

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

BEDARFSPLAN

**der Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg**

**über den Stand
der vertragsärztlichen Versorgung
zum 18. Oktober 2023**

Inhaltsverzeichnis

1	Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ärzte-ZV).....	3
1.1	Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.....	3
1.2	Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung.....	4
1.3	Demografie und Soziodemografische Faktoren.....	4
1.4	Geografische Besonderheiten	5
1.5	Ziele der Bedarfsplanung.....	5
1.6	Barrierefreier Zugang zur Versorgung	6
1.6.1	Einwohner mit einer anerkannten Behinderung/Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit oder einem Alter von über 75 Jahren.....	6
1.6.2	Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur ärztlichen Versorgung.....	6
1.6.3	Maßnahmen für die Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen und Beratungsangebote für Ärztinnen und Ärzte	7
2	Bedarfsplanung.....	8
2.1	Verfahren.....	8
2.2	Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung.....	9
2.3	Systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie.....	9
2.3.1	Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen nach den Vorgaben des LEP	9
2.3.2	Planungsbereiche.....	10
2.3.3	Morbiditätsfaktor innerhalb der hausärztlichen Versorgung	12
2.4	Vorlage bei der Aufsichtsbehörde/Veröffentlichung	13

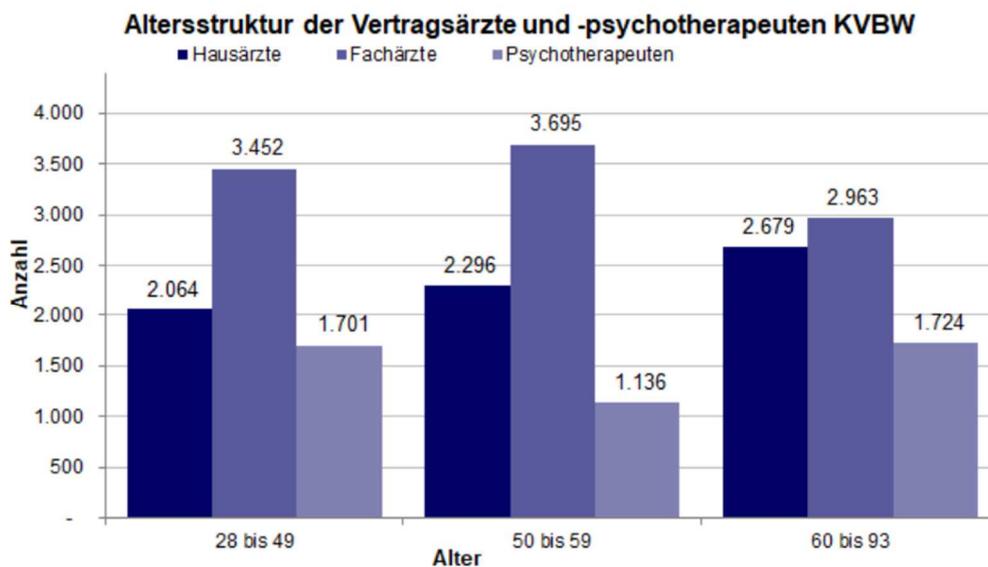
1 Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ärzte-ZV)

1.1 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ist mit mehr als 23.000 Mitgliedern nach der KV Bayerns die zweitgrößte Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland. Zum Stand 01.01.2023 waren in Baden-Württemberg insgesamt 23.501 Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten tätig. Hiervon waren 16.270 zugelassen, 5.440 angestellt und 1.791 ermächtigt. Von den insgesamt 21.710 zugelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten waren 7.039 hausärztlich tätig, 10.110 fachärztlich und 4.561 gehören zur Gruppe der Psychotherapeuten. Innerhalb der Gruppe der Psychotherapeuten zählten 770 Mitglieder zu den ärztlichen Psychotherapeuten, 2.969 Mitglieder zu den Psychologischen Psychotherapeuten und 822 Mitglieder zu den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

In der Bedarfsplanung werden die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten entsprechend ihres jeweiligen Versorgungsauftrages gezählt. Bezüglich dieser Zahlen wird auf die Planungsblätter verwiesen.

Das Durchschnittsalter der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten lag in Baden-Württemberg zum Stand 01.01.2023 bei 55,0 Jahren. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten nach Altersstufen.



Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten nach Altersstufen – Stand: 01.01.2023

Die zum Erfassungsdatum bestehende große Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen ist alarmierend – insbesondere vor dem Hintergrund der wesentlich

schwächer besetzten Alterskohorten unter 50 Jahren. Dieser Umstand macht deutlich, dass in den nächsten zehn bis 15 Jahren in Baden-Württemberg eine Vielzahl von jungen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der ambulanten Versorgung benötigt werden, um zumindest das derzeitige Niveau zu halten.

Noch mehr Zahlen und Fakten zur vertragsärztlichen Versorgungssituation in Baden-Württemberg sind in dem von der KVBW jährlich veröffentlichten Versorgungs- und Qualitätsbericht unter <https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht> zu finden.

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 zu betrachten.

Maßgeblich für die stationäre Krankenhausversorgung ist der aktuell gültige, vom Land aufgestellte Krankenhausplan, zu finden unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung>.

Darüber hinaus wird die ambulante vertragsärztliche Versorgung sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht in erheblichem Umfang durch ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte, 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

Der demografische Wandel stellt eine wesentliche Herausforderung für Gesellschaft und Politik dar. Auch Baden-Württemberg ist von einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung betroffen. Laut dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg lebten Stand 2022 insgesamt 11.280.257 Menschen in Baden-Württemberg. Hiervon waren 2.354.980 65 Jahre und älter, was einem Anteil von ungefähr 20,9 % entspricht. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren lag 2022 bei 1.955.083 (ca. 17,3 %).¹

Mit der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 30. Juni 2019 wurde zur Berechnung der Verhältniszahlen der bis dahin geltende Demografiefaktor durch den Morbiditätsfaktor ersetzt. Bei der Festlegung der Allgemeinen Verhältniszahlen findet zunächst die bundesweite demografische Entwicklung im Zeitverlauf Berücksichtigung. Zur Berechnung der regionalen Verhältniszahlen werden die Allgemeinen

¹ Quelle: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/01035310.tab?R=LA>

Verhältniszahlen in einem nächsten Schritt anhand der regionalen Morbiditätsstruktur (Alter, Geschlecht, Morbiditätsgrad) angepasst.

Im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung wurde hierzu für Baden-Württemberg eine Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen (s. hierzu 2.3.3).

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 im hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Bereich in geografischer Hinsicht bereits zu einer kleinräumigeren Betrachtungsweise.

Für die hausärztlichen Mittelbereiche im Ostalbkreis wurden zum 15. Februar 2017 darüber hinaus i.S.d. § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie i.V.m. § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V geografische Anpassungen vorgenommen, so dass nun fünf statt drei Mittelbereiche im Kreisgebiet ausgewiesen werden (s. hierzu 2.3.2).

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 durch den Landesausschuss bzw. die Zulassungsausschüsse gem. §§ 35, 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie oder auf Basis des § 103 Absatz 2 Satz 4 SGB V reagiert werden. Soweit sich der Zugang zur ärztlichen Versorgung verschlechtert, z.B. durch eine gravierende Veränderung von Praxisstandorten, die nicht durch die oben genannten 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.

Grundsätzliche Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie aus diesem Grund sind allerdings derzeit nicht notwendig.

1.5 Ziele der Bedarfsplanung

Gemäß § 99 SGB V hat die KVBW 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 kleinräumigeren Bedarfsplanung ist es, eine ausreichende und flächendeckende vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung für die Versicherten in Baden-Württemberg sicherzustellen. Die KVBW, 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

Ein grundlegendes Ziel der Bedarfsplanung für Baden-Württemberg ist die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung bzw. mit Pflegebedarf. Hierbei werden z.B. die entsprechenden Landesorganisationen frühzeitig in die Verfahren einbezogen und die Stellungnahmen im Verfahren berücksichtigt.

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

Nach dem Statistischen Landesamts Baden-Württemberg gelten Personen als schwerbehindert, denen von den Versorgungsämtern ein Grad der Behinderung von 50 und mehr zuerkannt worden ist und die einen gültigen Schwerbehindertenausweis besitzen. Zum Stand 31. Dezember 2021 lag die Zahl der Menschen mit Schwerbehinderung in Baden-Württemberg bei 957.415. Hiervon waren 552.565 Personen 65 Jahre und älter (ca. 57,7 %).²

Pflegebedürftig waren 2021 540.401 Einwohnerinnen und Einwohner Baden-Württembergs. Hiervon waren ca. zwei Drittel 75 Jahre und älter. 2017 waren es noch 389.612 Pflegebedürftige. Dies entspricht einem Zuwachs von 38,7 % (+150.789).³

1.6.2 Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur ärztlichen Versorgung

Die vollumfängliche barrierefreie Ausstattung einer Praxis ist gegebenenfalls baulich und auch finanziell mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Dennoch zeigt die Entwicklung in Baden-Württemberg, dass die Praxislandschaft sich auf diese Veränderung einstellt und die Sensibilität für das Mobilitätsbedürfnis von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf weiter steigt.

Die KVBW informiert die Versicherten im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit). Zudem wurde eine Terminservicestelle eingerichtet.

Auf der Homepage der KVBW können tagesaktuell diejenigen Praxen abgefragt werden, welche ein Merkmal zur Barrierefreiheit angegeben haben. Hierzu gehören unter anderem Angaben zu behindertengerechten Parkplätzen, rollstuhlgerechtem Zugang,

² Quelle: <https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/BehindPflegebeduerft/Schwerbeh-Struktur.jsp>

³ Quelle: 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/>

behindertengerechter Toilette und weiteres (Abfragemöglichkeit: <https://www.arztsuche-bw.de>)

Ergänzend 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 KVBW organisiert wird und sich in Baden-Württemberg bereits etabliert hat (Abfragemöglichkeit: <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 KVBW 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 KVBW Berücksichtigung findet. (Abfragemöglichkeit: <https://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>)

2 Bedarfsplanung

2.1 Verfahren

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

Unterversorgung liegt vor, wenn Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeutensitze, 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 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder ärztlich geleitete Einrichtungen nicht behoben werden kann.

Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Verminderung der Zahl von ambulant Versorgenden in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den oben genannten Kriterien führen würde.

Übersorgung 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 von Hundert überschreitet.

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

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 unterrichtet und haben die Möglichkeit zur Stellungnahme erhalten. Die baden-württembergische Krankenhausgesellschaft und die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten erhielten ebenfalls die Gelegenheit, sich 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. Hinsichtlich der Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen werden für Baden-Württemberg seit 2013 die Grundsätze des Landesentwicklungsplans Baden-Württemberg (LEP), nicht die Vorgaben des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) herangezogen (s. hierzu unter 2.3.1).

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

Das Ziel der KVBW, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ist es, eine möglichst wohnortnahe ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in allen Arztgruppen in Baden-Württemberg anbieten zu können. Durch die zum jetzigen Zeitpunkt geltende Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bzw. die derzeit bestehenden Abweichungen 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 im erforderlichen Maße Rechnung getragen.

Auch durch die Beratung der niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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 Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen nach den Vorgaben des LEP

Für die Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen innerhalb der hausärztlichen Versorgung werden in Baden-Württemberg seit der Beschlussfassung des Landesausschusses im Juni 2013 nicht wie in § 11 Absatz 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Grundsätze des BBSR, sondern diejenigen des LEP zu Grunde gelegt. Die Vorgaben des BBSR legen bei der Einteilung der Gemeinden ihren Fokus auf eine *einheitliche* Darstellung der Bundesrepublik mit dem Ziel der Unterstützung des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen durch wissenschaftliche Politikberatung bei Aufgaben des Wohnungs-, Immobilien- und Bauwesens sowie der Stadt- und Raumentwicklung und der Reduktion kommunalverfassungsbedingter Unterschiede in Struktur und Größe der Gemeinden zwischen den Ländern.⁴

⁴ Quelle: https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/ueber-uns/bundesinstitut/_node.html

Eben diese Unterschiede bzw. Besonderheiten zwischen den Ländern müssen jedoch bei der Planung vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Versorgung Berücksichtigung finden.

Der Landesentwicklungsplan Baden-Württemberg bildet hingegen den Rahmen für die räumliche Ordnung und Entwicklung des Landes.⁵ Er bildet damit Planungsgrundlagen städtischer und ländlicher Strukturen ab, die innerhalb der ambulanten Versorgung regional zu Grunde gelegt werden. Der LEP erscheint daher geeigneter für die Zuordnung der Gemeinden zu den einzelnen Planungsbereichen, um eine bedarfsgerechte ambulante vertragsärztliche Versorgung rechnerisch zu ermitteln.

Unterschiede der Zuordnung der Mittelbereiche nach BBSR und LEP:

Gemeinde	Mittelbereich nach LEP	Mittelbereich nach BBSR
Pfaffenweiler	Bad Krozingen/Staufen	Freiburg
Neuenstein	Öhringen	Künzelsau
Waldenburg	Öhringen	Künzelsau
Renchen	Achern	Offenburg

2.3.2 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 in der hausärztlichen Versorgung vorgenommen, so dass nun fünf statt drei Mittelbereiche ausgewiesen werden. Dies begründet die Erwartung, dass sich damit eine bedarfsgerechte Versorgung erreichen lässt.

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 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:

Gemeinde	Mittelbereich
Aalen	Ostalb 1 Aalen
Essingen	Ostalb 1 Aalen
Hüttlingen	Ostalb 1 Aalen
Oberkochen	Ostalb 1 Aalen
Bartholomä	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd

⁵ Quelle: <https://www.geoportal-raumordnung-bw.de/themen/planatlas-landesentwicklungsplan>

Böbingen an der Rems	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd
Heubach	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd
Lorch	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd
Mögglingen	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd
Mutlangen	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd
Schwäbisch Gmünd	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd
Waldstetten	Ostalb 2 Schwäbisch Gmünd
Abtsgmünd	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Durlangen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Eschach	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Göggingen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Gschwend	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Heuchlingen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Iggingen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Leinzell	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Obergröningen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Ruppertshofen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Schechingen	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Spraitbach	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Täferrot	Ostalb 3 Schwäbischer Wald
Adelmannsfelden	Ostalb 4 Ellwangen
Ellenberg	Ostalb 4 Ellwangen
Ellwangen (Jagst)	Ostalb 4 Ellwangen
Jagstzell	Ostalb 4 Ellwangen
Neuler	Ostalb 4 Ellwangen
Rainau	Ostalb 4 Ellwangen
Rosenberg (OAK)	Ostalb 4 Ellwangen
Stöttlen	Ostalb 4 Ellwangen
Tannhausen	Ostalb 4 Ellwangen
Wört	Ostalb 4 Ellwangen
Bopfingen	Ostalb 5 Härtsfeld
Kirchheim am Ries	Ostalb 5 Härtsfeld
Lauchheim	Ostalb 5 Härtsfeld
Neresheim	Ostalb 5 Härtsfeld
Riesbürg	Ostalb 5 Härtsfeld
Unterschneidheim	Ostalb 5 Härtsfeld
Westhausen	Ostalb 5 Härtsfeld

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 wird. Diese Maßnahme erscheint notwendig und geeignet, um eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung zu ermöglichen und eine ungerechtfertigte Benachteiligung des Landes hinsichtlich der hausärztlichen Versorgungsdichte abzuwenden.

Weitere als die oben dargestellten Gründe für Abweichungen nach § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für Baden-Württemberg sind derzeit 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 KVBW 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, Gesundheit 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 auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unter www.kvbawue.de veröffentlicht.