

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Delia Klages und Vanessa Behrendt (AfD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung

Umfasst die Bedarfsberechnung für Ärzte und Psychotherapeuten alle Geschlechter?

Anfrage der Abgeordneten Delia Klages und Vanessa Behrendt (AfD), eingegangen am 17.05.2024
- Drs. 19/4393,
an die Staatskanzlei übersandt am 23.05.2024

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 24.06.2024

Vorbemerkung der Abgeordneten

Wie viele Ärzte sowie Psychotherapeuten der Bevölkerung in einem bestimmten Gebiet (einem sogenannten Planungsbereich) zur Verfügung stehen sollen, wird in Deutschland durch die Bedarfsplanung festgelegt. Der Bedarfsplan wird auf der gesetzlichen Grundlage des fünften Sozialgesetzbuches und der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgestellt¹. Die aktuelle Bedarfsplanungs-Richtlinie ist im Juni 2019 in Kraft getreten und wurde Ende des Jahres 2019 in Niedersachsen umgesetzt.

In dieser sind arztgruppenspezifische regionale Verhältniszahlen (Bevölkerung je ärztlichen Leistungserbringer) festgelegt, die den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad definieren². Durch einen neu eingeführten Morbiditätsfaktor³ werden bei der Planung auch unterschiedliche Altersgruppen und Geschlechter⁴, die ärztliche Leistungen unterschiedlich stark in Anspruch nehmen, berücksichtigt. In Niedersachsen variieren z. B. die Verhältniszahlen der hausärztlichen Versorgung von ca. 1 400 bis zu 1 800 Einwohner je Hausarzt (KVN, 2020i). Für die einzelnen Arztgruppen werden verschieden große Planungsbereiche zugrunde gelegt. Hausärztliche Kapazitäten werden in der Planung kleinräumiger vorgesehen als fachärztliche Leistungserbringer.

Vorbemerkung der Landesregierung

Die Bedarfsplanung ist wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung. Sie ist in den §§ 99 bis 105 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) bundesgesetzlich geregelt. Diese gesetzliche Grundlage wird durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) konkretisiert.

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde Anfang der 1990er Jahre eingeführt, um die wachsende Ärztezahl zu begrenzen. Da sich die Verteilung der Ärztinnen und Ärzten in den vergangenen 30 Jahren zugunsten der Ballungszentren verschoben hat, dient die Bedarfsplanungs-Richtlinie nunmehr insbesondere dazu, Ressourcengerechtigkeit herzustellen. Durch die Neufassung aus dem Jahr 2012

¹ <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>

² <https://www.kvn.de/Mitglieder/Zulassung/Bedarfsplanung.html>

³ https://www.kvn.de/Suche.html?search=Morbidit%C3%A4tsfaktor&date_start=&date_start_submit=&date_end=&date_end_submit=&list%5B328%5D=&list%5B250%5D=&list%5B354%5D=&listmm=&limit=1

⁴ <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-in-einfacher-sprache/331102/geschlecht/>

sowie durch weitere Änderungen (zuletzt vom 16.03.2023) wurde die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu einem Steuerungselement der regionalen Verteilung der Ärztinnen und Ärzte weiterentwickelt.

Der von den Kassenärztlichen Vereinigungen, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, aufzustellende Bedarfsplan stellt auf der Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung fest. Der Versorgungsgrad für eine bestimmte Region wird ermittelt, in dem das Ist-Niveau des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses mit dem Soll-Niveau verglichen wird.

§ 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie bestimmt als Grundstruktur vier Versorgungsebenen: Die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung.

Die in § 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie bestimmten Planungsbereiche (Mittelbereich, Kreise/kreisfreie Stadt, Raumordnungsregionen und Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen) sind die räumliche Grundlage für die Ermittlung des Stands der vertragsärztlichen Versorgung. Die o. g. Versorgungsebenen sind maßgeblich für die Zuordnung der Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und daher für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen.

Diese Verhältniszahlen werden durch die Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Ermittlung des Versorgungsgrades im Sinne der Bestimmung arztgruppenbezogener Arzt-Einwohner-Verhältnisse ausgewiesen. Sie sind Referenzpunkt für den bundesweiten Rahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung (§ 8 und Anlage 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und bilden den Ausgangspunkt für Anpassungen durch den regionalen Morbiditätsfaktor nach § 9 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

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

Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt bezüglich der Alters- und Geschlechtsstruktur in zwei Schritten: Erstens durch Anpassung durch bundesweite Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur (§ 9 Abs. 4 bis 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Zweitens durch die Ermittlung der Abweichung der regionalen Alters- und Geschlechtsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt (§ 9 Abs. 8 bis 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die **Anlage 4** zur Bedarfsplanungs-Richtlinie ist der Antwort auf diese Anfrage beigefügt und veranschaulicht die Berücksichtigung der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen, deren spezifische Inanspruchnahmen ambulanter Leistungen sowie die entsprechenden Berechnungsmethoden. Die Verhältniszahl der Frauenärztinnen und Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

Geschlechterspezifische Bedarfe in der ambulanten Versorgung werden mithin im Rahmen des Morbiditätsfaktors bei der Bedarfsplanung berücksichtigt.

1. Werden zu den unterschiedlichen Altersgruppen mehrere Geschlechter bei der Bedarfsplanung berücksichtigt?

Zur Beantwortung der Frage 1 wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

2. Wie viele Geschlechter werden bei der Bedarfsplanung berücksichtigt?

Zur Beantwortung der Frage 2 wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

3. Um welche Geschlechter handelt es sich dabei?

Zur Beantwortung der Frage 3 wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

4. Mit welchem Berechnungsfaktor fließen die berücksichtigten Geschlechter in die Bedarfsberechnung ein?

Zur Beantwortung der Frage 4 wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

5. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage erfolgt die Bedarfsberechnung?

Zur Beantwortung der Frage 5 wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

6. Wird dabei der Berechnungsfaktor von Männern und Frauen als Referenzwert benutzt?

Zur Beantwortung der Frage 6 wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

7. Inwieweit weichen die Bedarfsberechnungen der weiteren berücksichtigten Geschlechter von den Bedarfsberechnungen von Männern und Frauen ab?

Zur Beantwortung der Frage 7 wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

8. Seit wann werden gegebenenfalls neben den Bedarfsberechnungen für Männer und Frauen auch Bedarfsberechnungen für weitere Geschlechter durchgeführt?

Zur Beantwortung der Frage 8 wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

9. Wie groß ist der Personen- und Stundenumfang, der für die Bedarfsberechnungen benötigt wird?

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) ist für die Aufstellung der Bedarfspläne zuständig. Insofern liegen der Landesregierung keine eigenen Informationen dazu vor. Zur Beantwortung dieser Frage wurde die KVN befragt. Danach kann der exakte Personen- und Stundenumfang nicht beziffert werden, da eine Vielzahl von Personen in unterschiedlichen Bereichen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Zeitanteilen an der Berechnung mitwirken.

10. Wer ist der Dienstherr der Personen, die die Bedarfe berechnen?

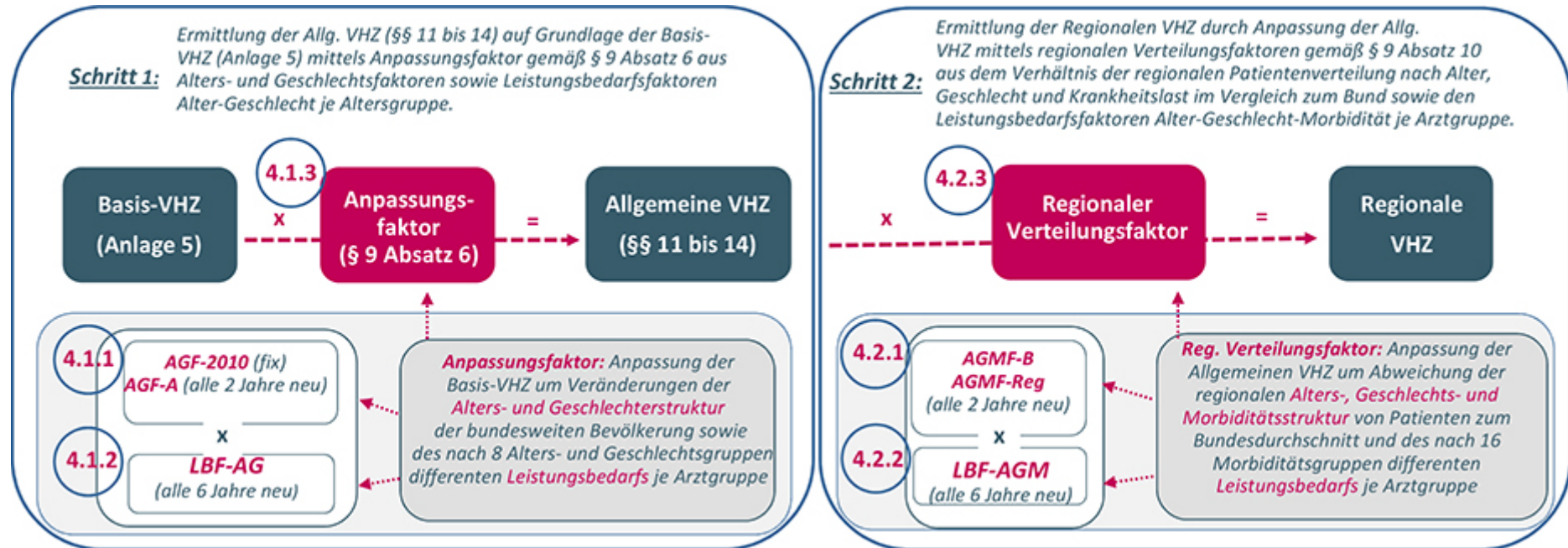
Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterstehen der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, sie haben keine Dienstherreneigenschaft. Die KVen sind Arbeitgeber der mit der operativen Bedarfsplanung befassten Beschäftigten.

Die Rechtsaufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss, der die Bedarfsplanungs-Richtlinie erlässt, führt das Bundesministerium für Gesundheit nach § 91 a Abs. 1 SGB V. Die Rechtsaufsicht über die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen führt gemäß § 78 Abs. 1 SGB V das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

Anlage 4 Morbiditätsfaktor

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

Die Anpassung der Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten:



Abkürzungsverzeichnis

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

Hinweis

Die in den Übersichten mitunter aufgeführten Altersklassen zur Ausweisung von Bevölkerungsanteilen sind aus Gründen der besseren Lesbarkeit wie im folgenden Beispiel dargestellt: 20-44 Jahre. Gemeint ist hier die Bevölkerung von 20 bis unter 45 Jahren.

Anlage 4.1 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 9 Absatz 4 bis 7 BPL-RL auf Grundlage der Basis-Verhältniszahlen

Anlage 4.1.1 Bevölkerungsanteile nach Alter und Geschlecht (Alters- und Geschlechtsfaktoren AGF) gemäß § 9 Absatz 4 BPL-RL

Die Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF) bilden die acht jeweils zu einem Stichtag auf Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes ermittelten prozentualen Anteile der nach vier Altersklassen und dem Geschlecht getrennten Gesamtbevölkerung ab.

Die im Zweijahresturnus aktualisierten AGF-A (vgl. in Nummer 4.1.1 Buchstabe b) werden für die Beschreibung der sich verändernden Demografie in Bezug gesetzt zu den AGF-2010 zum Referenzzeitpunkt 31. Dezember 2010 (vgl. in Nummer 4.1.1 Buchstabe a). Die Aktualisierung der AGF-A erfolgt durch den G-BA.

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

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

$$\frac{\text{Einwohner}_{\text{Alters- und Geschlechtergruppe}} 2010}{\text{Einwohner 2010}}$$

gelten folgende AGF-2010 des Referenzjahres 2010:

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

Stichtag Bevölkerung: 31. Dezember 2010

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

Anmerkung: Die AGF-2010 werden nicht gerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich zwei Nachkommastellen.

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

Die AGF-A ergeben sich auf Grundlage der Formel

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

Die erstmalige Ermittlung der AGF-A erfolgte mit Stichtag 31. Dezember 2017 zum 1. Juli 2019. Sie werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 1. Juli 2021 (mit Stichtag 31. Dezember 2019). Für den Zeitraum 1. Juli 2023 bis 30. Juni 2025 gelten folgende AGF-A:

Arztgruppe	AGF-A									
	Anteil männliche Bevölkerung					Anteil weibliche Bevölkerung				
	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, KJPP		9,54 %	15,71 %	19,54 %	4,56 %		9,01 %	14,85 %	20,19 %	6,61 %
Frauenärzte							17,78 %	29,32 %	39,86 %	13,05 %
Kinder- und Jugendärzte, KJPP	51,40 %					48,60 %				

Stichtag Bevölkerung: 31. Dezember 2021

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

Anmerkung: Die AGF-A werden nicht gerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich zwei Nachkommastellen.

Anlage 4.1.2 Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht (LBF-AG) gemäß § 9 Absatz 5 BPL-RL

Die LBF-AG bilden arztgruppenspezifisch das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten ambulanter Leistungen der acht Alters- und Geschlechtsgruppen im Vergleich zum Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe ab. Sie werden vom G-BA für einen Zeitraum von sechs Jahren ermittelt, erstmals zum 1. Juli 2019. Die erste Aktualisierung erfolgt zum 1. Juli 2025.

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

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

gelten für den Zeitraum 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2025 folgende LBF-AG:

¹ Die Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben unberücksichtigt.

Arztgruppe	LBF-AG									
	männlich					weiblich				
	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.
Hausärzte		0,253	0,554	1,092	2,285		0,281	0,739	1,265	2,667
Augenärzte		0,454	0,154	0,929	3,537		0,516	0,236	1,225	3,842
Chirurgen und Orthopäden		0,387	0,660	1,111	1,292		0,330	0,736	1,627	1,713
Frauenärzte							0,261	2,164	0,704	0,314
HNO-Ärzte		0,980	0,685	0,935	1,752		0,860	0,908	1,075	1,599
Hautärzte		0,341	0,622	0,979	2,325		0,436	1,072	1,318	1,597
Kinder- und Jugendärzte	1,028					0,971				
Nervenärzte		0,053	0,608	1,109	1,682		0,070	0,914	1,608	2,052
Psychotherapeuten		0,775	0,738	0,577	0,048		1,021	1,997	1,492	0,115
Urologen		0,178	0,445	1,969	6,370		0,050	0,218	0,576	1,211
Fachinternisten		0,056	0,349	1,497	2,864		0,071	0,492	1,476	2,031
Anästhesisten		0,752	0,514	1,005	1,656		0,558	0,788	1,407	1,840
Kinder- und Jugendpsychiater	1,210					0,777				
Radiologen		0,144	0,584	1,098	1,214		0,176	0,764	2,031	1,252
PRM-Mediziner		0,187	0,467	0,969	1,171		0,217	0,779	1,986	1,917
Nuklearmediziner		0,086	0,380	1,168	1,684		0,127	0,829	1,908	1,573
Strahlentherapeuten		0,007	0,081	1,263	2,662		0,006	0,296	2,178	1,953
Neurochirurgen		0,016	0,476	1,428	1,521		0,022	0,571	1,825	1,759
Humangenetiker		1,465	0,743	0,450	0,350		1,182	1,962	1,095	0,348
Laborärzte		0,432	0,585	0,924	1,489		0,562	1,518	1,228	1,408
Pathologen		0,111	0,426	1,067	1,775		0,177	1,335	1,642	1,287
Transfusionsmediziner		0,271	0,463	0,932	1,571		0,382	1,953	1,184	1,255

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

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

Anlage 4.1.3 Anpassungsfaktor zur Modifikation der Basis-Verhältniszahlen je Arztgruppe gemäß § 9 Absatz 6 BPL-RL

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

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

Anlage 4.2 Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl zu den Regionalen Verhältniszahlen gemäß § 9 Absatz 8 bis 10 BPL-RL

Anlage 4.2.1 Patientenanteile nach Alter, Geschlecht u. Morbidität (Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren AGMF) gemäß § 9 Absatz 8 BPL-RL

Für eine möglichst genaue regionale Bedarfsermittlung wird die in den einzelnen Alters- und Geschlechtergruppen differierende Krankheitslast herangezogen. Dazu werden auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) die Patienten nach vier Alters- und zwei Geschlechtsfaktoren, zudem nach dem Morbiditätsgrad „erhöht morbide“ / „nicht erhöht morbide“, in sechzehn Morbiditätsgruppen eingeteilt. Zur Identifikation der erhöht morbiden Patienten werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA) der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV (a. F.) (Vollmodell) für das maßgebliche Ausgleichsjahr (erstmalig 2017) herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr 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 wurde².

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

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

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

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

Die erstmalige Ermittlung der AGMF-B erfolgte auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2017 zum 1. Juli 2019. Die AGMF-B werden

alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 1. Juli 2021. Auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2021 ergeben sich für den Zeitraum 1. Juli 2023 bis 30. Juni 2025 folgende AGMF-B:

Arztgruppe	AGMF-B																			
	Anteil erhöht morbide Patienten										Anteil nicht erhöht morbide Patienten									
	männlich					weiblich					männlich					weiblich				
	< 18	< 20	20 - 44	45 - 74	≥ 75	< 18	< 20	20 - 44	45 - 74	≥ 75	< 18	< 20	20 - 44	45 - 74	≥ 75	< 18	< 20	20 - 44	45 - 74	≥ 75
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, KJPP		0,29 %	1,06 %	7,51 %	3,68 %		0,27 %	2,24 %	10,05 %	5,78 %		9,04 %	13,37 %	10,38 %	1,09 %		8,67 %	13,93 %	10,97 %	1,68 %
Frauenärzte						0,51 %	4,17 %	18,76 %	10,78 %							16,19 %	25,99 %	20,46 %	3,13 %	
Kinder- und Jugendärzte, KJPP	1,60 %					1,29 %					49,62 %				47,49 %					

Stichtag: 31. Dezember 2021

Quelle: KBV-Abrechnungsdaten

Anmerkung: Die AGMF-B werden nicht gerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich zwei Nachkommastellen.

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

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

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

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

Die erstmalige Ermittlung der AGMF-Reg erfolgte auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten von 2017 zum 1. Juli 2019. Die AGMF-Reg werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 1. Juli 2021. Sie sind Grundlage zur Berechnung der regionalen Verteilungsfaktoren, die wiederum in Anlage 4.2.3 veröffentlicht werden. Die AGMF-Reg für die PLZ-Gebiete zur Berücksichtigung regionaler Abweichungen von den Planungsbereichen nach Anlage 3 werden zusammen mit den regionalen Verteilungsfaktoren pro PLZ auf der Webseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/> als [Anlage 4.2.3: Regionale Verteilungsfaktoren pro PLZ](#) veröffentlicht.

Anlage 4.2.2 Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) gemäß § 9 Absatz 9 BPL-RL

Die LBF-AGM bilden arztgruppenspezifisch das regional differente Inanspruchnahmeverhalten der Patienten - differenziert in die sechzehn Morbiditätsgruppen nach Alter, Geschlecht und Morbidität - im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe ab. Sie werden vom G-BA für einen Zeitraum von sechs Jahren ermittelt, erstmals zum 1. Juli 2019. Die erste Aktualisierung erfolgt zum 1. Juli 2025.

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

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

gelten für den Zeitraum 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2025 folgende LBF-AGM:

³ Die Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben unberücksichtigt.

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

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

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

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

Anlage 4.2.3 Regionale Verteilungsfaktoren zur Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahl je Arztgruppe und Planungsbereich gemäß § 9 Absatz 10 BPL-RL

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

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

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

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

- Die Excel-Tabelle „[Anlage 4.2.3 Regionale Verteilungsfaktoren pro Planungsbereich](#)“ stellt pro Planungsbereich (gemäß den Zuschnitten der Anlage 3) die regionalen Verteilungsfaktoren pro Arztgruppe dar;
- Die Excel-Tabelle „[Anlage 4.2.3 Regionale Verteilungsfaktoren pro PLZ](#)“ enthält eine Auflistung der regionalen Verteilungsfaktoren pro PLZ (Datenstand 31. Dezember 2019) und Arztgruppe sowie die AGMF-Reg pro PLZ. Die Aufstellung erlaubt eine Berechnung der regionalen Verteilungsfaktoren im Falle regionaler Abweichungen von den Planungsbereichen gemäß Anlage 3.

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

1. Hausärzte

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

1.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gemäß Formel (vgl. in Nummer 4.1.3)

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

	Anteil männliche Bevölkerung				Anteil weibliche Bevölkerung			
	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.
AGF-2010	9,56 %	16,12 %	19,71 %	3,39 %	9,08 %	15,83 %	20,50 %	5,82 %
AGF-A (2019)	9,49 %	15,68 %	19,50 %	4,69 %	8,95 %	14,84 %	20,07 %	6,81 %
LBF-AG Hausärzte	0,253	0,554	1,092	2,285	0,281	0,739	1,265	2,667

$$\frac{((9,56 \cdot 0,253) + (16,12 \cdot 0,554) + (19,71 \cdot 1,092) + (3,39 \cdot 2,285) + (9,08 \cdot 0,281) + (15,83 \cdot 0,739) + (20,50 \cdot 1,265) + (5,82 \cdot 2,667))}{((9,49 \cdot 0,253) + (15,68 \cdot 0,554) + (19,50 \cdot 1,092) + (4,69 \cdot 2,285) + (8,95 \cdot 0,281) + (14,84 \cdot 0,739) + (20,07 \cdot 1,265) + (6,81 \cdot 2,667))} = \mathbf{0,96197^4}$$

⁴ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

1.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

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

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

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

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

	Anteil erhöht morbide Patienten								Anteil nicht erhöht morbide Patienten							
	männlich				weiblich				männlich				weiblich			
	< 20	20 - 44	45 - 74	≥ 75	< 20	20 - 44	45 - 74	≥ 75	< 20	20 - 44	45 - 74	≥ 75	<20	20-44	45-74	≥75
AGMF-B	0,34 %	1,03 %	7,22 %	3,83 %	0,32 %	2,17 %	9,77 %	6,01 %	9,06 %	13,05 %	10,28 %	1,15 %	8,72 %	14,12 %	11,18 %	1,76 %
AGMF-Reg	0,23 %	1,41 %	8,08 %	6,07 %	0,29 %	2,49 %	12,39 %	9,95 %	6,85 %	9,24 %	10,07 %	1,75 %	6,96 %	10,00 %	11,27 %	2,95 %
LBF-AGM Hausärzte	0,469	1,528	1,823	2,419	0,692	1,408	1,718	2,616	0,247	0,555	0,814	1,114	0,259	0,551	0,773	1,321

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

⁵ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

⁶ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

1.2.2 Berechnung der regionalen Verhältniszahl

Multiplikation Allgemeine Verhältniszahl (gemäß § 11) mit regionalem Verteilungsfaktor: $1\ 607 * 0,83689 = 1\ 344^7$

1.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

Einwohner im Mittelbereich:	78 677
Allgemeine Verhältniszahl:	1 607
Anzahl Ärzte im Mittelbereich:	42

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(1\ 607 \times 42 \times 100) / 78\ 677 = 85,7\ %^8$

Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(1\ 344 \times 42 \times 100) / 78\ 677 = 71,7\ %^9$

Fazit: Da die bundesweite Bevölkerung seit 2010 älter geworden ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Hausärzte von 1 671 Einwohnern je Arzt auf 1 607 abgesenkt und bildet die Allgemeine VHZ (§ 11 BPL-RL). Da die Patienten des Planungsbereiches vergleichsweise alt und morbide sind, sinkt die Regionale Verhältniszahl für Hausärzte von 1 607 Einwohnern je Arzt auf 1 344. Der Versorgungsgrad sinkt von 85,7 % auf 71,7 %.

⁷ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

⁸ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

⁹ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

2. Frauenärzte

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

2.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gemäß Formel (vgl. in Nummer 4.3)

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

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

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

2.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-VHZ (gemäß Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: 3 733 x 1,03135 = 3 850¹¹

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

2.2.1 Berechnung des Regionalen Verteilungsfaktors für Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil morbider Frauen gemäß Formel (vgl. in Nummer 4.2.3)

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

¹⁰ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

¹¹ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

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

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

2.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

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

2.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

Einwohner im Landkreis: 122 410 Frauen
Planungsbereichstyp: 1
Allgemeine VHZ je Frau: 3 850
Anzahl Ärzte im Landkreis: 40

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(3\,850 \times 40 \times 100) / 122\,410 = 125,8 \%$ ¹⁴

Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(3\,821 \times 40 \times 100) / 122\,410 = 124,8 \%$ ¹⁵

Fazit: Da die weibliche Bevölkerung mittleren Alters, die besonders hohe Leistungsbedarfe bei den Frauenärzten aufweist, seit 2010 gesunken ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Frauenärzte von 3 733 Frauen je Arzt auf 3 850 angehoben und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da die Patientinnen im Planungsbereich vergleichsweise morbide sind, sinkt die Regionale Verhältniszahl für Frauenärzte von 3 850 Frauen je Arzt auf 3 821. Der Versorgungsgrad sinkt von 125,8 % auf 124,8 %.

¹² Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

¹³ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

¹⁴ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

¹⁵ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

3. Kinder- und Jugendärzte

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

3.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gemäß Formel (vgl. in Nummer 4.1.3)

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

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

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

3.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-VHZ (gemäß Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: 2 044 x 0,99993 = 2 043¹⁷

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

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

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

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

¹⁷ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

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

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

3.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

Multiplikation Allgemeine Verhältniszahl (gemäß § 11) mit regionalem Verteilungsfaktor: 2 043 x 1,00391 = 2 051¹⁹

3.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

Einwohner im Landkreis: 50 410 Minderjährige
 Planungsbereichstyp: 1
 Allgemeine VHZ je Minderjähr.: 2 043
 Anzahl Ärzte im Landkreis: 30

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: $(2\ 043 \times 30 \times 100) / 50\ 410 = 121,5\ %^{20}$

Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: $(2\ 051 \times 30 \times 100) / 50\ 410 = 122,0\ %^{21}$

Fazit: Da die männliche minderjährige Bevölkerung, die höhere Leistungsbedarfe bei den Kinder- und Jugendärzten aufweist, seit 2010 gestiegen ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte von 2 044 Minderjährige je Arzt auf 2 043 gesenkt und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da die minderjährigen Patienten im Planungsbereich vergleichsweise wenig morbide sind, steigt die Regionale Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte von 2 043 Minderjährige je Arzt auf 2 051. Der Versorgungsgrad steigt von 121,5 % auf 122,0 %.

¹⁸ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

¹⁹ Die Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

²⁰ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

²¹ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.