

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

# **BEDARFSPLAN**

**der Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg**

**über den Stand  
der vertragsärztlichen Versorgung  
zum 27. Oktober 2020**

# 1. Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ärzte-ZV)

## 1.1 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

Die Bedarfsplanung in Gestalt des Bedarfsplans dient einer mittel- und langfristigen Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch eine möglichst gleichmäßige Verteilung von Ärzten und Psychotherapeuten. Dies beinhaltet Feststellungen zum Ist- und Soll-Stand der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie der Berechnung des Bedarfs an Ärzten und Psychotherapeuten entsprechend den Berechnungsvorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg trifft dann auf dieser Grundlage Feststellungen zur Über- und Unterversorgung an ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung.

Unterversorgung liegt vor, wenn Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeutenplätze, die im Bedarfsplan vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen für Versicherte eintritt, welche auch durch ermächtigte Ärzte, Psychotherapeuten oder ärztlich geleitete Einrichtungen nicht behoben werden kann.

Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den oben genannten Kriterien führen würde.

Das Vorliegen einer (drohenden) Unterversorgung ist gemäß § 30 der Bedarfsplanungs-Richtlinie innerhalb einer angemessenen Frist von höchstens drei Monaten zu prüfen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 vom Hundert und der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 vom Hundert unterschreitet.

Übersversorgung liegt dann vor, wenn der tatsächliche Versorgungsgrad den auf der Grundlage der Bedarfsplanung festgelegten Versorgungsgrad der jeweiligen Facharztgruppe innerhalb der vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Versorgung um zehn vom Hundert überschreitet.

Bei einer Überschreitung von mindestens 40 vom Hundert hat der Landesausschuss diese Überschreitung ebenfalls festzustellen. Diese Feststellungen sind in den Planungsunterlagen in Teil 3 ersichtlich.

Ausweislich der Planungsunterlagen in Teil 3 ist die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ausreichend und flächendeckend sichergestellt. Für keinen Planungsbereich wurde bisher (drohende) Unterversorgung festgestellt. Regelmäßig werden die Versorgungsgrade seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg einer summarischen Prüfung unterzogen, sobald rechnerisch eine Abweichung nach unten vom bedarfsgerechten Versorgungsgrad von 25 bzw. 50 vom Hundert vorliegt. Die Ergebnisse werden dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg vorgelegt.

Sollten sich dennoch Anhaltspunkte für eine (drohende) Unterversorgung ergeben, findet das in §§ 30ff Bedarfsplanungsrichtlinie vorgesehene Verfahren Anwendung.

## 1.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung

Grundsätzlich ist die Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung nach dem SGB V vollständig getrennt von der Bedarfsplanung im Bereich der stationären Krankenhausversorgung.

Maßgeblich für die stationäre Krankenhausversorgung ist der aktuell gültige, vom Land aufgestellte Krankenhausplan. Die Versorgungssituation im stationären Bereich wird in der beigefügten Karte dargestellt.

Darüber hinaus wird die ambulante vertragsärztliche Versorgung sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht in erheblichem Umfang durch ermächtigte Krankenhausärzte, Institutsambulanzen und weitere ermächtigte Einrichtungen ergänzt. Für diese findet unter den Voraussetzungen des § 22 der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine Anrechnung bei der Ermittlung des Ist und Soll des Bedarfs an vertragsärztlicher Versorgung statt (vgl. auch 2.2).

## 1.3 Demografie und Soziodemografische Faktoren

Die Demografie und soziodemografische Faktoren wurden für die Bedarfsplanung in Baden-Württemberg bisher mit dem durch die Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgegebenen Demografiefaktor berücksichtigt.

Aufgrund der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 30. Juni 2019 müssen gemäß § 9 der Bedarfsplanungs-Richtlinie die allgemeinen Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor angepasst werden, um eine Regionale Verhältniszahl zu ermitteln.

Im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung wurde für Baden-Württemberg eine Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen (s. hierzu 2.3.2).

## 1.4 Geografische Besonderheiten

Baden-Württemberg verfügt über unterschiedlichste geographische und infrastrukturelle Gegebenheiten.

Die Neuausrichtung der Bedarfsplanung anhand der zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie führt insbesondere im hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Bereich in geografischer Hinsicht bereits zu einer kleinräumigeren Betrachtungsweise.

Für die Mittelbereiche im Ostalbkreis wurden zum 15. Februar 2017 dennoch i.S.d. § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie i.V.m. § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V geografische Anpassungen der Mittelbereiche in der hausärztlichen Versorgung vorgenommen, so dass nun fünf statt drei Mittelbereiche ausgewiesen werden (s. hierzu 2.3.1).

Die Auswirkungen der Reform der Bedarfsplanung zum 30. Juni 2019 sind zunächst weiter zu beobachten. Gegebenenfalls kann bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf oder einem lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf auf Ebene der Zulassungsausschüsse gem. §§ 35, 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie oder auf Basis des § 103 Absatz 2 Satz 4 SGB V reagiert werden. Soweit sich eine mangelhafte Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung, z.B. durch eine gravierende Veränderung in der Arztansiedlung abzeichnet, die nicht durch oben genannte

Maßnahmen behoben werden kann, erfolgt eine entsprechende Überprüfung auf weitere Abweichungsnotwendigkeiten im Bedarfsplan.

Hinsichtlich der Bevölkerungsdichte und -struktur sowie der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen in Baden-Württemberg werden Besonderheiten, welche sich z.B. auf die Erreichbarkeit oder Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung auswirken, unter anderem im Rahmen regionaler Besonderheiten gemäß § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Einzelfall berücksichtigt. Eine grundsätzliche Abweichung von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie aus diesem Grund ist allerdings derzeit nicht notwendig.

### 1.5 Ziele der Bedarfsplanung

Gemäß § 99 SGB V hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufgestellt.

Ziel der nun kleinräumigeren Bedarfsplanung ist es, eine auch weiterhin ausreichende und flächendeckende vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung für die Versicherten in Baden-Württemberg sicherzustellen. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen werden im Rahmen ihrer Zuständigkeiten innerhalb der Bedarfsplanung weiterhin geeignete Maßnahmen und Aktivitäten zur Stabilisierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung und Nachbesetzung von Arzt-/Psychotherapeutenpraxen, insbesondere im ländlichen Raum, fortführen.

### 1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung

#### 1.6.1 Einwohner mit einer anerkannten Behinderung/Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit oder einem Alter von über 75 Jahren

Nach offiziellen Angaben des Statistischen Landesamtes für Baden-Württemberg gab es zum Stand 31. Dezember 2019 in Baden-Württemberg insgesamt 955.455 schwerbehinderte Menschen. Dies entspricht einem Anteil von insgesamt 86 Schwerbehinderten je 1.000 Einwohner.

541.007 schwerbehinderte Menschen hiervon waren insgesamt 65 Jahre und älter. Dies entspricht einem Anteil von 242 Schwerbehinderten je 1.000 Einwohner.

(Quelle: <https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/BehindPflegebeduerft/Schwerbeh-Struktur.jsp>)

Pflegebedürftig sind nach Angaben des Statistischen Landesamtes für Baden-Württemberg zum Stand 2017 398.612 Menschen in Baden-Württemberg. 2015 waren es 328.297. 2013 waren es noch 298.769.

(Quelle: [https://www.statistik-bw.de/SozSicherheit/Pflege/Pflege\\_14.jsp?path=/Gesundheit/BehindPflegebeduerft/](https://www.statistik-bw.de/SozSicherheit/Pflege/Pflege_14.jsp?path=/Gesundheit/BehindPflegebeduerft/); <https://www.statistik-bw.de/SozSicherheit/Pflege/PG-Eckdaten.jsp?path=/Gesundheit/BehindPflegebeduerft/>)

### 1.6.2 Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur ärztlichen Versorgung

Die vollumfängliche barrierefreie Ausstattung einer Praxis ist unter anderem finanziell mit einigem Aufwand verbunden. Dennoch zeigt die Entwicklung in Baden-Württemberg, dass die Praxislandschaft sich auf diese Veränderung einstellt und die Sensibilität für dieses Thema steigt.

Aufgrund einer zur besseren Erfassung der barrierefreien Praxen geänderten Datensystematik ist eine Angabe zur prozentualen Entwicklung derzeit schwierig. Selbstverständlich wird diese Entwicklung aber beobachtet und in den Bedarfsplan integriert, sobald ein aussagekräftiges Entwicklungsgeschehen dargestellt werden kann.

Auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg können jedoch bereits jetzt tagesaktuell die Praxen abgefragt werden, welche ein Merkmal zur Barrierefreiheit angegeben haben. Hierzu gehören unter anderem Angaben zu behindertengerechten Parkplätzen, rollstuhlgerechtem Zugang, behindertengerechter Toilette und weiteres.

(Abfragemöglichkeit: <https://www.arztsuche-bw.de>)

Zusätzlich zu oben genannter Abfrage besteht die Möglichkeit, die unter <https://www.kvbawue.de/buerger/patiententelefon-medcall/> angegebene Servicenummer anzurufen und spezielle Merkmale verschiedener Praxen telefonisch zu erfragen.

Weiterhin besteht für Menschen mit Behinderung die Möglichkeit, auf eine ärztliche Beratung per Telemedizin zurückzugreifen, welche von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg organisiert wird und sich in Baden-Württemberg bereits etabliert hat (<https://www.docdirekt.de>).

### 1.6.3 Maßnahmen für die Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen und Beratungsangebote für Ärztinnen und Ärzte

Zur weiteren Ausweitung und Verbesserung des barrierefreien Zugangs zu Arztpraxen stehen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg diverse individuelle Beratungsangebote zur Verfügung, etwa im Rahmen der Beratung zum Qualitätsmanagement.

Zusätzlich ist auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Beratungsmaterial zu finden, welches teils auch in der Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg Berücksichtigung findet. (<https://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>)

### 1.6.4 Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung

Ein grundlegendes Ziel der Bedarfsplanung für Baden-Württemberg ist die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung. Daher liegt zusätzlich zu oben genannten Gesichtspunkten ein besonderes Augenmerk auf der Berücksichtigung von Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftigen, wenn es um Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie geht. Hierzu werden z.B. die entsprechenden Landesorganisationen frühzeitig in die Verfahren einbezogen und die Stellungnahmen im Verfahren berücksichtigt.

## **2. Bedarfsplanung**

### 2.1 Verfahren

Die nach den maßgeblichen Rechtsvorschriften zu beteiligenden Institutionen, insbesondere der Gemeindetag Baden-Württemberg, der Landkreistag Baden-Württemberg und der Städtetag Baden-Württemberg wurden über die anstehende Erstellung des Bedarfsplans durch Übersendung eines Entwurfes des Bedarfsplans unterrichtet und haben die Möglichkeit zur Stellungnahme erhalten. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft und die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten erhielten ebenfalls die Gelegenheit, sich nach deren Unterrichtung zur anstehenden Erstellung des Bedarfsplans zu äußern. Der zuständigen obersten Landesbehörde wurde ebenfalls Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

### 2.2 Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung

Der Bedarfsplanung für Baden-Württemberg wurden die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu Grunde gelegt.

Die ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten sowie ermächtigte Einrichtungen werden entsprechend § 22 der Bedarfsplanungs-Richtlinie insoweit berücksichtigt als dass deren Anrechnung nicht zu einer Überversorgung führt bzw. nicht in einem bereits überversorgten Gebiet angewandt wird (vgl. § 103 Absatz 1 Satz 1 SGB V).

Das Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist es, eine möglichst barrierefreie ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in allen Arztgruppen in Baden-Württemberg anbieten zu können. Durch die zum jetzigen Zeitpunkt geltende Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie und die oben bereits dargestellten Angebote wird diesem Ziel, auch im Hinblick auf eine gute Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranken in ausreichendem Maße Rechnung getragen.

Auch innerhalb der Beratung der niederlassungswilligen Ärzte wirkt die KVBW darauf hin, dass diese bei der Wahl ihres Vertragsarztsitzes auf die sich aus den Bedarfsplänen ergebenden Versorgungsbedürfnisse Rücksicht nehmen.

### 2.3 Systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie

#### 2.3.1 Planungsbereiche

Für die Mittelbereiche im Ostalbkreis wurden zum 15. Februar 2017 i.S.d. § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie i.V.m. § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V geografische Anpassungen der Mittelbereiche in der hausärztlichen Versorgung vorgenommen, so dass nun fünf statt drei Mittelbereiche ausgewiesen werden.

Unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses von Baden-Württemberg und der Stellungnahme des Landkreises

Ostalbkreis zu einer Neuaufteilung der Planungsbereiche in der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Ostalbkreis erscheint die regionale Abänderung der Mittelbereiche im Ostalbkreis von bislang drei auf fünf Mittelbereiche notwendig und geeignet, um eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Die regionale Neuaufteilung des Landkreises Ostalbkreis in der hausärztlichen Versorgung in fünf Mittelbereiche orientiert sich an den Vorgaben des § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie und begründet die Erwartung, dass sich damit eine bedarfsgerechte Versorgung erreichen lässt.

Die Festlegung der fünf Mittelbereiche Ostalb 1 Aalen, Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd, Ostalb 3 Schwäbischer Wald, Ostalb 4 Ellwangen und Ostalb 5 Härtsfeld erfolgt mit folgenden Zuordnungen der Gemeinden:

| <b>Gemeinde</b>      | <b>Mittelbereich</b>       |
|----------------------|----------------------------|
| Aalen                | Ostalb 1 Aalen             |
| Abtsgmünd            | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Adelmannsfelden      | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Bartholomä           | Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd  |
| Böbingen an der Rems | Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd  |
| Bopfingen            | Ostalb 5 Härtsfeld         |
| Durlangen            | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Ellenberg            | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Ellwangen (Jagst)    | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Eschach              | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Essingen             | Ostalb 1 Aalen             |
| Göggingen            | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Gschwend             | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Heubach              | Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd  |
| Heuchlingen          | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Hüttlingen           | Ostalb 1 Aalen             |
| Iggingen             | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Jagstzell            | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Kirchheim am Ries    | Ostalb 5 Härtsfeld         |

|                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| Lauchheim        | Ostalb 5 Härtsfeld         |
| Leinzell         | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Lorch            | Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd  |
| Mögglingen       | Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd  |
| Mutlangen        | Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd  |
| Neresheim        | Ostalb 5 Härtsfeld         |
| Neuler           | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Obergröningen    | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Oberkochen       | Ostalb 1 Aalen             |
| Rainau           | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Riesbürg         | Ostalb 5 Härtsfeld         |
| Rosenberg        | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Ruppertshofen    | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Schechingen      | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Schwäbisch Gmünd | Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd  |
| Spraitbach       | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Stöttlen         | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Täferrot         | Ostalb 3 Schwäbischer Wald |
| Tannhausen       | Ostalb 4 Ellwangen         |
| Unterschneidheim | Ostalb 5 Härtsfeld         |
| Waldstetten      | Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd  |
| Westhausen       | Ostalb 5 Härtsfeld         |
| Wört             | Ostalb 4 Ellwangen         |



Datengrundlage: KVBW / Kartengrundlage. © WiGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven



Insoweit haben sich die für eine Anpassung des Bedarfsplans zu beteiligenden Institutionen im Rahmen einer Sitzung des Sektorenübergreifenden Landesausschusses für die Abänderung der Mittelbereichsgrenzen ausgesprochen und hatten die Möglichkeit zur Stellungnahme. Darüber hinaus wurden im Rahmen dieser Sitzung des Sektorenübergreifenden Landesausschusses die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft und die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten hinzugezogen und hatten die Gelegenheit, ihre Stellungnahmen mündlich zu erörtern.

### 2.3.2 Morbiditätsfaktor innerhalb der hausärztlichen Versorgung

Aufgrund der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie, welche zum 30. Juni 2019 in Kraft getreten ist, müssen gemäß § 9 die allgemeinen Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor angepasst werden, um eine Regionale Verhältniszahl zu ermitteln. Im Hinblick auf die **hausärztliche Versorgung** gilt es in Baden-Württemberg, die Besonderheit der hausarztzentrierten Versorgung zu berücksichtigen, welche sich nicht durch den Morbiditätsfaktor, wie er vorgegeben wird, abbildet. Demnach würden durch die Anpassung der Verhältniszahl durch den Morbiditätsfaktor eine wesentliche Anzahl an Niederlassungsmöglichkeiten bei Hausärzten wegfallen. Dies ist zum Einen nicht der Wille des Gesetzgebers, welcher dem Grunde nach mehr Niederlassungsmöglichkeiten schaffen wollte. Zum Anderen bildet der Morbiditätsfaktor in Baden-Württemberg ohne Hinzuziehung der wesentlichen Anzahl an eingeschriebenen Patienten im hausarztzentrierten Versorgungsprogramm (HZV) nicht die tatsächliche Morbidität und damit nicht den tatsächlichen Bedarf an ambulanter Behandlung für Baden-Württemberg ab.

Für Baden-Württemberg wird daher bei der hausärztlichen Versorgung gemäß § 9 Abs. 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie i. V. m. § 99 SGB V aufgrund regionaler Besonderheiten durch die HZV-Verträge vom Morbiditätsfaktor durch eine Modifizierung mit dem sogenannten HZV-Wert insofern von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen, als dass die Anzahl der eingeschriebenen HZV-Versicherten aufgrund vergleichbarer Morbidität innerhalb des Morbiditätsfaktors berücksichtigt werden.

Diese Maßnahme erscheint als notwendig und geeignet, um eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung zu ermöglichen.

Weitere als die oben dargestellten Gründe für Abweichungen nach § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für Baden-Württemberg sind derzeit noch nicht erkennbar. Weitere Anpassungen sind insoweit gegenwärtig nicht vorzunehmen. Sollten sich neue Erkenntnisse ergeben, die eine Berücksichtigung von regionalen Gegebenheiten erforderlich machen, werden diese bei der künftigen Bedarfsplanung berücksichtigt.

#### 2.4. Vorlage bei der Aufsichtsbehörde/Veröffentlichung

Die Aktualisierung des Bedarfsplans erfolgt im Einvernehmen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 Absatz 1 SGB V sowie nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Der Bedarfsplan wurde dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gemäß § 99 Abs. 1 SGB V vorgelegt und nicht beanstandet.

Der Bedarfsplan ist öffentlich und steht allen Interessenten zur Einsichtnahme bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, zur Verfügung. Er wird im Staatsanzeiger des Landes Baden-Württemberg sowie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) veröffentlicht.

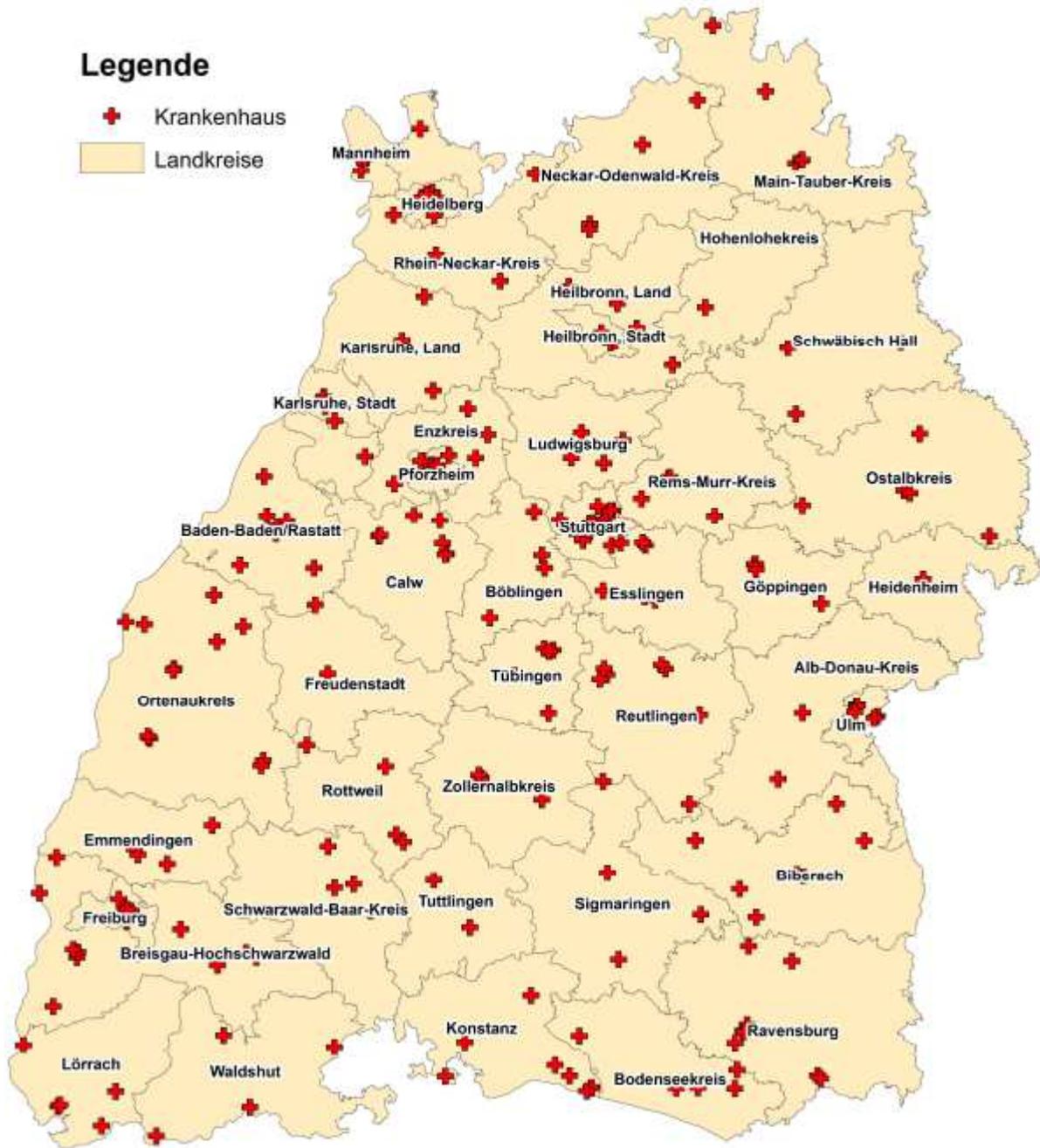
# Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

## Einrichtungen nach dem Landeskrankenhausplan 2019

### Baden-Württemberg

#### Legende

-  Krankenhaus
-  Landkreise



0 10 20 40 80  
Kilometer

Erstellt: GB Z6 - SC2, Hr. Gaiser  
Datum: 29.05.2020

© WGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven