

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

BEDARFSPLAN

**der Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg**

**über den Stand
der vertragsärztlichen Versorgung
zum 2. Juli 2025**

- Fassung vom 22. August 2025 -

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	14

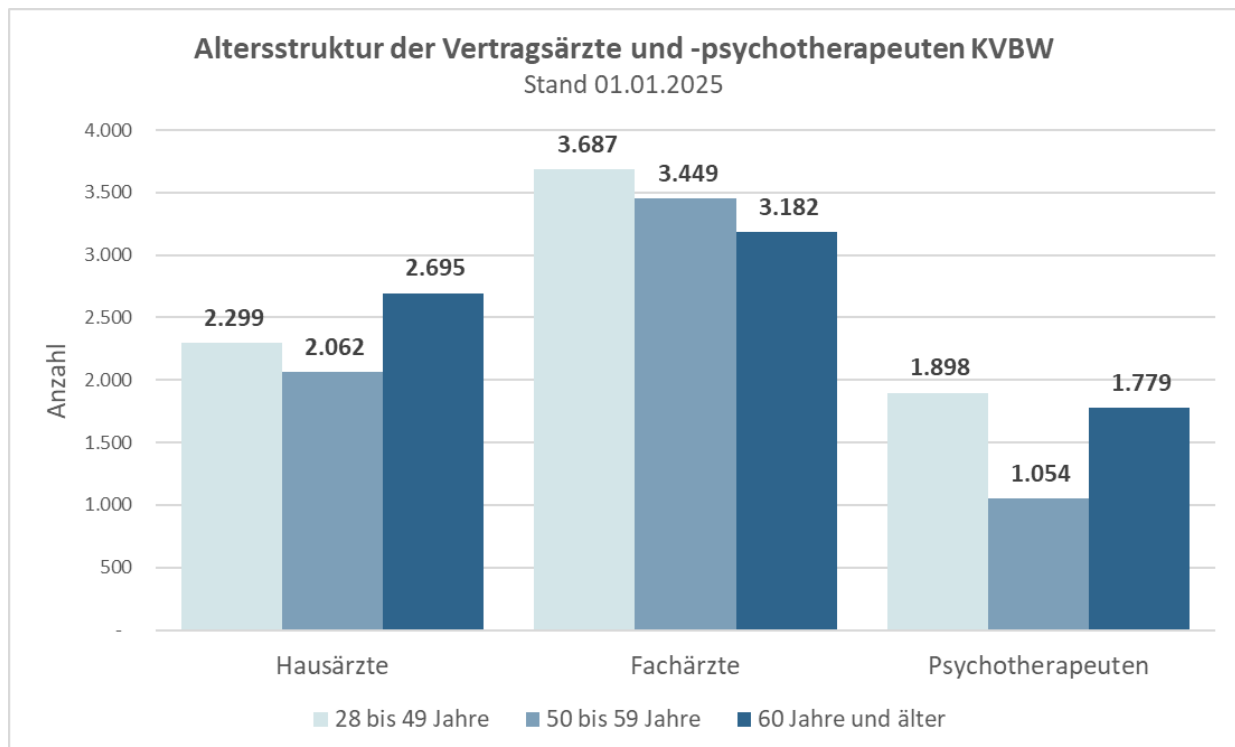
1 Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ärzte-ZV)

1.1 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ist mit knapp 24.000 Mitgliedern nach der KV Bayerns die zweitgrößte Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland. Zum Stand 01.01.2025 waren in Baden-Württemberg insgesamt 23.990 Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten tätig. Hiervon waren 15.772 zugelassen, 6.333 angestellt und 1.885 ermächtigt. Von den insgesamt 22.105 zugelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten waren 7.056 hausärztlich tätig, 10.318 fachärztlich und 4.731 gehören zur Gruppe der Psychotherapeuten. Innerhalb der Gruppe der Psychotherapeuten zählten 731 Mitglieder zu den ärztlichen Psychotherapeuten, 3.116 Mitglieder zu den Psychologischen Psychotherapeuten und 884 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 01.01.2025 bei 54,2 Jahren. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten nach Altersstufen.



Die zum Erfassungsdatum bestehende große Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in der Altersgruppe der Über-60-Jährigen stellt eine Herausforderung dar – insbesondere bei den Hausärztinnen und Hausärzten vor dem Hintergrund der wesentlich schwächer besetzten Alterskohorte unter 50 Jahren. Dieser Umstand macht deutlich, dass trotz des Zuwachses an jungen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in den letzten Jahren, in den nächsten fünf bis zehn Jahren in Baden-Württemberg weitere junge Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der ambulanten Versorgung benötigt werden, um 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 zu finden unter:

<https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht>

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. Diese werden allerdings seit Außerkrafttreten des § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 1. Januar 2025 nicht mehr in der Bedarfsplanung angerechnet.

1.3 Demografie und Soziodemografische Faktoren

Der demografische Wandel stellt eine wesentliche Herausforderung für Gesellschaft und Politik dar. Auch Baden-Württemberg mit seiner im Bundesdurchschnitt jungen Bevölkerung ist von einer zunehmenden Alterung betroffen. Laut dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg lebten 2023 insgesamt 11.339.260 Menschen in Baden-Württemberg. Hiervon waren 2.393.068 65 Jahre und älter, was einem Anteil von 21,1% entspricht. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren lag 2023 bei 1.966.278 (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

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

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

Im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung wurde hierzu für Baden-Württemberg 2019 eine Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen, die 2025 methodisch überarbeitet wurde (s. hierzu 2.3.3).

1.4 Geografische Besonderheiten

Baden-Württemberg verfügt über unterschiedliche 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).

Auf geografische Besonderheiten kann gegebenenfalls mit einem zusätzlichen 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 geografische Abweichungsoptionen im Bedarfsplan.

Hinsichtlich der Bevölkerungsdichte und -struktur sowie der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen in Baden-Württemberg werden Besonderheiten, die sich auf die Erreichbarkeit oder Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung auswirken, unter anderem im Rahmen regionaler Besonderheiten gemäß § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Einzelfall berücksichtigt.

Grundsätzliche geografische 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 Landesamt Baden-Württemberg gelten Personen als schwerbehindert, denen von den Versorgungsämtern ein Grad der Behinderung von 50 und mehr zuerkannt wurde, und die einen gültigen Schwerbehindertenausweis besitzen. Im Jahr 2023 lag die Zahl der Menschen mit Schwerbehinderung in Baden-Württemberg bei 953.265. Hiervon waren 557.000 Personen 65 Jahre und älter (58,4 %).²

Pflegebedürftig waren 2023 624.831 Einwohnerinnen und Einwohner Baden-Württembergs. Hiervon waren ca. zwei Drittel 75 Jahre und älter. 2021 waren es noch 540.401 Pflegebedürftige. Dies entspricht einem Zuwachs von 15,6 % (+84.430).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 für Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) nach Fachgruppen, Regionen und konkreten Praxisstandorten. Zudem wurde eine Terminservicestelle eingerichtet, welche es Patientinnen und Patienten generell und Schwerbehinderten im Speziellen ermöglicht freie Termine zu erfragen.

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

³ Quelle: https://www.statistik-bw.de/SozSicherung/Pflege/Pflege_14.jsp?path=/Gesundheit/BehindPflegebeduerft;
<https://www.statistik-bw.de/SozSicherung/Pflege/PG-Eckdaten.jsp?path=/Gesundheit/BehindPflegebeduerft/>

Auf der Homepage der KVBW können tagesaktuell diejenigen Praxen abgefragt werden, die besondere Merkmale zur Barrierefreiheit angegeben haben. Hierzu gehören unter anderem Angaben zu behindertengerechten Parkplätzen, rollstuhlgerechtem Zugang und behindertengerechter Toilette (Abfragemöglichkeit: <https://www.arztsuche-bw.de>).

Ergänzend können unter der im Internet angegebenen Servicenummer besondere Merkmale der Barrierefreiheit von Arzt- und Psychotherapiepraxen erfragt werden: <https://www.kvbawue.de/buerger/patiententelefon-medcall/>

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 individuelle Beratungsangebote zur Verfügung, etwa im Rahmen der Beratung zum Qualitätsmanagement.

Zusätzlich ist auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Informationsmaterial zu finden, das auch in der Beratung der KVBW eingesetzt wird: www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/barrierefreiheit

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 in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung und beschließt ggf. weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung.

Unterversorgung liegt in einem Planungsbereich vor, wenn Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeutenplätze, die im Bedarfsplan vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwerung der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen für Versicherte eintritt, die 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 solchen Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den oben genannten Kriterien führen würde (vgl. 2.2).

Übersversorgung liegt 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. In diesem Falle sollen die Zulassungsausschüsse Anträgen auf Nachbesetzung einer Praxis nicht stattgeben, soweit die Praxis aus Versorgungsgründen nicht notwendig ist und die in § 103 Abs. 3a SGB V genannten Umstände (Antragsteller ist Ehepartner, Verwandter oder Praxispartner des Praxisinhabers) nicht gegeben sind.

Diese Feststellungen sind in den Planungsunterlagen in Teil 3 dokumentiert.

Die nach den maßgeblichen Rechtsvorschriften zu beteiligenden Institutionen hatten Gelegenheit, zum Entwurf des Bedarfsplans eine Stellungnahme abzugeben. 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 Erstellung des Bedarfsplans zu äußern. Dem gemeinsamen Landesgremium gemäß § 90a SGB V in Verbindung mit § 6 Landesgesundheitsgesetz BW wurde ebenfalls Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

2.2 Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung

Der Bedarfsplanung für Baden-Württemberg liegen die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu Grunde. Abweichend gilt für die hausärztliche Bedarfsplanung eine Besonderheit: Hinsichtlich der Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen werden für Baden-Württemberg seit 2013 die Grundsätze des Landesentwicklungsplans Baden-Württemberg (LEP), nicht hingegen die Vorgaben des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), herangezogen (s. hierzu 2.3.1).

Das Ziel der KVBW sowie der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ist es, eine möglichst wohnortnahe ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg insbesondere in der hausärztlichen Versorgung und in den Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung 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 Kranker im erforderlichen Maße Rechnung getragen.

Darüber hinaus wird in Baden-Württemberg über das Prognosemodell „Zukunft-5“ eine rechnerische Projektion der Versorgungssituation in fünf Jahren ermittelt und bereits heute in Überlegungen und Maßnahmen zur dauerhaften Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Versorgung einbezogen.

Auch durch die Beratung der niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wirkt die KVBW darauf hin, dass diese sich in der Wahl ihres Vertragsarztsitzes an sich aus den Bedarfsplänen ergebenden Versorgungsbedürfnissen orientieren.

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, abweichend zu § 11 Absatz 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, nicht 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 in dessen

maßgeblichen gesetzlichen und politischen Aufgaben, insbesondere der Raumentwicklung und der Reduktion kommunalverfassungsbedingter Unterschiede in Struktur und Größe der Gemeinden zwischen den Ländern.⁴

Eben diese Unterschiede bzw. Besonderheiten zwischen den Ländern müssen jedoch in 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 im Kreisgebiet ausgewiesen werden. Dies begründet die Erwartung, dass sich damit eine bedarfsgerechte Versorgung erreichen lässt.

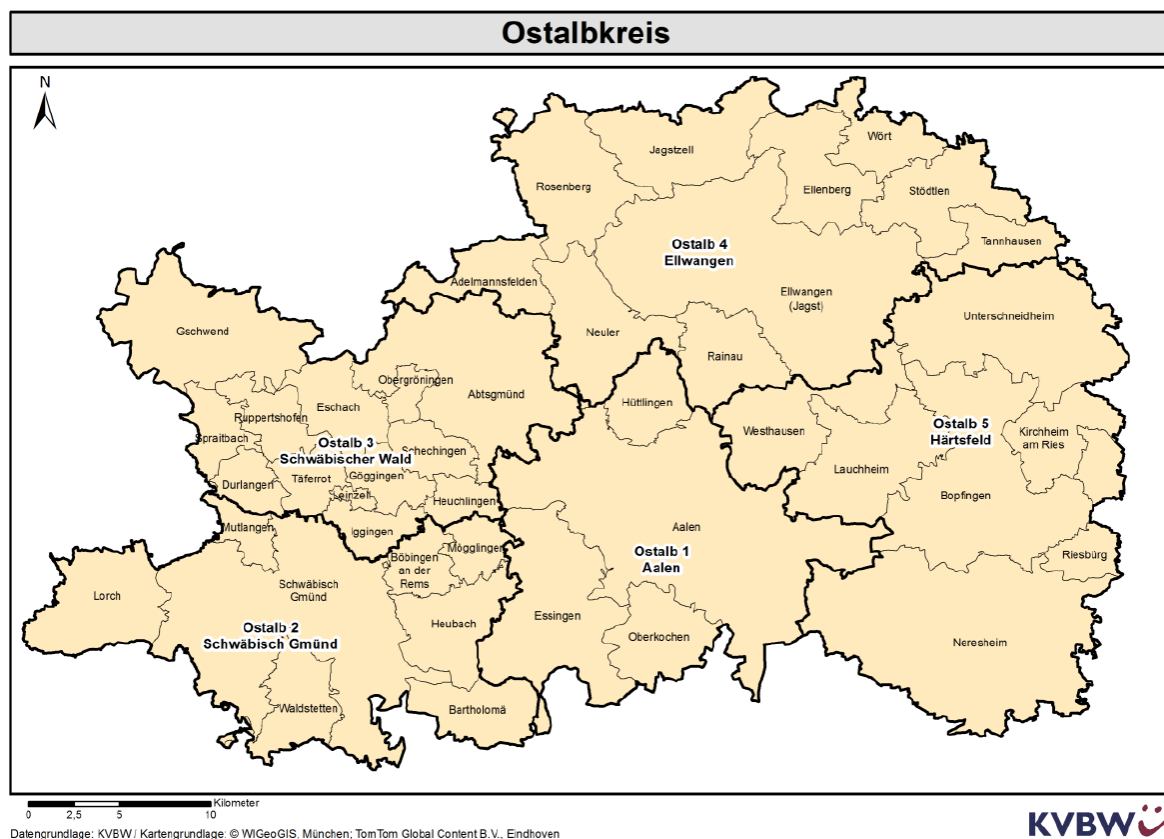
Unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses von Baden-Württemberg und der Stellungnahme des Landkreises Ostalbkreis zu einer Neuaufteilung der Planungsbereiche in der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Ostalbkreis erscheint die regionale Abänderung der Mittelbereiche 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:

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

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

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



2.3.3 Morbiditätsfaktor innerhalb der hausärztlichen Versorgung

Aufgrund der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die zum 30. Juni 2019 in Kraft getreten ist, sind gemäß § 9 die Allgemeinen Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor anzupassen, um eine Regionale Verhältniszahl je Planungsbereich zu ermitteln.

Im Hinblick auf die **hausärztliche Versorgung** gilt es, in Baden-Württemberg die Besonderheit einer hohen Teilnehmerquote an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V zu berücksichtigen, die durch den Morbiditätsfaktor nach der Vorgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht hinreichend abgebildet wird. So führt die Anwendung der Richtlinie in Baden-Württemberg – mit der bundesweit höchsten Beteiligung der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung – zu einer systematischen Untererfassung des demographisch bedingten Behandlungsbedarfs der HzV-Versicherten.

Bei der Berechnung der regionalen Verhältniszahlen wird u.a. die Morbidität aller Versicherten mitberücksichtigt. Da der Kassenärztlichen Vereinigung nicht die Abrechnungsdaten aus dem Bereich der Selektivverträge vorliegen, fehlt das Wissen darüber, wie viele Patienten, die im Selektivvertrag eingeschrieben sind, erhöht morbide sind. In der Vergangenheit führte dies dazu, dass diese Versicherten aufgrund der fehlenden Diagnosen aus dem hausärztlichen Bereich überwiegend als „nicht erhöht morbide“ berücksichtigt wurden. Die Gesamtbevölkerung erschien hierdurch gesünder, was die Verhältniszahl erhöhte.

Die Morbidität wird dabei in allen drei Bestandteilen (Morbiditätsfaktor nach Alter und Geschlecht auf regionaler Ebene (AGMF-Reg), Morbiditätsfaktor nach Alter und Geschlecht auf Bundesebene (AGMF-B) und Leistungsbedarfsfaktor nach Alter, Geschlecht und Morbidität (LBF-AGM)), die für die Berechnung der regionalen Verhältniszahl notwendig sind, mitberücksichtigt.

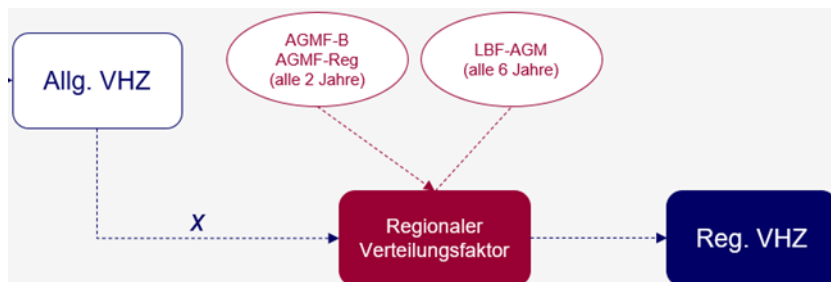


Abb. 1: Schematische Darstellung zur Berechnung der regionalen Verhältniszahl ausgehend von der allgemeinen Verhältniszahl

Demnach würde durch die schematische Anpassung der Verhältniszahl durch den Morbiditätsfaktor nach der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgegebenen Systematik eine erhebliche Anzahl hausärztlicher Niederlassungsmöglichkeiten zu Unrecht entfallen.

Dies entspricht nicht der Intention des Gesetz- bzw. Normgebers, nach der die Zahl der Arztsitze in einem Planungsbereich am tatsächlichen Versorgungsbedarf (Morbidität) zu bemessen ist.

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 in Gestalt der HzV-Verträge vom Morbiditätsfaktor abgewichen. Dies geschieht durch eine Modifizierung der Regionalen Verhältniszahlen nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit einem landeseinheitlichen HzV-Korrekturfaktor und einem weiteren Faktor, der aus dem Anteil je Mittelbereich der in der HzV eingeschriebenen Versicherten ermittelt wird. In den Abrechnungsdaten der Kollektivvertragspatienten sind alle Diagnosen hinterlegt, so dass für diese eine eindeutige Zuordnung der Morbidität je Alters- und Geschlechtsgruppe nach „erhöht morbide/nicht erhöht morbide“ möglich ist. In der Annahme einer vergleichbaren Morbidität werden diese Quoten auf die im Selektivvertrag eingeschriebenen Patientinnen und Patienten übertragen.

Diese Adjustierung wird für alle drei Bestandteile des regionalen Verteilungsfaktors (AGMF-Reg, AGMF-B und LBF-AGM) durchgeführt, um anschließend einen landeseinheitlichen regionalen Verteilungsfaktor zu berechnen (Korrekturfaktor 1).

Kontrollrechnungen der Krankenkassen haben ergeben, dass eine weitere Korrektur erforderlich ist, da in Einzelfällen die erhöhte Morbidität der Selektivvertragspatienten durch die KV-Abrechnungsdaten bereits korrekt im GBA-Modell berücksichtigt ist. Um eine doppelte Berücksichtigung zu vermeiden, ist der Verteilungsfaktor um diesen Anteil zu korrigieren (Korrekturfaktor 2).

Der so ermittelte Wert wird unter Berücksichtigung der jeweiligen HzV-Einschreibequoten auf die regionalen Verhältniszahlen der einzelnen Mittelbereiche übertragen.

Diese Maßnahme ist notwendig und geeignet, um eine realistischere Abbildung der tatsächlichen hausärztlichen Versorgung zu erreichen. Das hier genannte Verfahren ersetzt ab 02.07.2025 den vom Landesausschuss mit Wirkung ab 2019 erstmalig beschlossenen HzV-Korrekturfaktor.

Die Bedarfsplanung unterliegt einer ständigen Fortentwicklung, der insofern Rechnung getragen wird, als dass unter Einbindung der maßgeblich Beteiligten auch das hier beschriebene HzV-Korrekturverfahren hinsichtlich seiner Eignung überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt wird. Dies ist besonders wichtig, da bisher kein etabliertes und evaluiertes Verfahren zur Verfügung steht.

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 Erstellung, Beteiligung und Vorlage bei der Aufsichtsbehörde/Veröffentlichung

Die Erstellung und 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.

Im Rahmen der gesetzlich geregelten Beteiligung maßgeblicher Institutionen erhielten die kommunalen Verbände des Landes, die baden-württembergische Krankenhausgesellschaft, die Vertreter der Belange der Patientinnen und Patienten sowie der Sektorenübergreifende Landesausschuss nach § 90a SGB V Gelegenheit, zum Entwurf des Bedarfsplans bzw. seinen Änderungen Stellung zu nehmen.

Der Bedarfsplan wurde dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg gemäß § 99 Abs. 1 SGB V in seiner aktuell geltenden Fassung 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 Website der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unter www.kvbawue.de veröffentlicht.