

**Richtlinien**  
**des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**  
**über die Bedarfsplanung**  
**sowie**  
**die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und**  
**Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung**  
**(Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte)**

vom 9. März 1993  
(BAnz. Nr. 110 a vom 18. Juni 1993)

zuletzt geändert am 21. Februar 2006  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 2 541  
in Kraft getreten am 7. April 2006

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## Inhaltsverzeichnis

- |           |  |               |
|-----------|--|---------------|
| <b>1</b>  | Allgemeines  | Nr. 01 - 02   |
| <b>2</b>  | Bedarfsplanung und Feststellung der Planungsbereiche   | Nr. 03 - 06   |
| <b>3</b>  | Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung   | Nr. 07 - 12   |
| <b>4</b>  | Feststellung von Überversorgung  | Nr. 13 - 23   |
| <b>4a</b> | Zulassung zur gemeinschaftlichen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen   | Nr. 23a - 23h |
| <b>5</b>  | Maßstäbe für qualitätsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen   | Nr. 24 - 26   |
| <b>6</b>  | Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung  | Nr. 27 - 34   |
| <b>7</b>  | Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur im Sinne des § 73 SGB V  | Nr. 35 - 37   |
| <b>8</b>  | Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse | Nr. 38 - 41   |
| <b>9</b>  | (gestrichen)   |               |
| <b>10</b> | Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen  |               |

## Anlagen

### 1. Abschnitt

#### Allgemeines

1. Die Richtlinien dienen der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung) aufgrund von Überversorgung und Unterversorgung.
2. Zu diesem Zweck regeln die Richtlinien auf der Grundlage der nachstehenden gesetzlichen Bestimmungen
  - a) die vertragsärztliche Bedarfsplanung, insbesondere den Inhalt der Feststellungen in den Bedarfsplänen und die Abgrenzung der Planungsbereiche (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9, § 99 SGB V, § 12 Abs. 3 Ärzte-ZV),
  - b) Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrads und von Überversorgung in den einzelnen Arztgruppen (§ 101 Satz 1 Nr. 1, § 101 Abs. 5, § 103 Abs. 1 SGB V; § 16 b Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV),
  - c) Maßstäbe für qualitätsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen als Voraussetzungen für Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
  - d) Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung (§ 104 Abs. 1 SGB V, § 16 Abs. 1 Ärzte-ZV),
  - e) Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur (§ 73 SGB V),
  - f) Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie der Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse,
  - g) die Voraussetzungen für die Zulassung zur gemeinschaftlichen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V).
  - h) die besondere Überversorgungsfeststellung und Durchführung von Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 4 SGB V).

### 2. Abschnitt

#### Bedarfsplanung und Feststellung der Planungsbereiche

3. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. Zu diesem Zweck werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Zeitabständen von drei Jahren, beginnend mit dem Stand vom 31. Dezember 1993, umfassende und vergleichbare Übersichten über den Stand der vertragsärztlichen Versorgung erstellt.
4. Inhalt und Form der Übersichten nach Nr. 3 bestimmen sich für die vertragsärztliche Versorgung nach den "Mustertabellen" in Anlage 1 dieser Richtlinien. Für jeden Planungsbereich werden jährlich, beginnend mit dem Stand 31. Dezember 1993, Planungsblätter erstellt, deren Inhalt sich nach der Anlage 2 (Tabellen 2.1 und 2.2) der Richtlinien bestimmt. Für die Feststellung des qualitätsbezogenen Sonderbedarfs nach Nr. 24 teilen die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Anfrage dem Zulassungsausschuss Angaben über den durchschnittlichen Behandlungsfallwert (bezogen auf die Arztgruppe und das Vorjahr) und Angaben über die Ärzte im Einzelnen mit, soweit diese Mitteilung für die Entscheidung des Zulassungsausschusses im Einzelfall erforderlich ist.
5. Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum allgemeinen Stand der vertragsärztlichen Versorgung und zum jeweiligen örtlichen Stand der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung, ehemals Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, (Planungsbereiche). Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich. Planungsbereich für Berlin ist Gesamtberlin.
6. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 101 Abs. 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Abs. 2 SGB V in dem Verfahren nach Nr. 7 bis 12 bestimmt werden.
  - 6 a. Die Nummern 3 bis 6 gelten entsprechend für die Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung durch Vertragsärzte und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des § 101 Abs. 4 SGB V Maßgeblich ist die Mustertabelle "Psychotherapeutische Versorgung" in der Anlage 2 (Tabelle 2.4).

### 3. Abschnitt

#### **Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung**

- 6b. Die Bestimmung der Arztgruppen in Nummer 7 erfolgt nach ihrer Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung.
7. Allgemeine Verhältniszahlen werden für folgende Arztgruppen bestimmt:
- Anästhesisten
  - Augenärzte
  - Chirurgen
  - Frauenärzte
  - HNO-Ärzte
  - Hautärzte
  - An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten (gemäß § 101 Abs. 5 SGB V)
  - Kinderärzte
  - Nervenärzte
  - Orthopäden
  - Psychotherapeuten
  - Fachärzte für diagnostische Radiologie
  - Urologen
  - Hausärzte (gemäß § 101 Abs. 5 SGB V).

Es gelten folgende Definitionen:

- Zur Arztgruppe der Hausärzte nach § 101 Abs. 5 SGB V gehören: \*)

\*) Anmerkung:

*Kinderärzte verbleiben gemäß § 101 Abs. 5 Satz 1 SGB V in ihrer eigenen Arztgruppe nach diesen Richtlinien. Nach den Regelungen des § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 SGB V nehmen sie seit dem 1. Januar 2000 an der hausärztlichen Versorgung teil und können als Kinderärzte mit einer Schwerpunktbezeichnung zusätzlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.*

gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1, 4 und 5 SGB V Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung (nachfolgend Allgemein- / Praktische Ärzte genannt), sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V vorliegt,

und

Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V gewählt haben;

ferner gehören dazu, sofern sie die entsprechende Bezeichnung erhalten haben, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte).

- Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß § 101 Abs. 5 Satz 3 SGB V gehören Internisten ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit Schwerpunktbezeichnung und die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie sowie die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie. Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des § 73 Abs. 1 a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
- Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Psychiater und Psychotherapeuten, wobei bei überwiegend psychotherapeutischer Tätigkeit die Nr. 14 a bzw. 14 b gilt.
- Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Abs. 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind; die Einzelheiten regelt Nr. 14 a Satz 1 dieser Richtlinien. Die Erteilung einer Zulassung als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird. Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte berührt, unbeschadet der Regelung in Nr. 17 a Satz 2, den Status als Hausarzt nicht, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 5 SGB V vorliegt.
- Zur Arztgruppe der Radiologen gehören die Fachärzte für Radiologie, die Fachärzte für Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik, die Fachärzte für Radiologische Diagnostik sowie die Fachärzte für Diagnostische Radiologie.

- Zur Arztgruppe der Chirurgen gehören die Fachärzte für Chirurgie, die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, die Fachärzte für Kinderchirurgie, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Gefäßchirurgie sowie die Fachärzte für Visceralchirurgie. Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie, die Fachärzte für Thoraxchirurgie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- Zur Arztgruppe der Orthopäden gehören die Fachärzte für Orthopädie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- Zur Arztgruppe der Anästhesisten gehören die Fachärzte für Anästhesiologie und die Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie.
- Zur Arztgruppe der HNO-Ärzte gehören die Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und die Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen.
- Zur Arztgruppe der Kinderärzte gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

Fachärzte mit Facharztbezeichnungen, welche nach den geltenden Weiterbildungsordnungen nicht mehr erworben werden können, werden der Arztgruppe zugeordnet, der das Gebiet nach dem geltenden Recht zugeordnet ist (z. B. Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zum Gebiet der Internisten).

Die gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 5 SGB V ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemein- / Praktischen Ärzte, die nicht unter die Regelungen nach Nummern 14 a oder 14 b dieser Richtlinien fallen, werden bedarfsplanungsrechtlich dem Fachgebiet zugeordnet, dem die ausgeführten fachärztlichen Leistungen nach geltendem Weiterbildungsrecht vorrangig zurechenbar sind.

Für Arztgruppen, bei denen nach dem Stand vom 31. Dezember 1990 bundesweit eine Zahl von weniger als 1 000 Vertragsärzten an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat, werden Allgemeine Verhältniszahlen nicht bestimmt (§ 101 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung (§ 101 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) in die Planung einbezogen werden.

8. Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen) wie folgt zu bestimmen:
  - a) Die Verhältniszahlen werden unbeschadet der besonderen Regelungen in Buchstabe b, c und d für die Arztgruppen grundsätzlich einheitlich
    - aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Art. 3 des Einigungsvertrages)

zur Zahl der zugelassenen Kassenärzte einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Art. 3 des Einigungsvertrages)

sowie

- jeweils aus allen denjenigen Planungsbereichen, welche derselben raumordnungsspezifischen Planungskategorie nach dem Muster der Nr. 9 zugeordnet werden,

ermittelt.

b) Bei der Arztgruppe der Anästhesisten wird die Zahl der Anästhesisten zum Stand vom 31. Dezember 1997 unter Einbezug aller Bundesländer zugrunde gelegt.

c) Für die Gruppen der Hausärzte und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten werden die Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 101 Abs. 5 in Verbindung mit § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V im folgenden Verfahren (Buchstaben c.1 und c.2) erstmalig festgestellt:

c.1)

(1) Die Gruppe der Internisten wird zum Stichtag des 31. Dezember 1995 gemäß Nr. 14 c dieser Richtlinien unter Einbezug aller Bundesländer erfasst.

Hierbei wird die Gruppe der Lungenärzte der Gruppe der Internisten zugeordnet.

Für Internisten mit ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit gilt die Nr. 14 a bzw. 14 b; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztabrechnungsnummer.

(2) Die nach Buchstabe c.1 Abs. 1 erfassten Internisten werden in die Gruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt.

(3) Die Gruppe der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ergibt sich aus den Hausarztentscheidungen von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche gemäß dem Hausarztvertrag (Anlage BMV / EKV) spätestens bis zum 31. März 1996 getroffen worden sind. Nicht einbezogen werden Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt und Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung.

(4) Zur Gruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten und Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. Die unter Buchstabe c.1 Abs. 3 Satz 2 genannten Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt werden der Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet.



c.2)

- (1) Die Gruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten werden getrennt je Planungsbereich festgestellt und in die Planungskategorien (Kreistypen) nach Nr. 11 additiv zusammengefasst. Je Planungskategorie wird das Verhältnis der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten zueinander zum Stand vom 31. Dezember 1995 festgestellt und in Faktoren (jeweiliger Anteil an allen Internisten) ausgedrückt (z. B. Raumtyp 1 mit 0,7 hausärztlichem Faktor zu 0,3 fachärztlichem Faktor).
- (2) Je Planungskategorie werden auf die Einwohnerzahlen nach Nr. 14 c zum Stichtag des 31. Dezember 1995 die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nr. 12 der bisherigen Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) angewandt, und zwar zur Ermittlung von Soll-Arztzahlen (rechnerisches Soll) zum Stichtag des 31. Dezember 1995. Die so ermittelten Soll-Arztzahlen für Internisten werden mit den nach Buchstabe c.2 Abs. 1 Satz 2 festgestellten Faktoren bewertet. Daraus werden getrennte Soll-Arztzahlen für die Gruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten festgelegt.
- (3) Für die Gruppe der Hausärzte werden die Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt ermittelt:  
Je Planungskategorie werden die nach Nr. 8 Buchstabe c.2 Abs. 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein/Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. Dies ergibt die Soll-Arztzahlen für Hausärzte.  
Abschließend werden die Einwohnerzahlen nach Nr. 14 c zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahlen dividiert, woraus sich die Allgemeinen Verhältniszahlen für Hausärzte ergeben (Tabelle "Einwohner/Arztrelation" nach Nr. 12 dieser Richtlinien).
- (4) Für die Gruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird entsprechend verfahren:  
Die Einwohnerzahlen nach Nr. 14 c zum Stichtag des 31. Dezember 1995 werden durch die unter Nr. 8 Buchstabe c.2 Abs. 2 Satz 3 ermittelten Soll-Arztzahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Allgemeinen Verhältniszahlen für fachärztlich tätige Internisten ergeben (Tabelle "Einwohner/Arztrelation" nach Nr. 12 dieser Richtlinien).

### Rechenbeispiel zu Nr. 8 Buchstabe c.2:

Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach Nr. 12 der bisherigen Fassung der Richtlinien werden zur Berechnung wie folgt herangezogen:

1. Die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein/Praktische Ärzte (1 : 2 269 Einw. je Arzt, z. B. für den Raumtyp 1) werden für die Arztzahl-Berechnung des Jahres 1995 herangezogen. Die Einwohnerzahl des Jahres 1995 wird dividiert durch die als Beispiel verwendeten 2 269 Einw. je Arzt (16,3 Mio. Einw. : 2.269 = 7 186 Allgemein- / Praktische Ärzte).

2. Die Allgemeine Verhältniszahl für Internisten (3 679 für ebenfalls Raumtyp 1) wird auch auf die Einwohnerzahl des Jahres 1995 angewendet: (16,3 Mio. Einw. : 3 679 = 4 432 Internisten).
  3. Aus der Zuordnung der hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten im Jahre 1995 (hier: 70 % hausärztlich zu 30 % fachärztlich tätige Internisten bzw. 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor im Raumtyp 1) kann die für 1995 berechnete Internistenanzahl gesplittet werden:  $4\,432 \times 0,7 = 3\,104$  hausärztlich tätige Internisten und  $4\,432 \times 0,3 = 1\,328$  fachärztlich tätige Internisten.
  4. Nun wird die Summe der Hausärzte gebildet:  
 $7\,186$  Allgemein- / Praktische Ärzte +  $3\,104$  hausärztlich tätige Internisten =  $10\,290$  Hausärzte.
  5.  $16,3$  Mio. Einw. dividiert durch die  $10\,290$  Hausärzte ergibt die so berechnete Allgemeine Verhältniszahl für 1995, nämlich:  $1\,585$  Einw. je Hausarzt.
  6.  $16,3$  Mio. Einw. dividiert durch die  $1\,328$  fachärztlich tätigen Internisten ergibt die so berechnete Allgemeine Verhältniszahl für 1995, nämlich:  $12\,276$  Einw. je fachärztlich tätigem Internist.
- 

d) Bei der Gruppe der Psychotherapeuten wird die Verhältniszahl wie folgt ermittelt:

- (1) Es werden die am 1.01.1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte werden mit dem Faktor 1 gezählt; überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte werden unabhängig von ihrem tatsächlichen Leistungsanteil psychotherapeutischer Leistungen mit dem Faktor 0,7 gezählt. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind zugelassene Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, und Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. überschreiten. Als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 v. H., jedoch nicht mehr als 90 v. H. ihrer ärztlichen Leistungen umfassen. Als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne zählten bis zum 31. März 2005 die Leistungen der Kapitel G IV und V des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie die Leistungsnummern 855 bis 858 in Kapitel G III des EBM mit Stand vom 12. April 1999; ab dem 1. April 2005 zählen als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne die Leistungen der Abschnitte 35.2 und 35.3 sowie die Leistungen nach den Nummern 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 des EBM mit Stand vom 1. April 2005. Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1.01.1999 zugelassene Vertragsarzt nicht über diesen gesamten Zeitraum tätig, wird der Leistungsanteil anhand der tatsächlichen Tätigkeitsdauer im Jahre 1998 ermittelt.

- (2) Für die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten werden darüber hinaus alle gemäß § 95 Abs. 10 SGB V spätestens am 31.08.1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.
  - (3) Bei der Feststellung der Verhältniszahl werden die Einwohnerzahlen des Bundesgebietes nach dem Stand vom 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt.
  - (4) Nr. 8 Buchstabe e findet keine Anwendung.
- e) Für die Feststellung des Versorgungsgrads zur Beurteilung von Überversorgung und Unterversorgung im Beitrittsgebiet (Artikel 3 des Einigungsvertrages) werden die nach dem vorgenannten Verfahren in Buchstabe a ermittelten Verhältniszahlen mit folgender Modifikation zugrunde gelegt:
- aa) Es wird jeweils der Versorgungsgrad der Arztgruppe sowohl anhand der Zahl der Ärzte der Arztgruppe nach dem Stand zum 31. Dezember 1990 und der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt ohne das Beitrittsgebiet auf der Basis einer einheitlichen Bundesverhältniszahl als auch anhand der Zahl der Ärzte der entsprechenden Arztgruppe und der Einwohner zum Stand vom 31. Dezember 1991 nur im Beitrittsgebiet auf der Grundlage einer einheitlichen Gebietsverhältniszahl ermittelt.
  - bb) Es wird festgestellt, ob der so ermittelte Versorgungsgrad im Beitrittsgebiet den Versorgungsgrad in der Bundesrepublik (ohne Beitrittsgebiet) unterschreitet.
  - cc) Nur in diesem Fall ist der Unterschied durch einen Prozentsatz festzustellen.
  - dd) Um diesen Prozentsatz ist die jeweils anwendbare Allgemeine Verhältniszahl nach Buchstabe a nach den Kategorien 1 bis 9 der Nr. 12 dieser Richtlinien durch entsprechende Erhöhung der Einwohnergröße in der jeweiligen Arzt-Einwohner-Relation zu verändern, jedoch um nicht mehr als 30 Prozent.

Die so ermittelten Verhältniszahlen gelten als Allgemeine Verhältniszahlen (Ost) für die Jahre 1993 und 1994. Für 1995 und 1996 werden sie um ein Drittel, für 1997 und 1998 um ein weiteres Drittel durch entsprechende Verringerung der Einwohnergröße in der Arzt-Einwohner-Relation geändert. Ab 1999 gelten die Verhältniszahlen nach Buchstabe a auch im Beitrittsgebiet.\*) Der zuständige Landesausschuss kann einmalig unmittelbar nach Inkrafttreten dieser Richtlinien bestimmen, daß die Anpassung nach den vorgenannten Stufen vorgezogen werden kann.

\*) Fiktives Rechenbeispiel nach Nr. 8 Buchstabe e :

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. Allgemeine Verhältniszahl nach Buchstabe a (z. B. Kategorie 1) |                      |
| 2. Bundesweite Vergleichsverhältniszahl (West)                    | z. B. 1:2 700        |
| 3. Gebietsweite Vergleichsverhältniszahl (Ost)                    | 1:2 500              |
| 4. Differenzfeststellung = Unterschreitung (Ost)                  | 1:3 000              |
|   | Prozentsatz 20 v. H. |

In diesem Falle:

5. Veränderung der Allgemeinen Verhältniszahl für das Beitrittsgebiet:

z. B. 1 : 2 700 (Kategorie 1)

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. Stufe: | 1 : 3 240 |
| 2. Stufe: | 1 : 3 060 |
| 3. Stufe: | 1 : 2 880 |
| ab 1999   | 1 : 2 700 |

- 
9. Für die Feststellung der Allgemeinen Verhältniszahlen und die Überversorgung werden die Planungsbereiche folgenden raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet:

### **I. Regionstyp 1 (Agglomerationsräume):**

Im Regionstyp 1 werden Regionen zusammengefasst, die Oberzentren mit einer Größenordnung von über 300 000 Einwohnern – oder eine Bevölkerungsdichte um oder über 300 E/qkm haben.

Im Einzelnen werden folgende Regionen untergliedert:

Ordnungs-Nr. 1: Kernstädte im Regionstyp 1: Dies sind kreisfreie Städte mit mehr als 100 000 Einwohner.

Ordnungs-Nr. 2: hochverdichtete Kreise im Regionstyp 1: Dies sind solche mit einer Dichte von 300 E/qkm und mehr.

Ordnungs-Nr. 3: verdichtete Kreise im Regionstyp 1: Dies sind Kreise mit einer Dichte von 150 E/qkm und mehr, jedoch unter 300 E/qkm.

Ordnungs-Nr. 4: ländliche Kreise im Regionstyp 1: Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte unter 150 E/qkm.

### **II. Regionstyp 2 (verstädterte Räume):**

Der Regionstyp 2 umfasst Regionen mit Oberzentren über 100 000 Einwohner – oder einer Bevölkerungsdichte von über 150 E/qkm bei einer Mindestdichte von 100 E/qkm, die nicht Agglomerationsräume sind.

Diese Regionen werden gegliedert in:

Ordnungs-Nr. 5: Kernstädte im Regionstyp 2: Dies sind kreisfreie Städte von über 100 000 Einwohner.

Ordnungs-Nr. 6: verdichtete Kreise im Regionstyp 2: Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte von 150 E/qkm und mehr.

Ordnungs-Nr. 7: ländliche Kreise im Regionstyp 2: Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte unter 150 E/qkm.

### III. Regionstyp 3 (ländliche Räume):

Der Regionstyp 3 umfasst Regionen mit einer Bevölkerungsdichte von weniger als 150 E/qkm und ohne Oberzentren von über 100 000 Einwohnern sowie Regionen mit Oberzentren von über 100 000 Einwohnern und einer Dichte um oder unter 100 E/qkm.

Diese Regionen werden gegliedert in:

Ordnungs-Nr. 8: ländliche Kreise höherer Dichte: Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte von 100 E/qkm und mehr.

Ordnungs-Nr. 9: ländliche Kreise geringerer Dichte: Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte von unter 100 E/qkm.

### IV. Sonderregionen:

Ordnungs-Nr. 10: Kreisfreie Städte und Landkreise des Ruhrgebiets (Anlage 3.2).

10. Die Planungskategorien nach Nr. 9 sind nach den von dem Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung für die Raumordnungsberichterstattung entwickelten Siedlungsstrukturtypen wie folgt bestimmt:

a) Die Fläche der Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen unterteilt. Dies sind großräumige funktional abgegrenzte Analyseeinheiten entsprechend der Raumberichterstattung. Kriterien zur Bestimmung eines Regionstyps sind Zentralität, d. h. die zentralörtliche Bedeutung des größten Zentrums innerhalb der Region sowie die Einwohnerdichte.

b) Die Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen der Bundesrepublik Deutschland werden verschiedenen Kreistypen zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt nach den Kriterien:

- Unterscheidung von "Kernstädten" und Landkreisen bzw. Kreisregionen; Kernstädte: kreisfrei, ab 100 000 Einwohner.
- Unterscheidung von Kernstädten, Landkreisen und Kreisregionen je nach siedlungsstrukturellem Grundtyp (= Typ, in dem sich der Kreis befindet; = Lage im Grundtyp).

- Unterscheidung von Kreisen und Kreisregionen innerhalb der Regionsgrundtypen je nach Bevölkerungsdichte.
11. Die Einzelzuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und der Kreisregionen zu den verschiedenen Planungskategorien – dem entsprechend auch grundsätzlich die Zuordnung der Planungsbereiche der vertragsärztlichen Versorgung – ergibt sich aus der Zusammenstellung der Kreiszuordnungen nach den Analysen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (Anlage 3.1).
  12. Gemäß der Berechnungsweise in Nr. 7 und Nr. 8 ergeben sich danach für folgende Arztgruppen die folgenden Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad als Ausgangsrelationen für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung (Allgemeine Verhältniszahlen); siehe nachfolgende Tabelle "Einwohner/Arztrelation".

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Einwohner/Arztrelation (allgemeine Verhältniszahlen) für die nach dem 3. Abschnitt, Nr. 9 definierten Raumlinderungen																														
Raumlinderung	Anästhesisten		Augenärzte		Chirurgen		Fachhät. Internisten		Frauenärzte		HNO-Ärzte		Hautärzte		Kinderärzte		Nervenärzte		Orthopäden		Psychologen		Radio- logen		Uro- logen		Haus- ärzte			
	Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt		Einwohner je Arzt	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14																
<b>Große Verdichtungsräume</b>																														
1 Kernstädte	25 958	13 177	24 469	12 276	6 916	16 884	20 812	14 188	12 864	13 242	2 577	25 533	26 641	1 585																
2 Hochverdichtete Kreise	60 689	20 840	37 406	30 563	11 222	28 605	40 046	17 221	30 212	22 693	8 129	61 890	49 814	1 872																
3 Normalverdichtete Kreise	71 726	23 298	44 367	33 541	12 236	33 790	42 167	23 192	34 947	26 854	10 139	83 643	49 536	1 767																
4 Ländliche Kreise	114 062	23 195	48 046	34 388	13 589	35 403	51 742	24 460	40 767	30 575	15 692	67 265	53 812	1 752																
<b>Verdichtungsansätze</b>																														
5 Kernstädte	18 383	11 017	21 008	9 574	6 711	16 419	16 996	12 860	11 909	13 009	3 203	24 333	26 017	1 565																
6 Normalverdichtete Kreise	63 546	22 154	46 649	31 071	12 525	34 822	41 069	20 399	28 883	26 358	8 389	82 413	52 604	1 659																
7 Ländliche Kreise	117 612	25 778	62 036	44 868	14 701	42 129	55 894	27 809	47 439	34 214	16 615	156 813	69 695	1 629																
<b>Ländliche Regionen</b>																														
8 Verdichtete Kreise	53 399	19 639	44 650	23 148	10 930	28 859	35 586	20 489	30 339	20 313	10 338	60 678	43 026	1 490																
9 Ländliche Kreise	137 442	25 196	48 592	31 876	13 697	37 794	60 026	26 505	46 384	31 398	23 106	136 058	55 159	1 474																
<b>Sonderregion</b>																														
10 Ruhrgebiet	58 218	20 440	34 591	24 396	10 686	25 334	35 736	19 986	31 373	22 578	8 743	51 392	37 215	2 134																

Quelle: Statistik der KBV und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) Berechnungsgrundlage: BBR-Typisierung 1997, Bevölkerungsstand und Arztzahlen: Bundesländer West zum 31.12.1990, Anästhesisten (31.12.1997), Psychotherapeuten (Ew.: 31.12.1997, Psy.: 1.1.1999), Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (gültig ab 1.1.2001, Einwohner- und Arztzahlen zum 31.12.1995 in der Regionalstruktur vom 31.12.1998): Bundesgebiet insgesamt

## 4. Abschnitt

### Feststellung von Überversorgung

13. Bei der Feststellung von Überversorgung hat der Landesausschuss auf der Grundlage der Zuordnung des zu prüfenden Planungsbereichs gemäß Nr. 11 der Richtlinien in Verbindung mit Anlage 3 sowie auf der Grundlage der danach gemäß Nr. 12 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt zu verfahren:
- Für die Arztgruppe ist die örtliche (planungsbereichsbezogene) Verhältniszahl nach dem Verfahren nach Nr. 14 und Nr. 14 a festzustellen.
  - Gegebenenfalls sind Korrekturfaktoren nach Nr. 15 bis 19 zu berücksichtigen.
  - Eine eventuelle Überversorgung durch Vergleich der beiden Verhältniszahlen ist gemäß Nr. 20 festzustellen.
14. Die örtliche Verhältniszahl wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Feststellung im Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt. Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.

Bei der erstmaligen Feststellung des Landesausschusses gemäß Artikel 33 § 3 Abs. 2 GSG sind in die Zahl der im Planungsbereich zugelassenen Vertragsärzte auch solche Ärzte einzubeziehen, die bis zum 31. Januar 1993 einen Antrag auf Zulassung gestellt haben und deren Antrag am 1. April 1993 noch anhängig war, es sei denn, der Antrag auf Arztregistereintragung oder auf Zulassung ist zum Zeitpunkt der Feststellung rechtswirksam abgelehnt. Die Anrechnung erfolgt mit dem Faktor 1.

- 14 a. Zur Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für die Gruppe der Psychotherapeuten sind folgende zum Zeitpunkt der Feststellung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende psychotherapeutische Leistungserbringer zu zählen:
- Zugelassene Fachärzte für psychotherapeutische Medizin,
  - Gemäß § 95 Abs. 13 SGB V als ausschließlich psychotherapeutisch tätig zugelassene Vertragsärzte; dasselbe gilt für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, welche gemäß Nr. 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte im Wege des Sonderbedarfs zugelassen sind,
  - Vertragsärzte, welche entsprechend dem Umfang ihres psychotherapeutischen Leistungsanteils am Gesamtumfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit nach den nachstehenden Vorschriften in Nr. 14 b als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten,



- (4) Vertragsärzte, die vom Zulassungsausschuss gemäß § 95 Abs. 13 SGB V auf der Grundlage einer gleichzeitigen Zulassung für ihr Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte zugelassen sind,
- (5) Vertragsärzte, die entsprechend ihrem psychotherapeutischen Leistungsanteil am Gesamtumfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den nachfolgenden Vorschriften in Nr. 14 b gelten,
- (6) Zugelassene Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- (7) Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, welche gemäß § 95 Abs. 11 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Für die erstmalige Bestimmung der Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte nach Satz 1 Nr. (3), (4) und (5) gilt Nr. 8 Buchstabe d Nr. (1) dieser Richtlinien entsprechend; für die künftigen Feststellungen des Versorgungsgrades wird jeweils auf den 31. Dezember des vorausgegangenen Jahres auf der Grundlage einer durchschnittlichen Berechnung des ersten bis dritten Quartals des Vorjahres und des vierten Quartals des vor dem Vorjahr liegenden Jahres abgestellt. Wird der Zeitraum von vier Quartalen wegen der Dauer der vorausgegangenen Tätigkeit des Arztes nicht ausgefüllt, ist auf der Grundlage der tatsächlichen Tätigkeitsdauer der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtanteil der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen oder als solche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte werden auch beim örtlichen Versorgungsgrad ungeachtet ihres tatsächlichen Leistungsanteils mit dem Faktor 0,7 angerechnet.

- 14 b. Bei nach dem 1.01.1999 im Sinne der Nr. 14 a (3), (4) und (5) zugelassenen Vertragsärzten, welche nicht als Fachärzte für psychotherapeutische Medizin zugelassen sind oder nicht als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 13 SGB V zugelassen sind, wird der Status des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes (Anrechnungsfaktor 1,0 oder 0,7) auf der Grundlage der Feststellungen der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen des Landesausschusses für die erstmalige Feststellung nach Maßgabe der Nr. 14 a Satz 2 dieser Richtlinien festgelegt. Der Status wird jährlich erneut zum Stichtag des 31. Dezember, insoweit erstmals zum 31. Dezember 2000, überprüft, wobei auf den Durchschnitt anhand der arztbezogenen Abrechnungsdaten der jeweils letzten vier verfügbaren Quartale (erstes bis drittes Quartal im Stichtags-Jahr und das vierte Quartal des Vorjahres zum Stichtags-Jahr) abgestellt wird. Stehen für die Beurteilung des Status eines Vertragsarztes vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang für die Berechnung des Anrechnungsfaktors anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu berechnen bzw. zu ermitteln.

- 14 c. Für die erstmalige Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die Gruppe der Hausärzte sowie die Gruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten zum Stichtag des 31. Dezember 1995 sind die Arzt- und Einwohnerzahlen zu diesem Stichtag in Verbindung mit der Regionalstruktur (Stadt- und Landkreise sowie Kreisregionen) zum Stichtag des 31. Dezember 1998 heranzuziehen.\*)
15. Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten örtlichen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v. H. (die Allgemeine Verhältniszahl ist um 10 v. größer als die örtliche Einwohner/Arztrelation), so ist grundsätzlich von Überversorgung auszugehen, sofern nicht nach Nr. 16 bis 19 eine entsprechende Korrektur vorzunehmen ist.

16. \*\*) Bei Feststellungen zum örtlichen Versorgungsgrad in der Arztgruppe der Allgemeinmedizin sind Anteile der Arztgruppe der Internisten für denselben Planungsbereich wie folgt zu berücksichtigen:

Ein über 110 v. H. der Allgemeinen Verhältniszahl liegender Versorgungsgradanteil der internistischen Versorgung ist der allgemeinmedizinischen Versorgung mit einem Faktor von 0,8 zuzurechnen. Die so erhöhte örtliche Verhältniszahl der Arztgruppe der Allgemeinmedizin ist der Vergleichsmaßstab zur Allgemeinen Verhältniszahl.

17. \*\*\*) Bei Feststellungen in der Arztgruppe der Internisten gilt Nr. 16 entsprechend mit der Maßgabe, daß Versorgungsgradanteile über 110 v. H. in der allgemeinmedizinischen Versorgung der internistischen Arztgruppe mit dem Faktor 0,8 zuzurechnen sind.

\*) Anmerkung zu Nr. 14c:

Wegen der insbesondere in den neuen Bundesländern nach 1994 und vor 1998 durchgeführten Gebietsreformen wurde das aktuelle amtliche Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes, welches im Monat März 2000 zum Stichtag des 31. Dezember 1998 vorlag, zur Definition der Regionalstruktur herangezogen.

Anmerkung zu Nr. 16 und 17:

\*\*) Nummer 16 tritt mit Wirkung zum 31. Dezember 2000 außer Kraft

\*\*\*) Nummer 17 tritt mit Wirkung zum 31. Dezember 2000 außer Kraft

- 17a. Bei der erstmaligen Feststellung des regionalen Versorgungsgrades in der Gruppe der Hausärzte werden die der Gruppe der Hausärzte gemäß Nr. 7 zuzuordnenden Ärzte zum Stand vom 31. Dezember 2000 erfasst.

Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden nicht, Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Gruppe der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden mit dem Faktor 0,3 erfasst.

Hausärzte, welche neben der Hausarztfunktion eine fachärztliche Tätigkeit unter einer weiteren Facharztbezeichnung wahrnehmen, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

18. Vertragsärzte, welche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind oder als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfasst und in der Gruppe der Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,7 angerechnet werden, werden bei der Bestimmung der regionalen Verhältniszahl der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet.
19. Ärzte, welche als Vertragsarzt für zwei Gebiete zugelassen sind, werden bei Feststellungen zum örtlichen Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe mit dem Faktor 0,5 zugerechnet.
20. Überschreitet der nach den vorstehenden Bestimmungen korrigierte örtliche Versorgungsgrad als örtliche Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. – dies ist der Fall, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. größer ist als die örtliche Einwohner/Arztrelation – , so liegt Überversorgung vor.
21. Für die Berechnungen nach Nr. 13 bis 20 können die Formeln in der Anlage 5 verwendet werden. Das Verfahren der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen richtet sich nach § 103 SGB V.
22. Der Landesausschuss hat auf der Grundlage von Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Zulassungen im Planungsbereich in geeigneten Zeitabständen den Stand der Versorgung zu überprüfen. Die Mitteilung erstreckt sich bei psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auch auf die gemäß Nr. 14 b jeweils zum 31. Dezember des Jahres zu treffende Feststellung über die Zuordnung von Vertragsärzten als ausschließlich psychotherapeutisch tätige oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte. Die Kassenärztliche Vereinigung verwendet bei ihren Mitteilungen das in der Anlage 4 vorgesehene Übersichtsblatt.
- 22 a. Über den regionalen Versorgungsgrad in der Gruppe der Psychotherapeuten hat der Landesausschuss erstmalig spätestens zum 31.10.1999 Feststellungen zu treffen. Zu diesem Zweck teilen die Kassenärztlichen Vereinigungen die dafür notwendigen Angaben in Entsprechung zu Nr. 22 spätestens zum 15.09.1999 mit.

22 b. Bei der Feststellung nach der Nr. 22 a hat der Landesausschuss für jeden Planungsbereich gemäß § 101 Abs. 4 SGB V folgende Feststellungen zu treffen:

- (1) Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand der Allgemeinen Verhältniszahl zu ermitteln und in Psychotherapeuten-Zahlen auszudrücken;
- (2) Anhand der Psychotherapeuten-Zahl nach Nr. (1) ist ein 40 %iger Anteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen;
- (3) Anhand der Psychotherapeuten-Zahl nach Nr. (1) ist ein 40 %iger Anteil für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Zahlen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festzustellen.
- (4) Bei der Beurteilung von Überversorgung sind die Versorgungsanteile nach Nr. (2) und (3) mit den zahlenmäßig voll in Betracht kommenden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugrunde zu legen, auch soweit der Versorgungsanteil durch eine entsprechende Zahl der Psychotherapeuten nicht ausgeschöpft ist (§ 101 Abs. 4 Sätze 5 und 6 SGB V).
- (5) Stellt der Landesausschuss Überversorgung fest, hat er zugleich eine Feststellung zu treffen, in welchem Umfang gemäß § 101 Abs. 4 SGB V – ausgedrückt in Psychotherapeuten-Zahlen – in jedem Versorgungsanteil Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen werden können, wenn die Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind.
- (6) Die Feststellungen nach Nr. (2) bis (5) sind auf der Grundlage der Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Nr. 22 zu treffen. Die letztmalige Feststellung ist spätestens am 30. November 2007 mit Wirkung für das Jahr 2008 zu treffen.\*)

**\*) Rechenbeispiel zu Nr. 22 b (6):**

Annahme:      Einwohner im Planungsbereich: 210 000 Personen  
Allgemeine Psychotherapeuten-Verhältniszahl, Raumtyp 2: 1 : 4 773.

100 % Soll-Versorgungsgrad: 44 Psychotherapeuten      ( $210\,000 : 4\,773 = 43,997 \sim 44$ ),  
Grenze zur Überversorgung: 49 Psychotherapeuten.      ( $210\,000 : 4\,773 \times \text{Faktor } 1,1 = 48,397 \sim 49$ )

In diesem Planungsbereich sind tatsächlich 15 Ärztliche Psychotherapeuten sowie 32 Psychologische Psychotherapeuten, also insgesamt 47 Psychotherapeuten tätig, womit dieser Planungsbereich für weitere Zulassungen offen wäre.

Nach der 40 %-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil für jede der beiden Berufsgruppen bei 18 Personen. ( $210\,000 : 4\,773 \times \text{Faktor } 0,4 = 17,598 \sim 18$ ).

Somit liegt die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit 32 Personen über dem 40 % Anteil, die der Ärztlichen Psychotherapeuten hingegen mit 15 um 3 Personen darunter.

Gemäß § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V sind die Versorgungsanteile von 40 v. H. der Allgemeinen Psychotherapeuten-Verhältniszahl bei der Feststellung der Überversorgung mitzurechnen.

Im vorliegenden Beispiel hat dies folgende Auswirkung:

Die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten wird mit 32 Personen und die der Ärztlichen Psychotherapeuten mit ihrem 40 % Anteil, also mit fiktiven 18 Personen und nicht etwa mit den tatsächlich tätigen 15 Personen, berechnet, was in der Summe 50 Personen ergibt, mit der Konsequenz einer grundsätzlichen Psychotherapeuten-Zulassungssperre für diesen Planungsbereich.

Nach der gesetzlichen Regelung dürfen aber in diesem Beispielfalle so lange Ärztliche Psychotherapeuten trotz der Zulassungsbeschränkung zugelassen werden, bis deren Zahl 18 Personen erreicht, also noch 3 Ärzte.

22 c. Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, darf der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach Nr. 22 b (5) festgestellten nicht ausgeschöpften Psychotherapeuten-Zahlen Zulassungen erteilen. Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in Nummer 23. Im Falle von Zulassungsbeschränkungen geht der Antrag auf Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt im Hinblick auf die Ausschöpfung des Versorgungsanteils der Ärzte einem Antrag auf Zulassung als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt vor, wenn so viele Anträge von Ärzten vorliegen, daß der Versorgungsanteil ausgeschöpft wird.

23. Kommt der Landesausschuss nach einer erstmaligen Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, daß Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist.

Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V in beschränkter Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung zugelassen sind, und die nach Nummern 23 g oder 23 h dieser Richtlinien in gesperrten Planungsbereichen nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Satz 1 im Fachgebiet, dass für solche Ärzte oder Psychotherapeuten die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbegrenzung für die Gemeinschaftspraxis nur nach Maßgabe der Bestimmung zum Umfang des Aufhebungsbeschlusses enden, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung. Die Beendigung der Beschränkung der Zulassung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach zehnjähriger gemeinsamer Berufsausübung bleibt unberührt (§ 101 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen:

1. Der Beschluss des Landesausschusses nach Satz 1 ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Blätter zu veröffentlichen.
2. In der Veröffentlichung sind die Entscheidungskriterien nach Nummer 3 und die Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) bekannt zu machen, innerhalb

der potentielle Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beizubringen haben. Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.

3. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:
  - berufliche Eignung,
  - Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
  - Approbationsalter,
  - Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

Bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern soll die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung in Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten berücksichtigt werden. Über die Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V ist vorrangig vor Anträgen auf (Neu-)Zulassung, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung, zu entscheiden.

### 4 a. Abschnitt

#### **Zulassung zur gemeinschaftlichen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen**

23 a. Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss einen Arzt in einem Planungsbereich, für dessen Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Arzt (Vertragsarzt) derselben Arztgruppe mit den Rechtswirkungen des § 101 Abs. 3 SGB V zuzulassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der antragstellende Arzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung.
2. Der Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung stellt einen Vertrag zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis dar, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV erfüllt.
3. Der antragstellende Arzt gehört derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt an, wobei im Einzelnen die Regelungen nach Nr. 23 b zu beachten sind.
4. Der Vertragsarzt und der Antragsteller erklären sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit, während des Bestands der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, und erkennen die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen vom Zulas-

sungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an; soll der Antragssteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so sind die Erklärungen von allen Vertragsärzten abzugeben.

- 23 b. Bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung ist eine Fachidentität im Sinne des § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V erforderlich. Fachidentität liegt vor, wenn die Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, die Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. Einer Übereinstimmung steht nicht entgegen, wenn nur einer der Ärzte über eine Schwerpunktbezeichnung oder Schwerpunktkompetenz verfügt. Sind mehrere Vertragsärzte bereits in gemeinschaftlicher Berufsausübung (Gemeinschaftspraxis) zugelassen, genügt die Übereinstimmung des Gebiets oder der Facharztkompetenz des antragstellenden Arztes mit einem der in gemeinsamer Berufsausübung verbundenen Vertragsärzte; im übrigen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend. Nimmt der Vertragsarzt an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, ist die Zulassung eines antragstellenden Arztes, welcher gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V wahlberechtigt ist, nur mit der Maßgabe zulässig, daß der antragstellende Arzt sich für dieselbe Versorgungsfunktion entscheidet, welche der Vertragsarzt wahrnimmt, und beide Ärzte die Verpflichtung eingehen, Wahlentscheidungen für die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nur gemeinschaftlich zu treffen. Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des antragstellenden Arztes als Auflage zu verbinden.

Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne des Satzes 1 besteht auch, solange der Vertragsarzt an der hausärztlichen Versorgung nach § 101 Abs. 5 SGB V teilnimmt und sich als Allgemein- / Praktischer Arzt oder als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) mit einem Internisten mit Hausarztentscheidung oder als Internist mit Hausarztentscheidung mit einem Allgemein- / Praktischen Arzt oder einem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zur gemeinsamen hausärztlichen Berufsausübung zusammenschließt.

Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne der Sätze 1 und 2 besteht auch,

- wenn sich ein Facharzt für Anästhesiologie mit einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivtherapie zusammenschließt oder
- wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit einem Facharzt für Allgemeine Chirurgie zusammenschließt oder
- wenn sich ein Facharzt für Orthopädie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt oder
- wenn sich ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie mit einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen zusammenschließt oder
- wenn sich ein Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde (Lungenarzt) mit einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie bzw. mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde zusammenschließt oder
- wenn sich ein Facharzt für Kinderheilkunde mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zusammenschließt oder

- wenn sich ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammenschließt oder
- wenn sich ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zusammenschließt oder
- wenn sich ein Facharzt für Psychiatrie mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zusammenschließt.

Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne der Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Radiologie zusammenschließen.

Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne der Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, deren Schwerpunkt Bestandteil der Gebietsbezeichnung ist, mit Internisten mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen.

Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne der Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Chirurgie, deren Gebietsbezeichnung aus einer Schwerpunktbezeichnung hervorgegangen ist, mit Chirurgen mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen; dies gilt nicht für die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne der Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde (Nervenarzt) mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt.

Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne der Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Laborarzt mit einem Arzt aus dem Gebiet der Mikrobiologie zusammenschließt, sofern die Tätigkeit des Mikrobiologen auf die Labortätigkeit beschränkt wird.

- 23 c. Vor der Zulassung des Antragstellers legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina\* fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt und dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, daß die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten werden. Das Überschreitungs-volumen von 3 v. H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungs-volumen) wird nach Nr. 23 f durch die

---

\* Anstelle der Gesamtpunktzahlvolumina kann die Obergrenze auch auf der Basis von EURO und Punktzahlen gebildet werden.



Kassenärztliche Vereinigung angepasst. Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. Im übrigen gilt für Anpassungen Nr. 23 e. Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben außer Betracht; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben.

- 23 d. Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragsarztes ein Vergleich über einen längeren Zeitraum nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Punktzahlvolumen für die einzelnen Quartale nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes als Obergrenze fest. Hat eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. Soll der antragstellende Arzt in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so hat der Zulassungsausschuss die Berechnungen nach Nr. 23 c entsprechend der Zahl der bereits tätigen Vertragsärzte in der Gemeinschaftspraxis zu mindern; handelt es sich um eine fachverschiedene Gemeinschaftspraxis, so ist für die Leistungsbeschränkung Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes.
- 23 e. Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach Nr. 23 c ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung / Benachteiligung darstellen würde.
- 23 f. Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. Die dafür maßgebliche Rechenformel \*) lautet:

$$\frac{\text{PzVol}}{\text{PzFg}} = \text{Fakt}$$

Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungs-

jahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach Nr. 23 c Satz 6 bleibt hiervon unberührt). Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren <sup>\*\*)</sup> mit.

**\*) Legende zur Rechenformel:**

PzVol = Quartalsbezogenes Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis

PzFg = Quartalsbezogener Punktzahlvolumendurchschnitt der jew. Fachgruppe

Fakt = Quartalsbezogener Anpassungsfaktor

**\*\*\*) Fiktives Rechenbeispiel zu Nr. 23 f:**

- (1) Festlegung des Gesamtpunktzahlvolumens für jedes Quartal nach Nr. 23 c durch den Zulassungsausschuss für das erste Leistungsjahr.

Berechnung:

Die im Bezugszeitraum (jew. Vorjahresquartale) anerkannten Punktzahlen der Vertragsarztpraxis zuzüglich 3 % vom Punktzahlvolumendurchschnitt der jew. Fachgruppe ergeben das Gesamtpunktzahlvolumen für das Berechnungsquartal im ersten Leistungsjahr.

Annahme (Punkte in 1 000):

Anerkannte Punktzahlen = 1 250 Punkte, Fachgruppendurchschnitt = 1 314 Punkte

Rechengang:

1 250 Punkte + 0,03 x 1 314 Punkte = **1 289 Punkte**

- (2) Im ersten Leistungsjahr werden quartalsbezogen die vom Zulassungsausschuss aus dem Bezugszeitraum festgelegten Gesamtpunktzahlvolumina dem Punktzahlvolumen des jew. Fachgruppendurchschnitts gegenübergestellt und in Prozent vom Fachgruppendurchschnitt ausgedrückt.

Berechnung:

Das festgelegte Gesamtpunktzahlvolumen wird in Prozent vom Punktzahlvolumendurchschnitt der jew. Fachgruppe ausgedrückt, welches den Anpassungsfaktor ergibt.

Annahme (Punkte in 1 000):

Gesamtpunktzahlvolumen = 1 289 Punkte, Fachgruppendurchschnitt = 1 321 Punkte

Rechengang:

**1.289 Punkte** : 1 321 Punkte = **Faktor 0,976** bzw. 97,6 %

- (3) Ab dem zweiten Leistungsjahr wird das individuelle quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis durch den Anteil des im ersten Leistungsjahr ermittelten Anpassungsfaktors am Fachgruppendurchschnitt ermittelt.

Berechnung:

Der Anpassungsfaktor wird mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der jew. Fachgruppe multipliziert und ergibt das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen.

Annahme (Punkte in 1 000):

Anpassungsfaktor = 0,976 , Fachgruppendurchschnitt = 1 330 Punkte

Rechengang:

**0,976** x 1 330 Punkte = **1 298 Punkte**

---

23 g. Der neu hinzutretende Partner der Gemeinschaftspraxis wird für die Dauer der Regelung nach Nr. 23 a und Nr. 23 b nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.

23 h. Die Bestimmungen der Nummern 23 a bis 23 g dieser Richtlinien gelten entsprechend für Anträge von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur gemeinsamen Berufsausübung mit folgenden Maßgaben:

- (1) Gemeinsame Berufsausübung im Sinne der Nr. 23 a ist nur unter zugelassenen und zulassungsfähigen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits zulässig.
- (2) Arztgruppe im Sinne der Nr. 23 b ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach den maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Therapieverfahren.

## 5. Abschnitt

### Maßstäbe für qualitätsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen

24. Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss für Ärzte dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes der betroffenen Arztgruppe entsprechen, wenn eine der nachstehenden Ausnahmen vorliegt.
- a) Nachweislicher lokaler Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises.
  - b) Es liegt besonderer Versorgungsbedarf vor, wie er durch den Inhalt des Schwerpunkts, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist. Voraussetzung für eine Zulassung ist, daß die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zu Verfügung stehen und daß der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (Schwerpunkt, fakultative Weiterbildung, Fachkunde) nachweist. Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt außer Betracht.
  - c) Eine qualitätsbezogene Ausnahme kann gestattet werden, wenn durch die Zulassung eines Vertragsarztes, der spezielle ärztliche Tätigkeiten ausübt, die Bildung einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis mit spezialistischen Versorgungsaufgaben ermöglicht wird (z. B. kardiologische oder onkologische Schwerpunktpraxen). Buchstabe a gilt entsprechend.
  - d) Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind gegeben, wenn unbeschadet der festgestellten Überversorgung in einer Arztgruppe, welche nach ihrer

Gebietsbeschreibung auch ambulante Operationen einschließt, diese Versorgungsform nicht in ausreichendem Maße angeboten wird. Voraussetzung für eine Ausnahme ist, daß der sich um die Zulassung bewerbende Vertragsarzt schwerpunktmäßig ambulante Operationen aufgrund der dafür erforderlichen Einrichtungen ausübt. Dasselbe gilt im Falle einer Gemeinschaftspraxisbildung mit dem Schwerpunkt ambulante Operationen. Bei der Bedarfsfeststellung bleibt das Leistungsangebot von zu ambulanten Operationen bereiten Krankenhäusern gemäß § 115 b SGB V außer Betracht.

e) Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind gegeben, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung

1. zur Sicherstellung der wohnortnahen Dialyseversorgung einem Vertragsarzt oder
2. aufgrund der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V einem weiteren Arzt in der Dialysepraxis (vgl. § 7 Abs. 1 und 2 der Anlage 9.1 der Bundesmantelverträge)

die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Abs. 7 Bundesmantelverträge erteilt werden soll, der Zulassung jedoch Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin zur Teilnahme an der fachärztlich-internistischen Versorgung entgegenstehen.

Die Zulassung in den Fällen der Buchstaben a bis d setzt ferner voraus, daß der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

25. Die Zulassung gemäß Nr. 24 ist im Falle des Buchstaben a an den Ort der Niederlassung gebunden und hat in den Fällen der Buchstaben b bis d mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind. Die Beschränkungen nach Satz 1 enden, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 und 3 SGB V nicht mehr besteht. Im Falle des Buchstaben e wird die Zulassung mit der Maßgabe erteilt, dass sie auf den definierten Versorgungsauftrag beschränkt ist und im Falle gemeinsamer Berufsausübung auf die Dauer der gemeinsamen Berufsausübung; diese Beschränkung endet, wenn Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten aufgehoben werden, jedoch nur im Umfang des Aufhebungsbeschlusses nach Nr. 23 Satz 1 und unter Beachtung der Reihenfolgeregelung nach Nr. 23 Sätze 2 letzter Halbsatz und Satz 6. Eine Nachfolgebesetzung nach § 103 Abs. 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.
26. Die Bestimmungen in Nr. 24 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, das Gebiet,

unter welchem er zugelassen ist, in ein Gebiet zu ändern, für welches Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind.

### 6. Abschnitt

#### **Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung**

27. Bei der Feststellung von Unterversorgung für einen vertragsärztlichen Planungsbereich ist von der Allgemeinen Verhältniszahl für die jeweilige Arztgruppe nach Nummer 12 als Allgemeine Verhältniszahl auszugehen.
28. Eine Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht behoben werden kann.
29. Das Vorliegen einer Unterversorgung ist zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v. H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v. H. unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.
30. Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in einem Planungsbereich vor, so ist auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.
31. Bei der Prüfung sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:
  - a) Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft).
  - b) Bei den Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen.
  - c) Bei Prüfungen zum Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung der Umfang, in welchem außer praktischen Ärzten/Ärztinnen für Allgemeinmedizin an-

dere teilnahmeberechtigte Fachärzte (Internisten mit Hausarztentscheidung sowie Kinderärzte) im Sinne des § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

Ergibt sich aufgrund der vorgenannten Kriterien (Buchstaben a bis c), dass trotz Unterschreitens von Allgemeinen Verhältniszahlen nach Nr. 12 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den Verhältniszahlen vorgegebenen Größenordnung erforderlich sind, so ist aufgrund der Prüfung vor Ort der tatsächliche Bedarf auszuweisen.

32. Ergibt die Prüfung für die Kassenärztliche Vereinigung und/oder für einen Landesverband der Krankenkassen und / oder für einen Verband der Ersatzkassen, daß eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in dem Planungsbereich anzunehmen ist, so ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Mitteilung der für diese Feststellung maßgebenden Tatsachen und der Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu benachrichtigen.
33. Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht.

Die Prüfung, ob die hierfür genannten Kriterien vorliegen, ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. Hält der Landesausschuss diese Unterlagen für nicht ausreichend, so hat er eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem Planungsbereich vorzunehmen oder ergänzende Unterlagen und Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen anzufordern.

34. Die aufgrund der Feststellung über eine eingetretene oder unmittelbar drohende ärztliche Unterversorgung erforderlichen weiteren Maßnahmen des Landesausschusses richten sich nach den Vorschriften des SGB V und der Ärzte-ZV.

## 7. Abschnitt

### **Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur im Sinne des § 73 SGB V**

35. Für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung sollten folgende Voraussetzungen erfüllt werden:
  - a) Innerhalb der einzelnen Planungsbereiche für die fachärztliche Versorgung sollte ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den in der hausärztlichen Versorgung und den in der fachärztlichen Versorgung tätigen Ärzten bestehen,

wobei der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte 60 v. H. der Gesamtzahl der im Planungsbereich tätigen Ärzte betragen sollte.

- b) Auch innerhalb der hausärztlichen Versorgung sollte ein ausgewogenes Verhältnis der dafür vorgesehenen einzelnen Arztgruppen unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur bestehen.
36. Bei der Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte sind nur die Arztgruppen zu erfassen, welche gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.
37. Weicht der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte in einem Planungsbereich wesentlich von dem nach Nr. 35 Buchstabe a festgelegten Anteil ab, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Niederlassungsberatung auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken. Das gleiche gilt, wenn ein unausgewogenes Verhältnis unter den in der hausärztlichen Versorgung tätigen Arztgruppen besteht.

## 8. Abschnitt

**Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse**

38. Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach Nr. 7 der Bedarfsplanungsrichtlinien. Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des örtlichen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen.

Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungs-Faktor
bis 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor  $1 / 4,348$  zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

- 38 a. Für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die

Nummern 23 a bis 23 g entsprechend; für die Anstellung von Psychotherapeuten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die Nummern 23 a bis 23 g mit den Maßgaben der Nr. 23 h entsprechend. Die Zulassungsbeschränkungen gelten nicht für den Fall einer Nachbesetzung im Sinne des § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V, wobei die Nachbesetzung nur im zeitlichen Umfang der Beschäftigung des ausgeschiedenen Arztes oder Psychotherapeuten möglich ist.

38 b. Für die Aufnahme von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die Nummern 24 und 25 mit folgenden Maßgaben entsprechend:

- erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Zulassung eines weiteren Vertragsarztes, ist die Zulassung an die Person des Arztes und an den Vertragsarztsitz (die Betriebsstätte) des medizinischen Versorgungszentrums gebunden;
- erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. Eine Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V bedarf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.

Für die in medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzte nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt Nr. 26 entsprechend.

38 c. In zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bezieht sich die Bedarfsplanungs-Anrechnung nur auf den Vertragsarztsitz des Arztes.

38 d. Kommt es bei einem in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors nach Nr. 38, so ist zuvor die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

39. Beantragt ein Arzt nach Maßgabe des § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V nach Beendigung seiner Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum in demselben Planungsbereich die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, so ist die Zulassung unbeschadet bestehender Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe in demselben Planungsbereich bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen zu erteilen, wenn der angestellte Arzt im zurückliegenden Zeitraum von fünf Jahren mindestens mit dem Faktor 0,75 auf den Versorgungsgrad angerechnet worden ist. Dies gilt nicht für Ärzte oder Psychotherapeuten, die auf Grund einer Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig waren.

40. Die Bestimmungen dieses Abschnitts gelten für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V entsprechend.



41. Übergangsbestimmung:  
Eine Anstellung wegen Nachbesetzung in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2003 erfolgt ist, gilt nicht als Nachbesetzung im Sinne des § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V.

**9. Abschnitt:** gestrichen

**10. Abschnitt**

**Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen**

Die Richtlinien treten am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.\*) Die Änderungen in Nummer 25 Satz 1 gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. November 2005 gilt nicht für Vertragsärzte, denen eine Sonderbedarfszulassung gemäß Nummer 24 Satz 1 Buchstabe a bis d vor Inkrafttreten dieser Richtlinienänderung erteilt worden ist.

*Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.*

**\*) Anmerkung zum Beschluss vom 6. Februar 2001:**

Die Änderung der Berliner Stadtbezirke (Planungsbereiche) in der Anlage 3.1 dieser Richtlinien auf der Grundlage des „Gesetzes über die Verringerung der Zahl der Bezirke (Gebietsreformgesetz)“ des Bundeslandes Berlin vom 10. Juni 1998 mit Wirkung zum 1. Januar 2001 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2001 in Kraft.

**\*) Anmerkung zum Beschluss vom 16. Oktober 2000:**

In Nr. 15 des Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16. Oktober 2000 (BANz. 241 vom 22. Dezember 2000) sind die Übergangsbestimmungen zu den Regelungen nach § 101 Abs. 5 SGB V (neue Allgemeine Verhältniszahlen für die Gruppen der Hausärzte sowie fachärztlich tätige Internisten) festgelegt.

Unter Bezug auf den hier niedergelegten Gesamttext der Richtlinien regeln diese Übergangsbestimmungen folgendes:

1. Die im 3. Abschnitt Nr. 7 Satz 1 der Richtlinien nach den Regelungen des § 101 Abs. 5 SGB V neu definierten Gruppen der "Fachärztlich tätigen Internisten" sowie "Hausärzte" treten am 1. Januar 2001 in Kraft.
2. Die im 3. Abschnitt Nr. 7 Satz 1 der Richtlinien in der bisherigen Fassung vom 10. Dezember 1999 (BANz. 2000 S. 4 603) dargestellten Gruppen der "Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte" sowie "Internisten" treten am 31. Dezember 2000 außer Kraft.
3. Die Tabelle nach Nr. 12 der bisherigen Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BANz. 2000 S. 4603) tritt am 31. Dezember 2000 außer Kraft.
  - 3.1. Für Zulassungsanträge von Ärzten für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte sowie Internisten ab 1. Januar 2001 gelten bis zur Feststellung des Landesausschusses nach § 101 Abs. 5 Satz 5 SGB V die bisherige Zuordnung zu den Arztgruppen sowie die dafür geltenden Allgemeinen Verhältniszahlen in den Planungsbereichen weiter.
4. Die nach den Regelungen des § 101 Abs. 5 SGB V geänderte Tabelle nach Nr. 12 dieser Richtlinien tritt am 01. Januar 2001 in Kraft; sie ist für die vorbereitenden Berechnungen der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen jedoch mit Inkrafttreten des Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen anzuwenden.
5. Die Nummern 16. und 17. der Richtlinien in der bisherigen Fassung treten am 31. Dezember 2000 außer Kraft.
6. Die Tabellen in Anlage 1, 2.1, 2.2 und 4.1 bis 4.10 der Richtlinien in der bisherigen Fassung treten am 31. Dezember 2000 außer Kraft.
7. Die nach den Regelungen des § 101 Abs. 5 SGB V geänderten Tabellen in Anlage 1, 2.1, 2.2 und 4.1 bis 4.10 der Richtlinien treten am 1. Januar 2001 in Kraft.