

Stand: 07.02.2025



Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses

Evaluationsaufträge nach § 68 Bedarfsplanungs-Richtlinie



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
1 Einleitung	7
2 Morbiditätsfaktor	8
2.1 Hintergrund und Beschluss	8
2.2 Methodische Grundlagen.....	9
2.2.1 Zielsetzung und grundsätzliche Funktion des Morbiditätsfaktors	9
2.2.2 Abgrenzung von erhöhter Morbidität	11
2.2.3 Leistungsbedarfsfaktoren.....	12
2.2.4 Regionale Verteilungsfaktoren.....	13
2.3 Ergebnisse der Wirkungsweise des Morbiditätsfaktors im zeitlichen Verlauf	13
2.3.1 Festlegung der allgemeinen Verhältniszahlen auf Grundlage des Morbiditätsfaktors.....	13
2.3.2 Veränderungen durch Anwendung regionaler Verhältniszahlen im Jahr 2021	19
2.3.3 Bewertung	22
2.4 Evaluation der methodischen Grundlagen	23
2.4.1 Erfassung von Morbidität	23
2.4.2 Selektivverträge.....	24
2.4.3 Aktualisierung und methodische Anpassungen	24
2.4.4 Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren.....	25
2.5 Limitationen	27
3 Verhältniszahlanpassungen und Quotenregelungen	28
3.1 Fachinternistische Versorgung.....	29
3.2 Nervenärztliche Versorgung.....	35
3.3 Psychotherapeutische Versorgung	40
3.4 Kinder- und Jugendärztliche Versorgung	45
4 Aufnahme von Erreichbarkeitskriterien bei der Prüfung des zusätzlichen Versorgungsbedarfs gemäß § 35	49
5 Fazit und Schlussfolgerungen	50
6 Anhang	53

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O	am angegebenen Ort
AGF	Alters- und Geschlechtsfaktoren
AGF-A	Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren
AGF-2010	Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren zum Referenzzeitpunkt 2010
AGMF	Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
AGMF-B	Bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
AGMF-Reg	Regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
Allg.-VHZ	Allgemeine Verhältniszahl
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
Basis-VHZ	Basis Verhältniszahl
BPL-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
BVA	Bundesversicherungsamt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-FKG	Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
HNO-Ärzte	Hals-Nasen-Ohren Ärzte
HÄ Ruhrgebiet	Hausärzte Ruhrgebiet
ICD-10-GM	International Classification of Diseases and Related Health Problems – 10. Version - German Modification
k. A.	keine Angabe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJPP	Kinder- und Jugendlichenpsychiater
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LBF-AG	Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht
LBF-AGM	Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität
M2Q-Kriterium	wiederholte Nennung einer Diagnose im Laufe eines Jahres, meist in zwei oder mehr Quartalen
Neuro.	Neurologen
NL-Mögl.	Niederlassungsmöglichkeit
PLZ	Postleitzahl
Psych.	Psychiater
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
VHZ	Verhältniszahl

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten durch Berechnungsschritt 1 des Morbiditätsfaktors	19
Tabelle 2: Fachinternisten: Niederlassungsmöglichkeiten Rheumatologen 2020 und 2023.....	33
Tabelle 3: Niederlassungsmöglichkeiten Rheumatologen Status quo und Simulation (Quote 10 %)	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berechnungsschritte des Morbiditätsfaktors	10
Abbildung 2: Berechnungsschritt 1: Veränderung der allgemeinen VHZ gegenüber der Basis-VHZ (Hausärzte) 2019 bis 2023	14
Abbildung 3: Veränderung der allgemeinen Verhältniszahlen gegenüber den Basis-Verhältniszahlen (allgemeine fachärztliche Versorgung) 2019 bis 2023.....	15
Abbildung 4: Veränderung der allgemeinen Verhältniszahlen gegenüber den Basis-Verhältniszahlen (spezialisierte fachärztliche Versorgung) 2019 bis 2023	17
Abbildung 5: Veränderung der allgemeinen Verhältniszahlen gegenüber den Basis-Verhältniszahlen (gesonderte fachärztliche Versorgung) 2019 bis 2023	18
Abbildung 6: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten insgesamt	20
Abbildung 7: Unterschiede in den Abweichungen der reg. Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur zum Bundesdurchschnitt & des Leistungsbedarfs	22
Abbildung 8: Systematik von Mindest- und Höchstversorgungsanteilen	29
Abbildung 9: Fachinternisten: Zahl der offenen Planungsbereiche 2018 bis 2023	29
Abbildung 10: Fachinternisten: Zahl der Ärzte in Bedarfsplanungsgewichten, der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze und der Niederlassungsmöglichkeiten 2018 bis 2023	30
Abbildung 11: Fachinternisten: Anzahl der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Kreisregionstyp 2023	31
Abbildung 12: Fachinternisten: Entwicklung der Subgruppen 2018 bis 2023	32
Abbildung 13: Simulation zur Quotenanhebung Rheumatologen	35
Abbildung 14: Nervenärzte: Zahl der offenen Planungsbereiche 2018 bis 2023.....	36
Abbildung 15: Nervenärzte: Zahl der Ärzte in Bedarfsplanungsgewichten oberhalb der Sperrgrenze und der Niederlassungsmöglichkeiten 2018 bis 2023	37
Abbildung 16: Nervenärzte: Anzahl der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Kreisregionstyp 2023	37
Abbildung 17: Nervenärzte: Systematik Quotenregelung	39
Abbildung 18: Nervenärzte: Entwicklung der Subgruppen 2018 bis 2023	39
Abbildung 19: Nervenärzte: Niederlassungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen nach Subgruppen 2020 und 2023.....	40
Abbildung 20: Psychotherapeuten: Zahl der offenen Planungsbereiche 2018 bis 2023	41
Abbildung 21: Psychotherapeuten: Zahl der Psychotherapeuten in Bedarfsplanungsgewichte, der Psychotherapeuten oberhalb der Sperrgrenze und der Niederlassungsmöglichkeiten 2018 bis 2023.....	42
Abbildung 22: Psychotherapeuten: Anzahl der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Kreisregionstyp 2023	43
Abbildung 23: Psychotherapeuten: Entwicklung der Subgruppen 2018 bis 2023	44
Abbildung 24: Psychotherapeuten: Niederlassungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen nach Subgruppen 2020 und 2023	44
Abbildung 25: Kinder- und Jugendärzte: Zahl der offenen Planungsbereiche 2018 bis 2023	46



Abbildung 26: Kinder- und Jugendärzte: Zahl der Kinder- und Jugendärzte in Bedarfsplanungsgewichten, der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze und der Niederlassungsmöglichkeiten 2018 bis 2023.....	47
Abbildung 27: Kinder- und Jugendärzte: Anzahl der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Kreisregionstyp 2023	48
Abbildung 28: Anteile spezialisierter Kinder- und Jugendärzte an Gesamtzahl der Kinder- und Jugendärzte.....	48
Abbildung 29: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten (Hausärzte).....	53
Abbildung 30: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten (allgemeine fachärztliche Versorgung).....	53
Abbildung 31: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten (spezialisierte fachärztliche Versorgung).....	54
Abbildung 32: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten (gesonderte fachärztliche Versorgung).....	54

1 Einleitung

Mit der Bedarfsplanungsreform 2019 wurde mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 16. Mai 2019 (BAnz. AT 28.06.2019 B 6) neben vielen Neuerungen in § 68 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) auch ein Evaluationsauftrag beschlossen, um die zahlreichen Änderungen und ihre Auswirkungen im Zeitablauf zu überprüfen. Der Evaluationsauftrag wurde dabei weit gefasst und bezog alle wesentlichen Änderungen der Reform 2019 ein: die Neukonzeption des Morbiditätsfaktors, die Einführung von Quoten, die Anpassung von Verhältniszahlen und die Einführung von Erreichbarkeitsparametern.

So sollte die Anwendung des Morbiditätsfaktors sowie die Möglichkeit der Nutzung sozioökonomischer Daten im Rahmen der Bedarfsfeststellung fünf Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen evaluiert werden. Mit der Berücksichtigung von Morbidität auf Grundlage von Abrechnungsdaten in der Bedarfsplanung bestanden zum Zeitpunkt der Beschlussfassung weder auf regionaler noch auf Bundesebene Erfahrungen und die Methodik ging technisch weit über den bis dahin bestehenden Demografiefaktor hinaus. Daher sollten die komplexen Wirkmechanismen des Morbiditätsfaktor in den Jahren nach der Einführung besonders engmaschig begleitet und beobachtet werden.

Neu eingeführt wurden ebenfalls die Quoten für Nervenärzte, Fachinternisten und Psychosomatiker. Auch sie sollten fünf Jahre nach ihrer Einführung durch den G-BA evaluiert und in ihrer Wirkung bewertet werden. Insbesondere sollte die Quote für Rheumatologen im Hinblick auf eine mögliche Anpassung überprüft werden. Hier zeigte sich bereits während der Beratungen ein Spannungsfeld zwischen dem Bedarf an Rheumatologen einerseits und den begrenzten Steuerungsmöglichkeiten der Quotenregelungen andererseits bei einer insgesamt begrenzten Arzttanzahl in dieser Spezialisierung.

Die technisch teilweise weitgehenden Anpassungen bei den Verhältniszahlen für die Kinder- und Jugendärzte, die Nervenärzte, die Psychotherapeuten und die Fachinternisten wurden ebenfalls in den Evaluationsauftrag aufgenommen und sollten fünf Jahre nach Inkrafttreten der Reform durch den G-BA bewertet werden. Dabei sollte insbesondere geprüft werden, ob die mit der Anpassung der Verhältniszahlen einhergehenden Zulassungsmöglichkeiten in ausreichendem Maße besetzt werden konnten.

Eine weitere Neuerung bestand in der Einführung von Erreichbarkeitsparametern. Hier wurde beschlossen, dass der G-BA die Auswirkungen der erstmaligen Festlegung von Erreichbarkeitskriterien bei der Feststellung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs fünf Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen evaluieren sollte.

Unbenommen von diesen spezifischen Vorgaben für eine Evaluation wird der G-BA selbstverständlich auch alle weiteren maßgeblichen Veränderungen in den bundesweiten Versorgungsstrukturen sowie den gesetzlichen Rahmenbedingungen beobachten und bei Bedarf Anpassungen der BPL-RL vornehmen. Auch nach Abschluss der Evaluation fünf Jahre nach Inkrafttreten der Bedarfsplanungsreform bleibt der generelle Prüfauftrag des G-BA bestehen und schließt auch die hier explizit aufgeführten Regelungen und die mit ihnen verbundenen methodischen Fragestellungen ein.

In den folgenden Kapiteln wird ausführlich auf die mit jedem einzelnen Thema verbundenen Fragestellungen und möglichen methodischen Herausforderungen eingegangen. Die Auswirkungen werden dezidiert im Zeitablauf dargestellt und analysiert. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

2 Morbiditätsfaktor

2.1 Hintergrund und Beschluss

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I 2015 S. 1211) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss vom Gesetzgeber beauftragt, die Morbidität der Bevölkerung in der Bedarfsplanung adäquater zu berücksichtigen (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 i. V. m. Absatz 2 Nummer 3 SGB V). Der G-BA hat hierzu im Jahr 2016 ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben, das im Oktober 2018 veröffentlicht wurde. Das Gutachten stellt klar, dass bereits in der bis dato geltenden Planung über den sogenannten Demografiefaktor eine anteilige Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung erfolgte. Gleichwohl machten die Autoren auch deutlich, dass die Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung differenzierter erfolgen könne und erarbeiteten mögliche Vorschläge¹. Im Wesentlichen stellten sie dabei auf regressionsbasierte Ansätze auf Basis von Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung ab. Der G-BA folgte der Einschätzung des Gutachtens, dass die Berücksichtigung der Morbidität in der Bedarfsplanung differenzierter erfolgen kann. Ebenso folgte der G-BA der grundsätzlichen Bewertung der Autoren, dass die ambulant versorgte Krankheitslast der Bevölkerung zum damaligen Stand am besten auf Basis von alters- und geschlechtsspezifischen Bevölkerungsdaten, sowie von Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann. Abrechnungsdaten enthielten zwar ohne jeden Zweifel Fehleinschätzungen der Morbidität, insbesondere mit Blick auf die Versorgung durch Selektivverträge sowie die seltenere/häufigere Kodierung von Morbidität in Regionen mit niedriger/hoher Arztdichte. Gleichwohl waren dem G-BA (und auch den Gutachtern) keine besseren verfügbaren Daten bekannt, die auf Individualebene eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht, kodierten Krankheiten und in Anspruch genommenen vertragsärztlichen Leistungen sicherstellen würden. Die Versuche der Gutachter die Morbiditätslast aufgrund von exogenen Variablen, wie sozioökonomischen Faktoren zu approximieren, waren auf der Grundlage der vorliegenden Daten und methodischer Limitationen nicht erfolgreich. Vielmehr würden derartige Daten das Risiko ökologischer Fehlschlüsse bergen. Eine wissenschaftlich belastbare und rechtssichere Berücksichtigung der Morbidität in der Bedarfsplanung erfolgt aus diesen Gründen mit der Einführung des Morbiditätsfaktors auf Basis von bevölkerungsbezogenen Daten zu Alter und Geschlecht, die Morbidität bereits zu einen großen Anteil erklären sowie unter Einbeziehung ambulanter Abrechnungsdaten zur Operationalisierung. Im Rahmen dieser Evaluation hat der G-BA die wissenschaftlichen Entwicklungen zur Messung von Morbidität weiter beobachtet und bewertet.

Mit Beschluss vom 16. Mai 2019 legte der G-BA entsprechende Änderungen der BPL-RL fest, mit denen die Verhältniszahlen in einem ersten Modifikationsschritt an die Veränderung der Bevölkerungsstruktur über die Zeit und in einem zweiten Schritt an regionale Abweichungen der Bevölkerungsstruktur vom Bundesdurchschnitt auf Basis der Leistungsbedarfe der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen angepasst werden. Turnusmäßig werden die allgemeinen Verhältniszahlen an die zwischenzeitlich festgestellten Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesweiten Bevölkerung im Zeitverlauf entsprechend der in den Absätzen 4 bis 7 des § 9 BPL-RL vorgeschriebenen Schritte angepasst sowie die regionalen Verteilungsfaktoren aktualisiert. Grundsätzliche Kritik an der Umsetzung des gesetzlichen Auf-

¹ Vgl. Sundmacher (Konsortialführung) et al, Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2018

trags der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie der Sozial- und Morbiditätsstruktur bei der Anpassung bzw. Festlegung der Verhältniszahlen gemäß § 101 Absatz 1 Satz 7 i. V. m. Absatz 2 Nummer 3 SGB V äußerte seinerzeit lediglich die Bundespsychotherapeutenkammer. Die Kammer forderte mindestens für die Arztgruppe der Psychotherapeuten eine grundlegende Überarbeitung der Vorgaben für eine dynamische Anpassung der allgemeinen Verhältniszahlen, die der Entwicklung der psychischen Morbidität in der Bevölkerung und den daraus erwachsenden psychotherapeutischen Versorgungsbedarfen angemessen Rechnung tragen würde. Den Beschluss vom 16. Mai 2019 lehnte sie ab und begründete dies damit, dass die Vorgaben zur Anpassung der Verhältniszahlen mittel- und langfristig in der Bedarfsplanung einem sinkenden psychotherapeutischen Versorgungsbedarf unterstellen würde. Hintergrund hierfür ist, dass die Leistungsanspruchnahme in der Psychotherapie derzeit vor allem in den mittleren Altersgruppen stattfindet. Eine Verschiebung der Altersstruktur hin zu höheren Altersgruppen, löst damit keinen höheren Leistungsbedarf in der Psychotherapie aus. In ihrer Stellungnahme vom 29.04.2019 wurde aus Sicht der Bundesärztekammer eine genauere und über zwei Altersgruppen hinausgehende Berücksichtigung der Morbidität allerdings begrüßt, um dem Anspruch einer Planung nach dem Bedarf der Bevölkerung besser gerecht zu werden.

2.2 Methodische Grundlagen

Abweichend von dem im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgeschlagenen regressionsbasierten Ansatz zur Abbildung der Morbidität beschloss der G-BA einen „zellen-basierten“ Ansatz und entwickelte damit den bisher bestehenden Demografiefaktor deutlich weiter. Hintergrund dieser Entscheidung waren wiederum die Ergebnisse des Gutachtens, die nahelegten, dass ein erheblicher Anteil der Morbidität der Bevölkerung bereits in der Vergangenheit durch den „zellen-basierten“ Demografiefaktor erfasst sei. Ein möglicher Zugewinn an Genauigkeit durch einen regressionsbasierten Ansatz musste dem damit verbundenen Anstieg an Komplexität und den höheren Aufwänden auf Landes- und Bundesebene gegenübergestellt werden. In dieser Abwägung entschied der G-BA, dass eine differenziertere Abbildung von Alter, Geschlecht und insbesondere Morbidität in einem zellenbasierten Ansatz einen angemessenen Zugewinn an Zielgenauigkeit in der Planung mit sich bringe. Auch die Gutachter stellten fest, dass ein großer Anteil von morbiditätsbedingten Leistungsbedarfsunterschieden bereits durch Alter und Geschlecht erklärt werden konnte. Mit Hinzunahme von Diagnose- und Abrechnungsdaten wird die lokale Morbidität präziser beschrieben; sie verbessert damit die Planungsgenauigkeit weiter.

2.2.1 Zielsetzung und grundsätzliche Funktion des Morbiditätsfaktors

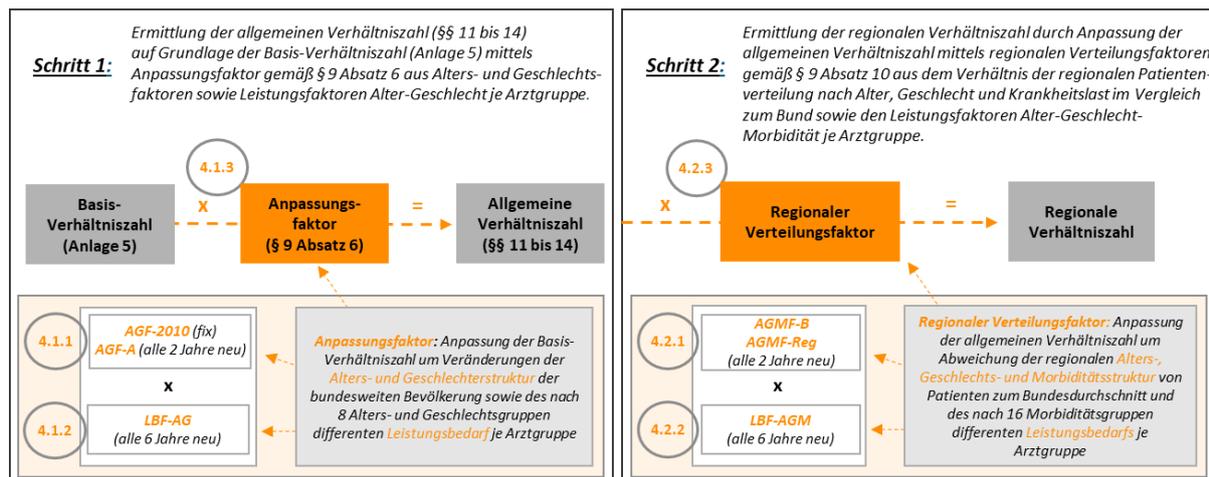
Zielsetzung des Morbiditätsfaktors ist es zum einen (analog zu dem bis zum Beschluss gültigen Demografiefaktor), eine Veränderung der Demografie im Zeitverlauf abzubilden und zum anderen Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auszugleichen. Er trägt damit der Annahme Rechnung, dass eine höhere Morbidität grundsätzlich auch mit einem höheren Bedarf an ambulanten Leistungen einhergeht. In Regionen mit einer im regionalen und zeitlichen Vergleich höheren Morbidität werden die allgemeinen Verhältniszahlen abgesenkt, so dass sich das für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderliche Ärzte-Soll erhöht. In Regionen mit einer im regionalen und zeitlichen Vergleich geringeren Morbidität werden dagegen vergleichsweise weniger Ärzte benötigt und die Verhältniszahlen entsprechend erhöht. Der Morbiditätsfaktor adressiert somit

in einem ersten Schritt Unterschiede in der Morbiditätsstruktur, die sich durch die Bevölkerungsentwicklung im Zeitverlauf ergeben (Stichwort: demografischer Wandel) und in einem zweiten Schritt regionale Unterschiede der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung.

Ein Vergleich der Morbidität auf der Grundlage von Diagnosen aus ambulanten Abrechnungsdaten im Zeitverlauf kann zu Verzerrungen und Verschiebungen führen, die in keinem oder geringem Zusammenhang mit der Veränderung der Morbidität stehen, sondern beispielsweise auf saisonale Schwankungen, Kodiereffekte, Veränderungen im ICD-10 Katalog, die Einführung von Kodierrichtlinien oder Veränderungen im Vergütungssystem (wie z. B. durch eine Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)) zurückzuführen sind. Daher sollte ein Vergleich der Morbidität anhand von ambulanten Diagnosen lediglich auf Grundlage desselben Zeitraums geschehen. Aus diesem Grund wählte der G-BA für den Morbiditätsfaktor ein zweistufiges Vorgehen, in dem regionale und zeitliche Veränderungen der Morbiditätsstruktur getrennt betrachtet werden.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die beiden Schritte zur Ermittlung des Morbiditätsfaktors:

Abbildung 1: Berechnungsschritte des Morbiditätsfaktors



Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie

Schritt 1

Im ersten Schritt werden aufgrund der Veränderung der Bevölkerungsstruktur (Alter und Geschlecht) und damit einhergehender veränderter Versorgungsbedarfe im Zeitverlauf die allgemeinen Verhältniszahlen bundesweit angepasst (siehe Abbildung 1). Zu diesem Zweck differenziert der G-BA in der BPL-RL einerseits zwischen den Basis-Verhältniszahlen (Basis-VHZ) und den allgemeinen Verhältniszahlen andererseits. Die Basis-Verhältniszahlen bilden das Versorgungsniveau zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung bzw. entsprechende allgemeine Anpassungen der Verhältniszahlen durch den G-BA ab. Diese sind mit ihrer Herleitung in Anlage 5 der BPL-RL veröffentlicht. Die bundesweiten allgemeinen Verhältniszahlen, die den veränderten Versorgungsbedarf durch Anpassung der Basis-Verhältniszahlen im Zeitverlauf abbilden, werden in den §§ 11 bis 14 BPL-RL veröffentlicht. Morbiditätsverschiebungen im Zeitverlauf werden somit nicht auf der Grundlage von Diagnosen, sondern anhand eindeutiger und exogener Kriterien (Alter und Geschlecht) vorgenommen. Dadurch ist gewährleistet, dass Morbiditätsunterschiede unverzerrt, wie bereits im Demografiefaktor in der zeitlichen, jedoch insbesondere in der regionalen Betrachtung differenzierter (nunmehr vier statt zwei Altersgruppen sowie Differenzierung nach Geschlecht) berücksichtigt werden können.

Erhebliche Anteile der Veränderung des Versorgungsbedarfs aufgrund von Morbiditätsveränderungen im Zeitverlauf werden so bereits über den ersten Schritt des Morbiditätsfaktors abgebildet.

Zur Anpassung der Basis-Verhältniszahlen im ersten Schritt wird die aktuelle bundesweite Verteilung der Bevölkerung in acht Alters- und Geschlechtsgruppen – gebildet aus vier Altersgruppen und zwei Geschlechtern – (aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren – kurz AGF-A) mit deren bundesweiter Verteilung zum Stichtag 31. Dezember 2010 auf diese acht Zellen (stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren – kurz AGF-2010) verglichen. So wird die Entwicklung der Bevölkerungsgruppen im Zeitverlauf abgebildet. Um zu bestimmen, welche arztgruppenspezifischen Veränderungen im Versorgungsbedarf damit verbunden sind, werden die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe der acht Teil-Populationen bezogen auf die jeweilige Arztgruppe bestimmt. Versorgungsbedarf meint hier Anteil am abgerechneten Leistungsvolumen der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe in der jeweiligen Arztgruppe. Praktisch umgesetzt wird dies durch die Alters- und Geschlechts-Leistungsbedarfsfaktoren (kurz LBF-AG), welche das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerungsgruppe im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe in den Abrechnungsdaten abbilden.

Aufgrund der mit der veränderten Bevölkerungsstruktur im Zeitablauf verbundenen veränderten Versorgungsbedarfe ergeben sich je Arztgruppe und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zusätzlich je Regionstyp neue bundesweite allgemeine Verhältniszahlen (Allg.-VHZ). Dieses Vorgehen entspricht dem der Kalkulation des bis dahin geltenden Demografiefaktors, differenziert dabei jedoch nach weiteren Altersgruppen und zusätzlich nach dem Geschlecht.

Schritt 2

Die regionale Betrachtung findet im zweiten Schritt statt (siehe Abbildung 1). Hier werden die allgemeinen Verhältniszahlen aufgrund von Unterschieden der regionalen Morbiditätsstruktur (Alter, Geschlecht und Morbidität anhand ambulanter Diagnosen) und damit einhergehender unterschiedlicher Versorgungsbedarfe im Vergleich zum Bundesdurchschnitt pro Planungsbereich und Arztgruppe modifiziert. Dabei wird die regionale Bevölkerungsstruktur mit dem Bundesdurchschnitt verglichen. Für die Feststellung der regionalen Versorgungsbedarfe wird neben dem Alter und dem Geschlecht nun auch der Morbiditätsgrad anhand von Diagnosen aus ambulanten Abrechnungsdaten einbezogen. Dabei wird für jeden Planungsbereich die aktuelle Verteilung der Patienten nach den vier Altersgruppen, zwei Geschlechtern sowie Personen mit erhöhter und nicht erhöhter Morbidität in 16 Morbiditätsgruppen (regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren – kurz AGMF-Reg) bestimmt und mit dem Bundesdurchschnitt der Verteilung auf diese 16 Zellen (bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren – kurz AGMF-B) verglichen. So kann abgebildet werden, ob die Bevölkerung in einem Planungsbereich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt älter oder jünger ist, einen höheren Anteil an Männern oder Frauen oder insgesamt eine höhere oder geringere Morbiditätslast aufweist.

2.2.2 Abgrenzung von erhöhter Morbidität

Bei der Abgrenzung der erhöht morbid von den nicht erhöht morbid Patienten folgte der G-BA Vorschlägen aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, das für die Berücksichtigung des Faktors „Multimorbidität“ die sogenannte Disease-Count-Methode zur Anwendung brachte. Im Ergebnis werden Patienten, die in den Abrechnungsdaten mindestens zwei Quartale (M2Q-Kriterium) eine bestimmte Zahl an Krankheiten überschreiten, im Gutachten als „multimorbide“ bzw. in der BPL-RL als „erhöht morbide“ betrachtet. Mit Blick auf

die dauerhafte Anwendung dieses Kriteriums wendet der G-BA dabei aber nicht die im Gutachten vorgeschlagene Liste nach Barnett et al. (2012)² an, sondern rekurrierte mit Blick auf die Rechtssicherheit auf die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes (BVA – nunmehr Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS)). 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. Für eine möglichst genaue regionale Bedarfsermittlung wird die in den einzelnen Alters- und Geschlechtergruppen differierende Krankheitslast herangezogen. Dazu wurden auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten des damals jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmal 2017) die Patienten nach vier Alters- und zwei Geschlechtsfaktoren sowie dem Morbiditätsgrad „erhöht morbide“/„nicht erhöht morbide“, in sechzehn Morbiditätsgruppen eingeteilt. Zur Identifikation der erhöht morbiden Patienten wurden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmal 2017) sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) in der Fassung vom 04.04.2017 [BGBl. I S. 778](#) für das maßgebliche Ausgleichsjahr (erstmal 2017) herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr mindestens 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 mindestens zwei Quartalen (sogenanntes "M2Q-Kriterium") kodiert wurde.³ Berücksichtigt werden weiterhin die 360 Krankheitsbezeichnungen der BAS-Liste (vormals BVA-Liste) KHA_AJ17_ICD16⁴. Die Diagnosen müssen gesichert sein. Um eine hohe Kongruenz mit der im Gutachten vorgeschlagenen Methodik nach Barnett et al. sicherzustellen, bei der etwa ein Drittel der Patienten als multimorbide erfasst wird, legte der G-BA den Grenzwert für die Zuordnung zur erhöht morbiden Population auf sechs Krankheitsgruppen fest. Die Differenzierung der Patienten nach erhöht morbider und nicht erhöht morbider Population erfolgte dabei ohne Berücksichtigung bestimmter Krankheiten oder Arztgruppen. Die erhöht morbide Population ist somit die gleiche, unabhängig davon, ob es um die Versorgung von z. B. hausärztlichen, augenärztlichen oder psychiatrischen Patienten geht.

2.2.3 Leistungsbedarfsfaktoren

Die „Übersetzung“ der Unterschiede im Versorgungsbedarf der unterschiedlichen 16 Teil-Populationen bezogen auf die jeweilige Arztgruppe erfolgt über den Leistungsbedarfsfaktor. Dieser bildet arztgruppenspezifisch differenziert nach Alter, Geschlecht und Morbidität das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Patienten im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe in den Abrechnungsdaten ab. Um sowohl die bundeseinheitlichen wie auch die regional spezifischen Leistungskataloge erfassen zu können, wird der Leistungsbedarf (zur Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren-AG sowie der Leistungsbedarfsfaktoren-AGM) in Euro

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

³ Es werden ausschließlich Patienten <= 124 Jahre berücksichtigt.

⁴ Die Krankheitsbezeichnungen mit der Kennung KNr_AJ2017 = 501, 502 und 503 wurden ausgeschlossen.

herangezogen.⁵ Regional festgelegte Gebührenordnungspositionen werden grundsätzlich in Euro, nicht jedoch in Punkten bemessen.

Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors anhand von Punktzahlen würde regionale Gebührenordnungspositionen außer Acht lassen, sodass die Ermittlung der durchschnittlichen bundesweiten Leistungsunterschiede zwischen den Teil-Populationen durch regionale Effekte arztgruppenspezifisch verzerrt werden könnte. Daher entschied sich der G-BA aus methodischen Gründen für die Ausweisung in Euro.

Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors anhand der benötigten Behandlungszeit würde die Planung von Arztkapazitäten womöglich besser abbilden. Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hatte dazu eine Mischform aus Prüf- und Kalkulationszeiten verwendet. Diese sind jedoch nicht für alle Positionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vorhanden und eignen sich somit nicht, die benötigte Behandlungszeit adäquat abzubilden. Eine Anwendung von Behandlungszeiten hat der G-BA aus diesem Grunde nicht vorgenommen; zudem finden die Prüf- und Kalkulationszeiten Eingang in die Punktbewertung der Leistungen.

2.2.4 Regionale Verteilungsfaktoren

Eine regionale Erfassung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in den Planungsbereichen hätte in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu erheblichen Aufwänden und Anpassungsbedarfen geführt. Weiterhin könnten bei der regionalen Erfassung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in den Planungsbereichen nur diejenigen Patienten erfasst werden, die von Ärzten aus der jeweiligen KV-Region versorgt wurden. Die Morbidität von Einwohnern der jeweiligen KV-Region, die durch Ärzte aus angrenzenden KV-Regionen versorgt werden, liegt in den Abrechnungsdaten der jeweiligen KV-Region hingegen nicht vor, sodass insbesondere mit Blick auf bestehende Mitversorgungseffekte regionale Verwerfungen in der erfassten Morbidität erwartbar gewesen wären. Der G-BA beschloss deshalb auf Basis vorliegender bundesweiter Abrechnungsdaten neben der bundesweiten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur auch die regionalen Verteilungsfaktoren, mit denen die allgemeinen Verhältniszahlen pro Planungsbereich und Arztgruppe angepasst werden. Darüber hinaus stellt der G-BA die regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Patienten pro Postleitzahl (PLZ) sowie die regionalen Verteilungsfaktoren je Arztgruppe pro PLZ zur Verfügung. Dadurch wird der regionalen Ebene die Möglichkeit gegeben, regionale Abweichungen insbesondere mit Blick auf die räumliche Abgrenzung der Planungsbereiche leichter umsetzen zu können. Diese werden in der Anlage 4 der BPL-RL veröffentlicht.

2.3 Ergebnisse der Wirkungsweise des Morbiditätsfaktors im zeitlichen Verlauf

2.3.1 Festlegung der allgemeinen Verhältniszahlen auf Grundlage des Morbiditätsfaktors

Im ersten Berechnungsschritt des Morbiditätsfaktors wird die Basis-Verhältniszahl an die Bevölkerungsentwicklung angepasst, woraus sich die allgemeine Verhältniszahl ableitet. Im Folgenden wird nun für die einzelnen Versorgungsebenen dargestellt, wie sich durch die Anpassung der Verhältniszahlen an die Bevölkerungsentwicklung das Soll-Versorgungsniveau sowie

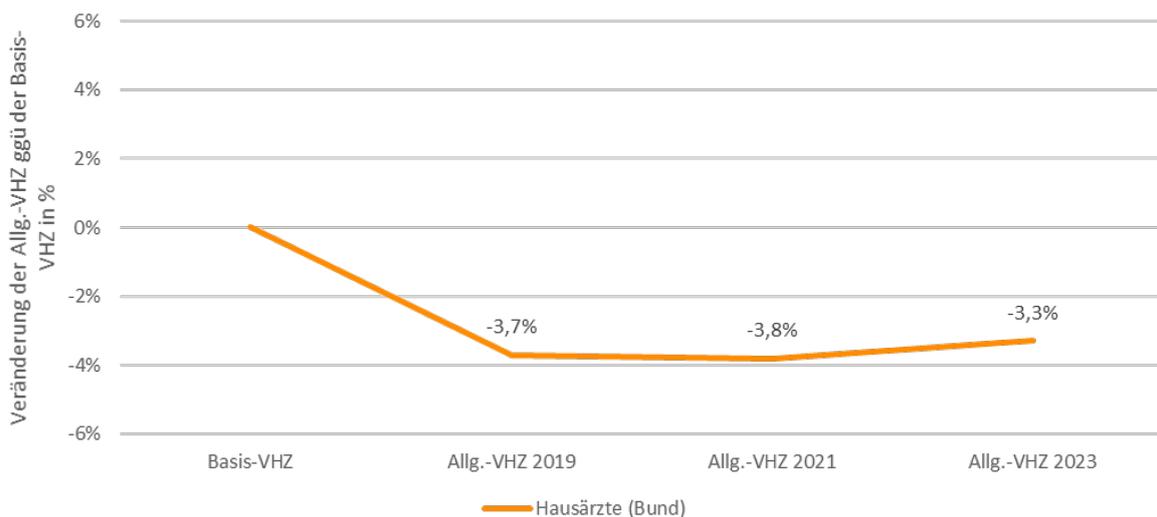
⁵ Die Leistungen des Kapitels 40 des EBM bilden Sachkosten ab. Da diese nur in mittelbarem Zusammenhang mit einem ärztlichen Behandlungsaufwand stehen, wurden (und werden) sie für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs im Sinne des Morbiditätsfaktors nicht herangezogen.

die Niederlassungsmöglichkeiten (NL-Mögl.) seit Einführung des Morbiditätsfaktors im Jahr 2019 verändern.

2.3.1.1 Hausärztliche Versorgung

Die Basis-Verhältniszahl für die hausärztliche Versorgung liegt bei 1.671 Einwohnern pro Arzt. Durch den ersten Berechnungsschritt des Morbiditätsfaktors zur Ermittlung der allgemeinen Verhältniszahl zeigt sich über den Zeitraum 2019 bis 2023 eine konstante Entwicklung (siehe Abbildung 2). So lag die allgemeine Verhältniszahl 2019 bei 1.609 und ist damit gegenüber der Basis-Verhältniszahl um 3,7 % gesunken. Im Jahr 2021 lag die allgemeine Verhältniszahl bei 1.607 und war damit im Vergleich zur Basis-Verhältniszahl etwa 3,8 % niedriger. 2023 stieg die allgemeine Verhältniszahl wieder auf 1.616, war damit 3,3 % niedriger als die Basis-Verhältniszahl. Die Anpassung der Basis-Verhältniszahl an die Bevölkerungsentwicklung hat bislang demnach dazu geführt, dass das Soll-Versorgungsniveau steigt.

Abbildung 2: Berechnungsschritt 1: Veränderung der allgemeinen VHZ gegenüber der Basis-VHZ (Hausärzte) 2019 bis 2023

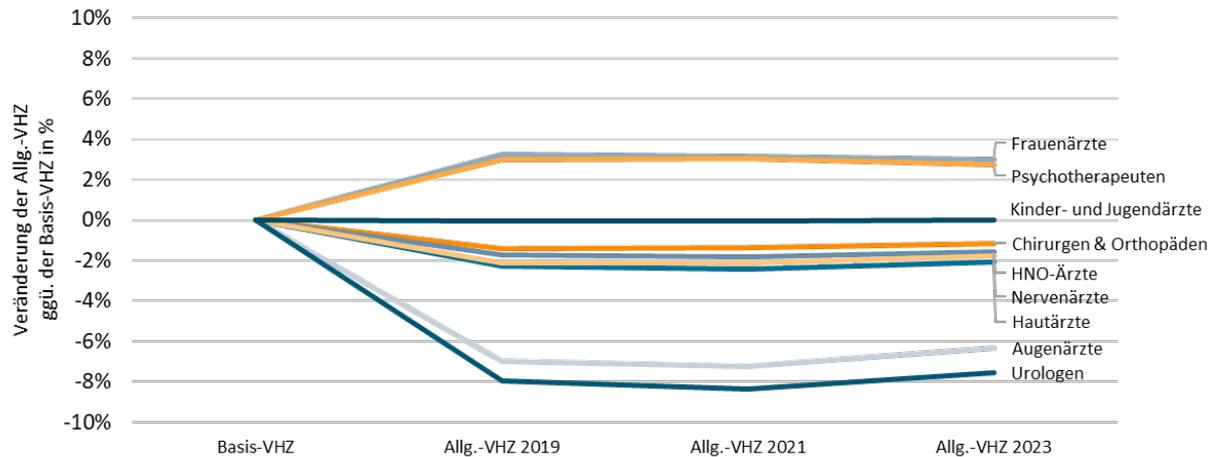


Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie und Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

2.3.1.2 Allgemeine fachärztliche Versorgung

Mit Blick auf die allgemeine fachärztliche Versorgung zeigen sich je nach Arztgruppe unterschiedliche Tendenzen (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Veränderung der allgemeinen Verhältniszahlen gegenüber den Basis-Verhältniszahlen (allgemeine fachärztliche Versorgung) 2019 bis 2023



Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie und Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Bei den **Frauenärzten** liegen die Basis-Verhältniszahlen zwischen 3.733 Einwohnerinnen pro Arzt im Kreisregionstyp 1 und 6.606 Einwohnerinnen pro Arzt im Kreisregionstyp 3. Gegenüber den Basis-Verhältniszahlen sind die allgemeinen Verhältniszahlen 3 % höher – sowohl in 2019, 2021 als auch 2023. Hier variierten die allgemeinen Verhältniszahlen zuletzt zwischen 3.844 Einwohnerinnen pro Arzt im Kreisregionstyp 1 und 6.560 Einwohnerinnen pro Arzt im Kreisregionstyp 3.

Gleiches zeigt sich für die **Psychotherapeuten**. Hier liegen die Basis-Verhältniszahlen zwischen 3.079 Einwohnern pro Arzt im Kreisregionstyp 1 und 6.200 Einwohnern pro Arzt im Kreisregionstyp 6 und die allgemeinen Verhältniszahlen lagen in den Jahren 2019, 2021 und 2023 3 % über den Basis-Verhältniszahlen. Im Jahr 2023 lagen die allgemeinen Verhältniszahlen zwischen 3.163 im Kreisregionstyp 1 und 6.370 im Kreisregionstyp 3. Anders als bei der hausärztlichen Versorgung oder den anderen Arztgruppen innerhalb der allgemeinen fachärztlichen Versorgung führt die Anpassung der Basis-Verhältniszahlen an die Bevölkerungsentwicklung bei den Frauenärzten und den Psychotherapeuten bislang dazu, dass das Soll-Versorgungsniveau sinkt bzw. weniger Ärzte je Einwohner in den Bedarfsplänen ausgewiesen werden.

In Bezug auf die **Kinder- und Jugendärzte** zeigt sich keine Veränderung durch die Anpassung der Basis-Verhältniszahlen an die Bevölkerungsentwicklung (siehe Abbildung 3). Die Basis-Verhältniszahlen für die Kinder- und Jugendärzte wurden zudem im Rahmen der Prüfung der Verhältniszahlen im Jahr 2019 u. a. mit der Begründung angepasst, dass das Mitversorgungskonzept bei der kinder- und jugendärztlichen Versorgung nur eingeschränkt gelte und es vielmehr, ähnlich der hausärztlichen Versorgung, eine wohnortnahe allgemeine kinderärztliche Grundversorgung brauche. Für die Kreisregionstypen 2 bis 6 wurde daher eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl eingeführt (2.863 Einwohner unter 18 Jahren je Arzt) und für den Kreisregionstyp 1 (stark mitversorgend) wurde die Verhältniszahl auf 2.044 Einwohner unter 18 Jahren je Arzt festgelegt. Nach Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung im Sinne des ersten Berechnungsschritts des Morbiditätsfaktors lagen die allgemeinen Verhältniszahlen für die Kinder- und Jugendärzte 2023 bei 2.043 im Kreistyp 1 und bei 2.862 in den Kreistypen 2 bis 6.

Für die übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zeigt sich, dass die Anpassung der Basis-Verhältniszahlen an die Bevölkerungsentwicklung dazu führt, dass die allgemeinen Verhältniszahlen sinken und somit das Soll-Versorgungsniveau steigt (siehe Abbildung 3). Bei den **Chirurgen und Orthopäden** liegen die Basis-Verhältniszahlen zwischen

9.202 im Kreisregionstyp 1 und 17.108 im Kreisregionstyp 3. In den Jahren 2019 und 2021 lagen die allgemeinen Verhältniszahlen 1,4 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahlen und im Jahr 2023 lagen die allgemeinen Verhältniszahlen 1,2 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahl.

Bei den **Hals-Nasen-Ohrenärzten** (HNO-Ärzten) liegen die Basis-Verhältniszahlen zwischen 17.675 im Kreisregionstyp 1 und 34.470 im Kreisregionstyp 3. Eine Anpassung an die demografische Entwicklung hatte 2019 eine Absenkung der Verhältniszahlen um 1,7 % zur Folge. Die allgemeinen Verhältniszahlen in 2021 lagen 1,8 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahlen und die allgemeinen Verhältniszahlen im Jahr 2023 lagen 1,6 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahlen (17.396 im Kreisregionstyp 1 bis 33.927 im Kreisregionstyp 3).

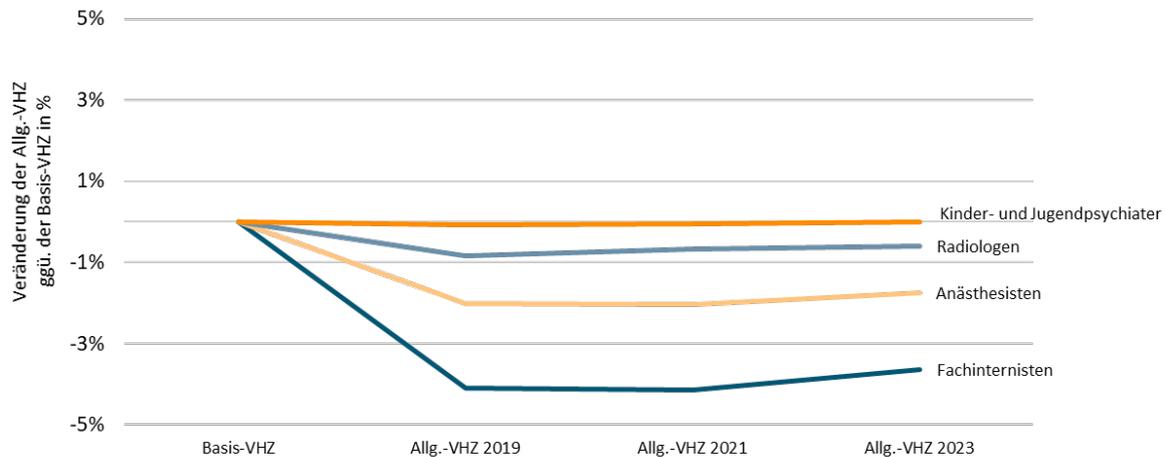
Die Basis-Verhältniszahlen der **Nervenärzte** liegen zwischen 13.745 im Kreisregionstyp 1 und 25.308 im Kreisregionstyp 3. Eine Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung hatte sowohl Jahr 2019 als auch 2021 eine Absenkung um 2,1 % zur Folge. Im Jahr 2023 lagen die allgemeinen Verhältniszahlen in dem Bereich von 13.502 Einwohnern pro Arzt im Kreisregionstyp 1 und 24.860 Einwohnern pro Arzt im Kreisregionstyp 3 und damit 1,8 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahlen. Bei den **Hautärzten** hatte die Anpassung der Basis-Verhältniszahlen an die Bevölkerungsentwicklung eine Absenkung der Verhältniszahlen um 2,3 % im Jahr 2019 und 2,4 % im Jahr 2021 zur Folge. Im Jahr 2023 lagen die allgemeinen Verhältniszahlen zwischen 21.252 Einwohnern pro Arzt im Kreistyp 1 und 41.931 Einwohnern pro Arzt im Kreistyp 3 und damit 2,1 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahlen, die bei den Hautärzten zwischen 21.703 Einwohnern pro Arzt im Kreistyp 1 und 42.820 Einwohnern pro Arzt im Kreistyp 3 liegen.

Am stärksten ist die Veränderung der Verhältniszahl nach Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung bei den **Augenärzten** und **Urologen** (siehe Abbildung 3). Die Basis-Verhältniszahlen der Augenärzte liegen zwischen 13.399 im Kreisregionstyp 1 und 24.729 im Kreisregionstyp 3. Die allgemeinen Verhältniszahlen lagen im Jahr 2019 7 % unter diesem Niveau und 2021 7,3 % darunter. Im Jahr 2023 lagen die allgemeinen Verhältniszahlen der Augenärzte mit 12.548 Einwohnern pro Arzt im Kreisregionstyp 1 bis zu 23.159 Einwohnern pro Arzt im Kreisregionstyp 3 6,4 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahlen. Bei den Urologen liegen die Basis-Verhältniszahlen zwischen 28.476 im Kreisregionstyp 1 und 52.845 im Kreisregionstyp 3. Nach Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung lagen die allgemeinen Verhältniszahlen 2019 8 % unter diesem Niveau und 2021 8,4 %. Im Jahr 2023 lagen sie bei 12.548 im Kreisregionstyp 1 und 23.159 im Kreisregionstyp 3 und damit 7,5 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahlen.

2.3.1.3 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung zeigt sich, dass die Anpassung der Basis-Verhältniszahl an die Bevölkerungsentwicklung in allen Jahren und bei allen Arztgruppen, außer den Kinder- und Jugendpsychiatern, zu einer Absenkung der Verhältniszahl bzw. einer Anhebung des Soll-Versorgungsniveaus geführt hat (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Veränderung der allgemeinen Verhältniszahlen gegenüber den Basis-Verhältniszahlen (spezialisierte fachärztliche Versorgung) 2019 bis 2023



Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie und Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Bei den **Radiologen** liegt die Basis-Verhältniszahl bei 49.059 Einwohnern je Arzt, wobei die allgemeine Verhältniszahl im Jahr 2019 0,8 % unter diesem Niveau lag, 2021 0,7 % darunter und 2023 mit 48.801 Einwohnern je Arzt 0,6 % darunter. Die Basis-Verhältniszahl der **Anästhesisten** beträgt 46.917 und die allgemeine Verhältniszahl lag 2019 bei 45.974 (-2,0 %), 2021 bei 45.966 (-2,0 %) und 2023 bei 46.093 Einwohnern je Arzt (-1,8 %). Bei den **Fachinternisten** war der Anstieg des Soll-Versorgungsniveaus in der Arztgruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung am stärksten. Hier liegt die Basis-Verhältniszahl bei 15.055 Einwohnern je Arzt und die allgemeine Verhältniszahl war 2019 und 2021 jeweils 4,1 % geringer und 2023 lag die allgemeine Verhältniszahl bei 14.507 Einwohnern je Arzt (-3,6 %). Die Basis-Verhältniszahl der Kinder- und Jugendpsychiater wurde im Jahr 2022 von 16.909 auf 15.218 herabgesetzt bzw. das Soll-Versorgungsniveau entsprechend um 10 % erhöht.

2.3.1.4 Gesonderte fachärztliche Versorgung

In der Gruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung hatte die Anpassung der Basis-Verhältniszahl an die Bevölkerungsentwicklung bei den **Humangenetikern** einen Anstieg der allgemeinen Verhältniszahl bzw. eine Abnahme des Soll-Versorgungsniveaus zur Folge (siehe Abbildung 5). Die Basis-Verhältniszahl liegt hier bei 551.258 Einwohnern je Arzt und die allgemeine Verhältniszahl weist für 2019 564.074 (+ 2,3 %), 2021 563.887 (+2,3 %) und 2023 562.623 Einwohner je Arzt (+ 2,1 %) auf.

Für die **Transfusionsmediziner** gilt eine Basis-Verhältniszahl von 1.202.229 Einwohnern je Arzt. Die allgemeine Verhältniszahl lag in den betrachteten Jahren niedriger und zwar in 2019 um 0,3 %, 2021 um 0,4 % und in 2023 mit 1.200.078 Einwohnern je Arzt 0,2 % um niedriger.

Für die **Laborärzte** gilt die Basis-Verhältniszahl von 92.728 Einwohnern pro Arzt. Die Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung hatte 2019 und 2021 eine Reduktion der Verhältniszahl um 0,7 % zur Folge. 2023 lag die allgemeine Verhältniszahl der Laborärzte bei 92.218 (-0,5 %).

Die Basis-Verhältniszahl der **Pathologen** beträgt 109.918 und die allgemeine Verhältniszahl lag sowohl 2019 als auch 2021 1,1 % darunter.

Im Jahr 2023 betrug die allgemeine Verhältniszahl 108.909 (-0,9 %). Die Basis-Verhältniszahl der **Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin** (PRM-Mediziner) liegt bei 155.038

Einwohnern je Arzt und die allgemeine Verhältniszahl lag 2023 bei 153.267 und damit 1,1 % niedriger.

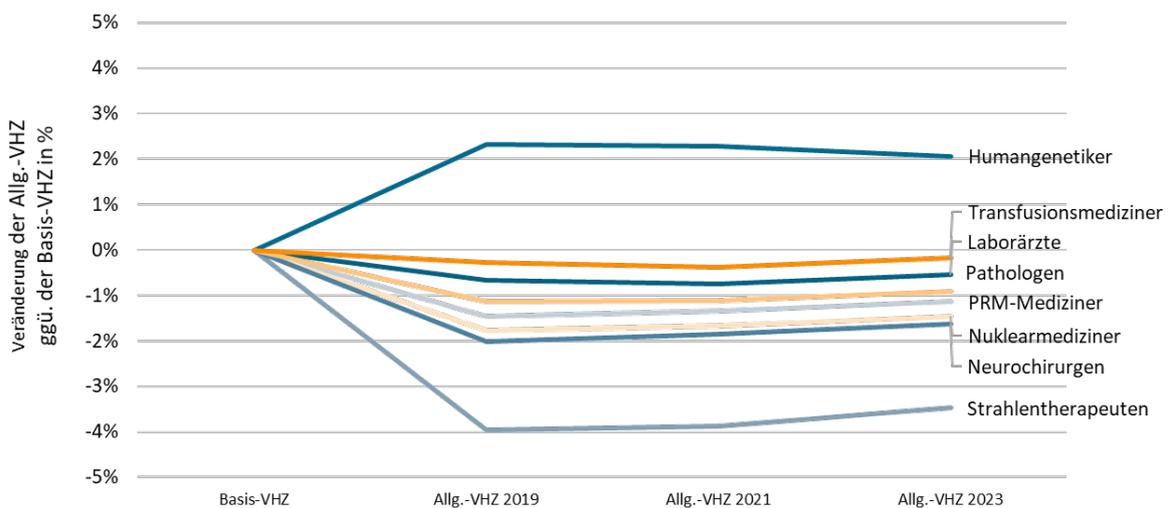
Für die **Nuklearmediziner** gilt eine Basis-Verhältniszahl von 107.698 Einwohnern je Arzt und die Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung hatte 2019 und 2021 eine Reduktion der Verhältniszahl um 1,8 % bzw. 1,7 % zur Folge. Im Jahr 2023 lag die allgemeine Verhältniszahl für die Nuklearmediziner bei 106.128 und damit 1,5 % unter dem Niveau der Basis-Verhältniszahl.

In der **Neurochirurgie** liegt die Basis-Verhältniszahl bei 146.552 Einwohnern je Arzt und die allgemeine Verhältniszahl lag 2019, 2021 und 2023 jeweils rund 2 % darunter, 2023 zuletzt bei 144.183 (-1,6 %).

Die Basis-Verhältniszahl der **Strahlentherapeuten** liegt bei 157.796 Einwohnern je Arzt.

Die Anpassung an die Bevölkerungsentwicklung hatte 2019 und 2021 eine Reduktion der Verhältniszahl um rund 4 % zur Folge. Im Jahr 2023 lag die allgemeine Verhältniszahl der Strahlentherapeuten bei 152.321 (-3,5 %).

Abbildung 5: Veränderung der allgemeinen Verhältniszahlen gegenüber den Basis-Verhältniszahlen (gesonderte fachärztliche Versorgung) 2019 bis 2023)



Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie und Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

2.3.1.5 Auswirkungen des Morbiditätsfaktors auf Niederlassungsmöglichkeiten

Um die Wirkung der einzelnen Berechnungsschritte bzw. hier des ersten Berechnungsschrittes nachvollziehen zu können, wurde anhand der Daten zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des vierten Quartals 2023 simuliert, wie die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten ausfallen würde, wenn diese – anstatt auf Basis der regionalen Verhältniszahlen – anhand der Basis-Verhältniszahl bzw. demgegenüber auch anhand der allgemeinen Verhältniszahl ermittelt werden würden.

Mit der letzten Aktualisierung des Morbiditätsfaktors im Jahr 2023 wird deutlich, dass die Bevölkerungsstruktur einen geringeren Anteil an Personen ab 75 Jahren als in den Vorjahren aufgewiesen hat, was auf einen Kohorten-Effekt hindeutet (Kriegsjahrgänge und Geburtenrate, pandemiebedingte Übersterblichkeit). Im Rahmen der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung der vergangenen Jahrzehnt stellt dies einen Sondereffekt dar. Bislang stieg der Anteil der Personen ab 75 Jahre und damit auch der morbiditätsbedingte Versorgungsbedarf kontinuierlich.

Die Anpassung der Basis-Verhältniszahl führt aus diesem Grund in Summe in allen Arztgruppen, außer den Frauenärzten, Humangenetikern und den Psychotherapeuten, zu einem Rückgang der Niederlassungsmöglichkeiten. Die relative Veränderung ist in Summe am stärksten in der Gruppe der Fachinternisten, Urologen, Neurochirurgen, Frauenärzten, Augenärzte, Psychotherapeuten und der Transfusionsmediziner (siehe Tabelle 1). Mit Blick auf die absoluten Zahlen in Summe verändert sich die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten am stärksten bei den Haus- und Augenärzten.

Tabelle 1: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten durch Berechnungsschritt 1 des Morbiditätsfaktors

Arztgruppe	NL-Mögl. vorher	NL-Mögl. nach Schritt 1	Zunahme NL-Mögl.	Abnahme NL-Mögl.	Gesamtveränderung	Veränderung in %
Anästhesisten	14,5	14	0	-0,5	-0,5	-3%
Augenärzte	131	112,5	0	-18,5	-18,5	-14%
Chirurgen und Orthopäden	2,5	2,5	0	0	0	0%
Fachinternisten	1,5	1	0	-0,5	-0,5	-33%
Frauenärzte	25,5	30	4,5	0	4,5	18%
Hausärzte	4.894,00	4.652,50	0	-241,5	-241,5	-5%
Hautärzte	93	91	0	-2	-2	-2%
HNO-Ärzte	68	66	0	-2	-2	-3%
Humangenetiker	0	0,5	0,5	0	0,5	
Kinder- und Jugendpsychiater	77	77	0	0	0	0%
Kinder- und Jugendärzte	138	138	0	0	0	0%
Laborärzte	6,5	6	0	-0,5	-0,5	-8%
Nervenärzte	171,5	165,5	0	-6	-6	-3%
Neurochirurgen	2,5	2	0	-0,5	-0,5	-20%
Nuklearmediziner	38,5	38	0	-0,5	-0,5	-1%
Pathologen	4	4	0	0	0	0%
PRM-Mediziner	93	92,5	0	-0,5	-0,5	-1%
Psychotherapeuten	75,5	85	9,5	0	9,5	13%
Radiologen	2	2	0	0	0	0%
Strahlentherapeuten	1	1	0	0	0	0%
Transfusionsmediziner	4,5	4	0	-0,5	-0,5	-11%
Urologen	16	12	0	-4	-4	-25%
Alle Arztgruppen	5.860,00	5.597,00	14,5	-277,5	-263	-4%

Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2021 und 2023

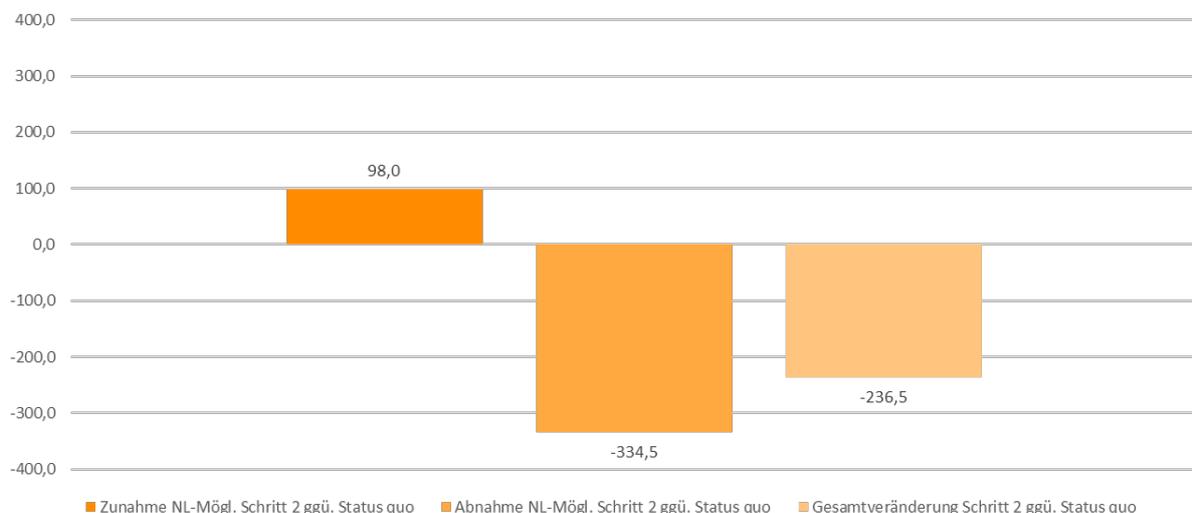
2.3.2 Veränderungen durch Anwendung regionaler Verhältniszahlen im Jahr 2021

Im zweiten Schritt erfolgt die Anpassung der allgemeinen Verhältniszahlen an die regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstrukturen (siehe Abbildung 1). Wie eingangs dargestellt, werden die allgemeinen Verhältniszahlen mittels des regionalen Verteilungsfaktors angepasst und ergeben so eine jeweilige regionale Verhältniszahl pro Planungsbereich, die der regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur Rechnung trägt. Regionale Verteilungsfaktoren größer eins führen dabei zu einer Erhöhung der Verhältniszahl bzw. einer Abnahme des

Versorgungsniveaus und regionale Verteilungsfaktoren kleiner eins zu einer Verringerung der Verhältniszahl bzw. einer Erhöhung des Versorgungsniveaus. Die regionalen Unterschiede variieren dabei zwischen den Arztgruppen (siehe Abbildung 7). Insbesondere bei den Augen-, Nerven und Hausärzten sowie den Strahlentherapeuten und den Urologen besteht eine große Spannweite hinsichtlich der regionalen Unterschiede. Unter Berücksichtigung des zweiten Berechnungsschritts zeigt sich, dass der Morbiditätsfaktor in Summe zumindest im Jahr 2021 mit dem bereits beschriebenen und besonderen Kohorteneffekt, zu einer Verringerung der Niederlassungsmöglichkeiten führt (siehe Abbildung 6). So entstehen einerseits insgesamt 98 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten, während in anderen Planungsbereichen andererseits insgesamt 334,5 Niederlassungsmöglichkeiten wegfallen, sobald die regionale Verhältniszahl verwendet bzw. der Morbiditätsfaktor vollständig angewendet wird. Durch den zweiten Berechnungsschritt verändert sich die Tendenz der Entwicklung der Niederlassungsmöglichkeiten somit nicht und auch mit Blick auf die absoluten Zahlen bestehen nur geringe Unterschiede.

- Gesamtveränderung der Niederlassungsmöglichkeiten nach Schritt 1: -263, siehe Tabelle 1
- Gesamtveränderung der Niederlassungsmöglichkeiten nach Schritt 2: -236,5, siehe Abbildung 6.

Abbildung 6: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten insgesamt



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2021

Anmerkung: Regionale Abweichungen beim Zuschnitt der Planungsbereiche werden berücksichtigt. Ermächtigte, abweichende Sperrgrenzen und Verhältniszahlen werden nicht berücksichtigt. HÄ Ruhrgebiet, KJPP: Basis-VHZ 2021 für Status Quo und Simulation als Grundlage verwendet.

In Bezug auf die **hausärztliche Versorgung** zeigt sich, dass die Anwendung des Morbiditätsfaktors in Summe zu einem Zuwachs von fünf Niederlassungsmöglichkeiten führt: so entstehen 188 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten, während jedoch in anderen Planungsbereichen 183 Niederlassungsmöglichkeiten wegfallen (siehe Anhang: Abbildung 29).

Bei der **allgemeinen fachärztlichen Versorgung** bleibt es auch nach der vollständigen Anwendung des Morbiditätsfaktors dabei, dass es in Summe bei den Frauenärzten und den Psychotherapeuten zu einer Zunahme der Niederlassungsmöglichkeiten kommt – anders als beim ersten Berechnungsschritt entsteht durch den zweiten Schritt aber auch für die Chirurgen und

Orthopäden in Summe eine Niederlassungsmöglichkeit (siehe Anhang: Abbildung 30). Bei den Frauenärzten entstehen 8,5 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten, während in anderen Planungsbereichen vier entfallen. Bei den Psychotherapeuten entstehen 28 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten und in anderen Planungsbereichen entfallen 22,5, wodurch in Summe 5,5 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten entstehen.

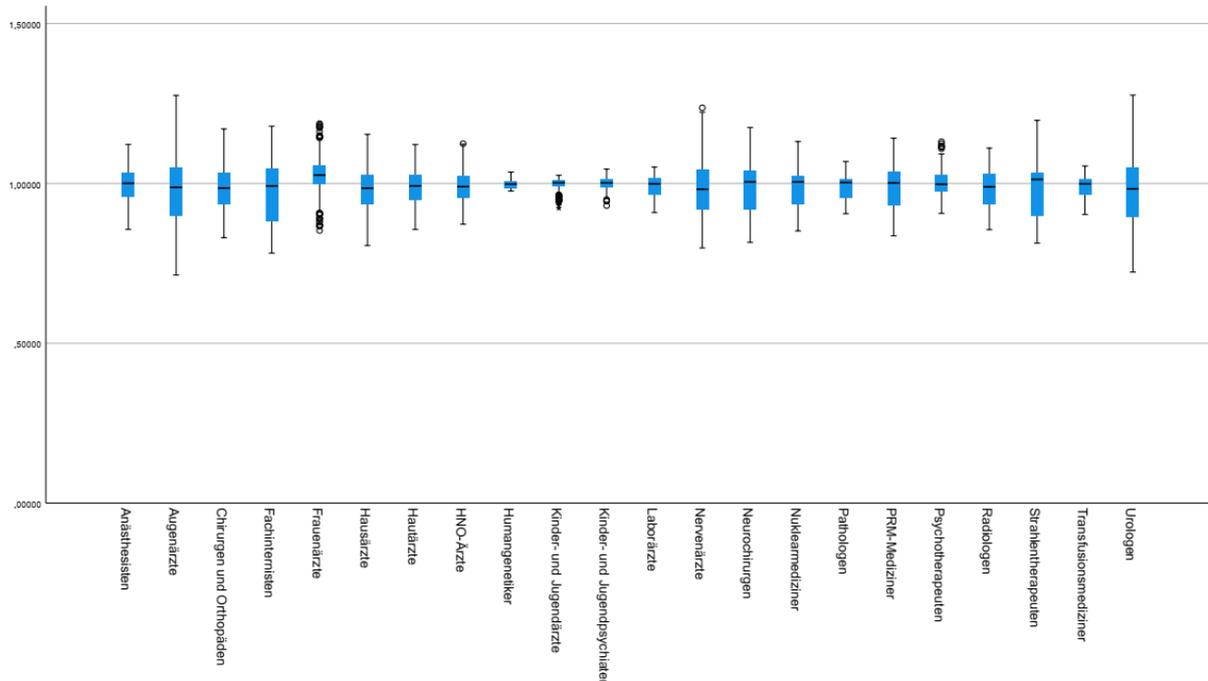
In den übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist der Rückgang der Niederlassungsmöglichkeiten in Summe am stärksten bei den Augenärzten mit 10,5: hier entstehen zwar 3,5 Zusätzliche, zugleich gibt es in anderen Planungsbereichen aber auch einen Rückgang um 14 Niederlassungsmöglichkeiten. Bei den Nervenärzten gibt es in Summe einen Rückgang um drei Niederlassungsmöglichkeiten (Zunahme: 8/ Abnahme: 11) und bei den Hautärzten um zwei Niederlassungsmöglichkeiten (Zunahme: 1,5/ Abnahme: 3,5). Bei den Urologen kommt es in Summe zu einem Rückgang um 1,5 Niederlassungsmöglichkeiten (Zunahme: 1,5/ Abnahme: 3). Ein Rückgang um insgesamt eine halbe Niederlassungsmöglichkeit hat der zweite Berechnungsschritt für die Gruppe der HNO- und der Kinder- und Jugendärzte zur Folge. Bei den HNO-Ärzten kommt dies durch eine Zunahme von 3,5 Niederlassungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Abnahme um vier Niederlassungsmöglichkeiten in anderen Planungsbereichen, bei den Kinder- und Jugendärzten liegt dahinter eine Zunahme um fünf Niederlassungsmöglichkeiten, bei einer Abnahme um 5,5 Niederlassungsmöglichkeiten.

Für die **spezialisierte fachärztliche Versorgung** zeigen sich bei den Radiologen keine Veränderungen der Niederlassungsmöglichkeiten durch die vollständige Anwendung des Morbiditätsfaktors (siehe Anhang: Abbildung 31). Bei den Anästhesisten kommt es zu einer Abnahme um eine halbe Niederlassungsmöglichkeit und bei den Fachinternisten entsteht zwar in einem Planungsbereich eine halbe Niederlassungsmöglichkeit, während jedoch in einem anderen Planungsbereich eine halbe Niederlassungsmöglichkeit entfällt, weshalb in Summe keine weiteren Niederlassungsmöglichkeiten entstehen. Für die Kinder- und Jugendpsychiater ergeben sich durch den zweiten Berechnungsschritt in Summe 1,5 Niederlassungsmöglichkeiten (Zunahme: 2,5/ Abnahme: 1).

Damit unterscheiden sich die Werte für die spezialisierte fachärztliche Versorgung zwischen Berechnungsschritt 1 und 2 nur unwesentlich.

In der **gesonderten fachärztlichen Versorgung** entstehen in Summe für keine der Arztgruppen zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors (siehe Anhang: Abbildung 32). Hier zeigt sich in Summe mit 1,5 Niederlassungsmöglichkeiten der stärkste Rückgang bei den Nuklearmedizinern (Zunahme: 0,5/ Abnahme: 2), gefolgt von den Laborärzten (Zunahme: 0,5 / Abnahme: 1,5) und den Pathologen (Zunahme: 0/ Abnahme: 1) mit jeweils einer Abnahme um eine Niederlassungsmöglichkeit. Bei den Transfusionsmedizinern kommt es zu einem Rückgang um eine halbe Niederlassungsmöglichkeit (Zunahme: 0/ Abnahme: 0,5) und bei den Neurochirurgen gleicht sich die Entwicklung aus durch eine Zunahme sowie eine Abnahme um jeweils eine Niederlassungsmöglichkeit.

Abbildung 7: Unterschiede in den Abweichungen der regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur zum Bundesdurchschnitt & des Leistungsbedarfs



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2021

Anmerkung: Regionale Abweichungen beim Zuschnitt der Planungsbereiche werden berücksichtigt. Ermächtigte, abweichende Sperrgrenzen und Verhältniszahlen werden nicht berücksichtigt. HÄ Ruhrgebiet, KJPP: Basis-VHZ 2021 für Status Quo und Simulation als Grundlage verwendet.

2.3.3 Bewertung

Der Morbiditätsfaktor wirkt in seinem Mechanismus grundsätzlich so, wie beabsichtigt. Es zeigt sich, dass der erste Schritt des Morbiditätsfaktors entscheidend für die Berücksichtigung der demografischen Veränderung in der Bevölkerung in der Bedarfsplanung ist. Grundsätzlich ist der zweite Schritt nicht mit einer Niveauveränderung hinsichtlich der benötigten ärztlichen Kapazitäten verbunden. Es handelt sich lediglich um eine Umverteilung zwischen unterschiedlichen Regionen im Zuge des Ausgleichs regionaler Morbiditätsunterschiede.

Ein Umstand, der im Hinblick auf den Morbiditätsfaktor methodisch nicht zu beanstanden ist, der sich allerdings aus dem gelebten Zulassungsrecht ergibt, ist die Tatsache, dass der rechnerische Ausgleich zwischen Zuwächsen und Rückgängen praktisch nicht stattfindet. Da es faktisch nicht zu einem Abbau überzähliger Arztsitze kommt, werden abseits des Rechenmodells in der Realität lediglich die errechneten Zuwächse realisiert. Damit führt der zweite Schritt des Morbiditätsfaktors zu einem geringen, aber vorhandenem Niveaueffekt, der mit dem Morbiditätsfaktor nicht intendiert ist. Derzeit sieht der Gemeinsame Bundesausschuss angesichts der geringen Effekte jedoch weder eine zwingende Notwendigkeit noch eine geeignete methodische Möglichkeit, die Berechnung des Morbiditätsfaktors so anzupassen, dass dieser unbeabsichtigte Effekt vermieden wird.

2.4 Evaluation der methodischen Grundlagen

2.4.1 Erfassung von Morbidität

Eine allgemeine Herausforderung ist es Morbidität und ihre Auswirkung auf den Versorgungsbedarf möglichst realitätsnah in einem Modell abzubilden und dieses Modell in die Bedarfsplanung zu übertragen.

Fragen, die der G-BA im Rahmen der Evaluation in diesem Zusammenhang betrachtet hat, waren insbesondere:

- Wirkt der Diagnosebezug auf die Gruppe der Hausärzte zu stark, weil sie die Arztgruppe ist, die mit Abstand die meisten Diagnosen führt?
- Ist die Definition erhöht morbider Patienten sachgerecht?
- Wie kann verhindert werden, dass bestehende Über- und Unterversorgungssituationen zu Verzerrungen führen, da sowohl Leistungsbedarfe als auch Diagnosen eine kodierte Inanspruchnahme darstellen und damit maßgeblich von der bestehenden Angebotsstruktur abhängen?
- Welche zusätzlichen Erklärungsbeitrag würde es mit welchem Mehraufwand und welchen zusätzlichen Unsicherheiten liefern, statt der „globalen“ Morbidität eine arztgruppenspezifische Morbidität zu ermitteln?

Trotz einer Berücksichtigung dieser Fragen konnten sie nicht umfassend Eingang in die Modellentwicklung finden. Der Auftrag an den G-BA ist, im Rahmen der BPL-RL Modelle zu finden, die nachvollziehbar sind, stabile Ergebnisse produzieren und bei einem vertretbaren bürokratischen Aufwand, ein bestmögliches Resultat zu der Abschätzung liefern, inwiefern Veränderungen in der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung Veränderungen in der vertragsärztlichen Angebotsstruktur erfordern. Daher wurden die globalen Fragestellungen für die weitere Prüfung im Hinblick auf ihre methodische Umsetzbarkeit angepasst.

So wurde im Rahmen dieser Evaluation geprüft, ob es inzwischen bessere Verfahren zur Messung von Multimorbidität gibt. Der Morbiditätsfaktor in der gegenwärtigen konzeptionellen Ausgestaltung orientiert sich stark an dem Konzept von Barnett et al (2012)⁶. Dazu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, in deren Rahmen auch die Veröffentlichung von Nicholson et al (2019)⁷ Berücksichtigung fand. Diese Metastudie enthält eine Übersicht über die bisherige Multimorbiditätsliteratur, in der Maßgruppen aufgeführt wurden. Fazit der Autoren ist, dass eine Vielfalt von vorhandenen Maßen mit unterschiedlichen Herangehensweisen existiert. Folglich gäbe es auch weiterhin nicht einen Standard zur Messung von Morbidität. Der Einsatz von den Instrumenten der unterschiedlichen Forschungsstudien sei immer abhängig von der Fragestellung und den verfügbaren Daten. Aus diesem Grund hat sich der G-BA entschieden, am Grundkonzept der Messung von Multimorbidität keine Änderungen vorzunehmen.

Mit Blick auf die Datengrundlage wurde im Rahmen der Evaluation jedoch die Umstellung beschlossen. So war die Erfassung der Morbidität im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bis zum Ausgleichsjahr 2020 auf ungefähr ein Viertel der möglichen ICD-Diagnosen beschränkt. Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG) vom 22. März 2020 (BGBl. I 2020, S.

⁶ a.a.O

⁷ Nicholson K, Almirall J, Fortin M. The measurement of multimorbidity. *Health Psychol.* 2019 Sep;38(9):783-790. doi: 10.1037/hea0000739. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31021126

604) wurde das Ausgleichsverfahren im Jahr 2020 umfassend reformiert. Die Reform umfasste u. a. den Wegfall der vorgelagerten Krankheitsauswahl. Das sogenannte Vollmodell berücksichtigt nunmehr das gesamte Krankheitsspektrum. Die Umstellung auf das Vollmodell hat der G-BA im Jahr 2023 bereits bei der Aktualisierung der Datengrundlagen des Morbiditätsfaktor auf Basis der BAS-Liste KHA_AJ17 übernommen. Im Zuge der nächsten Aktualisierung des Morbiditätsfaktor soll nun jedoch eine Umstellung auf die BAS-Liste für das Ausgleichsjahr 2023 erfolgen. Änderungen am ICD-10- Katalog könnten so für den Betrachtungszeitraum 2021 bis einschl. 2023 der Abrechnungsdatenauswertung berücksichtigt werden, EBM-Änderungen werden durch den Leistungsbedarf in Euro ohnehin immer mitgeführt. Eine Analyse, wie sich im Zuge der Umstellung die bundesweit erhobenen Alters-/Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren ändern, wird derzeit berechnet. Erste Analysen zeigen, dass der Zielwert von 30 Prozent erhöht morbiditer Patienten, welcher aus dem Großgutachten zur Reform der Bedarfsplanung 2019 hervorgeht, weiterhin mit der bisher verwendeten Abgrenzung von erhöhter Morbidität erreicht werden wird (siehe Kapitel 2.2).

2.4.2 Selektivverträge

Große Selektivverträge führen in einigen Regionen dazu, dass die zur Berechnung des Morbiditätsfaktors verfügbaren Abrechnungsdaten unvollständig sind. Wie groß das hiermit verbundene methodische Problem ist und welche Korrekturmöglichkeiten es gäbe, wurde im Rahmen der Evaluation ausführlich geprüft und diskutiert. Bei der Berechnung der regionalen Ausgleichsfaktoren ist es zudem möglich regionalspezifisch von den Berechnungen des Morbiditätsfaktors abzuweichen. Entscheidend für den Einfluss von Selektivvertragsdaten auf den Morbiditätsfaktor wäre die Fragestellung, ob die Morbidität innerhalb der Selektivvertragskollektive signifikant von der Morbidität in der allgemeinen Regelversorgung abweicht. Diese Frage könnte jedoch ausschließlich durch die Verwendung von Selektivvertragsdaten beantwortet werden, die für die Berechnung des Morbiditätsfaktors nicht zur Verfügung stehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht in dieser Frage derzeit weder einen Korrekturbedarf noch ein belastbares methodisches Konzept.

2.4.3 Aktualisierung und methodische Anpassungen

Die regionalen und zeitlichen Verschiebungen im Versorgungsbedarf sollen einen möglichst aktuellen Stand abbilden. Für die Veränderung im Zeitverlauf bedeutet dies, dass die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (Schritt 1) und die aktuellen Alters- und Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (Schritt 2) an ein aktuelleres Betrachtungsjahr anzupassen sind. Analog müssen die regionalen Verteilungsfaktoren auf das gleiche Betrachtungsjahr angepasst werden, um die aktuellen regionalen Verschiebungen zu berücksichtigen. Da auch gemäß dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung eine Änderung der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Planungsbereiche nur langsam erfolgt, sah der G-BA von einer jährlichen Anpassung der aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren, der Alters- und Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren sowie der regionalen Verteilungsfaktoren ab und plante stattdessen eine Aktualisierung alle zwei Jahre. Ebenso ist regelhaft eine Anpassung der Leistungsbedarfsfaktoren vorzunehmen, um Verschiebungen in der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Populationen bezogen auf die einzelnen Arztgruppen abzubilden. Allerdings ging der G-BA hier von längeren Veränderungszyklen aus, sodass eine Anpassung alle sechs Jahre als ausreichend angesehen wurde.

2.4.4 Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren

Bereits das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung aus dem Jahr 2018 hatte untersucht, ob es eine zuverlässige methodische Möglichkeit geben könnte, medizinische Versorgungsbedarfe der Bevölkerung anhand exogener Daten besser zu schätzen, als dies mit Daten möglich ist, die aus dem aktuellen Versorgungssystem stammen und damit indirekt bereits Strukturunterschiede beinhalten. Beispielsweise beinhalten Arztzahlen sowohl Angaben aus normalversorgten, übertersorgten und unterversorgten Gebieten. Die Zahl der Ärzte in einem unter- oder übertersorgten Gebiet als Normwert festzulegen, würde die Versorgungssituation fälschlicherweise als bedarfsgerecht bewerten und damit die Unter- oder Übertersorgung perpetuieren. Gleiches gilt für die Berücksichtigung von Abrechnungsdaten. Auch die abgerechneten Leistungen oder die kodierten Diagnosen werden maßgeblich von dem bestehenden Versorgungsangebot beeinflusst und spiegeln damit eher einen Zustand als den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung wider. Alter und Geschlecht stellen dagegen exogene Variablen aus der Bevölkerungsstatistik dar, die weitestgehend unabhängig von dem bestehenden ambulanten Versorgungsangebot sind. Sozioökonomische Faktoren haben ebenfalls den Vorteil, dass sie nicht abhängig und beeinflusst vom bestehenden Versorgungsangebot sind. Sie stellen damit ähnlich, wie Alters- und Geschlechtsgruppen theoretisch robuste Bedarfsindikatoren dar.

Die Hinzunahme von sozioökonomischen Faktoren kann grundsätzlich geeignet sein, um den ambulanten Behandlungsbedarf der Bevölkerung besser zu schätzen und Unterschiede in der Inanspruchnahme zu erklären. Ob ihre Berücksichtigung in einigen Bereichen den Versorgungsbedarf präziser abzubilden vermag als Alter und Geschlecht allein, wäre durch eine Faktorenanalyse zu prüfen. Die Geburtenrate von Frauen ist in ländlichen Regionen beispielsweise signifikant höher als die Geburtenrate in Großstädten⁸. Daher wäre es im Sinne einer bedarfsgerechten Angebotsplanung naheliegend in den ländlichen Regionen einen höheren Bedarf an Frauenärzten auszuweisen als in den Städten. Allerdings gestaltet sich die Geburtenrate auch in ländlichen Regionen sehr heterogen und schwankt im Zeitablauf. Gleichzeitig entfällt auf die Betreuung Schwangerer nur ein kleiner Teil des ärztlichen Leistungsspektrums und eine Geburt stellt für die vergleichsweise wenigen Frauen im gebärfähigen Alter, die in ländlichen Regionen leben, trotz der etwas höheren Geburtenrate ein vergleichsweise seltenes Ereignis dar. Für die Bedarfsplanung ist darüber hinaus entscheidend, dass städtische Regionen Mitversorgungsbeziehungen für die sie umgebenden Regionen übernehmen und damit auch den Frauen in ländlichen Geburten einen Zugang zur Schwangerenbetreuung anbieten, die auf dem Land aufgrund der geringen Besiedlungsdichte wirtschaftlich nicht tragfähig wäre. Die Geburtenrate stellt darauf ab, wo das Kind geboren wurde. Hier ist der Ort der Geburtsstation entscheidend. Dieser sagt nichts darüber aus, wo die Schwangere vor der Geburt ärztlich oder durch andere Leistungserbringer betreut wurde. Im Hinblick auf sozioökonomische Faktoren stellen sich Zusammenhänge bei näherer Betrachtung oft als weniger eindeutig heraus, als auf den ersten Blick gedacht.

Um den sozioökonomischen Status abzubilden, könnten generell Faktoren wie Einkommen, Bildungsstand oder Arbeitslosigkeit und die Kombination verschiedener Faktoren verwendet werden. Allerdings bergen Deprivationsindizes die Schwierigkeit, den spezifischen Einfluss der ausgewählten Variablen auf den Versorgungsbedarf zu ermitteln. Indizes können den Einfluss einzelner Faktoren verschleiern und verzerren. Ihre Aussagekraft ist immer auch abhängig von der Validität der methodischen Annahmen, insbesondere was die Festlegung eines „Umsteigers“ von Beobachtung zu Bedarf an ambulanten Arztkapazitäten betrifft - und der gewählten

⁸ Statistics | Eurostat (europa.eu)

Gewichtung. Sie sind damit als Grundlage für rechtssichere Entscheidungen nur bedingt geeignet.

Dies zeigte sich auch bei der Befassung des Unterausschusses Bedarfsplanung mit dem Projekt „BURDEN 2020 - Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen. Grundlagen einer umfassenden Planung im Gesundheitswesen“, das im Rahmen des Innovationsfonds gefördert wurde. Der Innovationsausschuss hatte dem Unterausschuss Bedarfsplanung die Ergebnisse dieses Projektes im März 2023 zur Information im Hinblick auf die räumliche Verteilung von Krankheitslast übermittelt.

Das Projekt hat eine nationale Krankheitslaststudie für Deutschland auf der Grundlage einer Vielzahl von Datenquellen pilotiert. Als Datengrundlagen dienten insbesondere Befragungsdaten der Robert-Koch-Institut (RKI), Abrechnungsdaten der AOK, die Todesursachenstatistik, die Straßenverkehrsunfallstatistik sowie bereits vorliegende Studien zur Konzentration von Feinstaub und Verkehrslärm. Die Studienergebnisse stehen der Öffentlichkeit zur Verfügung und können in einem interaktiven Informationssystem über die Internetseite des RKI abgerufen werden (www.daly.rki.de). Gezeigt werden können die durch Tod verlorenen Lebensjahre (YLL) für 131 Todesursachen, die durch gesundheitliche Einschränkungen verlorenen Lebensjahre (YLD) und die Krankheitslast insgesamt (DALY).

Im Laufe der Beratungen zeigte sich, dass das methodisch gut aufgebaute Projekt zwar einen wertvollen Beitrag zur Steigerung der Transparenz über die Krankheitslast in Deutschland leistet und für den Bereich Public Health, viele interessante Erkenntnisse zu Tage fördert. Allerdings zeigte sich auch, dass die Erkenntnisse für eine zielgenauere Planung im bundesweiten Rahmen nicht geeignet sind. Insbesondere lässt die im Projekt untersuchte Krankheitslast keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsbedarf zu. So ist beispielsweise Diabetes eine Erkrankung, deren Behandlung nicht durch eine, sondern typischerweise durch mehrere ärztliche Fachdisziplinen erfolgt. Daneben steht die erhöhte Prävalenz einer Erkrankung wie z. B. Asthma nicht zwangsläufig in einem kausalen Zusammenhang mit einem ungedeckten ambulanten ärztlichen Versorgungsbedarf. Daneben lieferten einzelne in dem Projekt herangezogene Indikatoren widersprüchliche Ergebnisse. In der Gesamtbetrachtung kam der Unterausschuss Bedarfsplanung zu der Einschätzung, dass die Berücksichtigung der im Projekt ermittelten Krankheitslast keinen unmittelbaren Mehrwert für die Bedarfsplanung bietet, die die Morbiditätsentwicklung und die Unterschiede in der regionalen Morbiditätslast bereits abbildet. Vor allem bleibt die zentrale Frage offen, wie sich eine gemessene Krankheitslast in der Bevölkerung in benötigte Arztkapazitäten nach Köpfen für einzelne bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppen „übersetzen“ lässt. Insofern stellen die gewonnenen Erkenntnisse wertvolle zusätzliche Informationen dar, die in regionale Planungsentscheidungen einbezogen werden können, sind für die Berücksichtigung im Rahmen einer bundeseinheitlichen Planungsgrundlage jedoch nicht geeignet.

Daneben bestehen nach wie vor gravierende Limitationen in der Datengrundlage, die auch das Projekt BURDEN einräumen musste. Sozioökonomische Faktoren und Daten zur Expositionserfassung diverser Risikofaktoren liegen für Deutschland oft nicht oder lediglich als aggregierte Daten vor. Damit ist nur ein grober Bezug der Faktoren auf einzelne und arztgruppenspezifische Versorgungsbedarfe möglich. Dies geht nach wie vor mit dem Risiko von ökologischen Fehlschlüssen einher.⁹ Der gesetzliche Auftrag, sozioökonomische Faktoren zu berück-

⁹ Vgl. Sundmacher (Konsortialführung) et al, Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2018

sichtigen, zielt aber gerade darauf ab, kleinräumige Unterschiede, bspw. auf Ebene von Stadtbezirken, aufzuzeigen. Bundesweit müssten dazu Daten in der entsprechenden räumlichen Granularität vorliegen, was auch in absehbarer Zeit nicht erwartbar ist.

2.5 Limitationen

Mit Einführung des Morbiditätsfaktors in die Bedarfsplanung wurde ein gesetzlicher Auftrag umgesetzt. Der bis dato geltende Demografiefaktor wurde abgelöst. Wichtige Impulse aus dem vorgeschalteten Großgutachten zur Bedarfsplanung wurden aufgegriffen. Regionale Unterschiede mit Blick auf den lokalen Bedarf, die im bundesweiten Maßstab durchaus existieren, werden fortan adressiert und auf Grundlage von lokalindividuellen Verhältniszahlen werden Bedarfe im kleinräumigen Maßstab deutlich zielgenauer ausgewiesen. Die Ergebnisse über die Jahre zeigen, dass der Morbiditätsfaktor die Zielstellung des G-BA und des Gesetzgebers erfüllt. Insgesamt führt er zu einem moderaten Wachstum an Niederlassungsmöglichkeiten bei den Arztgruppen, deren Inanspruchnahme mit zunehmender Alterung der Patienten, insbesondere bedingt durch die demografische Entwicklung mit ihren regionalen Variationen, ansteigt. Etwas deutlicher fällt der Effekt steigender Sollzahlen bei den Augenärzten und Urologen aus, deren Inanspruchnahme im Zuge der demografischen Entwicklung deutlicher steigt. Umgekehrt verhält es sich bei den Frauenärzten und Psychotherapeuten. Der Morbiditätsfaktor ist aber konzeptionell so ausgestaltet, dass dieser Effekt sich durchaus umkehren kann, sofern auch in diesen Gruppen der Anteil der behandelten älteren Patienten steigt. Zur Messung der Morbidität werden Abrechnungsdaten herangezogen. Die Schwächen dieser Herangehensweise sind bereits mit Einführung des Faktors diskutiert worden. So werden bspw. nur die dokumentierten Krankheiten erfasst und ein Bias durch Kodiereffekte kann nicht ausgeschlossen werden. So vermag die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in vergleichsweise gut versorgten Gebieten höher zu sein, während in vergleichsweise schlechter versorgten Gebieten ein verdeckter Bedarf nicht ausgeschlossen werden kann. Auch die Teilnahme von Patienten in der selektiven Versorgung kann zu Verzerrungen bei der Messung von Morbidität führen, da diese Daten weiterhin nicht verfügbar sind. Inzwischen gibt es viele neue Forschungsansätze zur Messung von Morbidität (bspw. Pop-Group der TU Berlin), die stärker auf den Kostenfaktor fokussieren oder andere Methoden, die auch die Inanspruchnahme stationärer Leistungen oder Arzneimittelkosten berücksichtigen, anwenden. Die Übertragbarkeit auf die Planung ambulanter Versorgungsstrukturen scheint hier allerdings nur eingeschränkt gegeben oder im Ergebnis dem Morbiditätsfaktor nicht überlegen zu sein.

Eine weitere Schwäche in der konzeptionellen Ausgestaltung des Morbiditätsfaktors liegt darin, dass die Einstufung der Patienten zur Gruppe der multimorbiden Patienten nicht arztgruppenindividuell geschieht. Auch hier existieren bislang keine Lösungsansätze, denn es ergeben sich einerseits Schwierigkeiten bei der Zuordnung multimorbider Patienten mit ganz unterschiedlichem Krankheitsspektrum zu entsprechenden Arztgruppen. Selbst wenn patientenbezogen nur eine Diagnose vorliegen würde, bspw. bei einem Diabetiker, müsste auch da festgelegt werden, zu welcher Arztgruppe dieser Patient zugeordnet wird.

Der G-BA hat sich selbst (im Rahmen einer solchen Evaluation) den Auftrag gegeben, weiterhin Forschungen zum Thema Messung von Multimorbidität im Blick zu behalten und ggf. deren Anwendbarkeit in der Bedarfsplanung zu überprüfen. Daran sollte weiterhin festgehalten werden. Die Ergebnisse dieses Berichts zeigen auch, dass nach Anpassung der Bedarfe (Schritt 1) die Verteilung in die Regionen (Schritt 2) nicht zu Änderungen am Gesamtsoll führt. Da aber die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten direkt vom Niveau der lokalen Versorgungslage abhängt, ergeben sich durch Anwendung des Schritts 2 Verteilungseffekte, aber nicht notwendigerweise zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten oder ein realer Rückgang von Zulassungen.

Die Datenbasis des Morbiditätsfaktors wurde seit seiner Einführung stetig aktualisiert. An den in der Richtlinie vorgegebenen Zyklen sollte festgehalten werden. Weiterhin erfolgte im Zuge der grundlegenden Reform des Risikostrukturausgleichs eine Umstellung auf ein Vollmodell durch Berücksichtigung aller Krankheiten. Diese Änderung wurde bereits in die konzeptionelle Ausgestaltung des Morbiditätsfaktors übernommen. Die Datenbasis hat sich in diesem Zuge verbessert. Weiterhin ist der Wechsel auf das Ausgleichsjahr 2023 (derzeit 2017) geplant, im Zuge dessen auch neue ICD-10 Schlüssel bei der Erfassung multimorbider Patienten Berücksichtigung finden werden.

3 Verhältniszahlanpassungen und Quotenregelungen

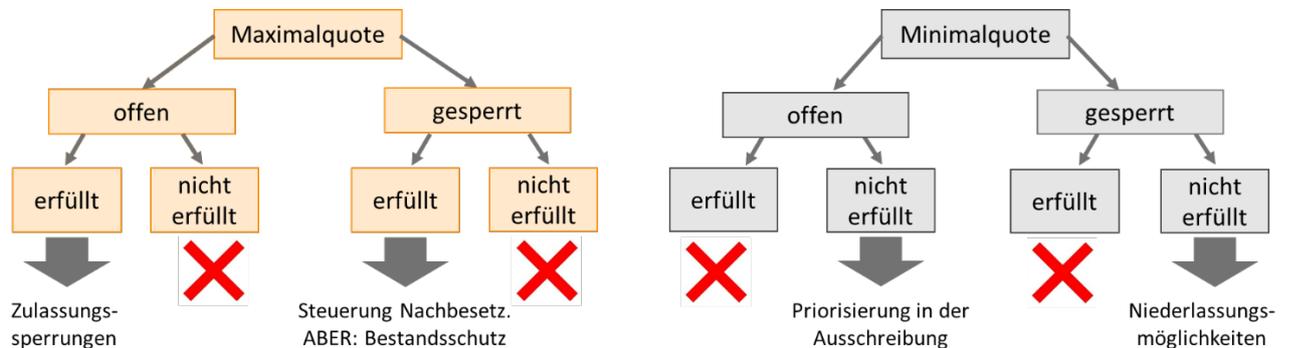
Mit der Bedarfsplanungsreform 2019 wurden neben der stärkeren Berücksichtigung von Morbidität durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors auf die Basis-Verhältniszahlen zudem die Versorgungsniveaus bzw. die Verhältniszahlen bei den Kinder- und Jugendärzten, den Nervenärzten, den Psychotherapeuten sowie den fachärztlich tätigen Internisten angepasst. Nach § 68 BPL-RL soll der G-BA diese Anpassungen der Allgemeinen Verhältniszahlen innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen überprüfen. In den folgenden Ausführungen werden daher die jeweiligen Ausgangssituationen und Zielsetzungen der Verhältniszahländerungen sowie die damit verbundenen Wirkungen dargestellt.

Im Rahmen der Bedarfsplanungsreform 2019 machte der G-BA von der gesetzlichen Regelung nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V Gebrauch innerhalb einzelner „[...] Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen [...]“ festzulegen. Hierbei wurden in der internistischen, der nervenärztlichen sowie der psychotherapeutischen Versorgung Mindest- bzw. Maximalquoten eingeführt.

Maximalquoten haben Einschränkungen bei Nachbesetzungen bzw. Zulassungen zur Folge, sobald diese erreicht bzw. überschritten werden (siehe Abbildung 8). Im Falle der Maximalquote sind somit folgende Szenarien möglich: Ist ein Planungsbereich offen und die Maximalquote nicht erfüllt, so sind keine Maßnahmen notwendig. Ist ein Planungsbereich offen und die Maximalquote zudem erfüllt, so bestehen für die mit der Maximalquote versehene Arztgruppe Zulassungssperrungen. Ist der Planungsbereich hingegen gesperrt und die Maximalquote erfüllt, kann eine Nachbesetzung ausschließlich in den Fachrichtungen erfolgen, in denen die jeweiligen Maximalquoten nicht überschritten sind. Für bestehende Arztsitze gilt jedoch Bestandsschutz, sie können somit in der gleichen Fachrichtung nachbesetzt werden.

Minimalquoten führen hingegen in einem offenen Planungsbereich, in dem die Quote nicht erfüllt ist, dazu, dass die jeweilige Arztgruppe, für die die Minimalquote gilt, bei der Ausschreibung eines offenen Sitzes priorisiert wird (siehe Abbildung 8). In einem Planungsbereich, in dem die Quote hingegen erfüllt ist, erfolgen keine Maßnahmen – unabhängig davon, ob er offen oder gesperrt ist. In einem gesperrten Planungsbereich, in dem die Minimalquote wiederum nicht erfüllt ist, bestehen trotz der Sperrung weitere Niederlassungsmöglichkeiten für die Arztgruppe mit der Minimalquote.

Abbildung 8: Systematik von Mindest- und Höchstversorgungsanteilen



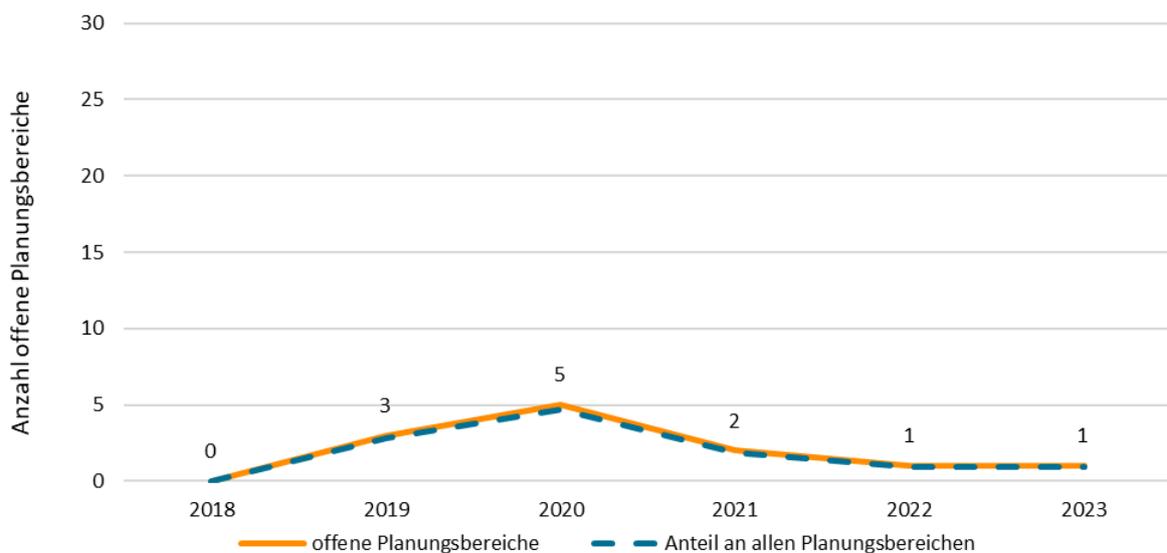
Quelle: eigene Darstellung

3.1 Fachinternistische Versorgung

In der fachinternistischen Versorgung wurde den Entwicklungen Rechnung getragen, dass sich das ambulante Versorgungsspektrum in keinem anderen Fachgebiet so umfassend weiterentwickelt, erweitert und ausdifferenziert hat. Die Versorgungsgrade spiegelten daher die Versorgungslage nicht adäquat wider, was sich unter anderem dadurch ausdrückte, dass eine Vielzahl von Planungsbereichen einen Versorgungsgrad oberhalb der 140%-Grenze aufwies, obwohl dies nicht der Versorgungsrealität entsprach. Vor diesem Hintergrund wurde die Verhältniszahl um 30 % abgesenkt bzw. das Sollversorgungs niveau um 30 % erhöht.

Die Anpassung der Verhältniszahl hat bei den Fachinternisten dazu geführt, dass erneut Planungsbereiche geöffnet wurden (siehe Abbildung 9). Im Jahr 2020 lag die Zahl mit fünf offenen Planungsbereichen am höchsten, wobei die Zahl in den Folgejahren wieder auf zuletzt einen offenen Planungsbereich zurückgegangen ist.

Abbildung 9: Fachinternisten: Zahl der offenen Planungsbereiche 2018 bis 2023

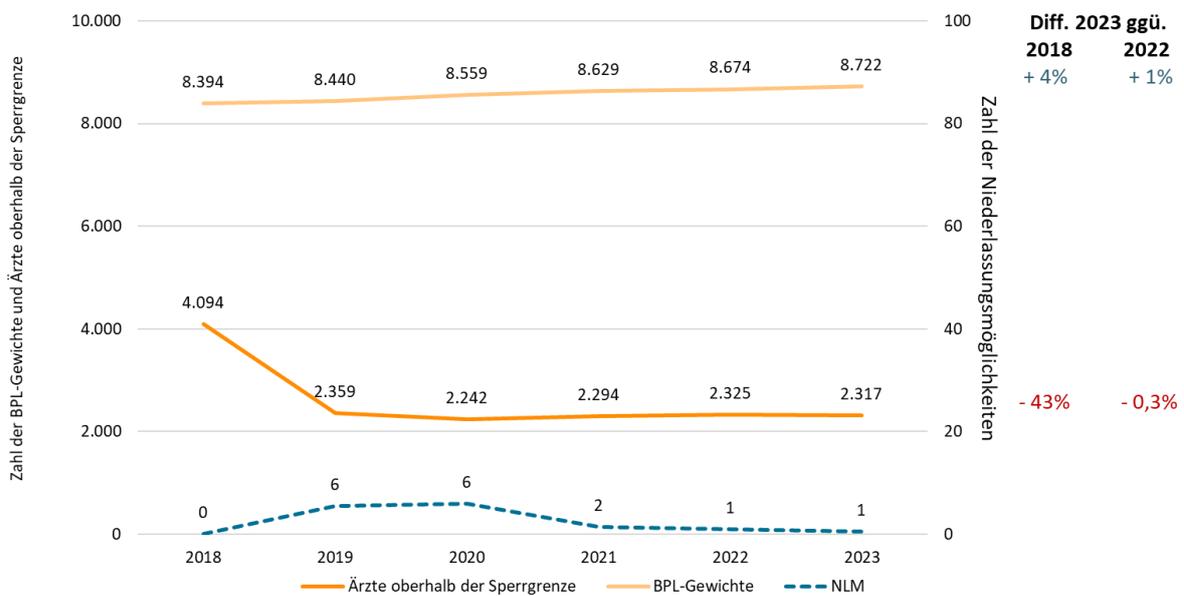


Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 4. Quartal eines Jahres

Die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bewegt sich bei den Fachinternisten grundsätzlich auf einem sehr niedrigen Niveau (siehe Abbildung 10). Mit der Anpassung der Verhältniszahl

sind sechs Niederlassungsmöglichkeiten entstanden, zuletzt bestand noch eine Niederlassungsmöglichkeit für Fachinternisten. Weitere Niederlassungsmöglichkeiten bestanden jedoch im internistischen Bereich für die Rheumatologen aufgrund der Minimalquote (siehe Tabelle 2). Die Zahl der Fachinternisten in Bedarfsplanungsgewichten ist im Zeitraum von 2018 bis 2023 um rund 4 % angestiegen. Mit der Veränderung der Verhältniszahl ist die Zahl der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze allerdings deutlich zurückgegangen und lag zuletzt bei 2.317 im Jahr 2023.

Abbildung 10: Fachinternisten: Zahl der Ärzte in Bedarfsplanungsgewichten, der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze und der Niederlassungsmöglichkeiten 2018 bis 2023 ¹⁰

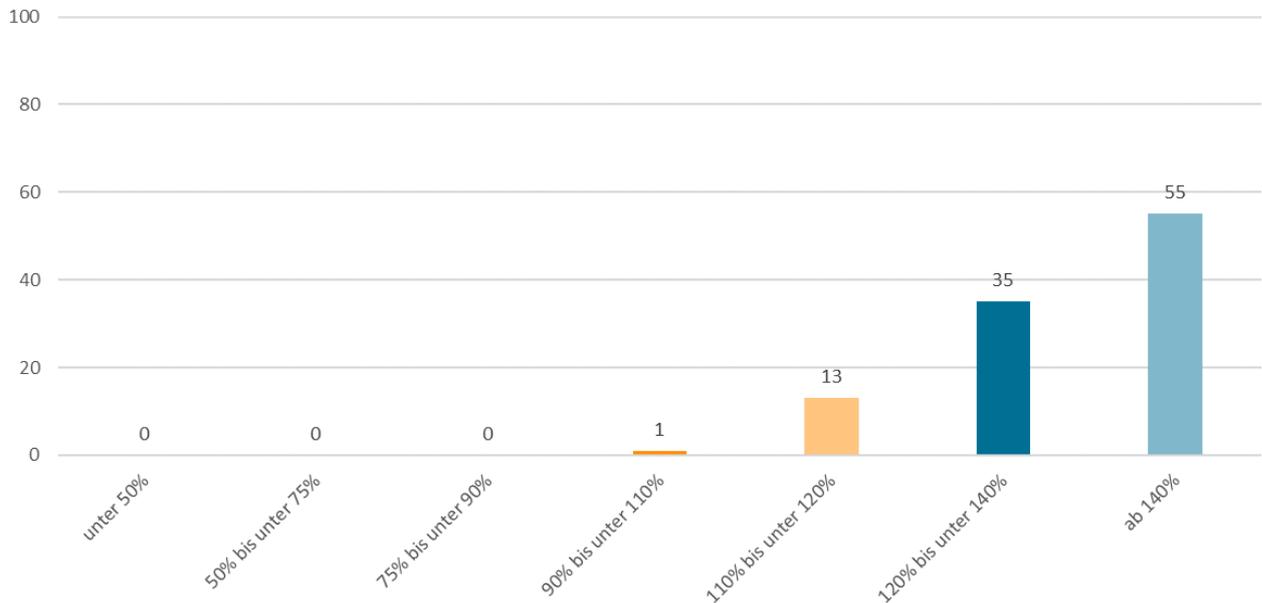


Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 4. Quartal eines Jahres

Mit Blick auf die Versorgungsgrade zeigt sich, dass es keine Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad unter 90 % gibt und die Mehrheit der Planungsbereiche einen Versorgungsgrad über 140 % aufweisen (siehe Abbildung 11).

¹⁰ Entsprechend § 17 Absatz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie werden Niederlassungsmöglichkeiten grundsätzlich in halben Versorgungsaufträgen ausgewiesen.

Abbildung 11: Fachinternisten: Anzahl der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Kreisregionstyp 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2023

In der fachinternistischen Versorgung stellt die Ausdifferenzierung und Erweiterung des ambulanten Versorgungsspektrums eine Herausforderung für die Bedarfsplanung dar. Insbesondere sind die verschiedenen Spezialisierungen innerhalb der Arztgruppe der Fachinternisten räumlich sehr heterogen verteilt. Um eine bessere Verteilung der Schwerpunkte zu gewährleisten, wurden daher Quoten innerhalb der Gesamtgruppe der Fachinternisten eingeführt. Hierbei sollten für die Rheumatologen durch die Einführung einer Mindestquote von 8 % kurzfristig zusätzliche Stellen geschaffen werden. Im Rahmen dieser Evaluation wurde auch geprüft, ob eine Anhebung der Mindestquote für Rheumatologen auf 10 % anzustreben ist. Da es insgesamt jedoch nach wie vor zu wenige Rheumatologen in der ambulanten Versorgung gibt, um flächendeckend eine Quote von 8 % zu erreichen, wird zum jetzigen Zeitpunkt auf eine Anhebung der Quote verzichtet. Zum einen senken zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten in Ballungsregionen generell die Chancen für Flächenländer und ländliche Regionen Ärzte zu gewinnen. Zum anderen soll unter Versorgungsgesichtspunkten zwingend vermieden werden, dass durch zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten in vergleichsweise gut versorgten Ballungsregionen ein Anreiz für bereits niedergelassene Rheumatologen entsteht, sich räumlich umzuorientieren.

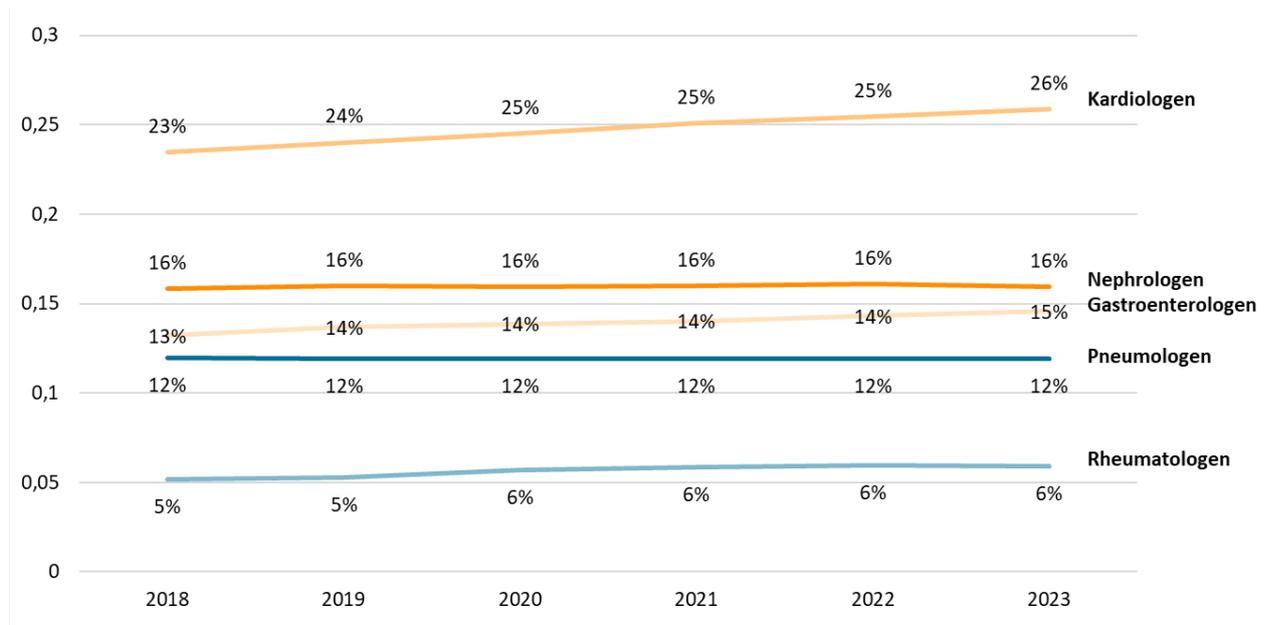
Für verschiedene andere Arztgruppen der internistischen Versorgung wurden durch den G-BA hingegen Höchstquoten festgelegt: für die Kardiologen liegt die Höchstquote bei 33 %, für die Nephrologen bei 25 %, für die Gastroenterologen bei 19 % und für die Pneumologen bei 18 %.

Auf diese Weise sollen Arztgruppen, die numerisch kleiner sind und bei denen bereits der Wegfall eines Arztes erhebliche regionale Versorgungsprobleme nach sich ziehen kann, davor geschützt werden, im Zuge von Nachbesetzungsverfahren von den genannten, größeren Gruppen aus der Versorgung „verdrängt“ zu werden.

Eine Nachbesetzung der bestehenden Arztsitze bleibt jedoch nach wie vor für alle Arztgruppen bestehen, sodass die Quotenregelungen bei der Nachbesetzung keine Wirkung entfalten.

Mit Blick auf die Daten des Bundesarztregisters zeigt sich für den Zeitraum 2018 bis 2023, dass die Anteile der Kardiologen und Gastroenterologen geringfügig zugenommen haben und die der Nephrologen und Pneumologen nahezu gleichgeblieben sind (siehe Abbildung 12). Für die Rheumatologen zeigt sich ein geringfügiger Anstieg des Anteils an der Gesamtarztgruppe.

Abbildung 12: Fachinternisten: Entwicklung der Subgruppen 2018 bis 2023



Quelle: Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – jeweils zum Stand 31.12. eines Jahres

Anhand der Bedarfsplanungsumfragedaten zeigt sich, dass zum 4. Quartal 2023 aufgrund der Minimalquote 43 Niederlassungsmöglichkeiten für Rheumatologen in Planungsbereichen bestanden, die eigentlich für die Fachinternisten gesperrt sind (siehe Tabelle 2). In der Gesamtgruppe der Fachinternisten bestanden hingegen lediglich 0,5 Niederlassungsmöglichkeiten. Demnach erfüllt die Quote den Zweck, Sitze exklusiv für die Rheumatologen freizuhalten. Weiterhin zeigt sich, dass die Zahl der offenen Quotensitze seit der Einführung in 2020 von 52 Sitzen auf 43 Quotensitze in 2023 zurückgegangen ist. Die Verteilung ist dabei über die KVen hinweg recht gleichmäßig. Die absolute Anzahl der Rheumatologen ist im Zeitraum von 2020 bis 2023 von 499 auf 529 (+30) angestiegen. Zum 4. Quartal 2023 bestanden lediglich in vier KVen (Berlin, Hamburg, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) keine offenen Quotenplätze für Rheumatologen.

Tabelle 2: Fachinternisten: Niederlassungsmöglichkeiten Rheumatologen 2020 und 2023

KV	Niederlassungsmöglichkeiten (in gesperrten Planungsbereichen)			
	2020		2023	
	Internisten	Rheumatologen	Internisten	Rheumatologen
Baden-Württemberg	0,0	9,0	0,0	7,0
Bayerns	0,0	3,5	0,0	5,0
Berlin	0,0	0,0	0,0	0,0
Brandenburg	0,0	0,5	0,0	0,0
Bremen	0,0	1,0	0,0	1,0
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0
Hessen	0,0	4,5	0,0	4,0
Mecklenburg-Vorpommern	0,0	0,5	0,0	0,0
Niedersachsen	0,5	3,5	0,5	4,0
Nordrhein	3,0	7,0	0,0	3,0
Rheinland-Pfalz	0,0	7,0	0,0	4,5
Saarland	0,0	1,0	0,0	1,0
Sachsen	2,5	5,5	0,0	5,5
Sachsen-Anhalt	0,0	1,8	0,0	1,6
Schleswig-Holstein*	0,0	1,5	0,0	2,5
Thüringen	0,0	3,0	0,0	2,5
Westfalen-Lippe	0,0	3,0	0,0	1,5
Bundesgebiet insgesamt	6,0	52,3	0,5	43,1

Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2020 und 2023

* Hier liegt die Quote bereits seit 2022 bei 10 % statt 8 %.

Gemäß § 13 Absatz 6 BPL-RL hat der G-BA überprüft, inwieweit es sich empfiehlt eine Erhöhung der Quote für die Rheumatologen von aktuell 8 % auf zukünftig 10 % vorzunehmen. Eine solche Erhöhung der Quote hätte zur Folge gehabt, dass weitere 72 Niederlassungsmöglichkeiten in Planungsbereichen entstehen würden, die eigentlich für die Fachinternisten gesperrt sind (siehe Tabelle 3).

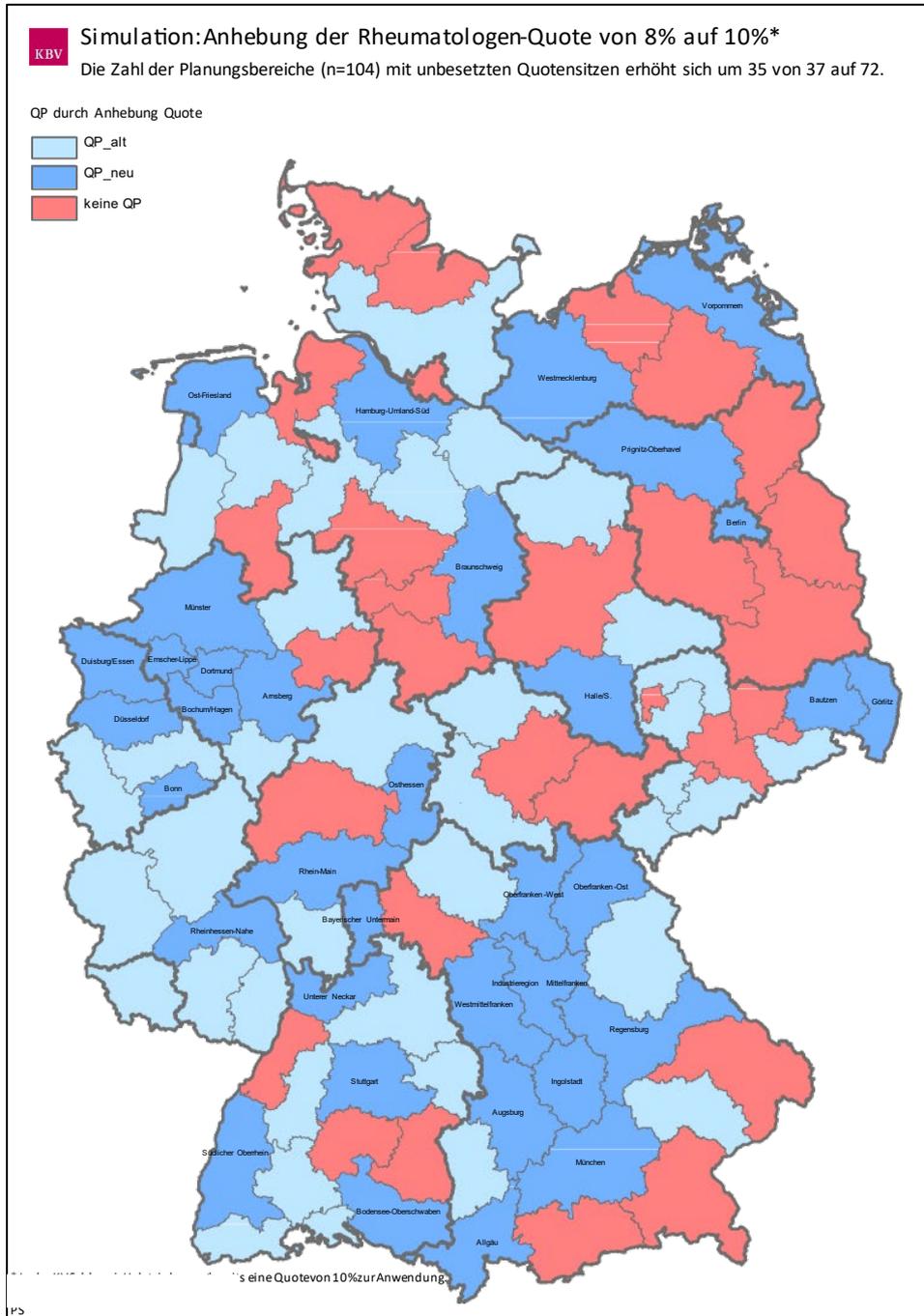
Tabelle 3: Niederlassungsmöglichkeiten Rheumatologen Status quo und Simulation (Quote 10 %)

	Niederlassungsmöglichkeiten (in gesperrten Planungsbereichen)	
	Status quo (8%)	Simulation Quote 10%
Baden-Württemberg	7,0	18,0
Bayerns	5,0	14,5
Berlin	0,0	3,0
Brandenburg	0,0	0,5
Bremen	1,0	1,0
Hamburg	0,0	0,0
Hessen	4,0	10,0
Mecklenburg-Vorpommern	0,0	1,0
Niedersachsen	4,0	10,0
Nordrhein	3,0	16,0
Rheinland-Pfalz	4,5	10,0
Saarland	1,0	2,5
Sachsen	5,5	9,0
Sachsen-Anhalt	1,6	3,5
Schleswig-Holstein*	2,5	2,5
Thüringen	2,5	3,5
Westfalen-Lippe	1,5	10,0
Bundesgebiet insgesamt	43,1	115,0

Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2020 und 2023 * Hier liegt die Quote bereits beim Status quo bei 10 % statt 8 %.

Insgesamt würden dadurch in 35 zusätzlichen Planungsbereichen Niederlassungsmöglichkeiten für Rheumatologen entstehen (Abbildung 13). Aktuell liegt die Zahl der Planungsbereiche mit Niederlassungsmöglichkeiten für Rheumatologen bei 37. Durch eine Anhebung der Quote wären somit insgesamt 72 der 104 Planungsbereiche (69 %) für rheumatologische Niederlassungen offen gewesen. Dabei zeigt sich, dass flächendeckend eine Vielzahl unterschiedlicher Planungsbereiche aufgegangen wäre, darunter jedoch auch attraktive und vergleichsweise besser versorgte Großstädte.

Abbildung 13: Simulation zur Quotenanhebung Rheumatologen



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2023; Darstellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; © Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (2024)

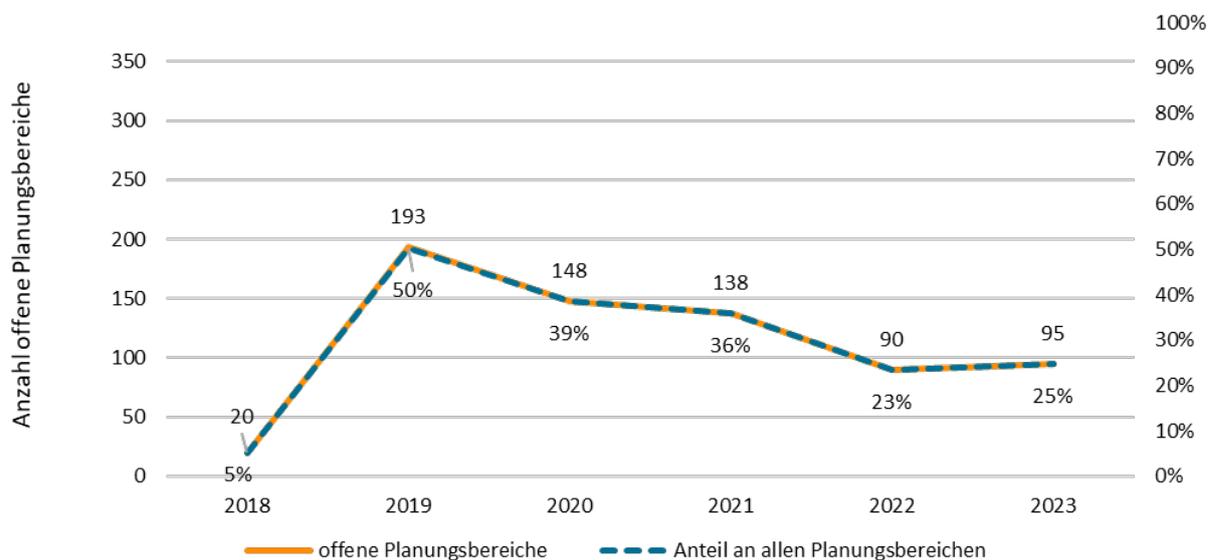
3.2 Nervenärztliche Versorgung

In Bezug auf die nervenärztliche Versorgung wurde mit der Reform 2019 zwei Entwicklungen Rechnung getragen. Zum einen bestand eine höhere Inanspruchnahme seitens der (vielfach älteren) Patienten, womit verlängerte Wartezeiten verbunden waren. Zum anderen kam es zu

Verschiebungen im Sinne von höheren Versorgungsanteilen der Neurologen bzw. Psychiatern im Vergleich zu den Nervenärzten nach alter Weiterbildungsordnung bzw. doppelt Weitergebildeten. Während angesichts der Verschiebungen zwischen den Arztgruppen eine Quotenregelung eingeführt wurde, wurde mit Blick auf die Verhältniszahlen aufgrund dessen die Mitversorgungsquote im Typ 3 von 30 % auf unter 10 % und im Typ 4 von 28 % auf unter 5 % reduziert. Mit der signifikanten Angleichung der typenabhängigen Verhältniszahlen sollte so im Zuge der Kapazitätsausweitung künftig die nervenärztliche Versorgung deutlich wohnortnäher ausgestaltet werden.

Mit der Anpassung der Verhältniszahl ist die Zahl der offenen Planungsbereiche von 20 auf 193 angestiegen und anschließend im Zeitraum von 2019 bis 2022 kontinuierlich zurückgegangen (siehe Abbildung 14). Im Jahr 2023 gab es dann erstmals nochmal einen leichten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr.

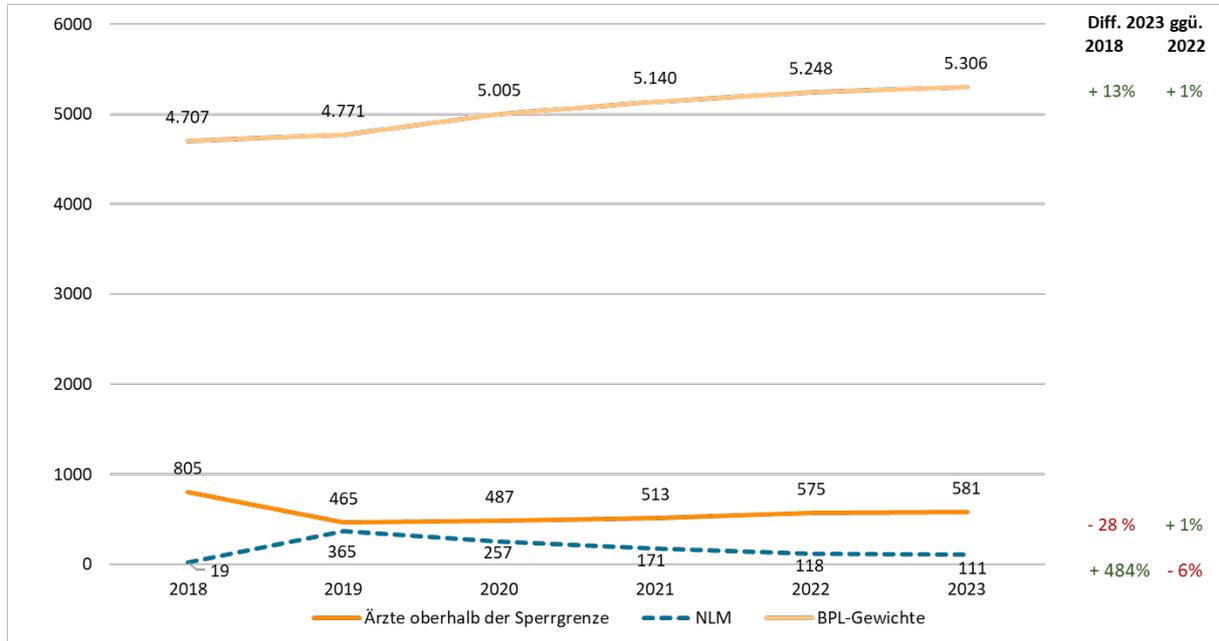
Abbildung 14: Nervenärzte: Zahl der offenen Planungsbereiche 2018 bis 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 4. Quartal eines Jahres

Die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten folgt dieser Entwicklung (siehe Abbildung 15). Hier gab es mit der Änderung der Verhältniszahl einen Anstieg um 346 Niederlassungsmöglichkeiten, die dann in den Folgejahren sukzessive besetzt wurden. Im Jahr 2023 lag die Zahl zuletzt bei 111 Niederlassungsmöglichkeiten. Die Zahl der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze lag 2023 bei 581 und damit 28 % unter dem Niveau vor der Verhältniszahlanpassung. Die Zahl der Ärzte in Bedarfsplanungsgewichten ist seither um 13 % auf 5.306 im Jahr 2023 angestiegen.

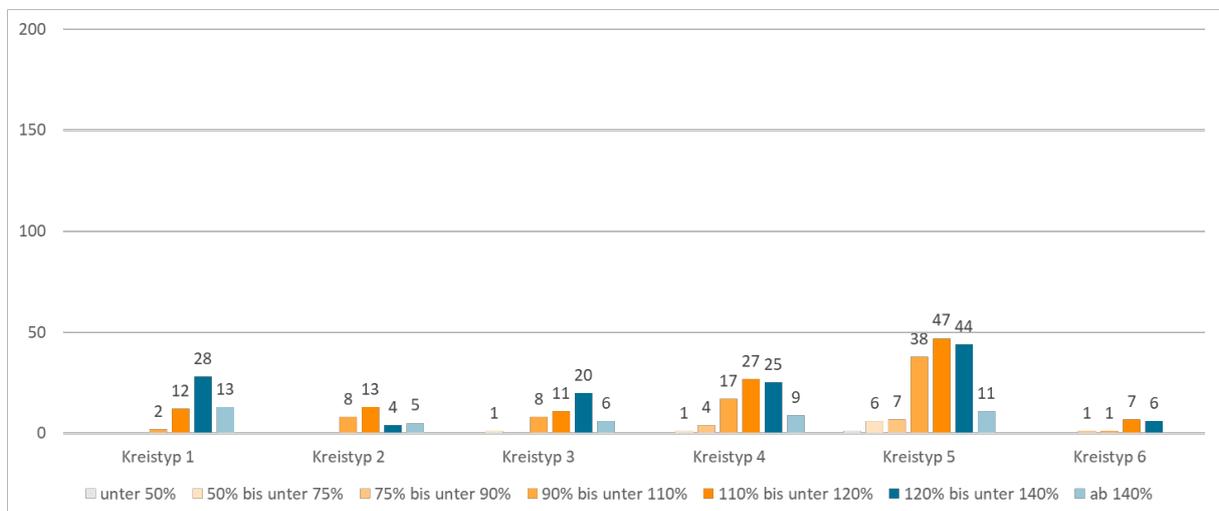
Abbildung 15: Nervenärzte: Zahl der Ärzte in Bedarfsplanungsgewichten oberhalb der Sperrgrenze und der Niederlassungsmöglichkeiten 2018 bis 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 4. Quartal eines Jahres

Mit Blick auf die Versorgungsgrade zeigt sich bei den Nervenärzten, dass insgesamt 21 bzw. 5 % der Planungsbereiche einen Versorgungsgrad unter 90 % aufweisen (siehe Abbildung 16). Die Hälfte der Planungsbereiche weist einen Versorgungsgrad zwischen 90 % und unter 120 % auf. Einen Versorgungsgrad zwischen 120 % und unter 140 % weisen 127 Planungsbereiche auf und bei 44 Planungsbereichen liegt der Versorgungsgrad bei 140 % und darüber. Der Anteil der Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad über 110 % ist mit 96 % am höchsten Unter den Planungsbereichen des Kreisregionstyps 1 und am niedrigsten unter den Planungsbereichen des Kreisregionstyps 5 (66 %).

Abbildung 16: Nervenärzte: Anzahl der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Kreisregionstyp 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2023



In der nervenärztlichen Versorgung wurde, bezogen auf das sich durch Anwendung der regionalen Verhältniszahl ergebenden Ärzte-Soll, für Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Weiterbildung bei der Besetzung der Quotensitze eine eigene Mindestquote von 25 % eingeführt. Dadurch werden in gesperrten Planungsbereichen Quotensitze für Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Weiterbildung ausgewiesen, sofern die Quote nicht erfüllt ist. Mit dieser Regelung sollte der Entwicklung Rechnung werden, dass in den vergangenen Jahrzehnten die Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der Nervenheilkunde hin zu einer Binnendifferenzierung in Neurologen und Psychiater stattgefunden hat und die überwiegende Zahl der neu hinzukommenden Ärzte einer dieser beiden Gruppen zuzuordnen war. Die Verfügbarkeit von Nervenärzten bzw. Ärzten mit einem Weiterbildungsabschluss in beiden Facharztgebieten ist jedoch aus Sicherstellungsgründen und zur gezielten Versorgungssteuerung anzustreben, da ein derartig weitergebildeter Vertragsarzt beide Fachgebiete abdecken kann.

Weiterhin besteht die Arztgruppe der Nervenärzte mehrheitlich aus Fachärzten für Nervenheilkunde, die weder eindeutig dem Fachgebiet Neurologie noch Psychiatrie zugeordnet werden können, was einer getrennten Beplanung der beiden Fachgebiete in der Praxis im Wege steht. Da jedoch auch die Verteilung von Neurologen und Psychiatern im Zuge der Nachbesetzung besser gesteuert werden sollte, führte der G-BA für diese Arztgruppen ebenfalls Mindestquoten ein. Die Quoten beziehen sich auf die Soll-Zahl an Ärzten unter Anwendung der regionalen Verhältniszahl bei einem Versorgungsgrad von 100 % und adressieren dabei explizit ausschließlich die Verteilung der Neurologen und Psychiater. Vor diesem Hintergrund sieht die Regelung einen Abzug der Zahl der Nervenärzte sowie der doppelt weitergebildeten Neurologen und Psychiater von der Soll-Arztzahl vor, und bezieht mögliche Quotensitze ausschließlich auf den nach Abzug verbleibenden Anteil.

Hierbei müssen mindestens jeweils 50 Prozent der Differenz aus dem übrigen Versorgungsanteil, der nicht mit Nervenärzten oder Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung besetzt ist, aber noch zu besetzen ist, um eine Versorgung von 100 % entsprechend der Verhältniszahl zu erreichen, zu 50 % mit Neurologen und zu 50 % mit Psychiatern besetzt werden (Fachärzten für Psychiatrie sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie). Wie auch die Quoten für Nervenärzte bzw. Ärzten mit einem doppelten Weiterbildungsabschluss führt diese Quotenregelung dazu, dass auch in gesperrten Planungsbereichen Quotensitze besetzt werden können, bis der festgelegte Mindestanteil an Neurologen und Psychiatern erreicht ist. Grundsätzlich wird jedoch die Besetzung mit Nervenärzten bzw. doppelt Weitergebildeten bevorzugt. Durch diese Quotenregelungen sind somit unterschiedliche Szenarien möglich (siehe Abbildung 17):

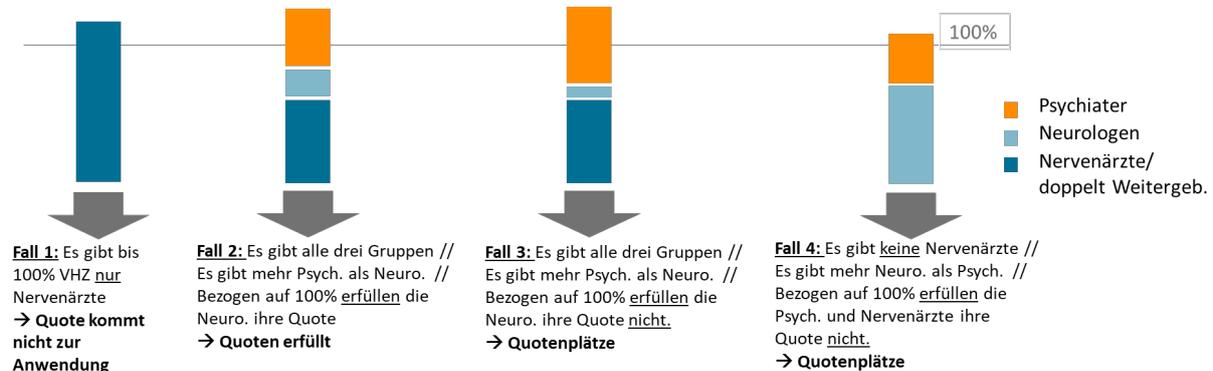
Szenario 1: Wenn alle Sitze mit Nervenärzten bzw. doppelt Weitergebildeten besetzt wären, wäre keine Anwendung der Quotenregelung notwendig.

Szenario 2: Wenn von allen drei Arztgruppen Ärzte vorhanden wären, die Quote der Nervenärzte und doppelt Weitergebildeten erfüllt wären und es mehr Psychiater als Neurologen geben würde, in Bezug auf ein Versorgungsniveau von 100 % jedoch jeweils gleich viele Neurologen und Psychiater die übrigen Plätze ausfüllen, die neben den Plätzen für Nervenärzte und doppelt Weitergebildete bleiben, um auf 100 % zu kommen, dann sind ebenfalls beide Quoten erfüllt.

Szenario 3: Gibt es Ärzte aus allen drei Arztgruppen und für die Nervenärzte wird die Quote erfüllt, jedoch sind es zu wenige Neurologen, sodass sie nicht zu 50 % dazu beitragen, die übrigen Sitze, die es neben denen der Nervenärzte braucht, um das Versorgungsniveau von 100 % zu erreichen – sondern die Psychiater haben einen höheren Anteil als 50 % – so bestehen Quotenplätze für Neurologen.

Szenario 4: Gibt es keine oder nicht ausreichend Nervenärzte und zudem tragen die Neurologen nicht zu 50 % zur Erreichung eines Versorgungsniveaus von 100 % bei, so bestehen ebenfalls Quotenplätze.

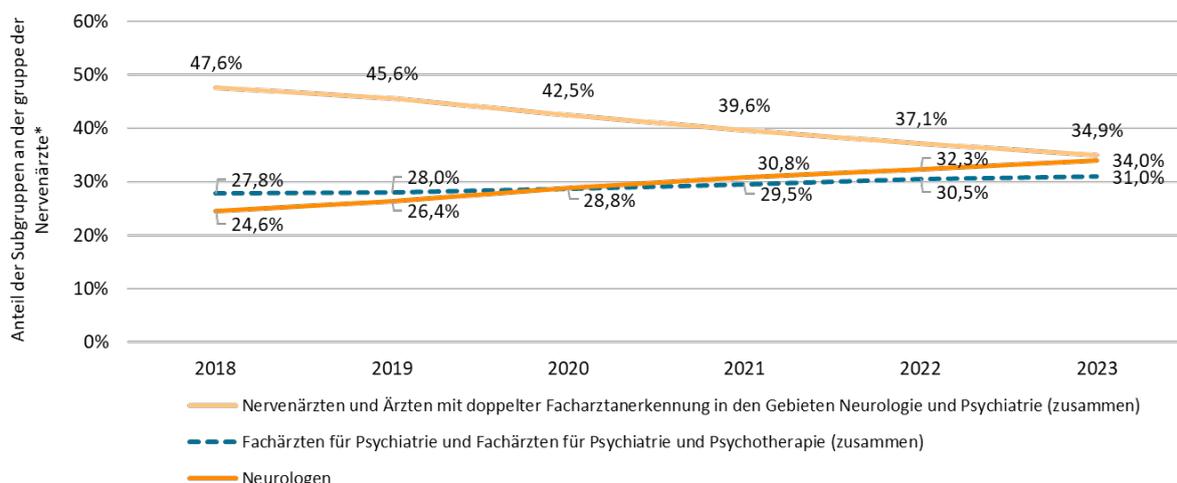
Abbildung 17: Nervenärzte: Systematik Quotenregelung



Quelle: eigene Darstellung

In Bezug auf die Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung zeigt sich anhand der Zahlen des Bundesarztregisters für die Jahre 2018 bis 2023, dass der Anteil der Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung sinkt, was auch durch die Einführung der Quote nicht aufgehalten wurde (siehe Abbildung 18). Nichtsdestotrotz stellt die Quote damit weiterhin sicher, dass Nervenärzte stets eine Niederlassung erhalten können. Weiterhin zeigt sich mit Blick auf die Zielsetzung eines gleichmäßigen Verhältnisses von Neurologen und Psychiatern, dass der Anteil der Neurologen mit 9 Prozentpunkten stärker zugenommen hat als der Anteil der Psychiater (+3 %). Damit hat dahingehend eine Verschiebung hin zu den Neurologen stattgefunden, der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist mit 3 % jedoch gleichgeblieben und beide Gruppen befinden sich damit auf einem sehr ähnlichen Niveau.

Abbildung 18: Nervenärzte: Entwicklung der Subgruppen 2018 bis 2023

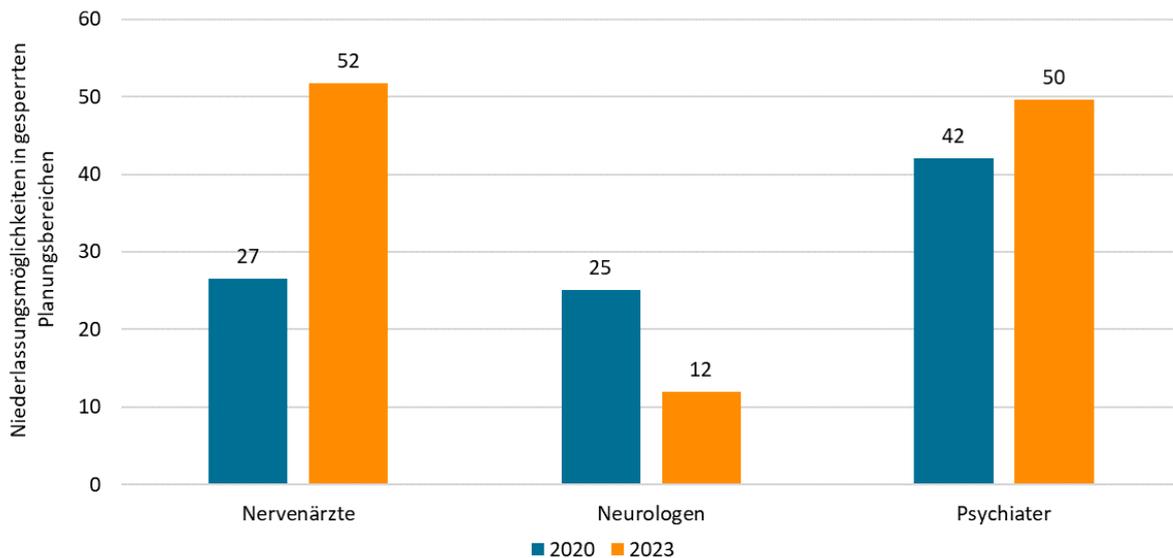


Quelle: Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – jeweils zum Stand 31.12. eines Jahres

Mit Blick auf die Bedarfsplanungsumfragedaten zeigt sich, dass die Zahl der Quotenplätze für Nervenärzte im Zeitraum von 2020 bis 2023 zugenommen haben bzw. die Quote für die Nervenärzte immer häufiger nicht erfüllt werden kann. Die Zahl der Quotenplätze für die Neurologen hat dagegen abgenommen, was zu der Entwicklung des Anteils an der Gesamtgruppe

der Nervenärzte passt. Die Zahl der Quotenplätze für die Psychiater hat ebenfalls geringfügig zugenommen.

Abbildung 19: Nervenärzte: Niederlassungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen nach Subgruppen 2020 und 2023



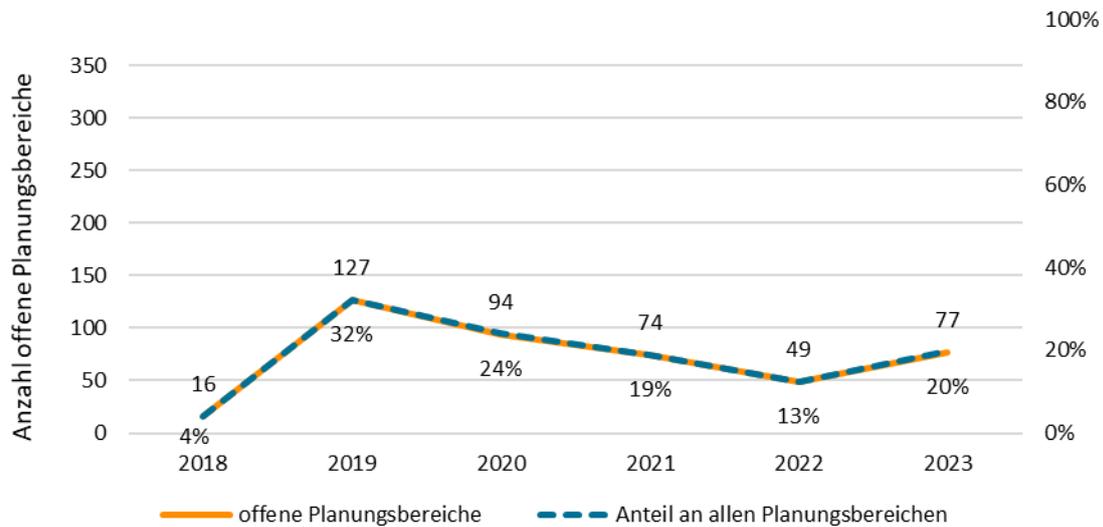
Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2020 und 2023

3.3 Psychotherapeutische Versorgung

Analog zu den Nervenärzten wurde bei den Psychotherapeuten verfahren. So sollte die historisch bedingte, starke Spreizung der typenbezogenen Verhältniszahlen geglättet werden. In der Folge wurden außerhalb der Kernstädte neue Niederlassungsmöglichkeiten ausgewiesen. Auf diese Weise wurde auch ohne die Anpassung der Verhältniszahl der Kernstädte eine Entlastung der dortigen Versorgungssituation ermöglicht. Durch die Anpassung des Versorgungsniveaus in den Kreisregionstypen 2, 5 und 6 wurde für die psychotherapeutische Versorgung die Grundlage für eine wohnortnähere Planung geschaffen.

Unter Berücksichtigung der Entwicklung der offenen Planungsbereiche zeigt sich zunächst ein deutlicher Anstieg der offenen Planungsbereiche von 16 im Jahr 2018 auf 127 im Jahr 2019 (siehe Abbildung 20). Anschließend ist die Zahl der offenen Planungsbereiche dann bis 2022 kontinuierlich um insgesamt 61 % zurückgegangen und im Jahr 2023 erstmals wieder deutlich angestiegen (+ 57 %).

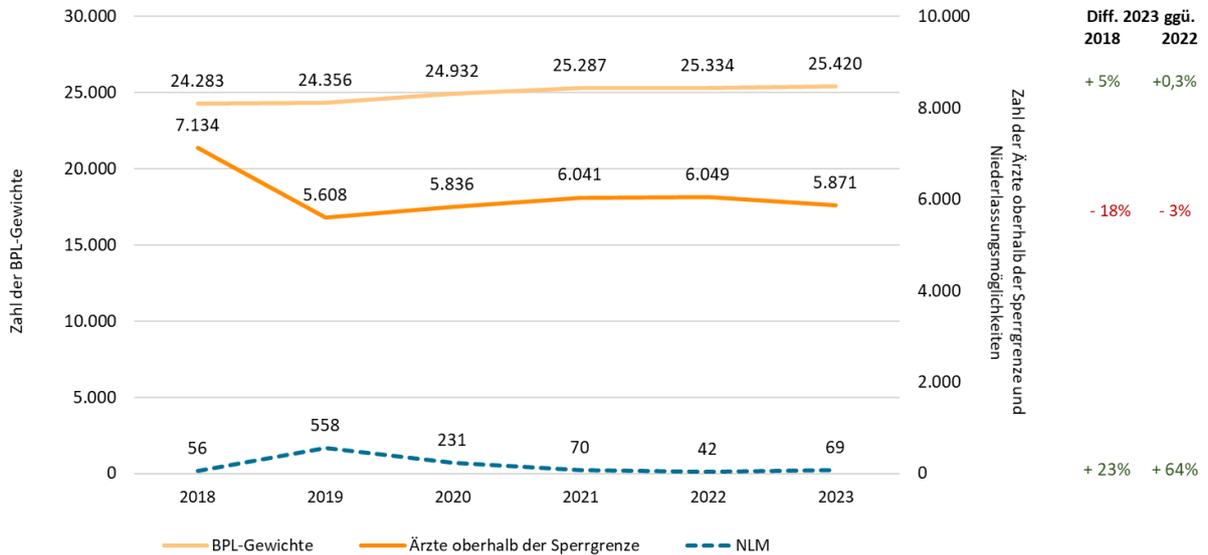
Abbildung 20: Psychotherapeuten: Zahl der offenen Planungsbereiche 2018 bis 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 4. Quartal eines Jahres

Dementsprechend hat sich auch die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten entwickelt (siehe Abbildung 21). Hierbei zeigte sich zunächst ein Anstieg um über 500 Niederlassungsmöglichkeiten durch die Änderung der Verhältniszahlen im Jahr 2019, welche in den Folgejahren sukzessive aufgefüllt wurden und lediglich im Jahr 2023 erstmals wieder zugenommen haben, was auf die Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen ist. So besteht mit Blick auf die Entwicklung der Anzahl der Psychotherapeuten in Bedarfsplanungsgewichten keine Unterbrechung in der Zunahme, welche für den Zeitraum von 2018 bis 2023 insgesamt 5 % beträgt. Die Zahl der Psychotherapeuten oberhalb der Sperrgrenze hat durch die Änderung der Verhältniszahl hingegen folgerichtigerweise deutlich abgenommen – im Zeitraum von 2018 bis 2023 um insgesamt 18 %.

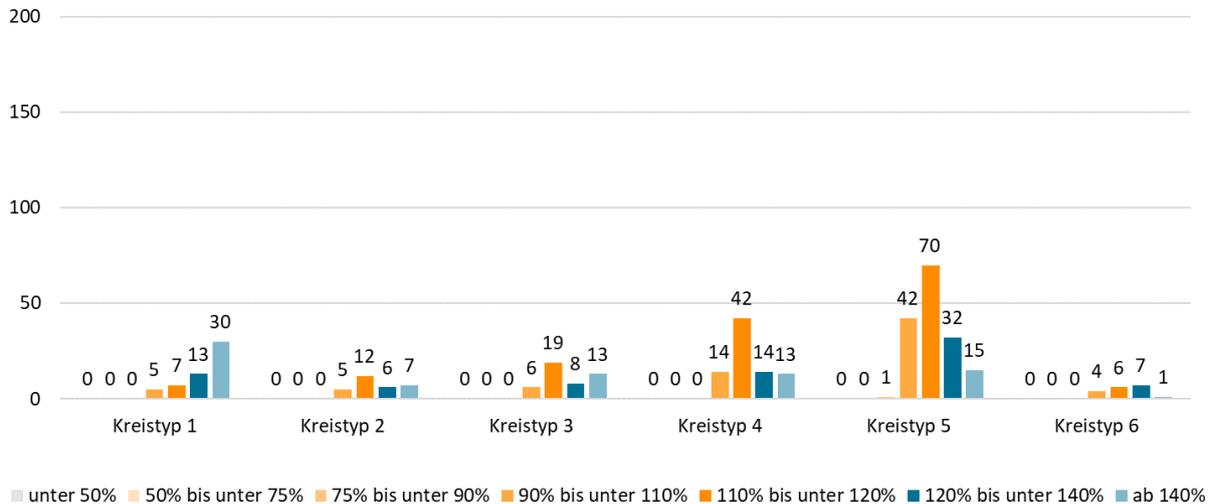
Abbildung 21: Psychotherapeuten: Zahl der Psychotherapeuten in Bedarfsplanungsgewichte, der Psychotherapeuten oberhalb der Sperrgrenze und der Niederlassungsmöglichkeiten 2018 bis 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 4. Quartal eines Jahres

Differenziert nach Kreistyp zeigt sich mit Blick auf die Planungsbereiche, dass keiner der Planungsbereiche in der psychotherapeutischen Versorgung einen Versorgungsgrad von unter 75 % aufweist und lediglich ein Planungsbereich einen Versorgungsgrad zwischen 75 % und unter 90 % (siehe Abbildung 22). Einen Versorgungsgrad zwischen 90 % und unter 110 % weisen insgesamt 76 Planungsbereiche auf. Unter den Planungsbereichen des Kreistyps 5 ist dieser Anteil mit 26 % am höchsten. Der größte Anteil der Planungsbereiche (40 %) weist einen Versorgungsgrad zwischen 110 % und unter 120 % auf. Dieser Anteil ist bei den Planungsbereichen des Kreisregionstyps 4 am höchsten, hier weist mehr als die Hälfte der Planungsbereiche einen Versorgungsgrad zwischen 110 % und unter 120 % auf. Ein Versorgungsgrad zwischen 120 % und unter 140 % besteht bei 80 Planungsbereichen bzw. 20 % aller Planungsbereiche und bei weiteren 20 % der Planungsbereiche liegt der Versorgungsgrad der psychotherapeutischen Versorgung bei über 140 %. Mit 55 % ist der Anteil der Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad ab 140 % unter den Planungsbereichen des Kreistyps 1 am höchsten.

Abbildung 22: Psychotherapeuten: Anzahl der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Kreisregionstyp 2023

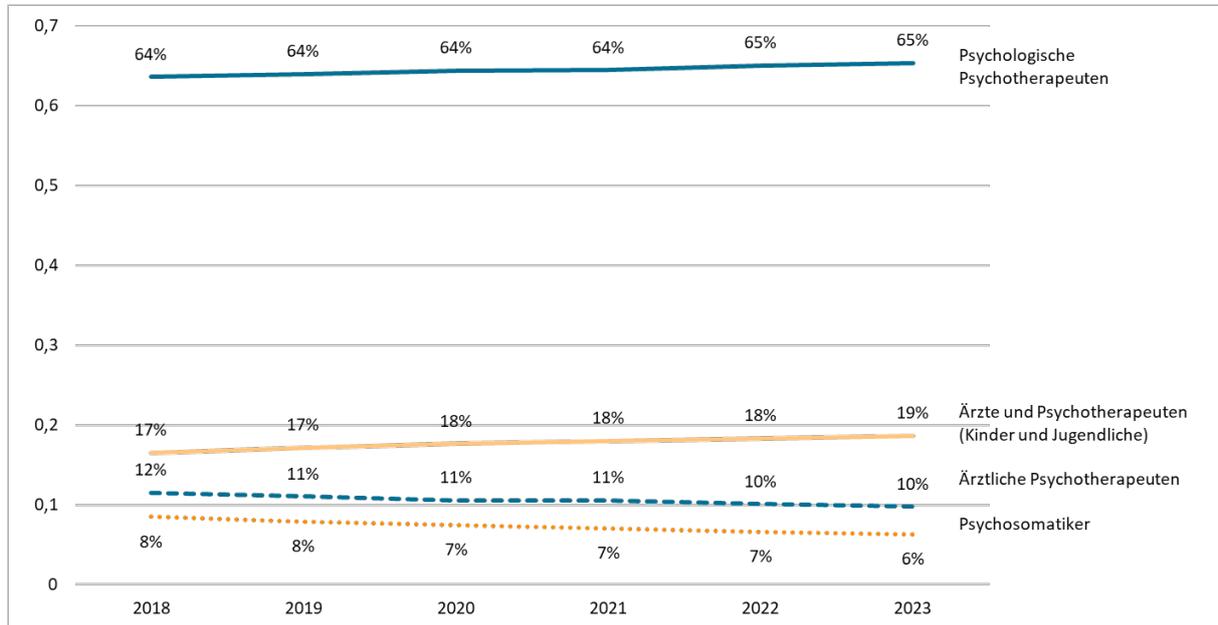


Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2023

Für die psychotherapeutische Versorgung wurden mit der Reform 2019 die Quotenregelungen weiterentwickelt. Hierbei wurde eine Mindestquote für Psychosomatiker von 50 % innerhalb der Mindestquote für ärztliche Psychotherapeuten (25 %) eingeführt. Weiterhin besteht eine Mindestquote von 20 % für die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Da die Versorgung von Patienten mit psychosomatisch zu behandelnden Erkrankungen besondere Anforderungen an den Therapeuten mit sich bringt, sollten ausreichend viele Spezialisten für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Wie auch bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht das Ziel der Quote somit darin, dass die jeweilige Gruppe innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung gefördert wird und damit zunehmend in der Regelversorgung Eingang findet.

Mit Blick auf die Anteile der Subgruppen an der Gesamtgruppe der Psychotherapeuten zeigen sich für Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die ärztlichen Psychotherapeuten eine Abnahme – trotz Einführung der Quote (siehe Abbildung 23). Der Anteil der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten hat im Zeitraum von 2018 bis 2023 am stärksten zugenommen.

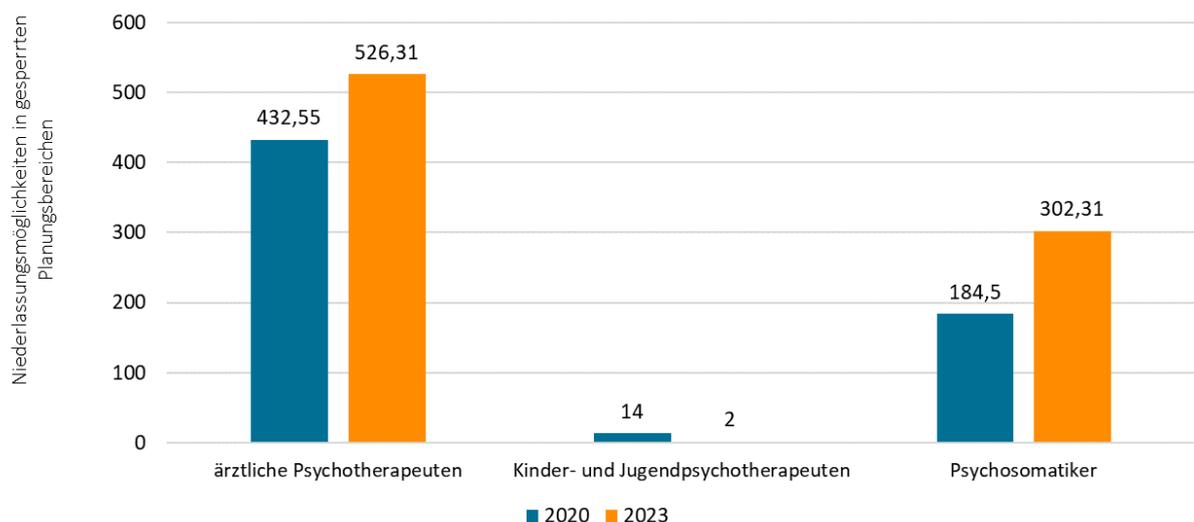
Abbildung 23: Psychotherapeuten: Entwicklung der Subgruppen 2018 bis 2023



Quelle: Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – jeweils zum Stand 31.12. eines Jahres

Entsprechend zeigt sich bei den Quotenplätzen eine Zunahme bei den freien Quotenplätzen für Psychosomatiker und ärztliche Psychotherapeuten sowie eine Abnahme der unbesetzten Quotenplätze für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (siehe Abbildung 24).

Abbildung 24: Psychotherapeuten: Niederlassungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen nach Subgruppen 2020 und 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2020 und 2023

3.4 Kinder- und Jugendärztliche Versorgung

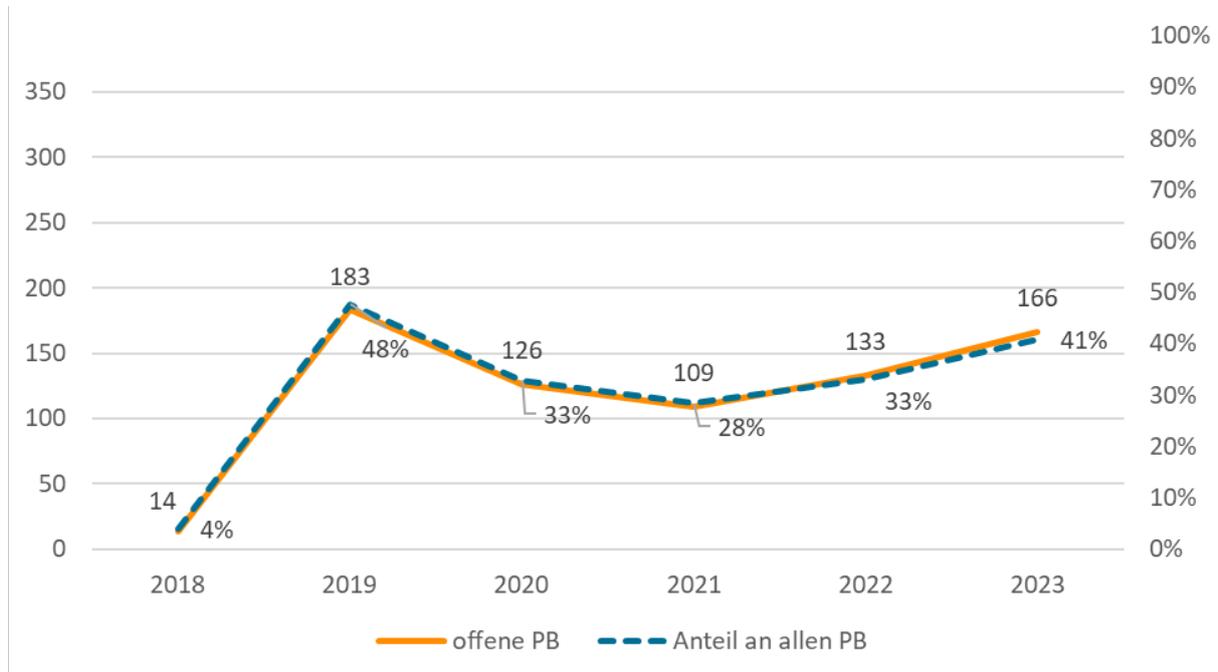
Hintergrund für die Anpassung der Verhältniszahlen für die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte waren Rückmeldungen, die deutlich machten, dass das der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugrunde liegende Konzept der Mitversorgung für Kinder- und Jugendliche nur bedingt anwendbar ist. So kommt der Wohnortnähe bei der allgemeinen kinderärztlichen Grundversorgung, vergleichbar mit der hausärztlichen Versorgung, ein zentraler Stellenwert zu. Bei der spezialisierten kinderärztlichen Versorgung (Kinder-Pneumologie, Kinder-Kardiologie etc.) ging aus der Datenlage wiederum hervor, dass diese im Schwerpunkt aus zentralen Orten der allgemeinen Raumplanung (Kernstädten) erfolgte und dabei weitreichende Einzugsgebiete umfasste. Vor diesem Hintergrund führte der G-BA 2019 zu einer bundesweit einheitlichen Verhältniszahl auf dem Niveau des bei Einführung der Bedarfsplanung existierenden Bundesdurchschnitts für die Kreisregionstypen 2 bis 6 ein. Angesichts dessen, dass die spezialisierte kinderärztliche Versorgung in erster Linie aus zentralen Orten heraus erfolgte, wurde für den Kreisregionstyp 1 darüber hinaus ein höheres Versorgungsniveau festgelegt. In einem ersten Schritt wurde demnach eine Absenkung der Verhältniszahlen bzw. eine Anhebung des Sollversorgungsniveaus in den Typen 2 bis 6 (rund 85 % aller Planungsbereiche) festgelegt, was zu einem signifikanten Zuwachs der Zulassungsmöglichkeiten in diesen Regionen führen sollte.

Es wurde jedoch bewusst an der Planungsebene der Kreise für die Kinder- und Jugendärzte festgehalten, da für eine kleinräumigere Planung auf Mittelbereichsebene mitunter weder die Zahl der Ärzte dieser Arztgruppe noch die Anzahl der jeweils zu versorgenden Kinder- und Jugendlichen ausreichend groß gewesen wäre. Darüber hinaus würde die Steuerungswirkung mit Blick auf neue Niederlassungen eingebüßt werden.

Aufgrund neuer Leistungsangebote und der inhaltlich stärkeren Ausdifferenzierung des kinderärztlichen Leistungsspektrums sowie der häufig hochfrequenten Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten (z. B. Krank- und Gesundheitschreibung der Kinder für die Kita sowie den Arbeitgeber), wurde darüber hinaus in einem weiteren Schritt das Versorgungsniveau aller Regionstypen um 15 % angehoben.

Mit der Änderung der Verhältniszahl ist die Zahl der offenen Planungsbereiche für die Kinder- und Jugendärzte zunächst von 14 im Jahr 2018 auf 183 im Jahr 2019 angestiegen (siehe Abbildung 25). In den beiden Folgejahren 2020 und 2021 konnte dann eine Abnahme der offenen Planungsbereiche um insgesamt 40 % beobachtet werden. Seit 2021 steigt die Zahl der offenen Planungsbereiche jedoch wieder an und lag 2023 zuletzt bei 166, was gegenüber 2021 einen Anstieg um 52 % ausmachte.

Abbildung 25: Kinder- und Jugendärzte: Zahl der offenen Planungsbereiche 2018 bis 2023

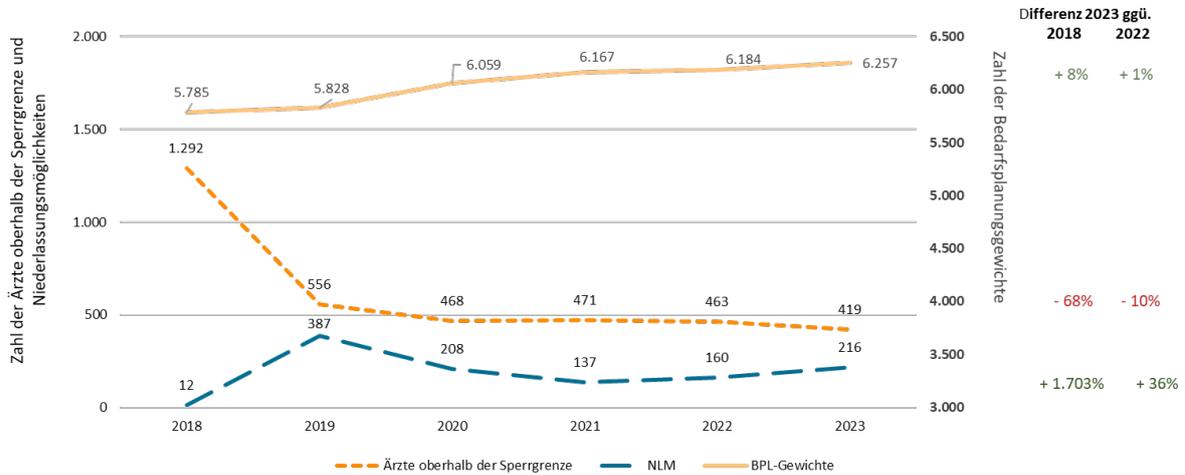


Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 4. Quartal eines Jahres

Mit Blick auf die Zahl der Ärzte in Bedarfsplanungsgewichten zeigt sich seit 2018 eine leichte, kontinuierliche Zunahme (siehe Abbildung 26). Im Jahr 2018 lag sie bei 5.785 Kinder- und Jugendärzten in Bedarfsplanungsgewichten und 2023 betrug sie 6.257 Kinder- und Jugendärzten in Bedarfsplanungsgewichten (+ 8 %).

Mit der Anpassung der Verhältniszahl ist auf der anderen Seite die Zahl der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze deutlich zurückgegangen. So lag die Zahl der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze 2018 noch bei 1.292 und ist im Jahr 2019 auf 556 bzw. um rund 57 % gesunken. Seither ist nur noch ein leichter Rückgang zu beobachten – 2023 lag die Zahl der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze bei 419. Die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten ist mit der Änderung der Verhältniszahl entsprechend der Zahl der offenen Planungsbereiche von zwölf im Jahr 2018 auf 387 im Jahr 2019 zunächst ebenfalls stark angestiegen. Im Zeitraum von 2019 bis 2021 war dann jedoch ein kontinuierlicher Rückgang der Niederlassungsmöglichkeiten auf 137 in 2021 (- 65 %) zu beobachten, während die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten seit 2022 erneut angestiegen ist. Der gleichzeitige Anstieg der Kinder- und Jugendärzten in Bedarfsplanungsgewichten und der Niederlassungsmöglichkeiten ist dabei auf die Bevölkerungsentwicklung und damit einhergehend höheren Bedarfen zurückzuführen.

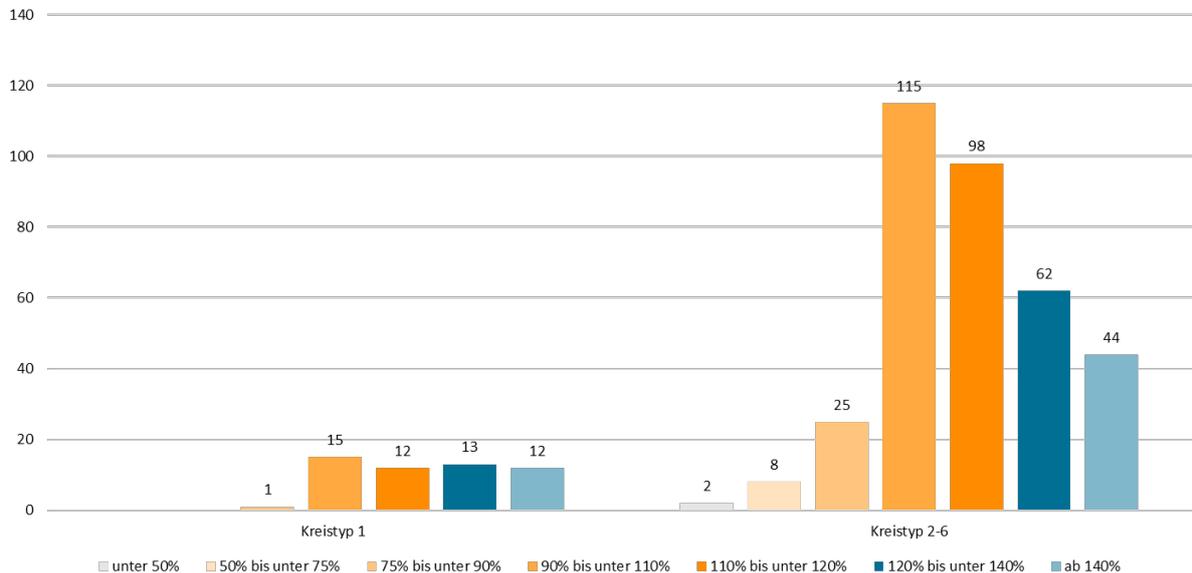
Abbildung 26: Kinder- und Jugendärzte: Zahl der Kinder- und Jugendärzte in Bedarfsplanungsgewichten, der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze und der Niederlassungsmöglichkeiten 2018 bis 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 4. Quartal eines Jahres

Unter Berücksichtigung der Versorgungsgrade zeigt sich, dass kein Planungsbereich des Kreisregionstyps 1 einen Versorgungsgrad unter 75 % aufweist (siehe Abbildung 27). Einen Versorgungsgrad von unter 50 % weisen nur zwei Planungsbereiche der Kreisregionstypen 2 bis 6 auf und acht Planungsbereiche der Kreisregionstypen 2 bis 6 weisen einen Versorgungsgrad zwischen 50 % und unter 75 % auf. Insgesamt 26 Planungsbereiche haben einen Versorgungsgrad zwischen 75 % und unter 90 %. Bei rund einem Drittel der Planungsbereiche liegt der Versorgungsgrad zwischen 90 % und unter 110 % und bei einem weiteren Drittel bei 110 % und 120 %. Einen Versorgungsgrad zwischen 120 % und unter 140 % haben 13 Planungsbereiche des Kreisregionstyps 1 und 62 der Planungsbereiche der Kreisregionstypen 2 bis 6. Einen Versorgungsgrad über 140 % haben weiterhin zwölf Planungsbereiche des Kreisregionstyps 1 und 44 Planungsbereiche der Kreisregionstypen 2 bis 6. Im Verhältnis ist der Anteil der Planungsbereiche mit höheren Versorgungsgraden ab 120 % größer bei den Planungsbereichen des Kreisregionstyps 1 als bei den Kreisregionstypen 2 bis 6.

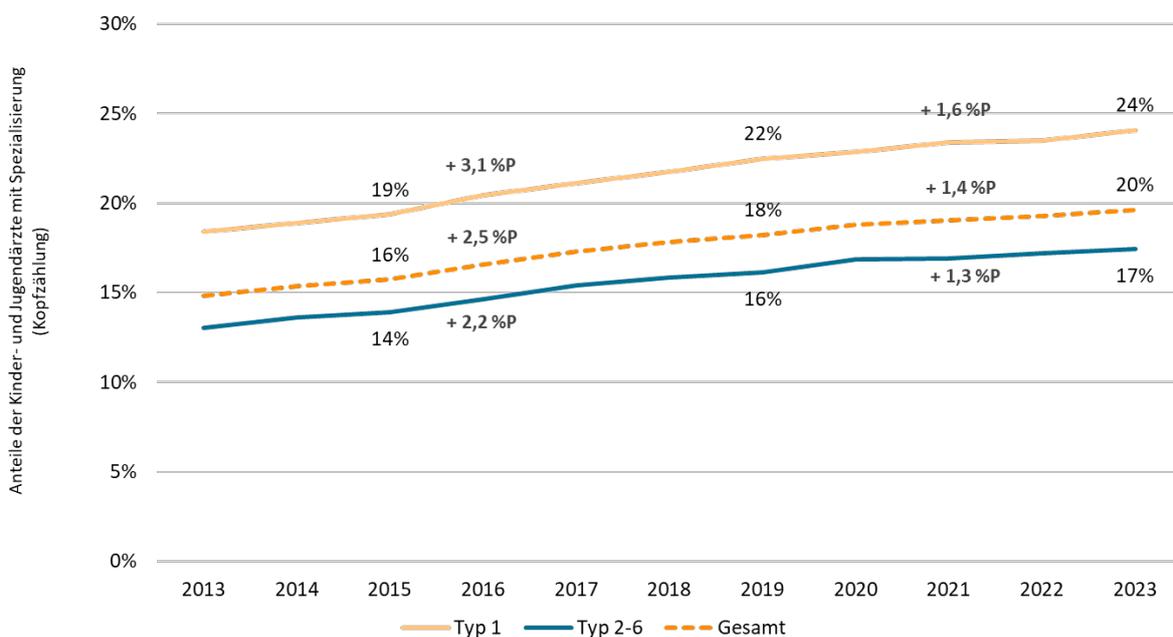
Abbildung 27: Kinder- und Jugendärzte: Anzahl der Planungsbereiche nach Versorgungsgrad und Kreisregionstyp 2023



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2023

Die Anteile an spezialisierten Kinder- und Jugendärzten sind in den letzten zehn Jahren kontinuierlich angestiegen (siehe Abbildung 28). In den Kernstädten bzw. Kreisregionstypen 1 ist der Anteil der Spezialisten dabei weiterhin grundsätzlich höher, während sich aber auch in den Kreisregionstypen 2 bis 6 eine kontinuierliche Zunahme zeigt. Grundsätzlich ist die Zunahme seit der Reform 2019 jedoch etwas abgeflacht. So bestand im Zeitraum 2015 bis 2019 ein Anstieg um 2,5 Prozentpunkte und im Zeitraum von 2019 bis 2023 lediglich ein Anstieg um 1,4 Prozentpunkte.

Abbildung 28: Anteile spezialisierter Kinder- und Jugendärzte an Gesamtzahl der Kinder- und Jugendärzte



Quelle: Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – jeweils zum Stand 31.12. eines Jahres

*Zählweise: Kopfzählung in der Bedarfsplanung zählender Kinderärzte. In der Kinderkardiologie, Neuropädiatrie und Hämatologie wurde der Schwerpunkt gezählt, in der Gastroenterologie, Pneumologie, Rheumatologie, Nephrologie und Endokrinologie der Schwerpunkt oder die Zusatzbezeichnung.

4 Aufnahme von Erreichbarkeitskriterien bei der Prüfung des zusätzlichen Versorgungsbedarfs gemäß § 35

Im Zuge der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2019 wurden mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Mai 2019 erstmals auch Erreichbarkeitskriterien in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgenommen. Verortet wurden diese in § 35 BPL-RL, in dem die Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss im Sinne des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V beschrieben sind.

Der Zugang zu Infrastrukturen der Daseinsvorsorge zur Deckung des täglichen oder periodischen Bedarfs gerät im Zuge des demografischen Wandels durch Abwanderung und Wegfall von Versorgungsmöglichkeiten zunehmend in den Fokus, da sich viele Einrichtungen in Abhängigkeit der Reichweite ihrer Einzugsgebiete in Ballungsräumen, Städten oder Mittelzentren konzentrieren. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass ein solches Standortmuster zu einer Unterversorgung in ländlichen, peripher gelegenen Räumen führt. Die Überprüfung der Erreichbarkeit, bspw. von Schulen, des Einzelhandels oder von kulturellen Einrichtungen, ist neben weiteren Methoden inzwischen ein weit verbreiteter Analyseansatz, um der Frage einer flächendeckenden Versorgung im Zuge der Herstellung oder Aufrechterhaltung gleichwertiger Lebensverhältnisse, oder umgekehrt - einer Unterversorgung, nachzugehen. Erreichbarkeit wird aus Gründen der Operationalisierbarkeit im Kontext von Fragen der Raumordnung und -planung in der Regel gemessen als PKW-Fahrzeit in Minuten.

Der im SGB V verankerte Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen impliziert einen flächendeckenden und wohnortnahen Zugang zur ambulanten Versorgung. Beide Kriterien sind jedoch unbestimmt. Mit der Aufnahme von Erreichbarkeitsschwellenwerten in § 35 BPL-RL griff der G-BA weitere Impulse des Großgutachtens zur Bedarfsplanung auf, die Erreichbarkeit von Arztpraxen stärker in den Fokus zu rücken.

Die in § 35 Absatz 5 Satz 2 BPL-RL ausgewiesenen Schwellenwerte dienen dabei lediglich der Orientierung, die eine Einzelfallprüfung nicht entbehrlich macht, bspw. für Insellagen. Weiterhin bleiben bei der Berechnung eines möglichen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ermächtigte Ärzte und Einrichtungen unberücksichtigt.

Zur Qualifizierung des Merkmals „Erreichbarkeit“ legte der G-BA zunächst für vier Arztgruppen (Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte, Frauenärzte) Erreichbarkeitsstandards fest, deren Schwellenwerte sich eng an raumplanerischen Empfehlungen zur zukünftigen Sicherung der Daseinsvorsorge orientieren. Da für die verschiedenen Versorgungsebenen gemäß §§ 11 bis 14 BPL-RL eine einheitliche räumliche Abgrenzung der Planungsbereichszuschnitte gilt, aus denen sich auch unterschiedliche funktionalräumliche Verflechtungsbereiche ergeben, wurden die Schwellenwerte innerhalb einer Versorgungsebene einheitlich gehalten. Für die Kinder- und Jugendärzte wurde eine kürzere Mindestreichbarkeit vorgegeben, um dem besonderen Charakter der kinderärztlichen Versorgung und dem Erfordernis einer möglichst wohnortnahen Zugänglichkeit von Kinder- und Jugendärzten gerecht zu werden. Arztgruppen und Erreichbarkeiten für 95 % der Einwohner einer Region

Hausärzte:	weniger als 20 PKW-Minuten
Kinder- und Jugendärzte:	weniger als 30 PKW-Minuten

Augen- und Frauenärzte: weniger als 40 PKW-Minuten

In § 68 Satz 4 BPL-RL hatte sich der G-BA aufgegeben, die Regelungen zur Erreichbarkeit bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen zu überprüfen.

Um der Frage nachzugehen, ob die Aufnahme von Erreichbarkeitskriterien und deren Standards bei der Feststellung eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs Berücksichtigung finden, wurde eine Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt mit folgenden Fragen:

1. Wurde in Ihrem Landesausschuss seit dem Jahr 2019 zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt? Wenn ja, für welche Arztgruppe(n)? Waren die in der Regelung aufgeführten Erreichbarkeitskriterien für die Feststellung maßgeblich?
2. Wurde in Ihrem Landesausschuss zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf beraten? Wenn ja, für welche Arztgruppe(n)? Waren die in der Regelung aufgeführten Erreichbarkeitskriterien für die Feststellung maßgeblich?
3. Gibt es Probleme bei der Umsetzung des § 35 BPL-RL? Wenn ja, gibt es auch Probleme bei der Prüfung der Erreichbarkeit?
4. Bitte bewerten Sie die Aufnahme von Erreichbarkeitskriterien in § 35 BPL-RL. Sollten weitere Arztgruppen aufgenommen werden und wenn ja welche? Sind die Grenzwerte für die vier bislang benannten Arztgruppen gut gewählt oder sehen Sie Änderungsbedarf?
5. Sofern Sie Erreichbarkeitsanalysen durchführen, beschreiben Sie bitte kurz das Verfahren. Führen Sie auch Probleme bei Operationalisierung auf, sollte diese aufgetreten sein.

Ergebnis

Für die vier oben aufgeführten Arztgruppen werden derzeit insgesamt 2.154 Versorgungsgrade (Anzahl der Versorgungsgrade in allen Planungsbereichen) festgestellt. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf wurde nur von sehr wenigen KVen – und dabei für weniger als 1 % aller Bedarfsprüfungen festgestellt. Feststellungen gab es in der hausärztlichen, augenärztlichen und in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung, in der gynäkologischen Versorgung hingegen nicht. Erreichbarkeitskriterien spielten bei der Festlegung keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Im Fokus steht meist die Kapazitätsfrage. Die Aufnahme von Erreichbarkeitskriterien wird hingegen von nahezu allen KVen grundsätzlich positiv bewertet und auch eine Erweiterung auf andere Arztgruppen, insbesondere die der Versorgungsebene 2, ist für viele denkbar. Einige wünschen eine Herauslösung der Erreichbarkeitsstandards aus § 35 BPL-RL, da die Kriterien eher bei der Feststellung von Sonderbedarf oder drohender Unterversorgung herangezogen werden. Ob die Grenzwerte richtig gewählt sind, konnte von vielen KVen nicht bewertet werden, da hier der § 35 BPL-RL nicht zur Anwendung kommt. In städtischen Räumen spielt das Thema Erreichbarkeit im Regelfall keine Rolle.

5 Fazit und Schlussfolgerungen

Der **Morbiditätsfaktor** ist - trotz der dargestellten Limitationen - geeignet, die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung und damit eine der zentralen Grundlagen der ambulanten Angebotssteuerung an die morbiditätsbedingte Bevölkerungsentwicklung anzupassen. Es steht außer

Frage, dass Morbidität einen zentralen Faktor für die ärztliche Inanspruchnahme darstellt. Daher ist es sachgerecht, die Verhältniszahlen regelmäßig weiterzuentwickeln und den sich verändernden Versorgungsbedarf der Bevölkerung arztgruppenspezifisch zu berücksichtigen. Es zeigt sich, dass die Weiterentwicklung des Morbiditätsfaktors - ausgehend vom ehemaligen Demografiefaktor - sinnvoll war und die höhere Differenzierung einen Beitrag für eine genauere Abbildung der morbiditätsbedingten Bedarfsveränderungen liefert. Der Morbiditätsfaktor erzeugt in seiner Anwendung die erwarteten und beabsichtigten Effekte. Dennoch wird der G-BA auch weiterhin regelmäßig überprüfen, ob sich neue Möglichkeiten für eine verbesserte Methodik ergeben und den Morbiditätsfaktor dementsprechend anpassen.

In Bezug auf die Aufnahme von **Erreichbarkeitskriterien bei der Prüfung des zusätzlichen Versorgungsbedarf gemäß § 35** hat die Abfrage bei den KVen deutlich aufgezeigt, dass die Operationalisierung des § 35 BPL-RL generell schwierig bleibt. Dies belegt die geringe Anzahl an Feststellungen. Die Gründe für eine fehlende Anwendung liegen inzwischen auch darin, dass in einigen KVen nunmehr im Kontext des Sonderantragsrecht der Länder ein Versorgungsbedarf nach § 103 Absatz 2 Satz 4 SGB V festgestellt wird oder eine solche Feststellung zumindest länderseitig geprüft wird. In diesem Zusammenhang werden mit den Ministerien auf Landesebene vielfach auch eigene Kriterien diskutiert. Zumeist steht dort die Frage von Kapazitäten, nicht die der Erreichbarkeit, im Mittelpunkt der Diskussion. Weiterhin können die Planungsraumzuschnitte im Sinne des § 2 BPL-RL für die Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten angepasst werden, was in der Regel mit Blick auf eine Entscheidung des zuständigen Landesausschusses leichter erscheint, als eine Feststellung nach § 35 BPL-RL. Insofern fehlt es für eine Evaluation der Regelung derzeit an einer empirischen Grundlage. Grundsätzlich erscheint die Aufnahme von Erreichbarkeitskriterien in der Richtlinie dennoch sinnvoll. Sie wird auch von den Bedarfsplanungsabteilungen der KVen ausdrücklich begrüßt. Auch aus diesem Grund hält der G-BA an den derzeitigen Regelungen sowie an den vier Arztgruppen und den geltenden Erreichbarkeitsstandards fest.

Bei den **Quotenregelungen** zeigt sich für die fachinternistische Versorgung, dass die Quote für die Rheumatologen den Zweck erfüllt, Sitze exklusiv für die Rheumatologen freizuhalten. Eine Anhebung der Rheumatologen-Quote von 8 % auf 10 % sollte jedoch zunächst nicht vorgenommen werden. Vielmehr empfiehlt es sich hier zum Stichtag 31.12.2026 eine erneute Überprüfung vorzunehmen. So wäre mit einer Anhebung der Quote verbunden, dass auch Großstädte wie München und Berlin für zusätzliche rheumatologische Niederlassungen geöffnet werden würden. Demgegenüber steht jedoch gleichzeitig eine geringe Zahl an Ärzten, die jährlich die Weiterbildung in Rheumatologie abschließen. Die geschaffenen Quotenplätze können somit nicht vollständig mit Ärzten besetzt werden. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass bei einer Öffnung der Großstädte, Planungsbereiche mit infra- oder sozialstrukturellen Herausforderungen benachteiligt werden und sich somit die Rheumatologen, die für eine Niederlassung zur Verfügung stehen, vor allem in den städtischen Regionen niederlassen.

Die Maximalquoten für die im fachinternistischen Bereich werden bislang in keiner Arztgruppe ausgeschöpft. So liegt die Maximalquote für die Kardiologen bei 33 % und ihr aktueller Anteil an der Gesamtarztgruppe bei 26 %, die Maximalquote der Nephrologen liegt bei 25 % und ihr aktueller Anteil bei 16 %, die Quote der Gastroenterologen wurde auf 19 % festgelegt und sie machen einen Anteil von 15 % aus und bei den Pneumologen liegt die Maximalquote bei 18 % und ihr aktueller Anteil an der Gesamtgruppe bei 12 %. Da die Anteile dieser Arztgruppen an der Gesamtgruppe der Fachinternisten jedoch seit 2019 stetig ansteigen, ist hier anzunehmen, dass sie langfristig erreicht werden und dann auch ihren Zweck erfüllen, die Anteile auf den genannten Maximalwerten konstant zu halten. Bei der fachinternistischen Versorgung insgesamt sollte die weitere Entwicklung jedoch zudem unter Berücksichtigung der hohen Anzahl

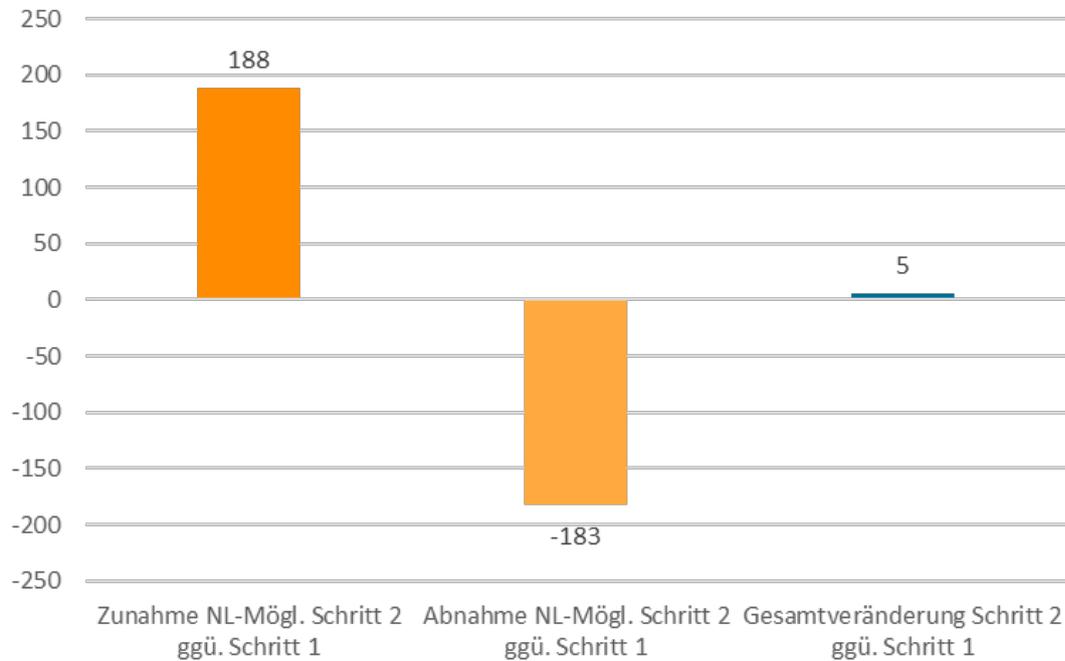
an Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von über 140 % genauer beobachtet werden.

Auch mit Blick auf die nervenärztliche Versorgung sind aus der Analyse der Daten keine Änderungsbedarfe hervorgegangen, wobei die Quotenregelung grundsätzlich den Zweck erfüllt, exklusiv Plätze für die Nervenärzte und doppelt Weitergebildeten freizuhalten.

Zu den Verhältniszahlanpassungen kann grundsätzlich ebenfalls festgehalten werden, dass die vorgenommenen Anpassungen den dahinterliegenden Zielsetzungen (Kapazitätsausweitung und flächendeckendere Versorgung) entsprechen. Bei allen Arztgruppen hat sie zu einer Erhöhung der Niederlassungsmöglichkeiten geführt, die in den Folgejahren zunehmend besetzt werden konnten. Bei allen Arztgruppen zeigt sich dadurch ein kontinuierlicher Anstieg der Arztzahlen in Bedarfsplanungsgewichten. Ein Blick auf die Versorgungsgrade verdeutlicht, dass in allen Arztgruppen die deutliche Mehrheit der Planungsbereiche Versorgungsgrade über 100 % aufweisen.

6 Anhang

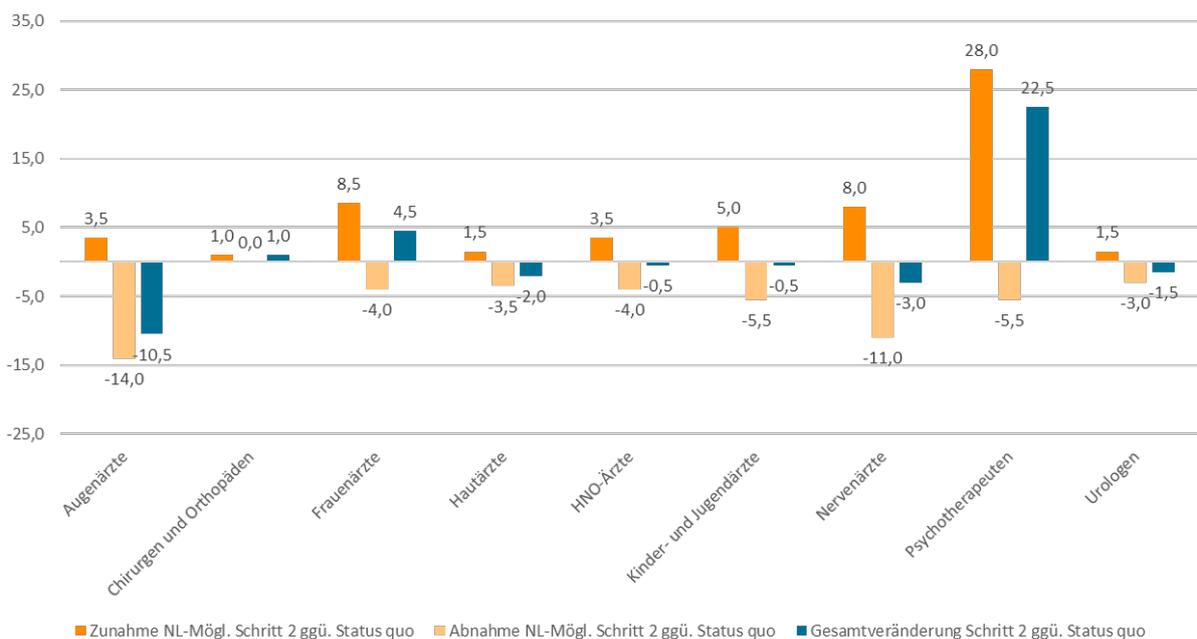
Abbildung 29: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten (Hausärzte)



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2021

Anmerkung: Regionale Abweichungen beim Zuschnitt der Planungsbereiche werden berücksichtigt. Ermächtigte, abweichende Sperrgrenzen und Verhältniszahlen werden nicht berücksichtigt. HÄ Ruhrgebiet, KJPP: Basis-VHZ 2021 für Status Quo und Simulation als Grundlage verwendet.

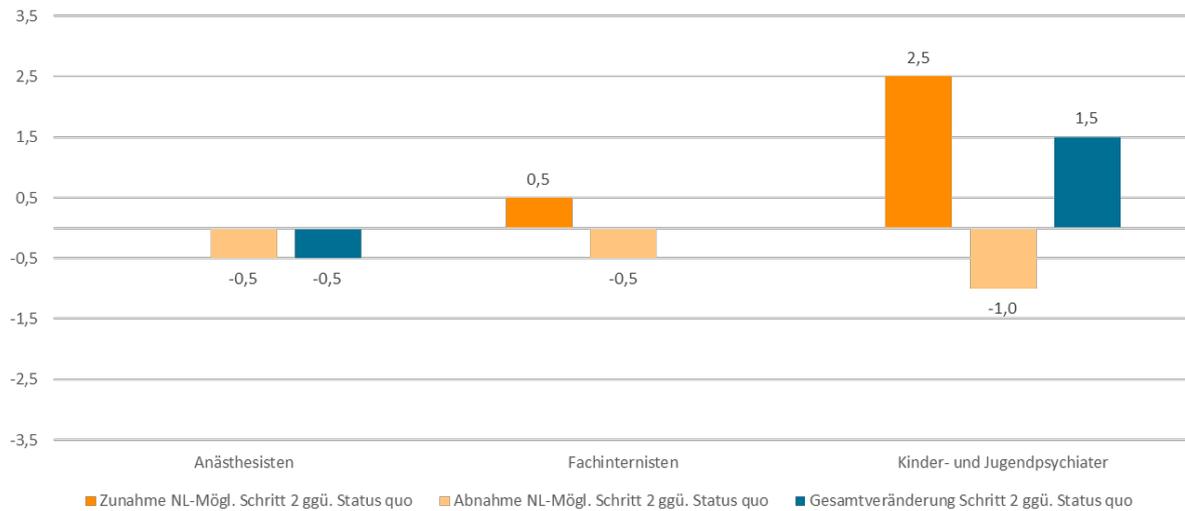
Abbildung 30: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten (allgemeine fachärztliche Versorgung)



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2021

Anmerkung: Regionale Abweichungen beim Zuschnitt der Planungsbereiche werden berücksichtigt. Ermächtigte, abweichende Sperrgrenzen und Verhältniszahlen werden nicht berücksichtigt. HÄ Ruhrgebiet, KJPP: Basis-VHZ 2021 für Status Quo und Simulation als Grundlage verwendet.

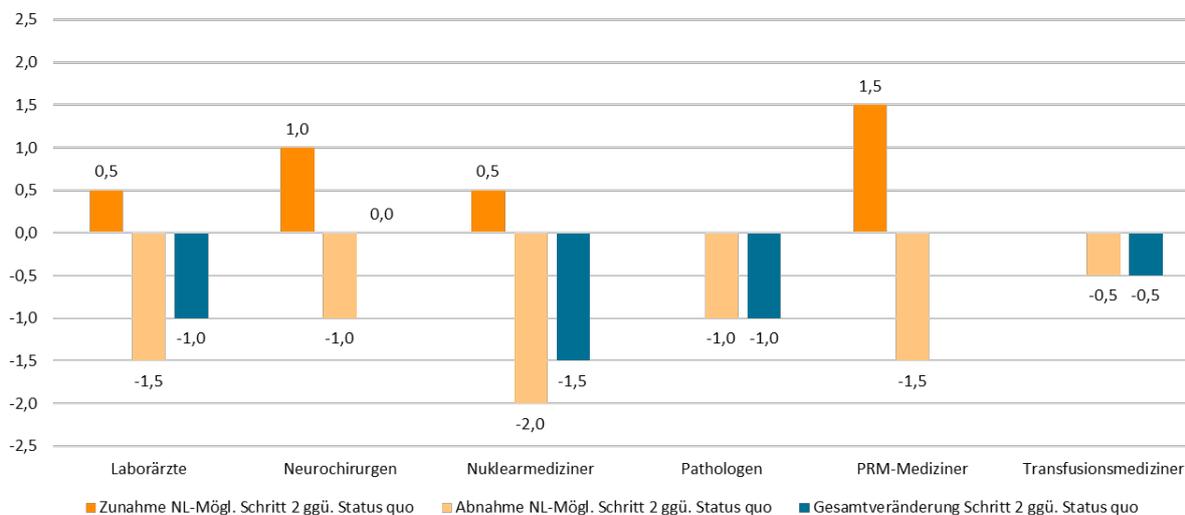
Abbildung 31: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten (spezialisierte fachärztliche Versorgung)



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2021

Anmerkung: Regionale Abweichungen beim Zuschnitt der Planungsbereiche werden berücksichtigt. Ermächtigte, abweichende Sperrgrenzen und Verhältniszahlen werden nicht berücksichtigt. HÄ Ruhrgebiet, KJPP: Basis-VHZ 2021 für Status Quo und Simulation als Grundlage verwendet.

Abbildung 32: Veränderung der Niederlassungsmöglichkeiten (gesonderte fachärztliche Versorgung)



Quelle: Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanungsumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 4. Quartal 2021

Anmerkung: Regionale Abweichungen beim Zuschnitt der Planungsbereiche werden berücksichtigt. Ermächtigte, abweichende Sperrgrenzen und Verhältniszahlen werden nicht berücksichtigt. HÄ Ruhrgebiet, KJPP: Basis-VHZ 2021 für Status Quo und Simulation als Grundlage verwendet.