1,682	3,005	3,194	0,346	1,362	2,346	2,440	0,064	0,269	0,774	0,802	0,068	0,599	0,632	0,622
Anästhesisten	1,875	1,618	1,821	1,709	1,275	1,706	2,170	1,886	0,711	0,499	0,645	0,661	0,515	0,629	0,628	0,648
Radiologen	0,385	1,871	1,926	1,316	0,751	1,876	2,772	1,270	0,135	0,566	0,756	0,400	0,148	0,691	1,226	0,466
PRM-Mediziner	0,689	2,170	1,969	1,340	0,689	2,472	2,362	2,089	0,162	0,356	0,489	0,268	0,181	0,419	0,848	0,329
Nuklearmediziner	0,221	1,368	2,210	1,854	0,528	2,021	2,843	1,625	0,081	0,356	0,693	0,598	0,108	0,544	0,950	0,512
Strahlentherapeuten	0,021	0,392	2,464	2,824	0,024	0,860	2,169	1,658	0,008	0,068	0,698	1,276	0,006	0,171	1,126	0,828
Neurochirurgen	0,060	2,617	3,065	1,746	0,138	2,012	1,135	1,886	0,014	0,374	0,640	0,313	0,016	0,275	0,552	0,320
Humangenetiker	11,258	2,214	0,768	0,266	8,559	4,227	1,514	0,248	1,062	0,724	0,321	0,188	0,343	1,368	0,842	0,162
Laborärzte	1,668	2,190	1,822	1,618	2,099	3,062	1,783	1,428	0,383	0,541	0,592	0,562	0,482	1,104	0,862	0,548
Pathologen	0,239	1,186	1,740	1,821	0,673	2,181	2,073	2,248	0,102	0,426	0,822	1,040	0,162	1,064	1,141	0,683
Transfusionsmediziner	1,251	2,326	1,811	1,682	1,591	1,823	1,799	1,284	0,231	0,381	0,521	0,704	0,323	1,276	0,561	0,513

Arztgruppe	Morbi-LBF hm-m, <18	Morbi-LBF hm-w, <18	Morbi-LBF nm-m, <18	Morbi-LBF nm-w, <18
Kinder- und Jugendärzte	2,314	2,006	0,922	0,923
Kinder- und Jugendpsychiater	3,202	2,044	1,129	0,682

hm = erhöht-morbide
 nm = nicht-erhöht-morbide
 m-w = männlich, weiblich
 LBF = Leistungsbedarfsfaktoren
 Anmerkung: Die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren werden auf 3 Nachkommastellen gerundet

Arztgruppe	LBF-AGM															
	erhöht morbide Patienten								nicht erhöht morbide Patienten							
	männlich				weiblich				männlich				weiblich			
	<20 J.	20-44	45-74	≥75	<20 J.	20-44	45-74	≥75	<20 J.	20-44	45-74	≥75	<20 J.	20-44	45-74	≥75
Hausärzte	0,469	1,528	1,823	2,419	0,692	1,408	1,718	2,616	0,247	0,555	0,814	1,114	0,259	0,551	0,773	1,321
Augenärzte	1,266	0,526	1,905	3,929	1,217	0,508	1,960	3,974	0,424	0,146	0,450	1,152	0,478	0,167	0,495	1,241
Chirurgen und Orthopäden	0,888	1,809	1,904	1,424	1,007	1,674	2,410	1,782	0,370	0,662	0,794	0,453	0,296	0,504	0,823	0,518
Frauenärzte					0,780	3,062	0,868	0,340					0,254	1,947	0,595	0,136
HNO-Ärzte	3,392	1,906	1,583	1,897	2,839	1,868	1,514	1,619	0,885	0,685	0,681	0,723	0,761	0,654	0,611	0,625
Hautärzte	0,724	1,399	1,597	2,522	1,137	1,844	1,732	1,616	0,329	0,648	0,756	0,943	0,399	0,832	0,855	0,629
Nervenärzte	0,219	2,940	2,163	1,868	0,425	2,675	2,545	2,104	0,046	0,510	0,614	0,549	0,054	0,529	0,673	0,721
Psychotherapeuten	2,429	2,923	0,960	0,053	4,607	5,142	2,116	0,120	0,711	0,670	0,432	0,016	0,850	1,270	0,836	0,033
Urologen	0,425	1,303	3,792	7,004	0,211	0,550	0,928	1,269	0,169	0,440	1,122	2,295	0,042	0,141	0,228	0,335
Fachintemisten	0,188	1,682	3,005	3,191	0,346	1,352	2,315	2,110	0,051	0,293	0,771	0,902	0,058	0,299	0,637	0,622
Anästhesisten	1,875	1,618	1,831	1,799	1,375	1,796	2,170	1,886	0,711	0,499	0,645	0,661	0,515	0,539	0,638	0,648
Radiologen	0,386	1,871	1,926	1,318	0,751	1,876	2,777	1,279	0,135	0,565	0,755	0,490	0,148	0,501	1,226	0,456
PRM-Mediziner	0,689	2,170	1,959	1,340	0,969	2,473	3,357	2,069	0,167	0,399	0,489	0,258	0,181	0,419	0,648	0,339
Nuklearmediziner	0,221	1,368	2,210	1,854	0,528	2,031	2,843	1,625	0,081	0,356	0,693	0,598	0,108	0,544	0,950	0,512
Strahlentherapeuten	0,021	0,392	2,464	2,824	0,024	0,869	3,199	1,958	0,006	0,068	0,698	1,276	0,005	0,171	1,125	0,828
Neurochirurgen	0,060	2,617	3,005	1,748	0,138	2,012	3,135	1,896	0,014	0,374	0,640	0,313	0,016	0,275	0,552	0,320
Humangenetiker	11,258	2,314	0,758	0,365	8,559	4,327	1,514	0,346	1,052	0,724	0,331	0,188	0,843	1,366	0,647	0,157
Laborärzte	1,666	2,190	1,677	1,619	2,099	3,063	1,783	1,428	0,383	0,541	0,597	0,592	0,487	1,104	0,652	0,548
Pathologen	0,239	1,186	1,740	1,821	0,573	2,181	2,071	1,248	0,107	0,426	0,822	1,040	0,157	1,054	1,141	0,683
Transfusionsmediziner	1,251	2,326	1,811	1,682	1,591	4,823	1,799	1,264	0,231	0,381	0,521	0,704	0,323	1,276	0,561	0,513

Arztgruppe	LBF-AGM			
	erhöht morbide		nicht erhöht morbide	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
	< 18 J.			
Kinder- und Jugendärzte	2,314	2,006	0,977	0,923
KJPP	3,203	3,044	1,129	0,683

Quelle: KBV-Abrechnungsdaten der Quartale 1/2015 – 4/2017

Anmerkung: Die LBF-AGM werden auf 3 Nachkommastellen gerundet.

Berechnung der Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren nach § 9 Abs. 9

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. Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt.

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

Die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren einer Morbiditätsgruppe werden wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe, Morbiditätsgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015} - 2017)}{\text{Patienten}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2017})} / \frac{\text{Leistungsbedarf}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2015} - 2017)}{\text{Patienten}_{\text{Arztgruppe}}(\text{Abrechnungsdaten 2017})}$$

Anlage 4.72.3 Die regionalen Verteilungsfaktoren zur Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahlen je Arztgruppe und Planungsbereich nach gem. § 9 Absatz, 10 BPL-RL

Die Erfassung der regionalen Morbiditätsstruktur der Patienten und des damit einhergehenden, vom bundesweiten Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe differierten Behandlungsaufwandes erfolgt für jeden Planungsbereich einzeln durch Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl mit dem regionalen Verteilungsfaktor.

Der regionale Verteilungsfaktor berechnet sich aus den AGMF sowie den LBF-AGM wie folgt:

$$\text{Regionaler Verteilungsfaktor}_{\text{Arztgruppe, Planungsbereich}} = \frac{\sum (\text{AGMF} - B_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum (\text{AGMF} - B_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf der Webseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/> veröffentlicht.

- Die Excel-Tabelle „Anlage 4.72.3 Regionale Verteilungsfaktoren pro Planungsbereich“ stellt pro Planungsbereich (gemäß den Zuschnitten der Anlage 3) die regionalen Verteilungsfaktoren pro Arztgruppe dar;
- Die Excel-Tabelle „Anlage 4.72.3 Regionale Verteilungsfaktoren pro PLZ“ enthält darüber hinaus eine Auflistung der regionalen Verteilungsfaktoren pro PLZ (Datenstand 31.12.2017) und Arztgruppe sowie die regionalen Differenzierungsfaktoren AGMF-Reg pro PLZ (Berechnung analog Anlage 4.5). Die Aufstellung pro PLZ erlaubt eine Berechnung der regionalen Verteilungsfaktoren im Falle von regionalen Abweichungen von den Planungsbereichen gemäß Anlage 3.

Anlage 4.83 Rechenbeispiele für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Morbiditätsfaktors nach § 9 Bedarfsplanung PL-Richtlinie

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

4.1 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 bis 7 BPL-RL)

Basis-Verhältniszahl: 1.671
EW-Verteilung 2010

	Anteil-m, <20	Anteil-m, 20-44	Anteil-m, 45-74	Anteil-m, ≥75	Anteil-w, <20	Anteil-w, 20-44	Anteil-w, 45-74	Anteil-w, ≥75
Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren	9,56%	16,12%	19,71%	3,39%	9,08%	15,83%	20,50%	5,82%

EW-Verteilung 2017:

	Anteil-m, <20	Anteil-m, 20-44	Anteil-m, 45-74	Anteil-m, ≥75	Anteil-w, <20	Anteil-w, 20-44	Anteil-w, 45-74	Anteil-w, ≥75
Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren	9,51%	15,59%	19,66%	4,58%	8,91%	14,78%	20,21%	6,76%

AG-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-LBF) Hausärzte:

	AG-LBF m,<20	AG-LBF m,20-44	AG-LBF m,45-74	AG-LBF m,≥75	AG-LBF w,<20	AG-LBF w,20-44	AG-LBF w,45-74	AG-LBF w,≥75
AG-Leistungsbedarfsfaktoren-Hausärzte	0,253	0,554	1,092	2,285	0,284	0,739	1,265	2,667

Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl für Hausärzte

1.1. Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 - 7 BPL-RL)

1.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gem. Formel (vgl. 4.1.3)

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{Arztgruppe}} = \frac{\sum(\text{AGF} - 2010_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGF} - A_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

	Anteil männliche Bevölkerung				Anteil weibliche Bevölkerung			
	<20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.	<20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
AGF-2010	9,56 %	16,12 %	19,71 %	3,39 %	9,08 %	15,83 %	20,50 %	5,82 %
AGF-A (2019)	9,49 %	15,68 %	19,50 %	4,69 %	8,95 %	14,84 %	20,07 %	6,81 %
LBF-AG Hausärzte	0,253	0,554	1,092	2,285	0,261	0,739	1,265	2,667

$$\frac{(9,56 \cdot 0,253) + (16,12 \cdot 0,554) + (19,71 \cdot 1,092) + (3,39 \cdot 2,285) + (9,08 \cdot 0,261) + (15,83 \cdot 0,739) + (20,50 \cdot 1,265) + (5,82 \cdot 2,667)}{(9,49 \cdot 0,253) + (15,68 \cdot 0,554) + (19,50 \cdot 1,092) + (4,69 \cdot 2,285) + (8,95 \cdot 0,261) + (14,78 \cdot 0,739) + (20,21 \cdot 1,265) + (6,76 \cdot 2,667)} = 0,96325$$

$$(9,49 \cdot 0,253) + (15,68 \cdot 0,554) + (19,50 \cdot 1,092) + (4,69 \cdot 2,285) + (8,95 \cdot 0,261) + (14,84 \cdot 0,739) + (20,07 \cdot 1,265) + (6,81 \cdot 2,667) = 0,96197^4$$

Allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte: $1,671 \times 0,96325 = 1,609$

1.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-VHZ (gem. Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: $1,671 \times 0,96197 = 1,607^5$

1.2 Berechnung der Ermittlung der Regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 4011 BPL-RL)

Einwohner im Mittelbereich: 78.677
 Allgemeine Verhältniszahl: 1,609
 Ärzte: 42
 Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: 85,8%

⁴ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.
⁵ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

Faktor	m ₁ m ₁ <20	m ₂ m ₂ 20-44	m ₃ m ₃ 45-74	m ₄ m ₄ ≥75	w ₁ w ₁ <20	w ₂ w ₂ 20-44	w ₃ w ₃ 45-74	w ₄ w ₄ ≥75	am ₁ m ₁ <20	am ₂ m ₂ 20-44	am ₃ m ₃ 45-74	am ₄ m ₄ ≥75	aw ₁ w ₁ <20	aw ₂ w ₂ 20-44	aw ₃ w ₃ 45-74	aw ₄ w ₄ ≥75
	Allgemeine Differenzierungsfaktoren	0,40 %	1,04 %	7,12 %	3,77 %	0,36 %	2,26 %	0,77 %	5,97 %	9,04 %	12,77 %	10,44 %	1,22 %	0,96 %	14,00 %	11,37 %
Regionale Differenzierungsfaktoren	0,20 %	1,14 %	7,04 %	6,00 %	0,32 %	2,38 %	12,38 %	0,85 %	7,16 %	0,08 %	10,44 %	2,03 %	6,74 %	0,67 %	11,66 %	3,08 %
Morbi-Leistungsbedarfefaktoren	0,46 D	1,528	1,823	2,410	0,602	1,408	1,718	2,616	0,247	0,555	0,814	1,114	0,250	0,554	0,773	1,321

Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors:
 $(0,40 \cdot 0,460) + (1,01 \cdot 1,528) + (7,12 \cdot 1,823) + (3,77 \cdot 2,410) + (0,36 \cdot 0,602) + (2,28 \cdot 1,408) + (0,77 \cdot 1,718) + (5,97 \cdot 2,616) + (9,01 \cdot 0,247) + (12,77 \cdot 0,555) + (10,44 \cdot 0,814) + (1,22 \cdot 1,114) + (8,66 \cdot 0,250) + (14,00 \cdot 0,554) + (11,37 \cdot 0,773) + (1,85 \cdot 1,321) = 1,354$

Regionale Verhältniszahl: $1,609 \times 0,84200 = 1,354$

Korrigierter Versorgungsgrad: $1,354 \times 42 \times 100 = 72,2\%$
 $\frac{78.677}{1,354}$

1.2.1 Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors für Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter und erhöht Morbider gem. Formel (vgl. 4.2.3)

$$\text{Regionaler Verteilungsfaktor}_{\text{Arztgruppe, Planungsbereich}} = \frac{\sum(\text{AGMF} - B_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGMF} - \text{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

	Anteil erhöht morbide Patienten								Anteil nicht erhöht morbide Patienten							
	männlich				weiblich				männlich				weiblich			
	<20	20-44	45-74	≥75	<20	20-44	45-74	≥75	<20	20-44	45-74	≥75	<20	20-44	45-74	≥75
AGMF-B	0,34%	1,03%	7,22%	3,83%	0,32%	2,17%	9,77%	6,01%	9,06%	13,05%	10,28%	1,15%	8,72%	14,12%	11,18%	1,78%
AGMF-Reg	0,23%	1,41%	8,08%	6,07%	0,29%	2,49%	12,39%	9,95%	6,85%	9,24%	10,07%	1,75%	6,96%	10,00%	11,27%	2,95%
LBF-AGM Hausärzte	0,469	1,528	1,823	2,419	0,692	1,408	1,718	2,616	0,247	0,555	0,814	1,114	0,259	0,551	0,773	1,321

$$\frac{((0,34 \cdot 0,469) + (1,03 \cdot 1,528) + (7,22 \cdot 1,823) + (3,83 \cdot 2,419) + (0,32 \cdot 0,692) + (2,17 \cdot 1,408) + (9,77 \cdot 1,718) + (6,01 \cdot 2,616) + (9,06 \cdot 0,247) + (13,05 \cdot 0,555) + (10,28 \cdot 0,814) + (1,15 \cdot 1,114) + (8,72 \cdot 0,259) + (14,12 \cdot 0,551) + (11,18 \cdot 0,773) + (1,76 \cdot 1,321))}{((0,23 \cdot 0,469) + (1,41 \cdot 1,528) + (8,08 \cdot 1,823) + (6,07 \cdot 2,419) + (0,29 \cdot 0,692) + (2,49 \cdot 1,408) + (12,39 \cdot 1,718) + (9,95 \cdot 2,616) + (6,85 \cdot 0,247) + (9,24 \cdot 0,555) + (10,07 \cdot 0,814) + (1,75 \cdot 1,114) + (6,96 \cdot 0,259) + (10,00 \cdot 0,551) + (11,27 \cdot 0,773) + (2,95 \cdot 1,321))} = 0,83689^8$$

1.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

Multiplikation Allgemeine Verhältniszahl (gem. § 11) mit regionalem Verteilungsfaktor: $1.607 \cdot 0,83689 = 1.344^7$

1.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

Einwohner im Mittelbereich: 78.677
 Allgemeine Verhältniszahl: 1.607
 Anzahl Ärzte im Mittelbereich: 42

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(1.607 \cdot 42 \cdot 100) / 78.677 = 85,7\%^8$
 Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(1.344 \cdot 42 \cdot 100) / 78.677 = 71,7\%^9$

Fazit: Da die bundesweite Bevölkerung seit 2010 älter geworden ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Hausärzte von 1.671 Einwohnern je Arzt auf 1.609 abgesenkt und bildet die Allgemeine Verhältniszahl (§11 BPL-RL). Da der die Patienten des Planungsbereiches vergleichsweise alt und morbide ~~ist~~ sind, sinkt die Regionale Verhältniszahl für Hausärzte von 1.6097 Einwohnern je Arzt auf 1.35444. Der Versorgungsgrad sinkt von 85,87% auf 72,21,7%.

⁸ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.
⁷ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.
⁹ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle
⁹ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle

2. Frauenärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil erhöht morbider Frauen

2.1 Berechnung Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 bis- 7 BPL-RL)

Basis-Verhältniszahl-Planungsbereichstyp 1: 3.733

EW-Verteilung-2010 (Frauen):

	Anteil-w, <20	Anteil-w, 20-44	Anteil-w, 45-74	Anteil-w, ≥75
Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren	17,73%	30,00%	40,02%	11,36%

EW-Verteilung-2017 (Frauen):

	Anteil-w, <20	Anteil-w, 20-44	Anteil-w, 45-74	Anteil-w, ≥75
Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren	17,60%	29,18%	39,80%	13,34%

AG-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-LBF) Frauenärzte:

	AG-LBF w, <20	AG-LBF w, 20-44	AG-LBF w, 45-74	AG-LBF w, >75
AG-Leistungsbedarfsfaktoren-Frauenärzte	0,364	2,164	0,704	0,344

Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl für Frauenärzte

2.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gem. Formel (vgl. 4.3)

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{Arztgruppe}} = \frac{\sum (AGF - 2010_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times LBF - AG_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \text{ Arztgruppe})}{\sum (AGF - A_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times LBF - AG_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \text{ Arztgruppe})}$$

	Anteil weibliche Bevölkerung			
	<20 J.	20-44 J.	45-74 J.	≥75 J.
AGF-2010	17,73 %	30,90 %	40,02 %	11,36 %
AGF-A (2019)	17,66 %	29,29 %	39,61 %	13,44 %
LBF-AG Frauenärzte	0,261	2,164	0,704	0,314

$$\left((17,73 \cdot 0,261) + (30,90 \cdot 2,164) + (40,02 \cdot 0,704) + (11,36 \cdot 0,314) \right) / \left((17,66 \cdot 0,261) + (29,29 \cdot 2,164) + (39,61 \cdot 0,704) + (13,44 \cdot 0,314) \right) = 1,03228135^{10}$$

2.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Allgemeine-Verhältniszahl-für-Frauenärzte-Multiplikation Basis-VHZ (gem. Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: $3.733 \times 1,03228135 = 3.8530^{11}$

2.2 Berechnung Ermittlung der rRegionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 4011 BPL-RL)

Einwohner im Kreis: 122.410 Frauen
 Planungsbereichstyp: 1
 Allgemeine-Verhältniszahl je Frau: 3.853
 Ärzte: 40
 Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: 125,9%

Faktor	hm ₁ w ₁ <20	hm ₂ w ₁ 20-44	hm ₃ w ₁ 45-74	hm ₄ w ₁ ≥75	nhm ₁ w ₂ <20	nhm ₂ w ₂ 20-44	nhm ₃ w ₂ 45-74	nhm ₄ w ₂ ≥75
Allgemeine-Differenzierungsfaktoren	0,70%	4,24%	18,00%	10,06%	15,96%	25,80%	20,64%	3,41%
Regionale-Differenzierungsfaktoren	0,70%	6,07%	21,45%	12,33%	17,10%	22,60%	16,68%	2,93%
Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren	0,780	3,062	0,868	0,340	0,254	1,947	0,595	0,136

¹⁰ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.
¹¹ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors

2.2.1 Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors für Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil morbider Frauen gem. Formel (vgl. (4.2.3))

$$\text{Regionaler Verteilungsfaktor}_{\text{Arztgruppe, Planungsbereich}} = \frac{\sum (\text{AGMF} - B_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum (\text{AGMF} - \text{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

	Anteil erhöht morbide Patientinnen				Anteil nicht erhöht morbide Patientinnen			
	weiblich							
	<20	20-44	45-74	≥75	<20	20-44	45-74	≥75
AGMF-B	0,59%	4,01%	18,08%	11,11%	16,13%	26,13%	20,69%	3,26%
AGMF-Reg	0,72%	6,07%	21,45%	12,33%	17,19%	22,62%	16,68%	2,93%
LBF-AGM Frauenärzte	0,780	3,062	0,868	0,340	0,254	1,947	0,595	0,136

$$\left((0,7059 \cdot 0,780) + (4,2401 \cdot 3,062) + (18,0008 \cdot 0,868) + (10,9911 \cdot 0,340) + (15,95613 \cdot 0,254) + (25,80613 \cdot 1,947) + (20,9469 \cdot 0,595) + (3,4126 \cdot 0,136) \right) / \left((0,72 \cdot 0,780) + (6,07 \cdot 3,062) + (21,45 \cdot 0,868) + (12,33 \cdot 0,340) + (17,19 \cdot 0,254) + (22,62 \cdot 1,947) + (16,68 \cdot 0,595) + (2,93 \cdot 0,136) \right) = 0,99320252^{12}$$

Regionale-Verhältniszahl: $3.853 \times 0,99320 = 3.826$
 Korrigierter Versorgungsgrad: $\frac{3.826 \times 40 \times 100}{122.410} = 125,0\%$

2.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

Multiplikation Allgemeine Verhältniszahl (gem. § 11) mit regionalem Verteilungsfaktor: $3.850 \times 0,99252 = 3.821^{13}$

2.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

¹² Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.
¹³ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

Einwohner im Landkreis: 122.410 Frauen
 Planungsbereichstyp: 1
 Allgemeine VHZ je Frau: 3.850
 Anzahl Ärzte im Landkreis: 40

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(3.850 \times 40 \times 100) / 122.410 = 125,8\%^{14}$
 Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(3.821 \times 40 \times 100) / 122.410 = 124,8\%^{15}$

Fazit: Da die weibliche Bevölkerung mittleren Alters, die besonders hohe Leistungsbedarfe bei den Frauenärzten aufweist, seit 2010 gesunken ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Frauenärzte von 3.733 Frauen je Arzt auf 3.8530 angehoben und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da ~~der die~~ **die Patientinnen im Planungsbereich vergleichsweise morbide** ~~ist~~ **sind**, sinkt die **Regionale Verhältniszahl für Frauenärzte** von 3.8530 Frauen je Arzt auf 3.821; Der Versorgungsgrad sinkt von 125,8% auf 124,8%.

¹⁴ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle

¹⁵ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle

3. Kinder- und Jugendärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise geringem Anteil erhöht morbider Minderjähriger

3.1 Berechnung Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 bis 7 BPL-RL)

Basis-Verhältniszahl-Planungsbereichstyp 1: 2.044

EW-Verteilung 2010 (Minderjährige):

	Anteil m, <18	Anteil w, <18
Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren	51,26%	48,74%

EW-Verteilung 2017 (Minderjährige):

	Anteil m, <18	Anteil w, <18
Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren	51,47%	48,53%

AG-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-LBF) Kinder- und Jugendärzte:

	AG-LBF m, <18	AG-LBF w, <18
AG-Leistungsbedarfsfaktoren-Kinder- und Jugendärzte	1,028	0,971

Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte

3.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gem. Formel (vgl. 4.1.3)

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{Arztgruppe}} = \frac{\sum(\text{AGF} - 2010_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\text{AGF} - A_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} \times \text{LBF} - \text{AG}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

	Anteil minderjährige Bevölkerung < 18 Jahre	
	männlich	weiblich
AGF-2010	51,29 %	48,71 %
AGF-A (2019)	51,40 %	48,60 %
LBF-AG Kinder- und Jugendärzte	1,028	0,971

$$\left((51,29 \cdot 1,028) + (48,71 \cdot 0,971) \right) / \left((51,4740 \cdot 1,028) + (48,5360 \cdot 0,971) \right) = 0,9998993^{16}$$

3.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Allgemeine Verhältniszahl Kinder- und Jugendärzte: Multiplikation Basis-VHZ (gem. Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: $2,044 \times 0,9998993 = 2,043^{17}$

3.2 Berechnung Ermittlung der rRegionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 4011 BPL-RL)

Einwohner im Kreis: 50.410 Minderjährige
 Planungsbereichstyp: 1
 Allgemeine Verhältniszahl je Minderjährigem: 2,043
 Ärzte: 30

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: 121,5%

Faktor	hm-, m-, <18	hm-, w-, <18	nhm-, m-, <18	nhm-, w-, <18
Allgemeine Differenzierungsfaktoren	2,20%	1,83%	48,93%	47,04%
Regionale Differenzierungsfaktoren	2,07%	1,63%	49,84%	46,46%
Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren	2,314	2,006	0,977	0,923

¹⁶ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

¹⁷ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors

3.2.1 Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors für Planungsbereich mit vergleichsweise geringem Anteil erhöht morbid Minderjähriger gem. Formel (vgl. 4.2.3)

$$\text{Regionaler Verteilungsfaktor}_{\text{Arztgruppe, Planungsbereich}} = \frac{\sum (\text{AGMF} - B_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum (\text{AGMF} - \text{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \times \text{LBF} - \text{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

	Minderjährige < 18 Jahre			
	Anteil erhöht morbid Patient		Anteil nicht erhöht morbid Patient	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
AGMF-B	1,84 %	1,50 %	49,31 %	47,35 %
AGMF-Reg	1,67 %	1,33 %	49,94 %	47,06 %
LBF-AGM KJM	2,314	2,006	0,977	0,923

$$\left((2,201,84 \cdot 2,314) + (1,8350 \cdot 2,006) + (48,939,31 \cdot 0,977) + (47,0435 \cdot 0,923) \right) / \left((2,071,67 \cdot 2,314) + (1,6333 \cdot 2,006) + (49,8494 \cdot 0,977) + (46,467,06 \cdot 0,923) \right) = 1,0035091^{18}$$

3.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

Regionale Verhältniszahl: Multiplikation Allgemeine Verhältniszahl (gem. § 11) mit regionalem Verteilungsfaktor: $2,043 \times 1,0035091 = 2,050^{19}$

Korrigierter Versorgungsgrad: $\frac{2,050 \times 30 \times 100}{50.410} = 121,9\%$

¹⁸ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

¹⁹ Die Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

3.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

Einwohner im Landkreis: 50.410 Minderjährige
Planungsbereichstyp: 1
Allgemeine VHZ je Minderjähr.: 2.043
Anzahl Ärzte im Landkreis: 30

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(2.043 \times 30 \times 100) / 50.410 = 121,5\%$ ²⁰
Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(2.051 \times 30 \times 100) / 50.410 = 122,0\%$ ²¹

Fazit: Da die männliche minderjährige Bevölkerung, die höhere Leistungsbedarfe bei den Kinder- und Jugendärzten aufweist, seit 2010 gestiegen ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte von 2.044 Minderjährige je Arzt auf 2.043 gesenkt und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da die **M**minderjährigen **P**atienten im Planungsbereich vergleichsweise wenig morbide sind, steigt die **R**egionale Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte von 2.043 Minderjährige je Arzt auf 2.051¹. Der Versorgungsgrad steigt von 121,5% auf 122,0%.

²⁰ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle

²¹ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle

4. Darstellung des Stellungnahmeverfahrens

4.1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellungnahme (Ja/Nein/Verzicht)	Datum des Eingangs	Anmerkungen
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V			
Bundesärztekammer (BÄK)	Verzicht	27.04.21	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Ja	26.04.21	
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V			
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	Verzicht	26.04.21	

4.2 Eingegangene Stellungnahmen

4.2.1 Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



Stellungnahme

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Än-
derung der Regelungen zum Morbiditätsfaktor**

26.04.2021

Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderung der Regelungen zum Morbiditätsfaktor
Stellungnahme der BptK



Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
2. Modifikation der Basis-Verhältniszahlen nicht sachgemäß.....	4
2.1 Konsequenzen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten	5
2.2 Möglichkeiten einer sachgerechten Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung.....	6
3. Keine Einführung neuer Begrifflichkeiten durch redaktionelle Anpassungen	7



1. Zusammenfassung

Mit Beschluss vom 16. Mai 2019 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Anpassungen zur Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) beschlossen, mit denen der Auftrag zur Reform der Bedarfsplanung aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG, 2015) umgesetzt werden sollte. Gemäß § 101 SGB V sollten hierbei insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Möglichkeiten einer kleinräumigen Planung berücksichtigt und bei der Festlegung der Verhältniszahlen eine Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur gewährleistet werden. Mit dem vorliegenden Beschlussentwurf sollen nun die Verhältniszahlen an die Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung gemäß dem mit Beschluss vom 16. Mai 2019 eingeführten Morbiditätsfaktor angepasst werden. Außerdem sollen redaktionelle Änderungen in den §§ 8 und 9 sowie den zugehörigen Anlagen vorgenommen werden. Laut Tragenden Gründen ist Ursache hierfür, dass die Regelungen in der bisherigen Formulierung in der Praxis teilweise zu Fehlinterpretationen geführt hätten.

- **Modifikation der Basis-Verhältniszahlen nicht sachgemäß**

Die mit Beschluss vom 16. Mai 2019 eingeführte Modifikation der Basis-Verhältniszahlen anhand eines Morbiditätsfaktors hat zur Folge, dass die geplante Anzahl an Psychotherapeutensitzen in den kommenden 20 Jahren um rund 1.600 Sitze sinken wird. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) lehnt diesen Modifikationsschritt als nicht sachgerecht ab. Auch wenn der absolute psychotherapeutische Leistungsbedarf in allen Bevölkerungsgruppen kontinuierlich ansteigt, führt der vom G-BA beschlossene Modifikationsschritt dazu, dass in der Bedarfsplanung insgesamt ein sinkender psychotherapeutischer Versorgungsbedarf angenommen wird. Ursache hierfür ist die demografische Entwicklung in Deutschland mit einem zunehmend höheren Anteil der über 75-Jährigen einerseits und den besonders hohen psychotherapeutischen Leistungsbedarfen in den jüngeren Altersgruppen aufgrund eines jüngeren Ersterkrankungsalters im Bereich psychischer Störungen andererseits. Aus Sicht der BPTK bedarf es einer deutlichen Modifikation der Berechnungen insofern, dass die Basis der Anpassung der Basis-Verhältniszahlen die Veränderung der in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung festgestellten psychischen Morbidität über die Zeit sein sollte.

- **Keine Einführung neuer Begrifflichkeiten**

Darüber hinaus regt die BPTK an, bei der redaktionellen Überarbeitung der Richtlinie auf die Einführung neuer, bislang unbestimmter Begriffe und Konzepte zu verzichten, die das Potenzial zu weiteren Missverständnissen und Fehlinterpretationen haben könnten. Dies



gilt insbesondere für die Änderungen in § 9 Absatz 3 BPL-RL und hierbei die Begriffe des Versorgungsniveaus und der regionalen Verteilung des Versorgungsangebots.

2. Modifikation der Basis-Verhältniszahlen nicht sachgemäß

Mit Beschluss vom 16. Mai 2019 hatte der G-BA Anpassungen zur Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen – mit weitreichenden Folgen für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Hierbei wurde nachträglich zum Stellungnahmeverfahren ein völlig neuer Modifikationsschritt eingeführt. Dabei werden die Verhältniszahlen in ihrer Ausgangsgröße, nunmehr als Basis-Verhältniszahlen bezeichnet, für alle Arztgruppen anhand eines sogenannten Morbiditätsfaktors an die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur über die Zeit angepasst. Ermittelt werden einmalig zum Zeitpunkt 2010 die Anteile von acht Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung. Vor dem Hintergrund des in bestimmten Zeitabständen ermittelten relativen Leistungsbedarfs der acht Bevölkerungsgruppen wird dann auf Basis der Entwicklung des Anteils der acht Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung ein Anpassungsfaktor ermittelt, mit dem die neuen Basis-Verhältniszahlen arztgruppen- und kreistypbezogen modifiziert werden. Entsprechend der Zu- und Abnahme der Bevölkerungsgruppen und ihres relativen Leistungsbedarfs in einer Arztgruppe erfolgt dann eine Modifikation der Basis-Verhältniszahlen zu den allgemeinen Verhältniszahlen nach § 9 Absätze 4 bis 7 BPL-RL.

Dieser Modifikationsschritt ist aus Sicht der BpTK in keiner Weise geeignet, um die über die Zeit tatsächlich steigenden Leistungsbedarfe aufgrund der Morbiditätsentwicklung abzubilden. Selbst wenn der absolute (psychotherapeutische) Leistungsbedarf in allen Bevölkerungsgruppen kontinuierlich ansteigt, führt der vom G-BA beschlossene Modifikationsschritt dazu, dass aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland mit der zunehmend älter werdenden Gesellschaft in der Bedarfsplanung ein sinkender psychotherapeutischer Versorgungsbedarf angenommen würde. Dieser negative Trend ließe sich unter diesen Vorgaben erst dann aufhalten, wenn sich in der wachsenden Altersgruppe der über 75-Jährigen in den Abrechnungsdaten ein, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, überdurchschnittlicher psychotherapeutischer Leistungsbedarf manifestieren würde. Dies macht deutlich, dass dieser nachträglich eingefügte Modifikationsschritt gerade keine morbiditätsorientierte Anpassung der Verhältniszahlen darstellt, bei der ein real wachsender Versorgungsbedarf aufgrund zunehmender Morbidität der Bevölkerung abgebildet wird. Vielmehr handelt es sich nur um eine mathematisch komplex ausgestaltete Anwendung eines Demografiefaktors, der lediglich betrachtet, welche Alters- und Geschlechtsgruppen zunehmen und wie sich der relative Leistungsbedarf in diesen Alters- und Geschlechtsgruppen im Vergleich zu den anderen Gruppen darstellt. Insbesondere

Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderung der Regelungen zum Morbiditätsfaktor
Stellungnahme der BPTK



für Arztgruppen, deren Patient*innen sich zu großen Teilen durch ein jüngeres Ersterkrankungsalter und damit einhergehend durch einen besonders hohen Leistungsbedarf in den jüngeren Lebensjahrzehnten auszeichnet, ist dieser vermeintliche Morbiditätsfaktor gänzlich ungeeignet, den wachsenden Versorgungsbedarf bei steigender Morbidität in der Bevölkerung abzubilden. Neben den Psychotherapeut*innen trifft dies beispielsweise auch auf die Arztgruppe der Frauenärzte zu.

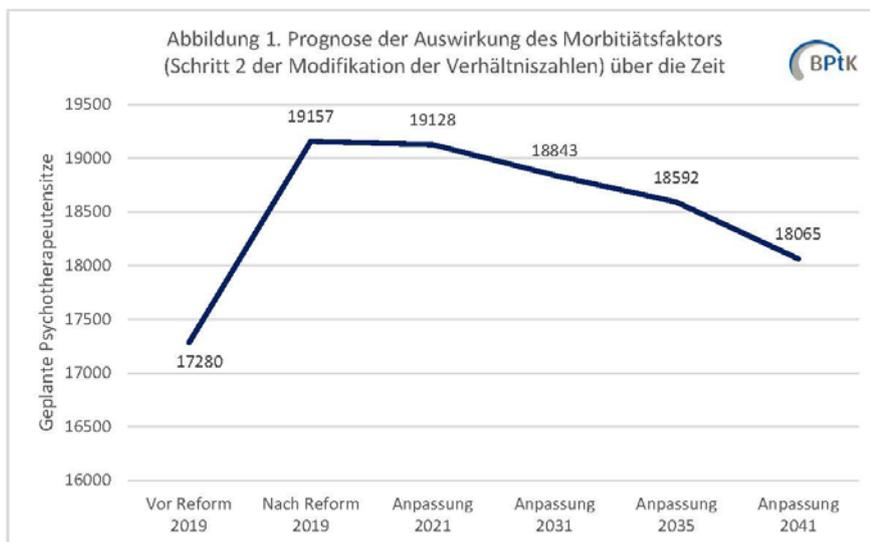
2.1 Konsequenzen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten

Durch den Beschluss des G-BA wird somit ein kontinuierlicher Abbau an geplanten Niederlassungsmöglichkeiten für die Arztgruppe der Psychotherapeuten festgeschrieben. Durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors reduzierte sich 2019 die Anzahl der geplanten Psychotherapeutensitze bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent um rund 560 Psychotherapeutensitze. Die nun vorgesehene Anpassung der Verhältniszahlen an die demografische Entwicklung, die zum 1. Juli 2021 wirksam wird, führt zu einer weiteren Reduktion um rund 30 geplante Sitze.¹

Eine Prognose der BPTK zur Auswirkung des Morbiditätsfaktors auf die Anzahl geplanter Psychotherapeutensitze innerhalb der nächsten 20 Jahre anhand von Daten des Statistischen Bundesamts zur Entwicklung von Alters- und Geschlechtsverteilungen innerhalb der Bevölkerung ist in Abbildung 1 dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass in den kommenden 20 Jahren durch die zu erwartende kontinuierliche Zunahme des Anteils der über 75-Jährigen an der Gesamtbevölkerung die Anzahl geplanter Psychotherapeutensitze durch den Modifikationsschritt voraussichtlich um rund 1.600 Sitze sinken wird.

¹ Bei den Berechnungen (auch denen in Abbildung 1) sind die Auswirkungen des zweiten Modifikationsschritts der Verhältniszahlen, d. h. die Anwendung des regionalen Morbiditätsfaktors, nicht berücksichtigt.

Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderung der Regelungen zum Morbiditätsfaktor
Stellungnahme der BPTk



Quelle: Berechnungen der BPTk, 2019.

Dargestellt sind Prognosen zur Auswirkung der Anwendung des Morbiditätsfaktors auf die Anzahl geplanter Psychotherapeutenplätze anhand von Daten des Statistischen Bundesamts zur Entwicklung von Alters- und Geschlechtsverteilungen innerhalb der Bevölkerung. Legt man stattdessen eine der realistischeren Schätzungen des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsentwicklung zugrunde, die von einer abnehmenden Bevölkerung bei schwacher Zuwanderung ausgeht, würde die Anzahl der geplanten Psychotherapeutenplätze über die Zeit sogar deutlich schneller abnehmen.

2.2 Möglichkeiten einer sachgerechten Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung

Die Anwendung des Morbiditätsfaktors auf die Basis-Verhältniszahlen stellt – wie unter Punkt 2.1 dargelegt – einen unsachgemäßen Einbezug der Sozial- und Morbiditätsstruktur zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs für die Arztgruppe der Psychotherapeuten dar. Der Morbiditätsfaktor ist damit in der aktuellen Form ungeeignet. Wenn eine echte Morbiditätsentwicklung über die Zeit in der Bedarfsplanung systematisch berücksichtigt werden soll, bedarf es einer deutlichen Modifikation der geplanten Berechnungen. Denkbar wäre beispielsweise für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, die Entwicklung des Leistungsbedarfs nicht über die Entwicklung der Anteile der Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung und deren durchschnittlichem Leistungsbedarf bei einer Arztgruppe zu bestimmen, sondern auf Basis der Veränderung der in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung festgestellten psychischen Morbidität. Hierfür könnten die über alle Arztgruppen hinweg gestellten gesicherten Diagnosen herangezogen werden, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung



darstellen. Dieses Vorgehen ist im Unterschied zu vielen anderen Arztgruppen für die Psychotherapeut*innen möglich, da sich hier das Leistungsspektrum auf ein hinreichend eindeutig definiertes Spektrum von Krankheiten und Diagnosen beziehen lässt. Eine methodisch geeignete Umsetzung wäre dabei unter Rückgriff auf die Systematik der Krankheiten und unter Anwendung des sogenannten M2Q-Kriteriums analog des Verfahrens beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich möglich.

3. Keine Einführung neuer Begrifflichkeiten durch redaktionelle Anpassungen

In § 9 werden unter anderem die Schritte der Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erläutert. Laut Tragenden Gründen soll dadurch die Nachvollziehbarkeit der Schritte verbessert und die Anwendbarkeit des Morbiditätsfaktors vor Ort erleichtert werden. Dabei sollen auch die verwendeten Termini und Abkürzungen in einer einheitlichen Systematik neu strukturiert werden. Dieses Anliegen ist grundsätzlich zu begrüßen. Aus Sicht der BPTK ist es allerdings nicht zielführend, neue, bislang unbestimmte Begriffe und Konzepte einzuführen, die im Kern das Potenzial zu weiteren Missverständnissen und Fehlinterpretationen haben. Dies gilt insbesondere für die Änderungen in § 9 Absatz 3 und hierbei die Begriffe des Versorgungsniveaus und der regionalen Verteilung des Versorgungsangebots. Aus Sicht der BPTK ist es hier zielführender, bei den bestehenden Begrifflichkeiten der Basis-Verhältniszahlen und Allgemeinen Verhältniszahlen zu bleiben und diese nicht um die Konzepte des Versorgungsniveaus und der regionalen Verteilung des Versorgungsangebotes zu erweitern.

Die BPTK schlägt daher vor, § 9 Absatz 3 BPL-RL wie folgt zu fassen:

„Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten.

1. Allgemeine Verhältniszahlen

Im ersten Schritt erfolgt eine Anpassung ~~des Versorgungsniveaus der Basis-~~**Verhältniszahlen** auf Grundlage der allgemeinen demografischen Bevölkerungsentwicklung. Die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 erfolgt nach den Absätzen 4 bis 7.

2. Regionale Verhältniszahlen

In einem zweiten Schritt erfolgt ~~eine regionale Verteilung des Versorgungsangebots,~~ **ausgehend von den Allgemeinen Verhältniszahlen, die Ermittlung der Regionalen Verhältniszahlen** auf Grundlage der lokalen Morbiditätsstruktur. Die Ermittlung der Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4 erfolgt nach den Absätzen 8 bis 11.“

4.2.2 Verzicht auf Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Frau Stefanie Jonuscheit
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Berlin, 27.04.2021

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

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL): Anpassung der Regelungen zum Morbiditäts-
faktor**

Ihr Schreiben vom 30.03.2021

Sehr geehrte Frau Jonuscheit,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 30.03.2021, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „Anpassung der
Regelungen zum Morbiditätsfaktor“ (BPL-RL) gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH
Leiter Dezernat 3

4.2.3 Verzicht auf Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)

Von: [REDACTED]
Betreff: [bedarfsplanung](#)
WG: Bedarfsplanungs-Richtlinie: Anpassung der Regelungen zum Morbiditätsfaktor sowie Änderung in § 22 Absatz 6-7
Datum: Sonntag, 2. Mai 2021 13:04:21

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Damen und Herren,

da die E-Mail vom 27.04.21 zunächst aufgrund einer fehlerhaften E-Mail-Adresse nicht versendet werden konnte, hier noch einmal unser Schreiben.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

[REDACTED]

[REDACTED]

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
13-315/072#1189 und 13-315/072#1190

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Da hinsichtlich der Änderungen kein datenschutzrechtlicher Bezug erkennbar ist, gebe ich zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Anpassung der Regelungen zum Morbiditätsfaktor sowie der Änderung in § 22 Absatz 6-7 keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

[REDACTED]

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Referat 13 - Sozial- und Gesundheitswesen
Friedrichstraße 50
10117 Berlin

E-Mail Referat: Referat13@bfdi.bund.de
Telefon: +49 (0)30 18 7799-1308
Internetadresse: www.bfdi.de

Datenschutzrechtliche Erklärung des BfDI für den E-Mail-Verkehr und die Erfüllung seiner öffentlichen Aufgaben insgesamt: (nachstehender Link führt auf den Internetauftritt des BfDI unter www.bfdi.bund.de)

4.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

4.3.1 Allgemeine Positionierung und Hinweise

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
BPtK	1	<p>Modifikation der Basis-Verhältniszahlen nicht sachgemäß</p> <p>Die Anwendung des Morbiditätsfaktors auf die Basis-Verhältniszahlen stellt – wie unter Punkt 2.1 (<i>Anm. d. GS: siehe Begründung</i>) dargelegt – einen unsachgemäßen Einbezug der Sozial- und Morbiditätsstruktur zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs für die Arztgruppe der Psychotherapeuten dar. Der Morbiditätsfaktor ist damit in der aktuellen Form ungeeignet. Wenn eine echte Morbiditätsentwicklung über die Zeit in der Bedarfsplanung systematisch berücksichtigt werden soll, bedarf es einer deutlichen Modifikation der geplanten Berechnungen. Denkbar wäre beispielsweise für die Arztgruppe</p>	<p>Mit Beschluss vom 16. Mai 2019 hatte der G-BA Anpassungen zur Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen – mit weitreichenden Folgen für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Hierbei wurde nachträglich zum Stellungnahmeverfahren ein völlig neuer Modifikationsschritt eingeführt. Dabei werden die Verhältniszahlen in ihrer Ausgangs-größe, nunmehr als Basis-Verhältniszahlen bezeichnet, für alle Arztgruppen anhand eines sogenannten Morbiditätsfaktors an die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur über die Zeit angepasst. Ermittelt werden einmalig zum Zeitpunkt 2010 die Anteile von acht Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung. Vor dem Hintergrund des in bestimmten Zeitabständen ermittelten relativen Leistungsbedarfs der acht Bevölkerungsgruppen wird dann auf Basis der Entwicklung des Anteils der acht Alters- und Geschlechts-gruppen an der</p>	<p>In die Beratungsprozesse des G-BA fließen auch Ergebnisse aus Stellungnahmeverfahren ein. Der G-BA ist Empfehlungen aus den Stellungnahmen zum Beschluss zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung-Richtlinie vom 16.05.2019 gefolgt und hat die Methodik des Morbiditätsfaktors angepasst. Die Stellungnehmenden sprachen sich einstimmig dafür aus, dass Veränderungen der Morbiditätsstruktur im Zeitverlauf, wie bereits im Demografiefaktor, auch im</p>	Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>der Psychotherapeuten, die Entwicklung des Leistungsbedarfs nicht über die Entwicklung der Anteile der Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung und deren durchschnittlichem Leistungsbedarf bei einer Arzt-gruppe zu bestimmen, sondern auf Basis der Veränderung der in der gesamten vertrags-ärztlichen Versorgung festgestellten psychischen Morbidität. Hierfür könnten die über alle Arztgruppen hinweg gestellten gesicherten Diagnosen herangezogen werden, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung darstellen. Dieses Vorgehen ist im Unterschied zu vielen anderen Arztgruppen für die Psychotherapeut*innen möglich, da sich hier das Leistungsspektrum auf ein hinreichend eindeutig definiertes Spektrum von Krankheiten und Diagnosen beziehen lässt. Eine methodisch geeignete Umsetzung wäre dabei unter Rückgriff auf die Systematik der Krankheiten und unter Anwendung des sogenannten M2Q-Kriteriums analog</p>	<p>Gesamtbevölkerung ein Anpassungsfaktor ermittelt, mit dem die neuen Basis-Verhältniszahlen arztgruppen- und kreistypbezogen modifiziert werden. Entsprechend der Zu- und Abnahme der Bevölkerungsgruppen und ihres relativen Leistungsbedarfs in einer Arztgruppe erfolgt dann eine Modifikation der Basis-Verhältniszahlen zu den allgemeinen Verhältniszahlen nach § 9 Absätze 4 bis 7 BPL-RL.</p> <p>Dieser Modifikationsschritt ist aus Sicht der BpTK in keiner Weise geeignet, um die über die Zeit tatsächlich steigenden Leistungsbedarfe aufgrund der Morbiditätsentwicklung abzubilden. Selbst wenn der absolute (psychotherapeutische) Leistungsbedarf in allen Bevölkerungsgruppen kontinuierlich ansteigt, führt der vom G-BA beschlossene Modifikationsschritt dazu, dass aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland mit der zunehmend älter werdenden Gesellschaft in der Bedarfsplanung ein sinkender psychotherapeutischer Versorgungsbedarf angenommen würde. Dieser negative Trend ließe sich unter diesen Vorgaben erst dann aufhalten, wenn sich in der wachsenden Altersgruppe der über 75-Jährigen in den Abrechnungsdaten ein, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, überdurchschnittlicher psychotherapeutischer Leistungsbedarf manifestieren würde. Dies macht deutlich, dass</p>	<p>Morbiditätsfaktor Anwendung finden sollten. Dies ist allerdings nicht ohne weiteres möglich: Mit dem Abstellen auf die ambulanten Abrechnungsdaten wird zwar eine sachgerechte Annäherung hinsichtlich der Messung der ambulant versorgten Krankheitslast der Bevölkerung erzielt, jedoch 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 Veränderungen im Vergütungssystem wie eine EBM-Reform zurückzuführen sind. Aus diesem Grunde</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		des Verfahrens beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich möglich.	dieser nachträglich eingefügte Modifikationsschritt gerade keine morbiditätsorientierte Anpassung der Verhältniszahlen darstellt, bei der ein real wachsender Versorgungsbedarf aufgrund zunehmender Morbidität der Bevölkerung abgebildet wird. Vielmehr handelt es sich nur um eine mathematisch komplex ausgestaltete Anwendung eines Demografiefaktors, der lediglich betrachtet, welche Alters- und Geschlechtsgruppen zunehmen und wie sich der relative Leistungsbedarf in diesen Alters- und Geschlechtsgruppen im Vergleich zu den anderen Gruppen darstellt. Insbesondere für Arztgruppen, deren Patient*innen sich zu großen Teilen durch ein jüngeres Ersterkrankungsalter und damit einhergehend durch einen besonders hohen Leistungsbedarf in den jüngeren Lebensjahrzehnten auszeichnet, ist dieser vermeintliche Morbiditätsfaktor gänzlich ungeeignet, den wachsenden Versorgungsbedarf bei steigender Morbidität in der Bevölkerung abzubilden. Neben den Psychotherapeut*innen trifft dies beispielsweise auch auf die Arztgruppe der Frauenärzte zu.	wurde eine Zweistufigkeit des Morbiditätsfaktors eingeführt. Lediglich im zweiten Schritt werden die ambulanten Abrechnungsdaten herangezogen, um die gegenüber dem Bundesdurchschnitt bestehenden regionalen Unterschiede in der Morbiditätsstruktur zu bestimmen, wobei nur das (vergleichsweise homogenere) Kodierverhalten eines Jahres einfließt. Die Würdigung der Stellungnahmen wurde als Anlage zu den Tragenden Gründen des G-BA Beschlusses veröffentlicht: Weiterentwicklung_TrG_Anlage.pdf">https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5762/2019-05-16_BPL-RL>Weiterentwicklung_TrG_Anlage.pdf	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
				<p>Die Anpassung der Verhältniszahlen aufgrund der demografischen Entwicklung der bundesweiten Bevölkerung (1. Schritt) erfolgt dabei anhand eines erweiterten Demografiefaktors. Neben einer Diversifizierung der Altersgruppen kommt nunmehr auch das Geschlecht zum Tragen. Durch den demografiebedingten Zuwachs von Alters- und Geschlechtsgruppen mit einem relativ höheren Leistungsbedarf werden mehr Ärzte dieser Arztgruppe insgesamt benötigt. Hingegen werden bei einem Anstieg des Versorgungsbedarfs der jüngeren Altersgruppen relativ im Vergleich zu den älteren Altersgruppen bei steigendem Anteil der älteren Bevölkerung insgesamt weniger Ärzte benötigt.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				<p>Der G-BA orientiert sich bei der Ermittlung der jeweiligen angestrebten Versorgungskapazitäten der verschiedenen Alters- und Geschlechtsgruppen am aktuellen Versorgungsgeschehen, das regelmäßig aktualisiert wird. Insofern bilden die Leistungsbedarfsfaktoren den aktuellen Stand der Versorgung ab. Sie werden regelmäßig angepasst, sodass sich Verschiebungen der Behandlungsschwerpunkte bei der Versorgung der jeweiligen Alters- und Geschlechtspopulationen unmittelbar abbilden lassen. Ungeachtet dessen kommt es durch den 2. Schritt des Morbiditätsfaktors bereits heute in Planungsbereichen mit einer überdurchschnittlich morbiden Bevölkerung zu</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>Konsequenzen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten</p> <p>Durch den Beschluss des G-BA wird somit ein kontinuierlicher Abbau an geplanten Niederlassungsmöglichkeiten für die Arztgruppe der Psychotherapeuten festgeschrieben. Durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors reduzierte sich 2019 die Anzahl der geplanten Psychotherapeutensitze bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent um rund 560 Psychotherapeutensitze. Die nun vorgesehene Anpassung der Verhältniszahlen an die demografische Entwicklung, die zum 1. Juli 2021</p>	<p>einem Anstieg der Anzahl benötigter Psychotherapeuten.</p> <p>Eine Anpassung der Versorgungskapazitäten aufgrund der zeitlichen Entwicklung von Diagnosen aus ambulanten Abrechnungsdaten scheidet aus den oben genannten Gründen aus. Zeitliche Veränderungen in der Inanspruchnahme werden durch unterschiedliche Aspekte beeinflusst, die nicht (nur) auf die Morbidität zurückzuführen sind.</p> <p>Berechnungen der KBV zufolge reduziert sich durch die Aktualisierung der Allgemeinen Verhältniszahlen (1. Schritt des Morbiditätsfaktors) im Jahr 2021 (Grundlage Bevölkerungszahlen destatis</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>wirksam wird, führt zu einer weiteren Reduktion um rund 30 geplante Sitze.¹</p> <p>Eine Prognose der BPtK zur Auswirkung des Morbiditätsfaktors auf die Anzahl geplanter Psychotherapeutenplätze innerhalb der nächsten 20 Jahre anhand von Daten des Statistischen Bundesamts zur Entwicklung von Alters- und Geschlechtsverteilungen innerhalb der Bevölkerung ist in Abbildung 1 dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass in den kommenden 20 Jahren durch die zu erwartende kontinuierliche Zunahme des Anteils der über 75-Jährigen an der Gesamtbevölkerung die Anzahl geplanter Psychotherapeutenplätze durch den Modifikationsschritt voraussichtlich um rund 1.600 Sitze sinken wird.</p>	<p>2019) die Sollzahl der Psychotherapeuten um 9.</p>	



Quelle: Berechnungen der BPtK, 2019.
 Dargestellt sind Prognosen zur Auswirkung der Anwendung des Morbiditätsfaktors auf die Anzahl geplanter Psychotherapeutenplätze anhand von Daten des Statistischen Bundesamts zur Entwicklung von Alters- und Geschlechtsverteilungen innerhalb der Bevölkerung. Legt man stattdessen eine der realitätsnäheren Schätzungen des Statistischen Bundesamts zur Bevölkerungsentwicklung zugrunde, die von einer abnehmenden Bevölkerung bei schwacher Zuwanderung ausgeht, würde die Anzahl der geplanten Psychotherapeutenplätze über die Zeit sogar deutlich schneller abnehmen.

1 Bei den Berechnungen (auch denen in Abbildung 1) sind die Auswirkungen des zweiten Modifikationsschritts der Verhältniszahlen, d. h. die Anwendung des regionalen Morbiditätsfaktors, nicht berücksichtigt.

4.3.2 Zu § 9 Absatz 3

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
BPTK	2	<p>Keine Einführung neuer Begrifflichkeiten durch redaktionelle Anpassungen</p> <p>Die BPTK schlägt daher vor, § 9 Absatz 3 BPL-RL wie folgt zu fassen:</p> <p>„Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten.</p> <p>1. Allgemeine Verhältniszahlen Im ersten Schritt erfolgt eine Anpassung des Versorgungsniveaus der Basis-Verhältniszahlen auf Grundlage der allgemeinen demografischen Bevölkerungsentwicklung. Die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 erfolgt nach den Absätzen 4 bis 7.</p> <p>2. Regionale Verhältniszahlen In einem zweiten Schritt erfolgt eine regionale Verteilung des Versorgungsangebots, ausgehend von den Allgemeinen Verhältniszahlen, die Ermittlung der Regionalen Verhältniszahlen auf Grundlage der lokalen Morbiditätsstruktur. Die</p>	<p>In § 9 werden unter anderem die Schritte der Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erläutert. Laut Tragenden Gründen soll dadurch die Nachvollziehbarkeit der Schritte verbessert und die Anwendbarkeit des Morbiditätsfaktors vor Ort erleichtert werden. Dabei sollen auch die verwendeten Termini und Abkürzungen in einer einheitlichen Systematik neu strukturiert werden. Dieses Anliegen ist grundsätzlich zu begrüßen. Aus Sicht der BPTK ist es allerdings nicht zielführend, neue, bislang unbestimmte Begriffe und Konzepte einzuführen, die im Kern das Potenzial zu weiteren Missverständnissen und Fehlinterpretationen haben. Dies gilt insbesondere für die Änderungen in § 9 Absatz 3 und hierbei die Begriffe des Versorgungsniveaus und der regionalen Verteilung des Versorgungsangebots. Aus Sicht der BPTK ist es hier zielführender, bei den bestehenden Begrifflichkeiten der Basis-Verhältniszahlen und Allgemeinen Verhältniszahlen zu bleiben und diese nicht um die Konzepte des Versorgungsniveaus und der regionalen Verteilung des Versorgungsangebotes zu erweitern.</p>	<p>Der G-BA stimmt zu, dass keine neuen, bislang unbestimmten Begriffe und Konzepte allein aus Gründen der redaktionellen Überarbeitung eingeführt werden sollten. Aus diesem Grunde folgt der G-BA dem Vorschlag der BPTK, bei den bestehenden Begrifflichkeiten der Basis-Verhältniszahlen und Allgemeinen Verhältniszahlen zu bleiben und diese nicht um die Konzepte des Versorgungsniveaus und der regionalen Verteilung des Versorgungsangebotes zu erweitern. Da die vorgeschlagene Formulierung inhaltlich der aktuellen Version der Bedarfsplanungs-Richtlinie gleicht, diese jedoch unnötig ausdehnt, sieht der G-BA von einer Anpassung des Absatzes 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie ab und geht zurück auf die</p>	<p>Ja, Rücknahme der Änderungen in § 9 Absatz 3 BPL-RL und Folgeänderungen in § 9 Absätze 4 und 8 BPL-RL: (3) Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten.</p> <p>1. Allgemeine Verhältniszahlen Im ersten Schritt erfolgt eine Anpassung des Versorgungsniveaus auf Grundlage der allgemeinen demografischen Bevölkerungsentwicklun</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		Ermittlung der Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4 erfolgt nach den Absätzen 8 bis 11.		ursprüngliche Formulierung der Richtlinie.	g. Die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 erfolgt nach den Absätzen 4 bis 7. 2. Regionale Verhältniszahlen In einem zweiten Schritt erfolgt eine regionale Verteilung des Versorgungsangebots, auf Grundlage der lokalen Morbiditätsstruktur. Die Ermittlung der Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4 erfolgt nach den Absätzen 8 bis 11.

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlusstw urf
					<p>(4) ¹In einem ersten Schritt Im Sinne von Absatz 3 Nummer 1 werden die Basis-Verhältniszahlen aufgrund der bundesweiten Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur im Zeitverlauf angepasst.</p> <p>[...]</p> <p>(8) ¹In einem zweiten Schritt löst ein Abweichen im Sinne von Absatz 3 Nummer 2 erfolgt aufgrund von Abweichungen</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
					der aktuellen regionalen Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt arztgruppen- und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 zu den Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4 aus.

4.4 Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

[Die Stellungnahmeberechtigten haben auf die Durchführung einer Anhörung verzichtet.]

4.5 Würdigung der Stellungnahmen

Aufgrund der schriftlich und mündliche vorgetragene Argumente zu den zur Stellungnahme gestellten Beschlussinhalten wird der Beschlussentwurf wie folgt geändert:

Rücknahme der Änderungen in § 9 Absatz 3 BPL-RL und Folgeänderungen in § 9 Absätze 4 und 8 BPL-RL (siehe Kapitel 4.3).

5. Beschlussfassung

5.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

20/08/2021 12:01 030184413788

BMG REFERAT 213

S. 01/01



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 20. August 2021
AZ 213 - 21432 - 09

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 15. Juli 2021
hier: **Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:**
Änderungen der Regelungen zum Morbiditätsfaktor

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 15. Juli 2021 über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Dr. Josephine Tautz

Ausgefertigt

Schöne

5.2 Beschluss

Veröffentlicht im Bundesanzeiger am 23. September 2021 (BAnz AT 23.09.2021 B1)