

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

(Bedarfsplanungs-Richtlinie)

in der Neufassung vom 20. Dezember 2012
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012
in Kraft getreten am 1. Januar 2013

zuletzt geändert am 17. November 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 21.12.2017 B3 vom 21. Dezember 2017
in Kraft getreten am 1. Januar 2018

Inhalt

1. Abschnitt: Allgemeines	6
§ 1 Zweck und Regelungsbereich.....	6
§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten	7
§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften	7
2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung	8
§ 4 Bedarfsplan	8
§ 5 Versorgungsebenen	8
§ 6 Arztgruppen	9
§ 7 Planungsbereiche	9
§ 8 Verhältniszahlen	9
§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor.....	10
§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung	11
3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung	11
§ 11 Hausärztliche Versorgung.....	11
4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung	12
§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung.....	12
§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung	14
§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung.....	15
§ 15 Weitere Arztgruppen.....	16
§ 16 Praxisnachfolge	16
5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung	16
§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades	16
§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten	16
§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten	17
§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet	17
§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen .	17
§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren	18

6. Abschnitt: Überversorgung	19
§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung	19
§ 24 Feststellung von Überversorgung	20
§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung	20
§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen	20
7. Abschnitt: Unterversorgung	22
§ 27 [unbesetzt]	22
§ 28 Definition der Unterversorgung	22
§ 29 Anhaltspunkte für Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung	22
§ 30 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung	22
§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung	22
§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses	23
§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss	23
§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses	23
§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungs- bedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)	23
8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V)	25
§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf	25
§ 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände	26
§ 38 Fachgebietswechsel	27
§ 39 [unbesetzt]	27
9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen	27
§ 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen	27
§ 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung	28
§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens	29
§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen	29
§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage	30
§ 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren	30

§ 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung.....	30
§ 47 [unbesetzt].....	31
10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur	31
§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung	31
§ 49 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur.....	31
§ 50 [unbesetzt].....	31
11. Abschnitt: Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse	32
§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren	32
§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing	32
§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung	32
§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung	33
§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen	33
§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung	33
§ 57 Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V.....	33
12. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten	34
§ 58 Anstellungsvoraussetzungen	34
§ 59 Fachidentität bei Anstellung.....	35
§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens	35
§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten.....	35
§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung	36
13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen	36
Unterabschnitt 1: Inkrafttreten	36
§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist	36
§ 64 [unbesetzt].....	37

Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen	37
§ 65 Planungsbereiche.....	37
§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad	37
§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen.....	38
Anlagen	39
Anlage 1 Arztzahlen.....	39
Anlage 2 Bedarfsplan und Planungsblätter	78
Anlage 2.1 Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie.....	78
Anlage 2.2 Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung	79
Anlage 2.3 Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss	81
Anlage 2.4 Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten- Versorgungsgrades	83
Anlage 3 Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 10 bis 15.....	84
Anlage 3.1 Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3	84
Anlage 3.2 Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3.....	85
Anlage 3.3 Raumordnungsregionen.....	90
Anlage 4 Demografiefaktor	104
Anlage 4.1 Die Leistungsbedarfsfaktoren des Demografiefaktors nach § 9.....	104
Anlage 4.2 Rechenbeispiel für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Demografiefaktors nach § 9 Bedarfsplanungrichtlinie ..	105
Anlage 5 Ermittlung der Verhältniszahlen	107
Anlage 6 Methodik der Typisierung der Kreise	112

1. Abschnitt: Allgemeines

¹Der G-BA strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. ²Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinien erheblich einschränken. ³Die in diesen Richtlinien verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

(1) Die Richtlinie dient 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 regelt die Richtlinie auf der Grundlage der nachstehenden gesetzlichen Bestimmungen:

1. die vertragsärztliche Bedarfsplanung, insbesondere den Inhalt der Feststellungen in den Bedarfsplänen und die Abgrenzung der Planungsbereiche (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 sowie § 99 SGB V; § 12 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV),
2. Beispiele regionaler Besonderheiten, die bei der Aufstellung der Bedarfspläne zur Begründung eines Abweichens von dieser Richtlinie herangezogen werden können (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V),
3. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades und von Überversorgung in den einzelnen Arztgruppen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, § 101 Absatz 5, § 103 Absatz 1 SGB V; § 16 b Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV),
4. Maßstäbe für zusätzliche lokale sowie für qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen als Voraussetzungen für Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V),
5. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V),
6. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung (§ 104 Absatz 1 SGB V; § 16 Absatz 1 Ärzte-ZV),
7. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V),
8. Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung
 - von Ärzten, die bei Vertragsärzten angestellt sind,
 - von Ärzten, die in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätig sind,
 - von Ärzten, die in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigt sind,
 - von ermächtigten Ärzten und von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten, sowie

- von Ärzten, die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V angestellt sind,

bei der Bedarfsplanung sowie der Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse,

9. die Voraussetzungen für die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V),
10. die besondere Überversorgungsfeststellung und Durchführung von Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 101 Absatz 4 SGB V),
11. Übergangsregelungen für die Anpassung der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie (nachfolgend Richtlinie 2007 genannt) an die Anforderungen der Neuregelung (nachfolgend Richtlinie 2012 genannt).

(3) Soweit sich diese Richtlinie auf Ärzte bezieht, gilt sie entsprechend für Psychotherapeuten.

§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

¹Von dieser Richtlinie darf mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). ²Regionale Besonderheiten im Sinne des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V können insbesondere sein:

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten)

sowie

5. Infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/ Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

Ist es aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von diesen Richtlinien abzuweichen, sind die Abweichungen in den nach § 99 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufzustellenden Bedarfsplänen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften

(1) ¹Die Richtlinie gilt bundeseinheitlich. ²Absatz 2 bleibt unberührt.

(2) Sofern gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 12 Absatz 3 Satz 2 Ärzte-ZV von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Landesausschüssen in den vorgeschriebenen Verfahren abweichende Regelungen zu dieser Richtlinie vorgesehen werden, sind diese bei der Anwendung dieser Richtlinie verbindlich.

2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung

§ 4 Bedarfsplan

(1) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. ²Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion. ³Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten. ⁴Der Bedarfsplan ist kontinuierlich fortzuschreiben und dem Landesausschuss in elektronischer weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung zu stellen. ⁵Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren, erstmals spätestens zum 30. Juni 2013, die Grundsätze zur regionalen Versorgung und systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie beschrieben (Grundsätze der Bedarfsplanung). ⁶Darüber hinaus wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel halbjährlich, erstmals spätestens zum 30. Juni 2013 die Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion erstellt (Stand der Bedarfsplanung). ⁷Die Daten gemäß Anlage 1 dieser Richtlinie werden jährlich in aktualisierter Form durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben und dem Landesausschuss zur Verfügung gestellt. ⁸Erforderlichenfalls können die in den Sätzen 5 und 6 genannten Fristen verkürzt werden. ⁹Absatz 3 bleibt unberührt. ¹⁰Die Beteiligung anderer Stellen richtet sich nach den jeweiligen Landesregelungen i.V.m. §§ 90a und 99 SGB V und §§ 13 und 14 der Ärzte-ZV.

(2) ¹Inhalt und Form des Bedarfsplans nach Absatz 1 Satz 2 richten sich nach der Anlage 2 dieser Richtlinie. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt basierend auf Anlage 2 eine Datensatzbeschreibung für die elektronische Übermittlung der Daten durch die KVen.

(3) Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen benutzen das in Anlage 2.2 niedergelegte Schema, in der nach dieser Regelung jeweils aktualisierten Form; auf Anfrage des Landesausschusses haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.

§ 5 Versorgungsebenen

(1) Als Grundstruktur der Bedarfsplanung werden vier Versorgungsebenen bestimmt, welche für die Zuordnung der Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und dementsprechend für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen maßgeblich sind:

1. hausärztliche Versorgung;
2. allgemeine fachärztliche Versorgung;
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung;
4. gesonderte fachärztliche Versorgung.

(2) Der für die Versorgungsebenen maßgebliche regionale Versorgungsgrad wird arztgruppenspezifisch nach Maßgabe des 5. Abschnitts festgestellt.

§ 6 Arztgruppen

(1) Die Bestimmung der Arztgruppen erfolgt nach ihrer Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung.

(2) 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).

(3) Die gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 5 SGB V ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemein- / Praktischen Ärzte, werden bedarfsplanungsrechtlich dem Fachgebiet zugeordnet, dem die ausgeführten fachärztlichen Leistungen nach geltendem Weiterbildungsrecht vorrangig zuordenbar sind.

(4) ¹Führen Vertragsärzte, die nach ihrer bisherigen Bezeichnung einer der Arztgruppen nach §§ 11 - 14 zugeordnet worden sind, aufgrund von Änderungen des Weiterbildungsrechts in weiterbildungsrechtlich zulässigen Fällen eine Bezeichnung für ein Gebiet, dessen Definition zwei Arztgruppen betrifft, bleiben sie der Arztgruppe zugeordnet, in der sie überwiegend ärztliche Leistungen erbringen. ²Besondere Regelungen für den Fall der Umwandlung von Bezeichnungen oder Änderungen von Gebieten im Rahmen dieser Richtlinie bleiben unberührt.

§ 7 Planungsbereiche

¹Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum Stand der vertragsärztlichen sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) bzw. der von einer KV umfasste Bereich (Planungsbereiche). ²Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3 ersichtlich. ³Abweichend von Satz 1 kann der Landesausschuss mit 2/3 Mehrheit im Fall einer Gebietsreform beschließen, dass die Planungsbereiche hiervon unberührt bleiben und in ihrer bisherigen Form fortbestehen. ⁴Für die Mittelbereiche und Raumordnungsregionen, welche die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten, werden Anpassungen vorgenommen. ⁵Diese sind in Anlage 3 ersichtlich. ⁶Eine Zuordnung der Planungsbereiche erfolgt in den §§ 11 bis 14.

§ 8 Verhältniszahlen

(1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen gemäß § 11 bis 14 dieser Richtlinie ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Absatz 1 Satz 4 und 5 sowie § 101 Absatz 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Absatz 2 SGB V bestimmt werden.

(2) ¹Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen) nach Maßgabe des Absatzes 1 zu bestimmen. ²Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren der §§ 11 bis 14 und der Anlage 5 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszahlen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.

§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor

(1) ¹Die Allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Demografiefaktor modifiziert. ²Die Modifikation erfolgt planungsbereichsbezogen durch Multiplikation der Allgemeinen Verhältniszahl mit dem Demografiefaktor. ³Der Demografiefaktor wird durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor gemäß den Absätzen 3 bis 4 berechnet. ⁴Durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen kann vom Demografiefaktor begründet nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abgewichen werden.

(2) Für die Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater sowie den Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung im Sinne des § 14 kommt der Demografiefaktor nicht zur Anwendung.

(3) ¹Die Altersfaktoren sind die Anteile der unter 65-jährigen bzw. 65-jährigen und älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Prozent. ²Sie werden für die Frauenärzte auf der Basis der Frauen berechnet. ³Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. ⁴Die Altersfaktoren werden in allgemeine Altersfaktoren nach Nummer 1 und regionale Altersfaktoren nach Nummer 2 unterschieden.

1. Die allgemeinen Altersfaktoren werden zum Stichtag 31.12.2010 ermittelt. Daraus ergeben sich folgende allgemeine Altersfaktoren:

	Allgemeiner Altersfaktor unter 65	Allgemeiner Altersfaktor 65 und älter
Gesamtbevölkerung	79,4	20,6
Bevölkerung (weiblich)	76,8	23,2

2. Die regionalen Altersfaktoren werden auf der Basis des letzten amtlichen Standes der Wohnbevölkerung im Planungsbereich berechnet.

(4) ¹Der Leistungsbedarfsfaktor wird auf der Basis der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für fünf Jahre berechnet. ²Es ist der Leistungsbedarf in Punkten für die 12 letzten Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11 bis 13 dieser Richtlinie, die nicht nach Absatz 2 ausgeschlossen sind und für die Altersgruppen der Versicherten unter 65 Jahren bzw. 65 Jahre und älter zu ermitteln. ³Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wird der Leistungsbedarf ohne Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ermittelt. ⁴Die ermittelten Punktzahlen sind durch die Anzahl der Versicherten der jeweiligen Altersgruppe zu teilen. ⁵Bei der Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. ⁶In jeder Arztgruppe wird nun der Leistungsbedarf je Versicherten der 65-Jährigen und älteren durch den Leistungsbedarf je Versicherten der unter 65-Jährigen geteilt. ⁷Das Ergebnis ist der Leistungsbedarfsfaktor. ⁸Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der 65-jährigen und älteren Bevölkerung zu dem der bis 65-Jährigen aus.

(5) ¹Der Demografiefaktor wird je Arztgruppe aus den Altersfaktoren und dem Leistungsbedarfsfaktor der jeweiligen Arztgruppe bestimmt: Es wird die Summe aus dem allgemeinen Altersfaktor der unter 65 und dem Produkt von allgemeinem Altersfaktor der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor gebildet. ²Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus regionalem Altersfaktor der unter 65-jährigen und dem Produkt von regionalem Altersfaktor der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor.

(6) Die Berechnungen der Absätze 3 und 5 werden einmal pro Jahr von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt.

(7) Die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni eines Jahres.

(8) Bei der Besetzung von Arztsitzen, die aufgrund des Demografiefaktors ausgeschrieben werden, soll der Zulassungsausschuss in geeigneten Fällen darauf hinwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologisch/geriatrische Qualifikation verfügen.

(9) Die arztgruppenbezogenen Leistungsbedarfsfaktoren sowie ein Rechenbeispiel sind in Anlage 4 aufgeführt. Sie werden in der Regel alle fünf Jahre aktualisiert.

§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

¹Der Landesausschuss hat auf der Grundlage der Bedarfspläne gemäß § 4 und von Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Zulassungen im Planungsbereich in geeigneten Zeitabständen den Stand der Versorgung zu überprüfen. ²Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung erstrecken sich bei psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auch auf die gemäß § 12 jeweils zum 31. Dezember des Jahres zu treffende Feststellung über die Zuordnung von Vertragsärzten als ausschließlich psychotherapeutisch tätige oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte.

3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung

§ 11 Hausärztliche Versorgung

(1) Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung sind Hausärzte.

(2) Zur Arztgruppe der Hausärzte gehören gemäß § 101 Absatz 5 SGB V:

1. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V vorliegt,
2. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V gewählt haben,
3. sofern sie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eine entsprechende Bezeichnung erworben haben: Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte).

(3) ¹Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung. ²Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. ³Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. ⁴Die abweichende Raumgliederung ist bekannt zu geben. ⁵Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.

(4) ¹Die Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1.671 Einwohnern festgelegt. ²Für hausärztliche Planungsbereiche, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr (RVR) liegen, gelten die Übergangsregelungen nach § 65.

4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung

(1) Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind:

1. Augenärzte
2. Chirurgen
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Orthopäden
8. Psychotherapeuten
9. Urologen
10. Kinderärzte

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Augenärzte gehören die Fachärzte für Augenheilkunde.
2. 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.
3. Zur Arztgruppe der Frauenärzte gehören die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
4. Zur Arztgruppe der Hautärzte gehören die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
5. 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.
6. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.
7. Zur Arztgruppe der Orthopäden gehören die Fachärzte für Orthopädie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
8. ¹Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. ²Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Absatz 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind. ³Für die Bemessung des Tätigkeitsumfangs im Einzelnen gilt § 18. ⁴Für die Bemessung wird bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten ein Faktor von 0,7 zugrunde gelegt. ⁵Die Tätigkeit als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird.

⁶Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte berührt, unbeschadet der Regelung in § 19 Absatz 1, den Status als Hausarzt nicht, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 5 SGB V vorliegt. ⁷Als Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten:

- ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht berechtigt sind, Personen zu Lasten der GKV zu behandeln, deren Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat,
- Ärzte und Psychotherapeuten, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. erreichen bzw. überschreiten.

9. Zur Arztgruppe der Urologen gehören die Fachärzte für Urologie.

10. Zur Arztgruppe der Kinderärzte gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

(3) ¹Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. ²Kreisregionen sind Kreiszusammenfassungen in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). ³Für die Feststellung der Allgemeinen Verhältniszahlen und die Überversorgung werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. ⁴Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadregionen des BBSR. ⁵Die Methodik zur Bestimmung der Kreistypen ist in Anlage 6 beschrieben. ⁶Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann auch für einzelne Arztgruppen eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. ⁷Die Planungsbereiche und ihre Typisierung sind aus der Anlage 3.2 ersichtlich.

(4) ¹Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

	Typ 1 (stark mit- versorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mit- versorgend)	Typ 3 (stark mit- versorgt)	Typ 4 (mit- versorgt)	Typ 5 (eigen- versorgt)	Typ 6 (poly- zentrischer Verflechtungs- raum)
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664	20.440
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711	34.591
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042	5.555
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042	35.736
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768	25.334
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183	31.373
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813	22.578
Psycho- therapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953	5.435
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189	37.215
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859	3.527

²Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich auf die „bis unter 18-Jährigen“. ²Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

(1) Der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

1. Anästhesisten
2. Fachinternisten (fachärztlich tätig)
3. Kinder- und Jugendpsychiater
4. Radiologen

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Anästhesisten gehören die Fachärzte für Anästhesiologie und die Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie.
2. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß § 101 Absatz 5 Satz 3 SGB V gehören alle internistischen Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
3. Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP) gehören die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
4. 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.

(3) ¹Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. ²Erstreckt sich die Raumordnungsregion über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind die Teile der Raumordnungsregion getrennt zu beplanen. ³Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann auch für einzelne Arztgruppen eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden.

(4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

Anästhesisten	46.917
Radiologen	49.095
Fachinternisten	21.508
Kinder- und Jugendpsychiater	16.909

Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendpsychiater bezieht sich auf die bis unter 18-Jährigen.

(5) Bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie soll der Zulassungsausschuss darauf hinwirken, dass Bewerber Berücksichtigung finden, deren Versorgungsschwerpunkte in Schmerztherapie oder Palliativmedizin liegen.

§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung

(1) Der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

1. Humangenetiker
2. Laborärzte
3. Neurochirurgen
4. Nuklearmediziner
5. Pathologen
6. Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner
7. Strahlentherapeuten
8. Transfusionsmediziner

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Humangenetiker gehören die Fachärzte für Humangenetik.
2. Zur Arztgruppe der Laborärzte gehören die Fachärzte für Biochemie, die Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie, die Fachärzte für Immunologie, die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.
3. Zur Arztgruppe der Neurochirurgen gehören die Fachärzte für Neurochirurgie.
4. Zur Arztgruppe der Nuklearmediziner gehören die Fachärzte für Nuklearmedizin.
5. Zur Arztgruppe der Pathologen gehören die Fachärzte für Neuropathologie, die Fachärzte für Pathologie und die Fachärzte für pathologische Anatomie.
6. Zur Arztgruppe der Physikalischen- und Rehabilitations-Mediziner gehören die Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und die Fachärzte für Physiotherapie.
7. Zur Arztgruppe der Strahlentherapeuten gehören die Fachärzte für Strahlentherapie.
8. Zur Arztgruppe der Transfusionsmediziner gehören die Fachärzte für Blutspende- und Transfusionsmedizin und die Fachärzte für Transfusionsmedizin.

(3) ¹Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. ²§ 12 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-ZV bleibt unberührt.

(4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

Humangenetiker	606.384
Laborärzte	102.001
Neurochirurgen	161.207
Nuklearmediziner	118.468
Pathologen	120.910
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	170.542
Strahlentherapeuten	173.576
Transfusionsmediziner	1.322.452

§ 15 Weitere Arztgruppen

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung oder zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in die Planung einbezogen werden.

§ 16 Praxisnachfolge

¹Im Falle der Praxisnachfolge gilt, dass die Praxis auch für Ärzte ausgeschrieben werden kann, welche ganz oder teilweise in einem Fachgebiet tätig sind, welches mit dem alten Fachgebiet übereinstimmt. ²Bei der Nachbesetzung soll zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung eine ausgewogene Verteilung der von dieser Regelung betroffenen Fachgebiete gesichert sein (z.B. bei Fachinternisten mit Schwerpunkten oder Nervenärzten (Psychiater/Neurologen)).

5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung

§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

(1) ¹Die lokale Verhältniszahl wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Feststellung im Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte und angestellten Ärzte (Anrechnungsfaktor nach § 21) der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt. ²Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.

(2) Bei der Feststellung nach Absatz 1 ist der Demografiefaktor zu berücksichtigen.

(3) Die Berücksichtigung ermächtigter und angestellter Ärzte erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

(1) ¹In der Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte wird für die Feststellungen des Versorgungsgrades 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. ²Wird 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. ³Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen oder als solche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte werden auch beim lokalen Versorgungsgrad ungeachtet ihres tatsächlichen Leistungsanteils mit dem Faktor 0,7 angerechnet. ⁴Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der Faktor halbiert.

(2) ¹Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind zugelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, sowie Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. überschreiten. ²Als 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. ³Ab 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. ⁴Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. ⁵Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die Leistungen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110, die an Kindern und Jugendlichen (bis 21 Jahre) erbracht wurden. ⁶Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt.

(3) Die Berücksichtigung ermächtigter Psychotherapeuten und angestellter Psychotherapeuten erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten

(1) Hausärzte, welche zum Stichtag 31. Dezember des Vorjahres der Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden nicht als Hausärzte erfasst, Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Gruppe der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden mit dem Faktor 0,3 erfasst.

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

§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet

¹Vertragsärzte, welche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind oder als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfasst und in der Arztgruppe 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. ²Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV werden die Faktoren halbiert.

§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

(1) ¹Ärzte, welche als Vertragsarzt für zwei Gebiete im Sinne der (M-)WBO zugelassen sind, werden bei Feststellungen zum lokalen Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe mit dem Faktor 0,5 zugerechnet. ²Bei Ärzten nach Absatz 2, welche in zwei Fachgebieten tätig sind, wird der Faktor halbiert.

(2) Ärzte, welche durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV beschränkt haben oder bei denen der Zulassungsausschuss die hälftige Entziehung der Zulassung beschlossen hat, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

(3) ¹Angestellte Ärzte eines Vertragsarztes nach § 95 Absatz 9 Satz 1 SGB V und die in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte werden entsprechend ihrer Arbeitszeit mit den Anrechnungsfaktoren nach den §§ 51 und 58 auf den Versorgungsgrad angerechnet. ²Die Regelung findet auch Anwendung auf angestellte Ärzte in Eigenrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

(4) Endet die Leistungsbegrenzung nach § 26 bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen durch die Anordnung des Landesausschusses nach § 16.b Absatz 3 und 4 Ärzte-ZV, wird der angestellte Arzt eines Vertragsarztes oder eines Medizinischen Versorgungszentrums bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nach dem Anrechnungsfaktor gemäß Absatz 3 berücksichtigt.

(5) ¹Bei Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung gemäß § 95 Absatz 9b SGB V wird der Arzt, der bisher als Angestellter mit dem Faktor 1 gezählt wurde, voll zugelassen (mit dem Faktor 1 angerechnet). ²Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,5 erfolgt die hälftige Zulassung (mit dem Faktor 0,5 angerechnet).

§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

(1) ¹Ermächtigte Ärzte werden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang pauschaliert auf den Versorgungsgrad angerechnet, soweit der Tätigkeitsumfang nicht vernachlässigbar ist. ²Vernachlässigbar sind Tätigkeitsumfänge, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. ³Die Anrechnung setzt eine Ermächtigung für die Erbringung von mindestens drei vertragsärztlichen Leistungsziffern voraus. ⁴Tätigkeitsumfänge werden je nach vom Ermächtigten erbrachtem Tätigkeitsumfang mit dem Faktor 0,25; 0,5; 0,75 oder 1,0 auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. ⁵Als Maßstab für die Anrechnung des Tätigkeitsumfanges ist auf das Verhältnis der vom ermächtigten Arzt erbrachten Fallzahl zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region abzustellen; dabei wird auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor nach mathematischen Grundsätzen gerundet.

(2) ¹Ärzte in ermächtigten Einrichtungen werden auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. ²Keine Anrechnung erfolgt für ermächtigte Einrichtungen nach § 117 SGB V und § 119a SGB V und für Tätigkeitsumfänge von ermächtigten Einrichtungen, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. ³Die Berücksichtigung der sonstigen ermächtigten Einrichtungen erfolgt entsprechend den folgenden Regelungen:

1. ¹Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach § 116a SGB V und § 118a SGB V erbringen, werden entsprechend einem Fallzahlquotienten in Schritten von jeweils 0,25 angerechnet. ²Der Fallzahlquotient ergibt sich aus dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region. ³Es wird mathematisch auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor auf- bzw. abgerundet.

2. ¹Einrichtungen gemäß §§ 118 und 119 SGB V sind mit einem Anrechnungsfaktor von pauschal 0,5 je Einrichtung zu berücksichtigen. ²Sofern belastbare Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen, erfolgt eine Anrechnung für diesen Anteil der Leistung entsprechend Absatz 2 Satz 3 Nr. 1. ³Hierfür können auch Daten oder Informationen aus einer freiwilligen Selbstauskunft der betroffenen Einrichtungen verwendet werden.

(3) ¹Die Zuordnung nach Absatz 1 und 2 zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe erfolgt auf Grundlage der Definitionen der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2, § 13 Absatz 2 und § 14 Absatz 2. ²Bei Anrechnungen nach Absatz 2 erfolgt die Anrechnung bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt. ³Liegen keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vor, erfolgt die Anrechnung nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 für Einrichtungen gemäß § 118 SGB V bei den Psychotherapeuten, für Einrichtungen gemäß § 118a SGB V bei den Fachinternisten und für Einrichtungen gemäß § 119 SGB V bei den Kinderärzten.

(4) ¹Von den Anrechnungsregelungen der Absätze 1 und 2 kann abgewichen werden, sofern es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist. ²Ob solche Besonderheiten bestehen und inwieweit hieraus Abweichungen von den Anrechnungsfaktoren erfolgen können, obliegt der einvernehmlichen Entscheidung nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V auf Landesebene.

(5) Nach Abschluss der noch ausstehenden Vereinbarung für die geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V sowie der Psychosomatischen Institutsambulanz gem. § 118 Absatz 3 SGB V werden die Regelungen zur Anrechnung auf den Versorgungsgrad innerhalb von 6 Monaten auf Sachgerechtigkeit überprüft und ggf. angepasst.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert die Auswirkungen der Regelung 3 Jahre nach ihrem Inkrafttreten und berät auf Grundlage der Ergebnisse über die Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelung.

(7) Hat der G-BA bis zum 31. Mai 2018 keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung beschlossen, so tritt diese Regelung mit diesem Datum außer Kraft.

6. Abschnitt: Überversorgung

§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung

Bei der Feststellung von Überversorgung hat der Landesausschuss auf der Grundlage der Zuordnung des zu prüfenden Planungsbereiches gemäß §§ 11 bis 14 in Verbindung mit Anlage 3 sowie auf der Grundlage der danach gemäß § 8 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahlen unter Anwendung der Anpassungsfaktoren nach § 9 wie folgt zu verfahren:

1. Gegebenenfalls sind Korrekturfaktoren nach den §§ 19 bis 22 zu berücksichtigen;
2. Eine eventuelle Überversorgung durch Vergleich der beiden Verhältniszahlen ist gemäß § 24 festzustellen.

§ 24 Feststellung von Überversorgung

¹Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten lokalen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v.H. (die lokale Arzt/Einwohnerrelation übersteigt um 10 Prozent die allgemeine Arzt/Einwohnerrelation), so ist Überversorgung anzunehmen. ²Dies gilt auch bei der Anwendung von Korrekturfaktoren.

§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung

(1) Bei der Feststellung nach § 24 hat der Landesausschuss für die psychotherapeutische Versorgung für jeden Planungsbereich gemäß § 101 Absatz 4 SGB V folgende Feststellungen zu treffen:

1. Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand der Allgemeinen Verhältniszahl zu ermitteln und als Anzahl der Psychotherapeuten auszudrücken.
2. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach Nummer 1 ist ein 25-prozentiger Anteil für psychotherapeutische Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen (Quote).
3. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach Nummer 1 ist ein 20-prozentiger Anteil für die Ärzte und Psychotherapeuten festzustellen, die gemäß § 12 Absatz 2 Nummer 8 der Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln (Quote).
4. Stellt der Landesausschuss Überversorgung fest, hat er zugleich eine Feststellung zu treffen, in welchem Umfang gemäß § 101 Absatz 4 SGB V – ausgedrückt in der Anzahl der Psychotherapeuten – in jedem Versorgungsanteil Ärzte oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen werden können, wenn die Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind.
5. Die Feststellungen nach den Nummern 2 bis 4 sind auf der Grundlage der Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 10 zu treffen.

(2) Bei den Feststellungen nach den Nummern 1 bis 3 wird auf halbe Zulassungen oder Genehmigungen aufgerundet.

(3) ¹Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, darf der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 festgestellten nicht ausgeschöpften Zahlen an Psychotherapeuten Zulassungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Ärztliche Psychotherapeuten erteilen. ²Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26.

§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

(1) ¹Kommt der Landesausschuss nach einer 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. ²Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder eine hälftige Genehmigung in Betracht. ³Im Hinblick auf die Prospektivität der Bedarfsplanung eines Planungsbereiches sollen Möglichkeiten der Befristung von Zulassungen nach § 19 Absatz 4 Ärzte-ZV geprüft werden.

(2) ¹Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V in beschränkter Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung zugelassen sind, und die nach § 46 in gesperrten Planungsbereichen nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 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. ²Die Beendigung der Beschränkung der Zulassung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach zehnjähriger gemeinsamer Berufsausübung bleibt unberührt (§ 101 Absatz 3 Satz 2 SGB V).

(3) Unter Berücksichtigung der Vorrangigkeit der in Absatz 2 Satz 1 geregelten Reihenfolge von Ärzten und Psychotherapeuten, deren Zulassungsbeschränkung und Leistungsbegrenzung aufgehoben wird, endet die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nach Maßgabe der Bestimmung des Umfangs des Aufhebungsbeschlusses, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der Jahre der Anstellung.

(4) Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen:

1. Der Beschluss des Landesausschusses nach Absatz 1 ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Blättern 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 Absatz 5 Satz 1 SGB V,
 - bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
 - Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit, Feststellungen nach § 35).

(5) Über die Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V ist vorrangig vor Anträgen auf (Neu-)Zulassung, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung oder der Anstellung zu entscheiden.

7. Abschnitt: Unterversorgung

§ 27 [unbesetzt]

§ 28 Definition der Unterversorgung

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 Anhaltspunkte für Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung

¹Das Vorliegen einer Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung (§ 11) den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v.H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ 12) und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (§ 13) jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v.H. unterschreitet. ²Eine 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 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung

¹Liegt nach § 29 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 der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern (Stand der Bedarfsplanung Anlage 2.2) enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen und deren Ergebnisse sind dem Landesausschuss zu übermitteln.

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung

(1) Bei der Prüfung nach § 30 sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft) und – soweit möglich – der Versorgungsbeitrag;
2. Bei den Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen;
3. Bei Prüfungen zum Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung der Umfang, in welchem außer Allgemein- / Praktischen Ärzten andere teilnahmeberechtigte Fachärzte (Internisten mit Hausarztentscheidung sowie Kinderärzte) im Sinne des § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

(2) Ergibt sich aufgrund der vorgenannten Kriterien in den Nummern 1 bis 3, dass trotz Unterschreitens von Allgemeinen Verhältniszahlen nach den §§ 11 bis 14 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den Verhältniszahlen vorgegebenen Größenordnung erforderlich sind, so kann auf die Feststellung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung verzichtet werden.

§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses

Die Ergebnisse nach den §§ 30 und 31 sind dem Landesausschuss unter Mitteilung der maßgebenden Tatsachen und der Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln.

§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss

(1) Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder in absehbarer Zeit droht.

(2) ¹Die Prüfung ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der nach § 32 übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern (Stand der Bedarfsplanung Anlage 2.2) enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. ²Hält 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 der Ersatzkassen anzufordern. ³§ 16 Ärzte-ZV bleibt unberührt.

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses

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

§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)

(1) ¹Nach § 100 Absatz 3 SGB V trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse nach Prüfung die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. ²Die nachstehenden Bestimmungen geben dazu den Landesausschüssen Beurteilungsmaßstäbe vor. ³Bei der Prüfung sind die in einer Region bereits auf Grundlage der §§ 2 und 9 dieser Richtlinie erfolgten Anpassungen der Bedarfspläne zu berücksichtigen. ⁴Soll § 35 aufgrund des wiederholten Einsatzes derselben Kriterien zur Anwendung kommen, ist dies gesondert zu begründen. ⁵Diese Begründung beinhaltet auch Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen.

(2) ¹Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregionen innerhalb eines Planungsbereiches er die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf trifft. ²Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Struktur, Verkehrsanbindung und Lage eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist. ³Dabei sollte die Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe als Anhaltspunkt dienen. ⁴Darüber hinaus kann bei der Festlegung der Bezugsregion der Versorgungsbeitrag der dort bereits tätigen Ärzte berücksichtigt werden.

(3) ¹Der Landesausschuss hat das Vorliegen des lokalen Versorgungsbedarfs zu prüfen, soweit in der nach Absatz 2 von ihm festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 erfüllt sind. ²Die §§ 32 und 33 gelten entsprechend.

(4) ¹Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung in der Bezugsregion auch dann vorzunehmen, wenn die Kriterien nach Absatz 3 in der Bezugsregion nicht erfüllt sind. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.

(5) ¹Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die regionale Demografie,
2. die regionale Morbidität,
3. sozioökonomische Faktoren,
4. die Versorgungsstrukturen,
5. räumliche Faktoren,
6. infrastrukturelle Besonderheiten.

²Sie kann sich insbesondere auf folgende Versorgungskonstellationen beziehen:

1. Verbesserung der Versorgung in nicht gesperrten Planungsbereichen vorrangig vor gesperrten Planungsbereichen,
2. Förderung der Gründung/Erhaltung von (Zweig-) Praxen in Regionen, in denen für die Bezugsregion nach Absatz 2 Unterversorgung festgestellt wurde,
3. Förderung von Leistungen, die zum Zeitpunkt der Prüfung durch die Ärzte in oder um die Bezugsregionen nach Absatz 2 nicht oder nicht im ausreichenden Maße erbracht werden,
4. Förderung des Leistungsumfanges, der durch die vorhandenen Ärzte in der Bezugsregion nach Absatz 2 erbracht wird.

(6) Die Feststellungen nach Absatz 1 sind auf maximal 5 v.H. der Ärzte einer Arztgruppe in einer KV-Region zu beziehen.

(7) ¹Für die Prüfung des Landesausschusses gilt § 33 Absatz 2 entsprechend. ²Sofern das Landesrecht ein Gremium nach § 90a SGB V eingerichtet hat und vorsieht, dass seine Stellungnahmen bei Entscheidungen des Landesausschusses einzuholen und zu berücksichtigen sind, gibt der Landesausschuss diesem Gremium gemäß § 90a Absatz 2 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme. ³Der Landesausschuss gibt seine Feststellung bekannt und hat diese zu begründen. ⁴Die Feststellung des Vorliegens eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes ist im Bedarfsplan zeitnah auszuweisen.

(8) ¹Der Landesausschuss prüft in regelmäßigen Abständen, ob die Voraussetzungen für die Entscheidungen nach Absatz 1 weiterhin vorliegen. ²Die Feststellung nach Absatz 1 kann befristet werden.

8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V)

§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf

(1) ¹Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Arztes der betreffenden Arztgruppe auf Sonderbedarf nach Prüfung entsprechen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind und die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. ²Sonderbedarf ist als zusätzlicher Versorgungsbedarf für eine lokale Versorgungssituation oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf festzustellen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V). ³Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes in einem Planungsbereich trotz Zulassungsbeschränkungen.

(2) Die Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden.

(3) Bei der Feststellung von Sonderbedarf sind folgende Mindestbedingungen zu beachten:

1. Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und Bewertung der Versorgungslage (Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage).
2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u.a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen; dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

(4) ¹Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht. ²Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen. ³Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. ⁴Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.

(5) ¹Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. ²Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

(6) Die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf hat mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind.

(7) ¹Nachfolgebesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden. ²Die Regelungen in § 103 Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz (Nachbesetzung durch privilegierte Personenkreise) und Satz 8 (Entschädigung) SGB V finden keine Anwendung.

(8) Die Deckung des Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.

(9) ¹Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht. ²Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen bleiben unberührt.

§ 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände

(1) Die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs erfordert

- a) die Prüfung und Feststellung einer bestimmten Qualifikation nach Absatz 2 und
- b) die Prüfung und Feststellung eines entsprechenden besonderen Versorgungsbedarfs in einer Region durch den Zulassungsausschuss.

(2) ¹Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, wie sie durch den Inhalt des Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. ²Auch eine Zusatzweiterbildung oder eine Zusatzbezeichnung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. ³Ein besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß §§ 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. ⁴Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. ⁵Eine Zusatzqualifikation und Abrechnungsmöglichkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird dem gleichgestellt.

(3) Voraussetzung für eine ausnahmsweise Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist.

(4) Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind auch gegeben, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung

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

die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung der von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffenen Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Absatz 7 der 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 Anlage 9.1. Bundesmantelvertrag-Ärzte ist bei den Nummern 1 und 2 zu berücksichtigen. In diesem Falle 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.

§ 38 Fachgebietswechsel

Die Bestimmungen in § 36 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, das Gebiet, für welches er zugelassen ist, in ein Gebiet zu ändern, für das Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind.

§ 39 [unbesetzt]

9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

§ 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss zu Beginn eines Quartals 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 Absatz 3 SGB V zuzulassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der antragstellende Arzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung (im Folgenden Antragsteller).
2. Der Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung stellt einen Vertrag zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis dar, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Absatz 3 Satz 1 Ärzte-ZV erfüllt.
3. Der Antragsteller gehört derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt an, wobei im Einzelnen die Regelungen nach § 41 zu beachten sind.
4. Der Vertragsarzt und der Antragsteller erklären sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit, während des Bestandes 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 Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an; soll der Antragssteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so sind die Erklärungen von allen Vertragsärzten abzugeben.

§ 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung

(1) ¹Bei der gemeinsamen Berufsausübung ist eine Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Nummer 4 SGB V erforderlich. ²Fachidentität liegt vor, wenn die Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, die Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. ³Einer Übereinstimmung steht nicht entgegen, wenn nur einer der Ärzte über eine Schwerpunktbezeichnung oder Schwerpunktkompetenz verfügt. ⁴Sind mehrere Vertragsärzte bereits in gemeinsamer Berufsausübung (Gemeinschaftspraxis) zugelassen, genügt die Übereinstimmung des Gebietes oder der Facharztkompetenz des Antragstellers mit einem der in gemeinsamer Berufsausübung verbundenen Vertragsärzte; im Übrigen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend. ⁵Nimmt der Vertragsarzt an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, ist die Zulassung eines Antragstellers, welcher gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 2 SGB V wahlberechtigt ist, nur mit der Maßgabe zulässig, dass der Antragsteller sich für dieselbe Versorgungsfunktion entscheidet, welche der Vertragsarzt wahrnimmt, und beide Ärzte die Verpflichtung eingehen, Wahlentscheidungen für die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nur gemeinsam zu treffen. ⁶Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des Antragstellers als Auflage zu verbinden.

(2) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 besteht auch, solange der Vertragsarzt an der hausärztlichen Versorgung nach § 101 Absatz 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.

(3) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch,

1. wenn sich Ärzte der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2 Nummer 1 bis 5, 7, 9 und 10, § 13 Absatz 2 Nummer 1, 3 und 4 und § 14 Absatz 2 zusammenschließen oder
2. wenn sich ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie mit einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen zusammenschließt oder
3. 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 oder mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde zusammenschließt oder
4. wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, deren Schwerpunkt Bestandteil der Gebietsbezeichnung ist, mit Internisten mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach WBO-Recht 1992) zusammenschließen oder
5. 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.

(4) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 kann auch bestehen, wenn sich Ärzte aus der Arztgruppe der Nervenärzte nach § 12 Absatz 2 Nummer 6 zusammenschließen, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse entsprechend § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 SGB V vorliegen.

(5) ¹Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch unter zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits oder unter Angehörigen der beiden Berufsgruppen gemeinsam. ²Bei Anordnung von Zulassungsbeschränkungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass ein Zusammenschluss eines Psychologischen Psychotherapeuten mit einem bereits zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nur bei Beschränkung des antragstellenden Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zulässig ist. ³Maßgeblich ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach den maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Therapieverfahren.

§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

(1) ¹Vor 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 sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). ²Diese 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. ³Das Überschreitungsvolumen von 3 v.H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. ⁴Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungsvolumen) wird nach § 45 durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. ⁵Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. ⁶Im Übrigen gilt für Anpassungen § 44. ⁷Bei außergewöhnlichen Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben die betroffenen Quartale bei der Berechnung außer Betracht und es werden vorherige Quartale zur Berechnung herangezogen; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. ⁸Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben.

(2) Anstelle der Gesamtpunktzahlvolumina kann die Obergrenze auch auf der Basis von Euro und/oder Punktzahlen gebildet werden.

§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen

(1) ¹Kann 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. ²Hat ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern und/oder der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes) im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. ³Soll der Antragsteller in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so hat der Zulassungsausschuss die Berechnungen nach § 42 entsprechend der Zahl der bereits tätigen Vertragsärzte in der Gemeinschaftspraxis zu mindern; handelt es sich um eine

fachverschiedene Gemeinschaftspraxis oder ein fachverschiedenes Medizinisches Versorgungszentrum, so ist für die Leistungsbeschränkung Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes.⁴Satz 1 gilt auch in den Fällen, in denen ein bereits zugelassener Vertragsarzt über vier Quartale einen im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisumfang nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V aufweist.

- (2) Die Ermittlung der Obergrenze nach Absatz 1 erfolgt unter den folgenden Maßgaben:
1. Die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts erfolgt ohne Berücksichtigung der Ärzte, die gemeinsam in Jobsharing-Praxen oder Angestelltenverhältnissen mit Leistungsbegrenzung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V tätig sind.
 2. Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zuzüglich 25 v.H. fest.
- (3) Für Antragsteller mit einem hälftigen Versorgungsauftrag wird der halbe nach § 43 Absatz 2 berechnete Wert als Obergrenze festgelegt.

§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage

¹Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach § 42 ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. ²Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM, dieser Richtlinie oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. ³Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken.

§ 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren

¹Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). ²Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. ³Die dafür maßgebliche Rechenformel lautet:

Punktzahlvolumen

_____ = Faktor

Punktzahl Fachgruppe

⁴Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. ⁵Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach § 42 Absatz 1 Satz 7 bleibt hiervon unberührt). ⁶Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mit.

§ 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung

Der neu hinzutretende Partner der Gemeinschaftspraxis wird für die Dauer der Regelung nach den §§ 40 und 41 nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.

§ 47 [unbesetzt]

10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur

§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

¹Ausgangspunkt für die Bestimmung einer ausgewogenen Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) in einer KV-Region ist der gesetzlich definierte Versorgungsauftrag der vertragsärztlichen hausärztlichen Versorgung (§ 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V: allgemeine und fortgesetzte Betreuung von Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfelds, Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, Dokumentation, Bewertung und Aufbewahrung wesentlicher Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen). ²Eine ausgewogene Versorgungsstruktur ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die Anzahl der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a SGB V teilnehmen, wesentlich überwiegt. ³Besonderen Versorgungslagen, wie sie sich durch Mitversorgungseffekte ergeben können, ist Rechnung zu tragen.

§ 49 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur

Weicht die Versorgungsstruktur wesentlich von den in § 48 beschriebenen Versorgungszielen ab, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages bei der Niederlassungsberatung oder bei der Durchführung von Sicherstellungsmaßnahmen gemäß § 105 Absatz 1a SGB V auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken.

§ 50 [unbesetzt]

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

§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren

(1) ¹Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. ²Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach §§ 11 bis 14. ³Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. ⁴Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 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

(2) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing

¹Für die Anstellung von Ärzten und Psychotherapeuten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 40 bis 46 entsprechend. ²Die Zulassungsbeschränkungen gelten nicht für den Fall einer Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4 a Satz 3 SGB V, wobei die Nachbesetzung nur im zeitlichen Umfang der Beschäftigung des ausgeschiedenen Arztes oder des ausgeschiedenen Psychotherapeuten möglich ist.

§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung

(1) Für die Aufnahme von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 36 und 37 mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. 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.
2. ¹Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. ²Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Absatz 4 a Satz 3 SGB V nach § 37 bedarf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.

(2) Bei einem Fachgebietswechsel des aufgrund von Sonderbedarf zugelassenen oder angestellten Arztes findet § 38 Anwendung.

§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung

In den zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum oder mehreren medizinischen Versorgungszentren gilt § 62 entsprechend.

§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen

¹Kommt es bei einem in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors nach § 51, so ist zuvor die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. ²Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

¹Beantragt ein Arzt nach Maßgabe des § 103 Absatz 4a Satz 2 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. ²Beträgt der Faktor 0,5, kann eine hälftige Zulassung erteilt werden. ³Dies gilt nicht für Ärzte oder Psychotherapeuten, die aufgrund einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig waren.

§ 57 Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V

(1) Die Bestimmungen dieses Abschnitts gelten für Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V entsprechend.

(2) Eine Anstellung wegen Nachbesetzung in einer Einrichtung nach § 311 Absatz 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2003 erfolgt ist, gilt nicht als Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V.

12. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten

§ 58 Anstellungsvoraussetzungen

(1) Der Vertragsarzt kann in seiner Praxis mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Absatz 9 SGB V anstellen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Antrag des Vertragsarztes an den Zulassungsausschuss nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 32 b Ärzte-ZV;
2. Im Falle des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen Fachidentität des anstellenden Vertragsarztes und des anzustellenden Arztes gemäß § 41 sowie eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes gemäß Absatz 5;
3. Vorlage des schriftlichen Arbeitsvertrages unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes.

(2) ¹Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. ²Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach § 11 bis 14. ³Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. ⁴Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 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

(3) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

(4) ¹Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des Vertragsarztes im Sinne des § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV in einem anderen Planungsbereich tätig, sind die Arbeitszeiten an diesem Ort nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 anteilig im Hinblick auf die Tätigkeit in der Betriebsstätte zu berücksichtigen. ²Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des nach § 24 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV ermächtigten Arztes ausschließlich tätig, sind die Arbeitszeiten in dem Planungsbereich, in dem die Zweigpraxis liegt, nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 zu berücksichtigen. ³Beantragt eine Berufsausübungsgemeinschaft eine Genehmigung zur Tätigkeit eines angestellten Arztes an mehreren Vertragsarztsitzen, gilt Satz 1 entsprechend.

(5) ¹Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, ist Voraussetzung für die Beschäftigung eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes, durch die er eine Leistungsbeschränkung, welche der Zulassungsausschuss bei der Genehmigung im Verfahren nach § 60 festzusetzen hat, anerkennt. ²Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 finden in diesem Fall keine Anwendung. ³In Regionen, in denen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nach § 35 festgestellt wurde, kann der Zulassungsausschuss befristet Ausnahmen von der Leistungsbeschränkung nach Satz 1 auf Antrag beschließen, soweit und solange dies zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

(6) Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Absatz 9 SGB V angestellten Arzt, so gilt § 55 entsprechend.

(7) Die Regelungen in den Absätzen 1 bis 6 gelten für die Anstellung von Psychotherapeuten bei Vertragsärzten entsprechend.

§ 59 Fachidentität bei Anstellung

¹Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V liegt vor, wenn der anzustellende Arzt mit dem anstellenden Arzt in der Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, in der Schwerpunktkompetenz übereinstimmt; die Regelungen nach § 41 gelten entsprechend. ²Dabei genügt eine übereinstimmende Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen führt. ³Soll ein angestellter Arzt durch Vertragsärzte beschäftigt werden, die sich gemäß § 33 Ärzte-ZV zur gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossen haben, genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines der Vertragsärzte. ⁴Auf das Führen einer Schwerpunktbezeichnung hat der anzustellende Arzt für die Dauer der Anstellung zu verzichten, es sei denn, dass die Schwerpunktbezeichnungen übereinstimmen.

§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

(1) ¹Der Zulassungsausschuss legt die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. ²Für die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens gelten die Regelungen nach den §§ 42 bis 45 entsprechend mit der Maßgabe, dass der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des (der) angestellten Arztes (Ärzte) zu bestimmen ist.

(2) ¹Eine vom Zulassungsausschuss festgestellte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Arzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Arztes erneut einen Arzt anstellt. ²Ist für den Vertragsarzt aufgrund von § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V nach Aufnahme eines weiteren Vertragsarztes im Rahmen einer ausnahmsweisen Gemeinschaftsbildung bereits eine Leistungsbeschränkung durch den Zulassungsausschuss festgelegt worden, so darf diese im Falle der Anstellung von Ärzten – auch hinsichtlich entsprechender Anteile bei Anstellung eines Arztes – nicht erweitert werden.

§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten

Die Bestimmungen der §§ 58 bis 59 gelten entsprechend für Anträge von zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Anstellung von Psychotherapeuten, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Absatz 9 SGB V mit folgender Maßgabe:

1. In Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist auch eine gegenseitige Anstellung zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässig. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt folgende Regelung: Ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 58 ist sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig, bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jedoch nur mit der Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kinder- und Jugendlichen.

2. Fachidentität im Sinne der §§ 58 und 59 ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Nummer 1 bleibt unberührt.

§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung

In zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt oder der Anstellung bei unterschiedlichen Arbeitgebern ist die Tätigkeit entsprechend der Anrechnungsfaktoren gemäß § 21 Absatz 2 und 3 vom Zulassungsausschuss zu erfassen oder diesem anhand der vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten mitzuteilen, damit eine entsprechende Erfassung in der Bedarfsplanung erfolgen kann.

13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Unterabschnitt 1: Inkrafttreten

§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist

(1) ¹Diese Richtlinie (Richtlinie 2012) tritt am 1. Januar 2013 mit den folgenden Maßgaben in Kraft. ²Zugleich tritt die Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 15. Februar 2007 (Richtlinie 2007) außer Kraft.

(2) Der Landesausschuss trifft erstmals mit Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinie und bis spätestens zum 30. Juni 2013 gleichzeitig Beschlüsse nach § 103 Absatz 1 Satz 1 sowie Satz 2 SGB V auf Basis des nach der Richtlinie 2012 beschlossenen Bedarfsplans, der dem Landesausschuss gemäß § 4 rechtzeitig zur Verfügung gestellt wurde.

(3) ¹Besteht keine Überversorgung, ist die Feststellung, dass keine Überversorgung besteht, mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis Überversorgung eingetreten ist. ²Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag in Betracht. ³§ 26 Absatz 2 bis 5 ist entsprechend anzuwenden.

(4) ¹Für die Arztgruppen nach § 14 und § 13 Absatz 1 Nummer 3 sollen die Beschlüsse nach Absatz 2 und 3 spätestens bis zum 15. Februar 2013 getroffen werden. ²Über nach dem 6. September 2012 gestellte Zulassungsanträge dieser Arztgruppen kann erst entschieden werden, wenn der Landesausschuss die Entscheidungen nach Absatz 2 und 3 getroffen hat. ³Anträge nach Satz 2 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese noch nicht bei der Antragsstellung angeordnet waren.

(5) ¹Für entsprechend der Ärzte-ZV ordnungsgemäß und vollständig gestellte Zulassungsanträge der Arztgruppen nach §§ 11, 12 und 13 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4, die vor den Beschlüssen des Landesausschusses nach den Absätzen 2 und 3 gestellt worden sind, gilt die Richtlinie 2007 weiter. ²Dies gilt insbesondere auch für den Zeitraum einer Beanstandung nach § 90 Absatz 6 SGB V.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für Anträge auf die Genehmigung von Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten.

(7) ¹Werden Planungsbereiche abweichend von den Grundmustern der §§ 11 bis 13 von den zuständigen Gremien bestimmt, sollen sie mit Wirkung zum 1. Juli 2013 so rechtzeitig bekannt gegeben werden, dass Zulassungsbewerber entsprechende Vorbereitungen für eine Zulassung treffen können. ²Gibt es mehrere Zulassungsbewerber, findet das Verfahren nach § 26 Anwendung.

§ 64 [unbesetzt]

Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen

§ 65 Planungsbereiche

¹Abweichend von § 11 Absatz 4 Satz 1 gelten ab dem 1. Januar 2018 in den Planungsbereichen, die vollständig im Verbandsgebiet des RVR liegen für einen Übergangszeitraum von zehn Jahren in der hausärztlichen Versorgung die folgenden Allgemeinen Verhältniszahlen:

Jahre	Verhältniszahl
2018 und 2019	2.000 Einwohner je Hausarzt
2020 und 2021	1.900 Einwohner je Hausarzt
2022 und 2023	1.850 Einwohner je Hausarzt
2024 und 2025	1.800 Einwohner je Hausarzt
2026 und 2027	1.750 Einwohner je Hausarzt

²Die Regelungen nach § 2 bleiben davon unberührt.

§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad

(1) ¹Bewirken die Berechnungen der Verhältniszahlen für die vorgenannten Versorgungsebenen und den jeweiligen planungsbereichsbezogenen Versorgungsgrad im Planungsbereich und für die maßgebliche Arztgruppe eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, kann der Zuwachs über einen Zeitraum von 3 Jahren durch eine schrittweise Anpassung der Verhältniszahlen ab der Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 angeglichen werden. ²Die Angleichung erfolgt auf Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 2 mit Ausnahme der Arztgruppen der Hausärzte, der Kinderärzte und der Psychotherapeuten und ist im Bedarfsplan auszuweisen. ³Die angepassten Verhältniszahlen sind durch den Bedarfsplan auszuweisen.

(2) Die Regelung des Absatzes 1 schließt weitere zulässige und begründete Anpassungen nach § 2 nicht aus.

(3) ¹Die angepassten Verhältniszahlen gelten als Verhältniszahlen für Entscheidungen des Landesausschusses über Unter- und Überversorgung sowie hinsichtlich der notwendigen Feststellungen zum Sonderbedarf. ²Bei der Berechnung der anzupassenden Verhältniszahlen werden die sich aus der Anwendung des Demografiefaktors nach § 9 ergebenden Veränderungen nicht berücksichtigt. ³Notwendige Berechnungen aufgrund des § 9 und entsprechende Veränderungen der Verhältniszahlen bleiben unberührt.

§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen

Auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen kann der Landesausschuss für die Arztgruppen der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Versorgung für das Gebiet eines Zulassungsbezirkes oder des KV-Bezirks ab erstmaliger Anwendung dieser Richtlinie gemäß § 63 Absatz 3 innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren folgende Regelung umsetzen:

Nach Feststellung der Verhältniszahlen unter Anwendung des Demografiefaktors werden in der jeweiligen Arztgruppe die Versorgungsgrade aller Planungsbereiche im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verglichen. Planungsbereiche, in denen der Versorgungsgrad relativ am niedrigsten ist, ohne dass Unterversorgung vorliegt, sind auszuweisen. Verbleiben danach mindestens ein Fünftel aller Planungsbereiche in der Versorgungsgradstufe unter 100 v.H. für die Arztgruppe, mindestens jedoch zwei Planungsbereiche, können einzelne oder die übrigen Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 v.H. und 110 v.H. für Neuzulassungen oder Genehmigungen von Anstellungen gesperrt werden. Diese Planungsbereiche gelten i.S.v. § 104 SGB V als überversorgt. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 70 v.H. aller Planungsbereiche im Zulassungsbezirk oder KV-Bezirk entsprechend der Entscheidung nach Satz 1 gesperrt werden. Die Feststellung der Überversorgungen endet spätestens mit dem Auslaufen der Übergangszeit.

Anlagen

Anlage 1 Arztzahlen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen)									Tabelle 1.0 KV-Region insgesamt	
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten ¹⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ärzte										
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Humangenetiker									
10	Internisten ⁴⁾									
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten									
12	Fachärztlich tätige Internisten									
13	Kinderärzte									
14	Kinder- und Jugendpsychiater									
15	Laborärzte									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen									
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater									
18	Neurochirurgen									
19	Nuklearmediziner									
20	Orthopäden									
21	Pathologen									
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner									
23	Ärztliche Psychotherapeuten									
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
25	Radiologen									
26	Strahlentherapeuten									
27	Transfusionsmediziner									
28	Urologen									
29	Übrige Arztgruppen ⁵⁾									
30	Summe Arztgruppen									
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁶⁾									
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten										
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten									
33	Psychologische Psychotherapeuten									
34	Summe Psychotherapeutengruppe ohne ärztliche Psychotherapeuten									
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen									

- 1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie. 4) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 5) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 6) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)											Tabelle 1.0.B KV-Region insgesamt	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte bzw. Psychotherapeuten			Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ¹⁾		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis		Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	
		Insgesamt Spalten 4+6+8+10	Veränderung zum Vorjahr	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Hausärzte ²⁾											
2	Augenärzte											
3	Chirurgen											
4	Frauenärzte											
5	HNO-Ärzte											
6	Hautärzte											
7	Kinderärzte											
8	Nervenärzte											
9	Orthopäden											
10	Psychotherapeuten											
11	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ³⁾											
12	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ³⁾											
13	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ³⁾											
14	Psychologische Psychotherapeuten ³⁾											
15	Urologen											
16	Anästhesisten											
17	Fachinternisten											
18	Kinder- und Jugendpsychiater											
19	Radiologen											
20	Humangenetiker											
21	Laborärzte											
22	Neurochirurgen											
23	Nuklearmediziner											
24	Pathologen											
25	Physikalische und Rehabilitative Mediziner											
26	Strahlentherapeuten											
27	Transfusionsmediziner											
28	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen											

1) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

2) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

3) Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende <u>weibliche</u> Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen)									Tabelle 1.0.W KV-Region insgesamt Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten ¹⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
		0								
Ärzte										
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte/Ärzte									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Humangenetiker									
10	Internisten ⁴⁾									
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten									
12	Fachärztlich tätige Internisten									
13	Kinderärzte									
14	Kinder- und Jugendpsychiater									
15	Laborärzte									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen									
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater									
18	Neurochirurgen									
19	Nuklearmediziner									
20	Orthopäden									
21	Pathologen									
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner									
23	Ärztliche Psychotherapeuten									
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
25	Radiologen									
26	Strahlentherapeuten									
27	Transfusionsmediziner									
28	Urologen									
29	Übrige Arztgruppen ⁵⁾									
30	Summe Arztgruppen									
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁶⁾									
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten										
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten									
33	Psychologische Psychotherapeuten									
34	Summe Psychotherapeutengruppe ohne ärztliche Psychotherapeuten									
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen									

- 1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V. 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 4) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 5) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 6) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende <u>männliche</u> Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen)										Tabelle 1.0.M KV-Region insgesamt Stand:
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten ¹⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ärzte										
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Humangenetiker									
10	Internisten ⁴⁾									
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten									
12	davon: Fachärztlich tätige Internisten									
13	Kinderärzte									
14	Kinder- und Jugendpsychiater									
15	Laborärzte									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen									
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater									
18	Neurochirurgen									
19	Nuklearmediziner									
20	Orthopäden									
21	Pathologen									
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner									
23	Ärztliche Psychotherapeuten									
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
25	Radiologen									
26	Strahlentherapeuten									
27	Transfusionsmediziner									
28	Urologen									
29	Übrige Arztgruppen ⁵⁾									
30	Summe Arztgruppen									
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁵⁾									
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten										
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten									
33	Psychologische Psychotherapeuten									
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten									
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen									

- 1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V. 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 Sozialgesetzbuch V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 4) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 5) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 6) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Personen) ¹⁾									Tabelle 1.1 KV-Region insgesamt Blatt 1	
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ²⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ⁴⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie									
2	davon: Gefäßchirurgie									
3	Kinderchirurgie									
4	Plastische Chirurgie									
5	Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
6	Unfallchirurgie									
7	Viszeralchirurgie									
8	Frauenheilkunde									
9	davon: Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
10	Gynäkologische Onkologie									
11	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
12	HNO-Heilkunde									
13	davon: Audiologie/Phoniatrie/Phoniatie und Pädaudiologie									
14	Innere Medizin^{5) 6)}									
15	davon: Angiologie									
16	Diabetologie/Endokrinologie									
17	Gastroenterologie									
18	Geriatrie									
19	Hämatologie/internistische Onkologie									
20	Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
21	Kardiologie									
22	Nephrologie									
23	Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
24	Rheumatologie									

- 1) Bei Ärzten, die über mehr als eine Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.
2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
4) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 59 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
5) Zu den Ärzten mit internistischem Schwerpunkt werden auch Ärzte mit einer Facharztbezeichnung „FA Innere Medizin und SP...“ (z. B. „FA Innere Medizin und SP Angiologie“) hinzugezählt.
6) Zu den Ärzten mit internistischem Schwerpunkt werden auch hausärztlich tätige Internisten mit einer Schwerpunkt-Weiterbildung hinzugezählt.

Diese Seite ist geschützt

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Personen) ¹⁾									Tabelle 1.1 KV-Region insgesamt Blatt 2	
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ²⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ⁴⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinderheilkunde									
2	davon: Infektiologie									
3	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	Kindergastroenterologie									
5	Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	Kinderkardiologie									
7	Kindernephrologie									
8	Kinderneuropsychiatrie									
9	Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	Kinderrheumatologie									
11	Neonatologie									
12	Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: Mikrobiologie									
15	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
16	davon: Forensische Psychiatrie									
17	Kinderneuropsychiatrie									
18	Orthopädie									
19	davon: Rheumatologie									
20	Pathologie									
21	davon: Neuropathologie									
22	Radiologie									
23	davon: Kinderradiologie									
24	Neuroradiologie									
25	Strahlentherapie									

1) Bei Ärzten, die über mehr als eine Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.
2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
4) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 68 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Diese Richtlinie

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht) ¹⁾											Tabelle 1.1.B KV-Region insgesamt Blatt 1	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte			Vertragsärzte		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ²⁾		Angestellte Ärzte in freier Praxis		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Spalten 4+6+8+10	Veränderung zum Vorjahr	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Chirurgie											
2	davon: Gefäßchirurgie											
3	Kinderchirurgie											
4	Plastische Chirurgie											
5	Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie											
6	Unfallchirurgie											
7	Viszeralchirurgie											
8	Frauenheilkunde											
9	davon: Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin											
10	Gynäkologische Onkologie											
11	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin											
12	HNO-Heilkunde											
13	davon: Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie											
14	Innere Medizin³⁾											
15	davon: Angiologie											
16	Diabetologie/Endokrinologie											
17	Gastroenterologie											
18	Geriatrie											
19	Hämatologie/internistische Onkologie											
20	Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin											
21	Kardiologie											
22	Nephrologie											
23	Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde											
24	Rheumatologie											

1) Bei Ärzten, die über mehr als eine Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Zu den Ärzten mit internistischem Schwerpunkt werden auch Ärzte mit einer Facharztbezeichnung „FA Innere Medizin und SP...“ (z. B. „FA Innere Medizin und SP Angiologie“) hinzugezählt.

Diese Richtlinie

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht) ¹⁾											Tabelle 1.1.B KV-Region insgesamt Blatt 2	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte			Vertragsärzte		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ²⁾		Angestellte Ärzte in freier Praxis		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Spalten 4+6+8+10	Veränderung zum Vorjahr	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Kinderheilkunde											
2	davon: Infektiologie											
3	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie											
4	Kindergastroenterologie											
5	Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie											
6	Kinderkardiologie											
7	Kindernephrologie											
8	Kindemeuropsychiatrie											
9	Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde											
10	Kinderrheumatologie											
11	Neonatologie											
12	Neuropädiatrie											
13	Laboratoriumsmedizin											
14	davon: Mikrobiologie											
15	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie											
16	davon: Forensische Psychiatrie											
17	Kindemeuropsychiatrie											
18	Orthopädie											
19	davon: Rheumatologie											
20	Pathologie											
21	davon: Neuropathologie											
22	Radiologie											
23	davon: Kinderradiologie											
24	Neuroradiologie											
25	Strahlentherapie											

1) Bei Ärzten, die über mehr als eine Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

Diese Richtlinie

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende weibliche Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Personen) ¹⁾									Tabelle 1.1.W KV-Region insgesamt Blatt 1	
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ²⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ⁴⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie									
2	davon: Gefäßchirurgie									
3	Kinderchirurgie									
4	Plastische Chirurgie									
5	Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
6	Unfallchirurgie									
7	Viszeralchirurgie									
8	Frauenheilkunde									
9	davon: Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
10	Gynäkologische Onkologie									
11	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
12	HNO-Heilkunde									
13	davon: Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
14	Innere Medizin^{5) 6)}									
15	davon: Angiologie									
16	Diabetologie/Endokrinologie									
17	Gastroenterologie									
18	Geriatrie									
19	Hämatologie/Internistische Onkologie									
20	Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
21	Kardiologie									
22	Nephrologie									
23	Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
24	Rheumatologie									

1) Bei Ärzten, die über mehr als eine Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.
2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
4) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
5) Zu den Ärzten mit internistischem Schwerpunkt werden auch Ärzte mit einer Facharztbezeichnung „FA Innere Medizin und SP...“ (z. B. „FA Innere Medizin und SP Angiologie“) hinzugezählt.
6) Zu den Ärzten mit internistischem Schwerpunkt werden auch hausärztlich tätige Internisten mit einer Schwerpunkt-Weiterbildung hinzugezählt.

Diese Person

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende weibliche Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Personen) ¹⁾									Tabelle 1.1.W KV-Region insgesamt Blatt 2	
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ²⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ⁴⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinderheilkunde									
2	davon: Infektiologie									
3	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	Kindergastroenterologie									
5	Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	Kinderkardiologie									
7	Kindemephrologie									
8	Kindeneuropsychiatrie									
9	Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	Kinderrheumatologie									
11	Neonatologie									
12	Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: Mikrobiologie									
15	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
16	davon: Forensische Psychiatrie									
17	Kindeneuropsychiatrie									
18	Orthopädie									
19	davon: Rheumatologie									
20	Pathologie									
21	davon: Neuropathologie									
22	Radiologie									
23	davon: Kinderradiologie									
24	Neuroradiologie									
25	Strahlentherapie									

1) Bei Ärzten, die über mehr als eine Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.
2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
4) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 59 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Diese Richtlinie

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende <u>männliche</u> Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Personen) ¹⁾									Tabelle 1.1.M KV-Region insgesamt Blatt 1	
									Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ²⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ⁴⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie									
2	davon: Gefäßchirurgie									
3	Kinderchirurgie									
4	Plastische Chirurgie									
5	Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
6	Unfallchirurgie									
7	Viszeralchirurgie									
8	Frauenheilkunde									
9	davon: Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
10	Gynäkologische Onkologie									
11	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
12	HNO-Heilkunde									
13	davon: Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
14	Innere Medizin^{5) 6)}									
15	davon: Angiologie									
16	Diabetologie/Endokrinologie									
17	Gastroenterologie									
18	Geriatrie									
19	Hämatologie/Internistische Onkologie									
20	Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
21	Kardiologie									
22	Nephrologie									
23	Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
24	Rheumatologie									

1) Bei Ärzten, die über mehr als eine Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.

2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

3) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

4) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

5) Zu den Ärzten mit internistischem Schwerpunkt werden auch Ärzte mit einer Facharztbezeichnung „FA Innere Medizin und SP...“ (z. B. „FA Innere Medizin und SP Angiologie“) hinzugezählt.

6) Zu den Ärzten mit internistischem Schwerpunkt werden auch hausärztlich tätige Internisten mit einer Schwerpunkt-Weiterbildung hinzugezählt.

Diese Richtlinie

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende <u>männliche</u> Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Personen) ¹⁾									Tabelle 1.1.M KV-Region insgesamt Blatt 2	
									Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ²⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ⁴⁾		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinderheilkunde									
2	davon: Infektiologie									
3	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	Kindergastroenterologie									
5	Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	Kinderkardiologie									
7	Kindemephrologie									
8	Kindeneuropsychiatrie									
9	Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	Kinderrheumatologie									
11	Neonatologie									
12	Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: Mikrobiologie									
15	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
16	davon: Forensische Psychiatrie									
17	Kindeneuropsychiatrie									
18	Orthopädie									
19	davon: Rheumatologie									
20	Pathologie									
21	davon: Neuropathologie									
22	Radiologie									
23	davon: Kinderradiologie									
24	Neuroradiologie									
25	Strahlentherapie									

1) Bei Ärzten, die über mehr als eine Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.
2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
4) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 59 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Diese Richtlinie

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ausländische Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)											Tabelle 2 KV-Region insgesamt	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	EU-Staaten								Übrige europäische Staaten	Stand:	
		Benelux-Staaten	Frankreich	Griechenland	Italien	Österreich	Polen	Übrige EU-Staaten	Summe EU-Staaten		Summe außer-europäischer Staaten	Summe ausländischer Ärzte
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ärzte												
1	Allgemeinärzte											
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen											
3	Anästhesisten											
4	Augenärzte											
5	Chirurgen											
6	Frauenärzte											
7	HNO-Ärzte											
8	Hautärzte											
9	Humangenetiker											
10	Internisten ¹⁾											
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten											
12	Fachärztlich tätige Internisten											
13	Kinderärzte											
14	Kinder- und Jugendpsychiater											
15	Laborärzte											
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen											
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater											
18	Neurochirurgen											
19	Nuklearmediziner											
20	Orthopäden											
21	Pathologen											
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner											
23	Ärztliche Psychotherapeuten											
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie											
25	Radiologen											
26	Strahlentherapeuten											
27	Transfusionsmediziner											
28	Urologen											
29	Übrige Arztgruppen ²⁾											
30	Summe Arztgruppen											
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾											
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten												
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten											
33	Psychologische Psychotherapeuten											
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten											
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen											

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)												Tabelle 3 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Orthopäden													
21	Pathologen													
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
23	Ärztliche Psychotherapeuten													
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
25	Radiologen													
26	Strahlentherapeuten													
27	Transfusionsmediziner													
28	Urologen													
29	Übrige Arztgruppen ²⁾													
30	Summe Arztgruppen													
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
33	Psychologische Psychotherapeuten													
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der in der Bedarfsplanung zählenden Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)												Tabelle 3.B KV-Region insgesamt		
												Stand:		
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Hausärzte ¹⁾													
2	Augenärzte													
3	Chirurgen													
4	Frauenärzte													
5	HNO-Ärzte													
6	Hautärzte													
7	Kinderärzte													
8	Nervenärzte													
9	Orthopäden													
10	Psychotherapeuten													
11	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ²⁾													
12	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ²⁾													
13	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ²⁾													
14	Psychologische Psychotherapeuten ²⁾													
15	Urologen													
16	Anästhesisten													
17	Fachinternisten													
18	Kinder- und Jugendpsychiater													
19	Radiologen													
20	Humangenetiker													
21	Laborärzte													
22	Neurochirurgen													
23	Nuklearmediziner													
24	Pathologen													
25	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
26	Strahlentherapeuten													
27	Transfusionsmediziner													
28	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

2) Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.

Dieses

Altersstruktur der Vertragsärzte und -psychotherapeuten (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.1 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Orthopäden													
21	Pathologen													
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
23	Ärztliche Psychotherapeuten													
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
25	Radiologen													
26	Strahlentherapeuten													
27	Transfusionsmediziner													
28	Urologen													
29	Übrige Arztgruppen ²⁾													
30	Summe Arztgruppen													
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
33	Psychologische Psychotherapeuten													
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der der Partner-Ärzte und -Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.2 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Orthopäden													
21	Pathologen													
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
23	Ärztliche Psychotherapeuten													
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
25	Radiologen													
26	Strahlentherapeuten													
27	Transfusionsmediziner													
28	Urologen													
29	Übrige Arztgruppen ²⁾													
30	Summe Arztgruppen													
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
33	Psychologische Psychotherapeuten													
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der Angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.3 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Orthopäden													
21	Pathologen													
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
23	Ärztliche Psychotherapeuten													
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
25	Radiologen													
26	Strahlentherapeuten													
27	Transfusionsmediziner													
28	Urologen													
29	Übrige Arztgruppen ²⁾													
30	Summe Arztgruppen													
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
33	Psychologische Psychotherapeuten													
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der Angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in freier Praxis (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.4 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Orthopäden													
21	Pathologen													
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
23	Ärztliche Psychotherapeuten													
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
25	Radiologen													
26	Strahlentherapeuten													
27	Transfusionsmediziner													
28	Urologen													
29	Übrige Arztgruppen ²⁾													
30	Summe Arztgruppen													
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
33	Psychologische Psychotherapeuten													
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Altersstruktur der Ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)												Tabelle 3.5 KV-Region insgesamt		
Stand:														
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	bis 34		35-39		40-49		50-59		60-65		über 65		
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte														
1	Allgemeinärzte													
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen													
3	Anästhesisten													
4	Augenärzte													
5	Chirurgen													
6	Frauenärzte													
7	HNO-Ärzte													
8	Hautärzte													
9	Humangenetiker													
10	Internisten ¹⁾													
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten													
12	Fachärztlich tätige Internisten													
13	Kinderärzte													
14	Kinder- und Jugendpsychiater													
15	Laborärzte													
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen													
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater													
18	Neurochirurgen													
19	Nuklearmediziner													
20	Orthopäden													
21	Pathologen													
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner													
23	Ärztliche Psychotherapeuten													
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie													
25	Radiologen													
26	Strahlentherapeuten													
27	Transfusionsmediziner													
28	Urologen													
29	Übrige Arztgruppen ²⁾													
30	Summe Arztgruppen													
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾													
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten														
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten													
33	Psychologische Psychotherapeuten													
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten													
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen													

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (Zählung nach Personen)										Tabelle 3a KV-Region insgesamt Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten ¹⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon: mit/ohne Leistungsbeschränkung ³⁾			
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung		
		Alter in Jahren	in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ärzte											
1	Allgemeinärzte										
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen										
3	Anästhesisten										
4	Augenärzte										
5	Chirurgen										
6	Frauenärzte										
7	HNO-Ärzte										
8	Hautärzte										
9	Humangenetiker										
10	Internisten ⁴⁾										
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten										
12	Fachärztlich tätige Internisten										
13	Kinderärzte										
14	Kinder- und Jugendpsychiater										
15	Laborärzte										
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen										
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater										
18	Neurochirurgen										
19	Nuklearmediziner										
20	Orthopäden										
21	Pathologen										
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner										
23	Ärztliche Psychotherapeuten										
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie										
25	Radiologen										
26	Strahlentherapeuten										
27	Transfusionsmediziner										
28	Urologen										
29	Übrige Arztgruppen ⁵⁾										
30	Summe Arztgruppen										
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁶⁾										
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten											
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten										
33	Psychologische Psychotherapeuten										
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten										

35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, 2) Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 SGB V 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie
4) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen. 5) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner. 6) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Personen)																		Tabelle 4 KV-Region insgesamt	
																		Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Kassenärztliche Vereinigung																	Summe Arzt- bzw. Psychotherapeutengruppen
		Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe	
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ärzte																			
1	Allgemeinärzte																		
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen																		
3	Anästhesisten																		
4	Augenärzte																		
5	Chirurgen																		
6	Frauenärzte																		
7	HNO-Ärzte																		
8	Hautärzte																		
9	Humangenetiker																		
10	Internisten ¹⁾																		
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten																		
12	Fachärztlich tätige Internisten																		
13	Kinderärzte																		
14	Kinder- und Jugendpsychiater																		
15	Laborärzte																		
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen																		
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater																		
18	Neurochirurgen																		
19	Nuklearmediziner																		
20	Orthopäden																		
21	Pathologen																		
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner																		
23	Ärztliche Psychotherapeuten																		
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie																		
25	Radiologen																		
26	Strahlentherapeuten																		
27	Transfusionsmediziner																		
28	Urologen																		
29	Übrige Arztgruppen ²⁾																		
30	Summe Arztgruppen																		
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾																		
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten																			
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten																		
33	Psychologische Psychotherapeuten																		
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten																		
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen																		

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

- 2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte und Psychotherapeuten nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)																			Tabelle 4.B KV-Region insgesamt	
																			Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Kassenärztliche Vereinigung																	Summe Arzt- bzw. Psychotherapeutengruppen	
		Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe		
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl		Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	Hausärzte ¹⁾																			
2	Augenärzte																			
3	Chirurgen																			
4	Frauenärzte																			
5	HNO-Ärzte																			
6	Hautärzte																			
7	Kinderärzte																			
8	Nervenärzte																			
9	Orthopäden																			
10	Psychotherapeuten																			
11	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ²⁾																			
12	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ²⁾																			
13	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ²⁾																			
14	Psychologische Psychotherapeuten ²⁾																			
15	Urologen																			
16	Anästhesisten																			
17	Fachinternisten																			
18	Kinder- und Jugendpsychiater																			
19	Radiologen																			
20	Humangenetiker																			
21	Laborärzte																			
22	Neurochirurgen																			
23	Nuklearmediziner																			
24	Pathologen																			
25	Physikalische und Rehabilitative Mediziner																			
26	Strahlentherapeuten																			
27	Transfusionsmediziner																			
28	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen																			

1) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

2) Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.

Diese Richtlinie

- 1) Einschließlich Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärzten innerhalb eines MVZ. 2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V. 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie. 4) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen. 5) Ist mehr als ein Vertragsarzt in einem MVZ tätig, dann sind diese über eine Berufsausübungsgemeinschaft verbunden. Diese werden in dieser Darstellung nicht unter Berufsausübungsgemeinschaften subsummiert. 6) Hier handelt es sich um keine kooperative Struktur. 7) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 8) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner. 9) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden). 10) Hier werden die Berufsausübungsgemeinschaften der Vertragsärzte in MVZ nicht mit berücksichtigt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte und Psychotherapeuten in kooperativen Strukturen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)							Tabelle 5.B KV-Region insgesamt	
							Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	in Berufsausübungsgemeinschaften ¹⁾		in Einrichtungen ²⁾		in Einzelpraxen		
		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten	Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten
						mit Angestellten	ohne Angestellten ⁴⁾	
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
0		1	2	3	4	5	6	7
1	Hausärzte ⁵⁾							
2	Augenärzte							
3	Chirurgen							
4	Frauenärzte							
5	HNO-Ärzte							
6	Hautärzte							
7	Kinderärzte							
8	Nervenärzte							
9	Orthopäden							
10	Psychotherapeuten							
11	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ⁶⁾							
12	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ⁶⁾							
13	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ⁶⁾							
14	Psychologische Psychotherapeuten ⁶⁾							
15	Urologen							
16	Anästhesisten							
17	Fachinternisten							
18	Kinder- und Jugendpsychiater							
19	Radiologen							
20	Humangenetiker							
21	Laborärzte							
22	Neurochirurgen							
23	Nuklearmediziner							
24	Pathologen							
25	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
26	Strahlentherapeuten							
27	Transfusionsmediziner							
28	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen							

1) Einschließlich Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärzten innerhalb eines MVZ.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Ist mehr als ein Vertragsarzt in einem MVZ tätig, dann sind diese über eine Berufsausübungsgemeinschaft verbunden. Diese werden in dieser Darstellung nicht unter Berufsausübungsgemeinschaften subsummiert.

4) Hier handelt es sich um keine kooperative Struktur.

5) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

6) Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.

Ärzte ¹⁾ mit belegärztlicher Anerkennung (Zählung nach Personen)							Tabelle 6 KV-Region insgesamt	
							Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Belegärzte			Belegbare Betten ²⁾			
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr	Anteil an allen Ärzten ¹⁾	bis 10 Betten	10 bis 20 Betten	über 20 Betten	
			in Prozent	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	
Ärzte								
1	Allgemeinärzte							
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen							
3	Anästhesisten							
4	Augenärzte							
5	Chirurgen							
6	Frauenärzte							
7	HNO-Ärzte							
8	Hautärzte							
9	Humangenetiker							
10	Internisten ³⁾							
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten							
12	Fachärztlich tätige Internisten							
13	Kinderärzte							
14	Kinder- und Jugendpsychiater							
15	Laborärzte							
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen							
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater							
18	Neurochirurgen							
19	Nuklearmediziner							
20	Orthopäden							
21	Pathologen							
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
23	Ärztliche Psychotherapeuten							
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie							
25	Radiologen							
26	Strahlentherapeuten							
27	Transfusionsmediziner							
28	Urologen							
29	Übrige Arztgruppen ⁴⁾							
30	Summe Arztgruppen							
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁵⁾							

- 1) Vertragsärzte und angestellte Ärzte in Einrichtungen.
2) Hinweis: Mehrere Ärzte können sich ein Belegbettenkontingent teilen. Deshalb können aus diesen Angaben keine Rückschlüsse auf die Gesamtanzahl der Belegbetten gezogen werden.
3) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
4) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
5) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Dieses Richtig

Zugänge und Abgänge von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten im Berichtsjahr (Zählung nach Personen)										Tabelle 7 KV-Region insgesamt Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Zugang ¹⁾								Abgang ¹⁾	
		Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ³⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis		Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten	
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung ⁴⁾			
Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ärzte											
1	Allgemeinärzte										
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen										
3	Anästhesisten										
4	Augenärzte										
5	Chirurgen										
6	Frauenärzte										
7	HNO-Ärzte										
8	Hautärzte										
9	Humangenetiker										
10	Internisten ⁵⁾										
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten										
12	Fachärztlich tätige Internisten										
13	Kinderärzte										
14	Kinder- und Jugendpsychiater										
15	Laborärzte										
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen										
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater										
18	Neurochirurgen										
19	Nuklearmediziner										
20	Orthopäden										
21	Pathologen										
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner										
23	Ärztliche Psychotherapeuten										
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie										
25	Radiologen										
26	Strahlentherapeuten										
27	Transfusionsmediziner										
28	Urologen										
29	Übrige Arztgruppen ⁶⁾										
30	Summe Arztgruppen										
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁷⁾										
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten											
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten										
33	Psychologische Psychotherapeuten										
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten										
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen										

- 1) Fachgebietswechsel zählen als Zu- bzw. Abgänge. Wechsel von einer Teilnahmeform in eine andere Teilnahmeform (z. B. von Anstellung in Zulassung) zählen nicht als Zu- bzw. Abgänge.
- 2) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V 3) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 4) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 5) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 6) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 7) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zugänge und Abgänge von in der Bedarfsplanung zählenden Ärzten und Psychotherapeuten im Berichtsjahr (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)								Tabelle 7.B KV-Region insgesamt
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Zugang ¹⁾						Abgang ¹⁾
		Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis	Ermächtigte Ärzte bzw. Psychotherapeuten	Summe Ärzte bzw. Psychotherapeuten
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr					
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7
1	Hausärzte ³⁾							
2	Augenärzte							
3	Chirurgen							
4	Frauenärzte							
5	HNO-Ärzte							
6	Hautärzte							
7	Kinderärzte							
8	Nervenärzte							
9	Orthopäden							
10	Psychotherapeuten							
11	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ⁴⁾							
12	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ⁴⁾							
13	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ⁴⁾							
14	Psychologische Psychotherapeuten ⁴⁾							
15	Urologen							
16	Anästhesisten							
17	Fachinternisten							
18	Kinder- und Jugendpsychiater							
19	Radiologen							
20	Humangenetiker							
21	Laborärzte							
22	Neurochirurgen							
23	Nuklearmediziner							
24	Pathologen							
25	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
26	Strahlentherapeuten							
27	Transfusionsmediziner							
28	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen							

1) Fachgebietswechsel zählen als Zu- bzw. Abgänge. Wechsel von einer Teilnahmeform in eine andere Teilnahmeform (z. B. von Anstellung in Zulassung) zählen nicht als Zu- bzw. Abgänge. Ausweitungen bzw. Reduzierungen des Teilnahmeumfangs zählen als Zu- bzw. Abgänge.

2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.

3) Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Kinderärzte).

4) Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, werden hier nicht als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezählt.

Vertragsärzte und -psychotherapeuten, Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten nach dem Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zählung nach Personen)												Tabelle 8 KV-Region insgesamt Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten				Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ¹⁾ und freier Praxis ²⁾							
		Umfang des Versorgungsauftrags				Umfang der Anstellung pro Woche							
		häufig		voll		bis 10 h		über 10 bis 20 h		über 20 bis 30 h		über 30 h	
		Insgesamt Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Insgesamt Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Insgesamt Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Insgesamt Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Insgesamt Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Insgesamt Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärzte													
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte/Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Humangenetiker												
10	Internisten ³⁾												
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten												
12	Fachärztlich tätige Internisten												
13	Kinderärzte												
14	Kinder- und Jugendpsychiater												
15	Laborärzte												
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen												
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater												
18	Neurochirurgen												
19	Nuklearmediziner												
20	Orthopäden												
21	Pathologen												
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
23	Ärztliche Psychotherapeuten												
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
25	Radiologen												
26	Strahlentherapeuten												
27	Transfusionsmediziner												
28	Urologen												
29	Übrige Arztgruppen ⁴⁾												
30	Summe Arztgruppen												
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁵⁾												
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten													
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
33	Psychologische Psychotherapeuten												
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten												
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen												

- 1) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
- 2) Nur Ärzte ohne Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 23i Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
- 3) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.
- 4) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
- 5) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

In Einrichtungen angestellte Ärzte und Psychotherapeuten nach der Art der Einrichtung (Zählung nach Personen)										Tabelle 9 KV-Region insgesamt Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	In Einrichtungen insgesamt			In Medizinischen Versorgungszentren		In Einrichtungen nach § 311 SGB V		In KV-Eigeneinrichtungen	In kommunalen Eigeneinrichtungen	
		Insgesamt Spalten 4+6+8	Veränderung. zum Vorjahr	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Insgesamt	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0											
Ärzte											
1	Allgemeinärzte										
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen										
3	Anästhesisten										
4	Augenärzte										
5	Chirurgen										
6	Frauenärzte										
7	HNO-Ärzte										
8	Hautärzte										
9	Humangenetiker										
10	Internisten ¹⁾										
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten										
12	Fachärztlich tätige Internisten										
13	Kinderärzte										
14	Kinder- und Jugendpsychiater										
15	Laborärzte										
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen										
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater										
18	Neurochirurgen										
19	Nuklearmediziner										
20	Orthopäden										
21	Pathologen										
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner										
23	Ärztliche Psychotherapeuten										
24	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie										
25	Radiologen										
26	Strahlentherapeuten										
27	Transfusionsmediziner										
28	Urologen										
29	Übrige Arztgruppen ²⁾										
30	Summe Arztgruppen										
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾										
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten											
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten										
33	Psychologische Psychotherapeuten										
34	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten										
35	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen										

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen. 2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner. 3) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

Anlage 2 Bedarfsplan und Planungsblätter

Anlage 2.1 Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie

Der Bedarfsplan nach § 4 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie sollte folgende Gliederung aufweisen:

1 Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ä-ZV)¹	Grundsätze der Bedarfsplanung	alle 3 bis 5 Jahre
1.1 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ²		
1.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung		
1.3 Demografie und Soziodemografische Faktoren		
1.4 Geografische Besonderheiten		
1.5 Ziele der Bedarfsplanung		
2 Bedarfsplanung	Stand der Bedarfsplanung	In der Regel alle 6 Monate
Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung		
<i>systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie, z.B. Planungsgruppen, Planungsbereiche, Verhältniszahlen, Weitere Anpassungsfaktoren, Regionale Regelungen zum Sonderbedarf, Drohende Unterversorgung</i>		
3 Planungsblätter	Stand der Bedarfsplanung	In der Regel alle 6 Monate
Entsprechend Anlage 2.2		

¹ Bei den Analysen in diesem Teil des Bedarfsplans ist auch auf die Frage der Barrierefreiheit einzugehen. Maßstab dafür können insbesondere die Vorgaben der DIN 18040-1 sein.

² Dabei sind auch die Ergebnisse der Umsetzung der §§ 103 Absatz 3a und 105 Absatz 3 SGB V arztgruppen- und planungsbereichsbezogen zu berücksichtigen.

Anlage 2.2 Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung

KV-Region			Arztgruppe															
Einwohner - Stand			Kriterien für die Zuordnung zu dieser Arztgruppe ¹ (z.B. BPL-RL, WBO, Abrechnung etc.)															
Ärzte (Spalte 9) – Stand			Stand der Beschlussfassung															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11a	12	13	14	15	16	17	18
Name des Planungsbereichs	Gemeindenziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	Einwohner im Planungsbereich	Verhältniszahl im Planungsbereich	angepasste Verhältniszahl ²	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen gemäß § 22 Absatz 1 und 2 BPL-RL im Planungsbereich, die in der Bedarfsplanung zählen	Gesamtzahl Ärzte (Spalten 6 + 7 + 8)	Darunter: Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften	Versorgungsgrad ³ mit ermächtigten Ärzten und Einrichtungen	Versorgungsgrad ³ ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	Versorgungsgrad im Vorjahr ⁴	Planungsbereich gesperrt ¹	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung ³	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	Unterversorgung ¹	drohende Unterversorgung ¹	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt ⁵
Planungsbereich 1																		
Planungsbereich 2																		
...																		

¹ Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

² Hier wird die kumulierte Wirkung aller bundeseinheitlichen sowie der regionalen Anpassungsfaktoren (z.B. Demografiefaktor gem. § 9 etc.) zusammengefasst und in ihrer Auswirkung auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende angepasste Verhältniszahl wird hier abgebildet.

- ³ Hier wird mathematisch auf eine Stelle nach dem Komma gerundet.
- ⁴ Wird jährlich zum 1. Januar, gemäß den letzten verfügbaren Beschlüssen der Zulassungsausschüsse aktualisiert.
- ⁵ Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten 4 verfügbaren Quartale aktualisiert.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 2.3 Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss

Allgemeine fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet	...			
Datum	...			
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungsbereich 1				
Planungsbereich 2				
...				

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet	...			
Datum	...			
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungsbereich 1				
Planungsbereich 2				
...				

- ¹ Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 2.4 Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten-Versorgungsgrades

KV-Region		Stand der Beschlussfassung									
Einwohner - Stand											
Ärzte – Stand											
Planungsbereich	Kreistyp (ggf. angepasster Kreistyp)	Angepasste Verhältniszahl für Psychotherapeuten (Einwohner je Psychotherapeut)	Einwohner im Planungsbereich	Grenze zur Überversorgung rechnerisches Soll + 10 %	Tatsächlich im Planungsbereich					Planungsbereich gesperrt – noch mögliche Zulassung	
					Ärztliche Psychotherapeuten		Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten		Versorgungsgrad	Ärztliche Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten
					ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten			
					Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	in Prozent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Planungsbereich 1											
Planungsbereich 2											
Planungsbereich 3											
Planungsbereich 4											
Planungsbereich 5											
Planungsbereich 6											
...											
Planungsbereich n											

Diese Richtlinie

kraft.

Anlage 3 Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 10 bis 15

Anlage 3.1 Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3

Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen in der Abgrenzung des BBSR vom 31. Dezember 2014

Eine Abgrenzung der Mittelbereiche seitens des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung mit der Referenz Gemeinden zu Mittelbereichen findet man unter www.g-ba.de

KV übergreifende Mittelbereiche, die gemäß der Richtlinie getrennt werden müssen, sind:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
10108	Geesthacht	40001	Bremen
20001	Hamburg	40002	Bremerhaven

Mittelbereiche, die aufgrund der Trennung an der KV-Grenze neu entstehen:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
2100000	Geesthacht_SH	2400000	Bremen_HB
2200000	Hamburg_HH	2400001	Bremerhaven_HB
2300000	Geesthacht_NS	2300001	Hamburg_NS
2300002	Bremen_NS	2300003	Bremerhaven_NS

Mittelbereiche in weiterer Abweichung zur BBSR-Abgrenzung:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
2300004	Lüneburg Neuhaus exkl. Amt	3300000	Hagenow inkl. Amt Neuhaus

Anlage 3.2 Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3

Zuordnung der Planungsbereiche im Sinne des § 12 Absatz 3 zu den Kreistypen, Gebietsstand 31. Dezember 2009

Kreis- typ	Planungsbereich	Kreis- typ	Planungsbereich
2	Aachen ¹	4	Brandenburg an der Havel, Stadt/Potsdam-Mittelmark
1	Aachen, Stadt ¹	1	Braunschweig, Stadt
3	Ahrweiler	3	Breisgau-Hochschwarzwald
3	Aichach-Friedberg	1	Bremen, Stadt
3	Alb-Donau-Kreis	1	Bremerhaven, Stadt
5	Altenburger Land	4	Burgenlandkreis
5	Altenkirchen (Westerwald)	3	Calw
5	Altmarkkreis Salzwedel	4	Celle
5	Altötting	5	Cham
5	Amberg, Stadt/Amberg-Sulzbach	1	Chemnitz, Stadt
3	Ammerland	5	Cloppenburg
5	Ansbach, Stadt/Ansbach	5	Coburg, Stadt/Coburg
2	Aschaffenburg, Stadt/Aschaffenburg	4	Cochem-Zell
3	Augsburg	3	Coesfeld
1	Augsburg, Stadt	1	Cottbus, Stadt
3	Bad Doberan	4	Cuxhaven
5	Bad Kissingen	3	Dachau
5	Bad Kreuznach	4	Dahme-Spreewald
4	Bad Tölz-Wolfratshausen	1	Darmstadt, Stadt
4	Baden-Baden, Stadt/Rastatt	3	Darmstadt-Dieburg
5	Bamberg, Stadt/Bamberg	5	Deggendorf
4	Barnim	4	Delmenhorst, Stadt/Diepholz
5	Bautzen	5	Demmin
5	Bayreuth, Stadt/Bayreuth	5	Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld
5	Berchtesgadener Land	5	Dillingen a.d.Donau
3	Bergstraße	5	Dingolfing-Landau
1	Berlin, Bundeshauptstadt	5	Dithmarschen
5	Bernkastel-Wittlich	5	Donau-Ries
5	Biberach	5	Donnersbergkreis
1	Bielefeld, Stadt	6	Dortmund, Stadt
5	Birkenfeld	1	Dresden, Stadt
3	Böblingen	6	Duisburg, Stadt
6	Bochum, Stadt	3	Düren
5	Bodenseekreis	1	Düsseldorf, Stadt
1	Bonn, Stadt	3	Ebersberg
4	Börde	4	Eichsfeld
4	Borken	3	Eichstätt
6	Bottrop, Stadt		

Kreis- typ	Planungsbereich	Kreis- typ	Planungsbereich
5	Eifelkreis Bitburg-Prüm	5	Greifswald,
5	Eisenach, Stadt/Wartburgkreis		Hansestadt/Ostvorpommern
5	Elbe-Elster	5	Greiz
5	Emden, Stadt/Aurich	2	Groß-Gerau
4	Emmendingen	5	Günzburg
5	Emsland	5	Güstrow
6	Ennepe-Ruhr-Kreis	4	Gütersloh
3	Enzkreis	6	Hagen, Stadt
3	Erding	1	Halle (Saale), Stadt
1	Erfurt, Stadt	1	Hamburg, Freie und Hansestadt
1	Erlangen, Stadt	5	Hamelnd-Pyrmont
3	Erlangen-Höchstädt	6	Hamm, Stadt
4	Erzgebirgskreis	3	Hannover ¹
6	Essen, Stadt	1	Hannover, Landeshauptstadt ¹
2	Esslingen	3	Harburg
4	Euskirchen	5	Harz
5	Flensburg, Stadt/Schleswig- Flensburg	5	Haßberge
3	Forchheim	4	Havelland
2	Frankenthal (Pfalz), Stadt/Speyer, Stadt/Rhein-Pfalz- Kreis	1	Heidelberg, Stadt
5	Frankfurt (Oder), Stadt/Oder- Spree	5	Heidenheim
1	Frankfurt am Main, Stadt	3	Heilbronn
1	Freiburg im Breisgau, Stadt	1	Heilbronn, Stadt
3	Freising	4	Heinsberg
5	Freudenstadt	3	Helmstedt
5	Freyung-Grafenau	2	Herford
5	Fulda	6	Herne, Stadt
2	Fürstentfeldbruck	5	Hersfeld-Rotenburg
3	Fürth	3	Herzogtum Lauenburg
2	Fürth, Stadt	5	Hildburghausen
5	Garmisch-Partenkirchen	4	Hildesheim
6	Gelsenkirchen, Stadt	5	Hochsauerlandkreis
1	Gera, Stadt	2	Hochtaunuskreis
3	Germersheim	5	Hof, Stadt/Hof
5	Gießen	5	Hohenlohekreis
3	Gifhorn	5	Holzminden
4	Göppingen	4	Höxter
5	Görlitz	4	Ilm-Kreis
4	Goslar	1	Ingolstadt, Stadt
5	Gotha	1	Jena, Stadt
2	Göttingen	3	Jerichower Land
5	Grafschaft Bentheim	5	Kaiserslautern, Stadt/Kaiserslautern
		3	Karlsruhe
		1	Karlsruhe, Stadt
		3	Kassel

Kreis- typ	Planungsbereich	Kreis- typ	Planungsbereich
1	Kassel, Stadt	5	Marburg-Biedenkopf
5	Kaufbeuren, Stadt/Ostallgäu	4	Märkischer Kreis
4	Kelheim	4	Märkisch-Oderland
5	Kempten (Allgäu), Stadt/Oberallgäu	4	Mayen-Koblenz
1	Kiel, Landeshauptstadt	4	Meißen
4	Kitzingen	5	Memmingen, Stadt/Unterallgäu
5	Kleve	4	Merzig-Wadern
1	Koblenz, Stadt	2	Mettmann
1	Köln, Stadt	4	Miesbach
5	Konstanz	4	Miltenberg
1	Krefeld, Stadt	4	Minden-Lübbecke
5	Kronach	4	Mittelsachsen
5	Kulmbach	1	Mönchengladbach, Stadt
5	Kusel	5	Mühldorf a. Inn
5	Kyffhäuserkreis	6	Mülheim an der Ruhr, Stadt
5	Lahn-Dill-Kreis	2	München
4	Landau in der Pfalz, Stadt/Südliche Weinstraße	1	München, Landeshauptstadt
4	Landsberg a. Lech	1	Münster, Stadt
5	Landshut, Stadt/Landshut	5	Müritz
5	Leer	5	Neckar-Odenwald-Kreis
4	Leipzig	5	Neubrandenburg, Stadt/Mecklenburg-Strelitz
1	Leipzig, Stadt	4	Neuburg-Schrobenhausen
2	Leverkusen, Stadt	4	Neumarkt i.d.OPf.
5	Lichtenfels	4	Neumünster, Stadt/Rendsburg- Eckernförde
4	Limburg-Weilburg	2	Neunkirchen
5	Lindau (Bodensee)	4	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim
4	Lippe	3	Neustadt an der Weinstraße, Stadt/Bad Dürkheim
5	Lörrach	2	Neu-Ulm
1	Lübeck, Hansestadt	3	Neuwied
5	Lüchow-Dannenberg	5	Nienburg (Weser)
2	Ludwigsburg	5	Nordfriesland
1	Ludwigshafen am Rhein, Stadt	5	Nordhausen
5	Ludwigslust	4	Nordsachsen
4	Lüneburg	4	Northeim
1	Magdeburg, Landeshauptstadt	1	Nürnberg, Stadt
4	Main-Kinzig-Kreis	4	Nürnberger Land
4	Main-Spessart	5	Oberbergischer Kreis
5	Main-Tauber-Kreis	6	Oberhausen, Stadt
2	Main-Taunus-Kreis	3	Oberhavel
1	Mainz, Stadt	5	Oberspreewald-Lausitz
3	Mainz-Bingen	4	Odenwaldkreis
1	Mannheim, Universitätsstadt		
5	Mansfeld-Südharz		

Kreis- typ	Planungsbereich	Kreis- typ	Planungsbereich
2	Offenbach	5	Rottal-Inn
2	Offenbach am Main, Stadt	5	Rottweil
3	Oldenburg	5	Rügen
1	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	4	Saale-Holzland-Kreis
5	Olpe	4	Saalekreis
5	Ortenaukreis	5	Saale-Orla-Kreis
4	Osnabrück	5	Saalfeld-Rudolstadt
1	Osnabrück, Stadt	2	Saarlouis
5	Ostalbkreis	4	Saarpfalz-Kreis
3	Osterholz	4	Sächsische Schweiz- Osterzgebirge
5	Osterode am Harz	1	Salzgitter, Stadt
4	Ostholstein	4	Salzlandkreis
5	Ostprignitz-Ruppin	4	Schaumburg
2	Paderborn	4	Schwabach, Stadt/Roth
5	Parchim	5	Schwäbisch Hall
5	Passau, Stadt/Passau	4	Schwalm-Eder-Kreis
3	Peine	5	Schwandorf
3	Pfaffenhofen a.d.Ilm	5	Schwarzwald-Baar-Kreis
1	Pforzheim, Stadt	5	Schweinfurt, Stadt/Schweinfurt Schwerin,
3	Pinneberg	4	Landeshauptstadt/Wismar, Hansestadt/Nordwestmecklenbu rg
5	Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz	4	Segeberg
3	Plön	2	Siegen-Wittgenstein
1	Potsdam, Stadt	5	Sigmaringen
5	Prignitz	4	Soest
5	Ravensburg	2	Solingen, Stadt
6	Recklinghausen	5	Soltau-Fallingbostal
5	Regen	4	Sömmerda
3	Regensburg	5	Sonneberg
1	Regensburg, Stadt	4	Spree-Neiße
2	Remscheid, Stadt	4	St. Wendel
2	Rems-Murr-Kreis	4	Stade
5	Reutlingen	4	Stadtverband Saarbrücken
2	Rhein-Erft-Kreis	1	Starnberg
3	Rheingau-Taunus-Kreis	3	Steinburg
5	Rhein-Hunsrück-Kreis	4	Steinfurt
2	Rheinisch-Bergischer Kreis	4	Stendal
2	Rhein-Kreis Neuss	5	Stormarn
4	Rhein-Lahn-Kreis	2	Stralsund, Hansestadt/Nordvorpommern
2	Rhein-Neckar-Kreis	5	Straubing, Stadt/Straubing- Bogen
4	Rhein-Sieg-Kreis	5	Stuttgart, Landeshauptstadt
5	Rhön-Grabfeld		
5	Rosenheim, Stadt/Rosenheim		
1	Rostock, Hansestadt		
4	Rotenburg (Wümme)		

Kreis- typ	Planungsbereich	Kreis- typ	Planungsbereich
5	Suhl, Stadt/Schmalkalden- Meinigen	5	Weiden i.d. OPf., Stadt/Neustadt a. d. Waldnaab
4	Teltow-Fläming	4	Weilheim-Schongau
5	Tirschenreuth	4	Weimar, Stadt/Weimarer Land
5	Traunstein	5	Weißenburg-Gunzenhausen
1	Trier, Stadt	5	Werra-Meißner-Kreis
3	Trier-Saarburg	6	Wesel
4	Tübingen	4	Wesermarsch
5	Tuttlingen	5	Westerwaldkreis
5	Uckermark	4	Wetteraukreis
5	Uecker-Randow	1	Wiesbaden, Landeshauptstadt
5	Uelzen	5	Wilhelmshaven, Stadt/Friesland
1	Ulm, Universitätsstadt	5	Wittenberg
6	Unna	5	Wittmund
5	Unstrut-Hainich-Kreis	3	Wolfenbüttel
5	Vechta	1	Wolfsburg, Stadt
3	Verden	3	Worms, Stadt/Alzey-Worms
2	Viersen	5	Wunsiedel i. Fichtelgebirge
5	Vogelsbergkreis	1	Wuppertal, Stadt
5	Vogtlandkreis	3	Würzburg
5	Vulkaneifel	1	Würzburg, Stadt
5	Waldeck-Frankenberg	5	Zollernalbkreis
5	Waldshut	5	Zwickau
4	Warendorf		

¹Die Region Hannover gliedert sich in die Planungsbereiche Hannover (ehemaliger Landkreis) und Hannover, Landeshauptstadt. Die Städteregion Aachen gliedert sich in die Planungsbereiche Aachen (ehemaliger Landkreis) und Aachen, Stadt.

Diese Richtlinie

Anlage 3.3 Raumordnungsregionen

Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen in der Abgrenzung des BBSR vom 31. Dezember 2014

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
1	Schleswig-Holstein	101	Schleswig-Holstein Mitte	1002	Kiel
1	Schleswig-Holstein	101	Schleswig-Holstein Mitte	1004	Neumünster
1	Schleswig-Holstein	101	Schleswig-Holstein Mitte	1057	Plön
1	Schleswig-Holstein	101	Schleswig-Holstein Mitte	1058	Rendsburg-Eckernförde
1	Schleswig-Holstein	102	Schleswig-Holstein Nord	1001	Flensburg
1	Schleswig-Holstein	102	Schleswig-Holstein Nord	1054	Nordfriesland
1	Schleswig-Holstein	102	Schleswig-Holstein Nord	1059	Schleswig-Flensburg
1	Schleswig-Holstein	103	Schleswig-Holstein Ost	1003	Lübeck
1	Schleswig-Holstein	103	Schleswig-Holstein Ost	1055	Ostholstein
1	Schleswig-Holstein	104	Schleswig-Holstein Süd	1053	Herzogtum Lauenburg
1	Schleswig-Holstein	104	Schleswig-Holstein Süd	1056	Pinneberg
1	Schleswig-Holstein	104	Schleswig-Holstein Süd	1060	Segeberg
1	Schleswig-Holstein	104	Schleswig-Holstein Süd	1062	Stormarn
1	Schleswig-Holstein	105	Schleswig-Holstein Süd-West	1051	Dithmarschen
1	Schleswig-Holstein	105	Schleswig-Holstein Süd-West	1061	Steinburg
2	Hamburg	201	Hamburg	2000	Hamburg
3	Bremen	24000	Bremerhaven_HB ¹	4012	Bremerhaven
3	Bremen	401	Bremen	4011	Bremen
17	Niedersachsen	301	Braunschweig	3101	Braunschweig
17	Niedersachsen	301	Braunschweig	3102	Salzgitter
17	Niedersachsen	301	Braunschweig	3103	Wolfsburg

¹ Die Raumordnungsregion Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven-Niedersachsen und Bremerhaven-Bremen.

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
17	Niedersachsen	301	Braunschweig	3151	Gifhorn
17	Niedersachsen	301	Braunschweig	3153	Goslar
17	Niedersachsen	301	Braunschweig	3154	Helmstedt
17	Niedersachsen	301	Braunschweig	3157	Peine
17	Niedersachsen	301	Braunschweig	3158	Wolfenbüttel
17	Niedersachsen	302	Bremen-Umland	3251	Diepholz
17	Niedersachsen	302	Bremen-Umland	3356	Osterholz
17	Niedersachsen	302	Bremen-Umland	3361	Verden
17	Niedersachsen	302	Bremen-Umland	3401	Delmenhorst
17	Niedersachsen	23000	Bremerhaven_NS ¹	3352	Cuxhaven
17	Niedersachsen	23000	Bremerhaven_NS ¹	3461	Wesermarsch
17	Niedersachsen	304	Emsland	3454	Emsland
17	Niedersachsen	304	Emsland	3456	Grafschaft Bentheim
17	Niedersachsen	305	Göttingen	3152	Göttingen
17	Niedersachsen	305	Göttingen	3155	Northeim
17	Niedersachsen	305	Göttingen	3156	Osterode
17	Niedersachsen	305	Göttingen	3255	Holz Minden
17	Niedersachsen	306	Hamburg-Umland-Süd	3353	Harburg
17	Niedersachsen	306	Hamburg-Umland-Süd	3357	Rotenburg
17	Niedersachsen	306	Hamburg-Umland-Süd	3359	Stade
17	Niedersachsen	307	Hannover	3241	Region Hannover
17	Niedersachsen	307	Hannover	3256	Nienburg
17	Niedersachsen	307	Hannover	3257	Schaumburg
17	Niedersachsen	308	Hildesheim	3252	Hameln-Pyrmont
17	Niedersachsen	308	Hildesheim	3254	Hildesheim
17	Niedersachsen	23001	Lüneburg ²	3354	Lüchow-Dannenberg
17	Niedersachsen	23001	Lüneburg ²	3355	Lüneburg2
17	Niedersachsen	23001	Lüneburg ²	3360	Uelzen

² exkl. Amt Neuhaus

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
17	Niedersachsen	310	Oldenburg	3403	Oldenburg
17	Niedersachsen	310	Oldenburg	3451	Ammerland
17	Niedersachsen	310	Oldenburg	3453	Cloppenburg
17	Niedersachsen	310	Oldenburg	3458	Oldenburg
17	Niedersachsen	311	Osnabrück	3404	Osnabrück
17	Niedersachsen	311	Osnabrück	3459	Osnabrück
17	Niedersachsen	311	Osnabrück	3460	Vechta
17	Niedersachsen	312	Ost-Friesland	3402	Emden
17	Niedersachsen	312	Ost-Friesland	3405	Wilhelmshaven
17	Niedersachsen	312	Ost-Friesland	3452	Aurich
17	Niedersachsen	312	Ost-Friesland	3455	Friesland
17	Niedersachsen	312	Ost-Friesland	3457	Leer
17	Niedersachsen	312	Ost-Friesland	3462	Wittmund
17	Niedersachsen	313	Südheide	3351	Celle
17	Niedersachsen	313	Südheide	3358	Heidekreis
20	Westfalen-Lippe	502	Arnsberg	5958	Hochsauerlandkreis
20	Westfalen-Lippe	502	Arnsberg	5974	Soest
20	Westfalen-Lippe	503	Bielefeld	5711	Bielefeld
20	Westfalen-Lippe	503	Bielefeld	5754	Gütersloh
20	Westfalen-Lippe	503	Bielefeld	5758	Herford
20	Westfalen-Lippe	503	Bielefeld	5766	Lippe
20	Westfalen-Lippe	503	Bielefeld	5770	Minden-Lübbecke
20	Westfalen-Lippe	504	Bochum/Hagen	5911	Bochum
20	Westfalen-Lippe	504	Bochum/Hagen	5914	Hagen
20	Westfalen-Lippe	504	Bochum/Hagen	5916	Herne
20	Westfalen-Lippe	504	Bochum/Hagen	5954	Ennepe-Ruhr-Kreis
20	Westfalen-Lippe	504	Bochum/Hagen	5962	Märkischer Kreis
20	Westfalen-Lippe	506	Dortmund	5913	Dortmund
20	Westfalen-Lippe	506	Dortmund	5915	Hamm
20	Westfalen-Lippe	506	Dortmund	5978	Unna
20	Westfalen-Lippe	509	Emscher-Lippe	5512	Bottrop
20	Westfalen-Lippe	509	Emscher-Lippe	5513	Gelsenkirchen

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
20	Westfalen-Lippe	509	Emscher-Lippe	5562	Recklinghausen
20	Westfalen-Lippe	511	Münster	5515	Münster
20	Westfalen-Lippe	511	Münster	5554	Borken
20	Westfalen-Lippe	511	Münster	5558	Coesfeld
20	Westfalen-Lippe	511	Münster	5566	Steinfurt
20	Westfalen-Lippe	511	Münster	5570	Warendorf
20	Westfalen-Lippe	512	Paderborn	5762	Höxter
20	Westfalen-Lippe	512	Paderborn	5774	Paderborn
20	Westfalen-Lippe	513	Siegen	5966	Olpe
20	Westfalen-Lippe	513	Siegen	5970	Siegen-Wittgenstein
38	Nordrhein	501	Aachen	5334	Städteregion Aachen
38	Nordrhein	501	Aachen	5358	Düren
38	Nordrhein	501	Aachen	5366	Euskirchen
38	Nordrhein	501	Aachen	5370	Heinsberg
38	Nordrhein	505	Bonn	5314	Bonn
38	Nordrhein	505	Bonn	5382	Rhein-Sieg-Kreis
38	Nordrhein	507	Duisburg/Essen	5112	Duisburg
38	Nordrhein	507	Duisburg/Essen	5113	Essen
38	Nordrhein	507	Duisburg/Essen	5117	Mülheim a.d.R.
38	Nordrhein	507	Duisburg/Essen	5119	Oberhausen
38	Nordrhein	507	Duisburg/Essen	5154	Kleve
38	Nordrhein	507	Duisburg/Essen	5170	Wesel
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5111	Düsseldorf
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5114	Krefeld
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5116	Mönchengladbach
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5120	Remscheid
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5122	Solingen
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5124	Wuppertal
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5158	Mettmann
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5162	Rhein-Kreis Neuss
38	Nordrhein	508	Düsseldorf	5166	Viersen
38	Nordrhein	510	Köln	5315	Köln

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
38	Nordrhein	510	Köln	5316	Leverkusen
38	Nordrhein	510	Köln	5362	Rhein-Erft-Kreis
38	Nordrhein	510	Köln	5374	Oberbergischer Kreis
38	Nordrhein	510	Köln	5378	Rheinisch-Bergischer Kreis
46	Hessen	601	Mittelhessen	6531	Gießen
46	Hessen	601	Mittelhessen	6532	Lahn-Dill-Kreis
46	Hessen	601	Mittelhessen	6533	Limburg-Weilburg
46	Hessen	601	Mittelhessen	6534	Marburg-Biedenkopf
46	Hessen	601	Mittelhessen	6535	Vogelsbergkreis
46	Hessen	602	Nordhessen	6611	Kassel
46	Hessen	602	Nordhessen	6633	Kassel
46	Hessen	602	Nordhessen	6634	Schwalm-Eder-Kreis
46	Hessen	602	Nordhessen	6635	Waldeck-Frankenberg
46	Hessen	602	Nordhessen	6636	Werra-Meißner-Kreis
46	Hessen	603	Osthessen	6631	Fulda
46	Hessen	603	Osthessen	6632	Hersfeld-Rotenburg
46	Hessen	604	Rhein-Main	6412	Frankfurt a.M.
46	Hessen	604	Rhein-Main	6413	Offenbach a.M.
46	Hessen	604	Rhein-Main	6414	Wiesbaden
46	Hessen	604	Rhein-Main	6434	Hochtaunuskreis
46	Hessen	604	Rhein-Main	6435	Main-Kinzig-Kreis
46	Hessen	604	Rhein-Main	6436	Main-Taunus-Kreis
46	Hessen	604	Rhein-Main	6438	Offenbach
46	Hessen	604	Rhein-Main	6439	Rheingau-Taunus-Kreis
46	Hessen	604	Rhein-Main	6440	Wetteraukreis
46	Hessen	605	Starkenburger	6411	Darmstadt
46	Hessen	605	Starkenburger	6431	Bergstraße
46	Hessen	605	Starkenburger	6432	Darmstadt-Dieburg
46	Hessen	605	Starkenburger	6433	Groß-Gerau
46	Hessen	605	Starkenburger	6437	Odenwaldkreis
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7111	Koblenz
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7131	Ahrweiler

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7132	Altenkirchen
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7135	Cochem-Zell
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7137	Mayen-Koblenz
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7138	Neuwied
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7140	Rhein-Hunsrück-Kreis
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7141	Rhein-Lahn-Kreis
51	Rheinland-Pfalz	701	Mittelrhein-Westerwald	7143	Westerwaldkreis
51	Rheinland-Pfalz	702	Rheinhessen-Nahe	7133	Bad Kreuznach
51	Rheinland-Pfalz	702	Rheinhessen-Nahe	7134	Birkenfeld
51	Rheinland-Pfalz	702	Rheinhessen-Nahe	7315	Mainz
51	Rheinland-Pfalz	702	Rheinhessen-Nahe	7319	Worms
51	Rheinland-Pfalz	702	Rheinhessen-Nahe	7331	Alzey-Worms
51	Rheinland-Pfalz	702	Rheinhessen-Nahe	7339	Mainz-Bingen
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7311	Frankenthal
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7313	Landau i.d.P.
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7314	Ludwigshafen
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7316	Neustadt an der Weinstraße
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7318	Speyer
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7332	Bad Dürkheim
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7334	Germersheim
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7337	Südliche Weinstraße
51	Rheinland-Pfalz	703	Rheinpfalz	7338	Rhein-Pfalz-Kreis
51	Rheinland-Pfalz	704	Trier	7211	Trier
51	Rheinland-Pfalz	704	Trier	7231	Berncastel-Wittlich
51	Rheinland-Pfalz	704	Trier	7232	Eifelkreis Bitburg-Prüm
51	Rheinland-Pfalz	704	Trier	7233	Vulkaneifel
51	Rheinland-Pfalz	704	Trier	7235	Trier-Saarburg
51	Rheinland-Pfalz	705	Westpfalz	7312	Kaiserslautern
51	Rheinland-Pfalz	705	Westpfalz	7317	Pirmasens
51	Rheinland-Pfalz	705	Westpfalz	7320	Zweibrücken
51	Rheinland-Pfalz	705	Westpfalz	7333	Donnersbergkreis
51	Rheinland-Pfalz	705	Westpfalz	7335	Kaiserslautern

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
51	Rheinland-Pfalz	705	Westpfalz	7336	Kusel
51	Rheinland-Pfalz	705	Westpfalz	7340	Südwestpfalz
52	Baden-Württemberg	801	Bodensee-Oberschwaben	8435	Bodenseekreis
52	Baden-Württemberg	801	Bodensee-Oberschwaben	8436	Ravensburg
52	Baden-Württemberg	801	Bodensee-Oberschwaben	8437	Sigmaringen
52	Baden-Württemberg	802	Donau-Iller (BW)	8421	Ulm
52	Baden-Württemberg	802	Donau-Iller (BW)	8425	Alb-Donau-Kreis
52	Baden-Württemberg	802	Donau-Iller (BW)	8426	Biberach
52	Baden-Württemberg	803	Franken	8121	Heilbronn
52	Baden-Württemberg	803	Franken	8125	Heilbronn
52	Baden-Württemberg	803	Franken	8126	Hohenlohekreis
52	Baden-Württemberg	803	Franken	8127	Schwäbisch Hall
52	Baden-Württemberg	803	Franken	8128	Main-Tauber-Kreis
52	Baden-Württemberg	804	Hochrhein-Bodensee	8335	Konstanz
52	Baden-Württemberg	804	Hochrhein-Bodensee	8336	Lörrach
52	Baden-Württemberg	804	Hochrhein-Bodensee	8337	Waldshut
52	Baden-Württemberg	805	Mittlerer Oberrhein	8211	Baden-Baden
52	Baden-Württemberg	805	Mittlerer Oberrhein	8212	Karlsruhe
52	Baden-Württemberg	805	Mittlerer Oberrhein	8215	Karlsruhe
52	Baden-Württemberg	805	Mittlerer Oberrhein	8216	Rastatt
52	Baden-Württemberg	806	Neckar-Alb	8415	Reutlingen
52	Baden-Württemberg	806	Neckar-Alb	8416	Tübingen
52	Baden-Württemberg	806	Neckar-Alb	8417	Zollernalbkreis
52	Baden-Württemberg	807	Nordschwarzwald	8231	Pforzheim
52	Baden-Württemberg	807	Nordschwarzwald	8235	Calw
52	Baden-Württemberg	807	Nordschwarzwald	8236	Enzkreis
52	Baden-Württemberg	807	Nordschwarzwald	8237	Freudenstadt
52	Baden-Württemberg	808	Ostwürttemberg	8135	Heidenheim
52	Baden-Württemberg	808	Ostwürttemberg	8136	Ostalbkreis
52	Baden-Württemberg	809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8325	Rottweil
52	Baden-Württemberg	809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8326	Schwarzwald-Baar-Kreis
52	Baden-Württemberg	809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8327	Tuttlingen

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
52	Baden-Württemberg	810	Stuttgart	8111	Stuttgart
52	Baden-Württemberg	810	Stuttgart	8115	Böblingen
52	Baden-Württemberg	810	Stuttgart	8116	Esslingen
52	Baden-Württemberg	810	Stuttgart	8117	Göppingen
52	Baden-Württemberg	810	Stuttgart	8118	Ludwigsburg
52	Baden-Württemberg	810	Stuttgart	8119	Rems-Murr-Kreis
52	Baden-Württemberg	811	Südlicher Oberrhein	8311	Freiburg im Breisgau
52	Baden-Württemberg	811	Südlicher Oberrhein	8315	Breisgau-Hochschwarzwald
52	Baden-Württemberg	811	Südlicher Oberrhein	8316	Emmendingen
52	Baden-Württemberg	811	Südlicher Oberrhein	8317	Ortenaukreis
52	Baden-Württemberg	812	Unterer Neckar	8221	Heidelberg
52	Baden-Württemberg	812	Unterer Neckar	8222	Mannheim
52	Baden-Württemberg	812	Unterer Neckar	8225	Neckar-Odenwald-Kreis
52	Baden-Württemberg	812	Unterer Neckar	8226	Rhein-Neckar-Kreis
71	Bayerns	901	Allgäu	9762	Kaufbeuren
71	Bayerns	901	Allgäu	9763	Kempten
71	Bayerns	901	Allgäu	9776	Lindau
71	Bayerns	901	Allgäu	9777	Ostallgäu
71	Bayerns	901	Allgäu	9780	Oberallgäu
71	Bayerns	902	Augsburg	9761	Augsburg
71	Bayerns	902	Augsburg	9771	Aichach-Friedberg
71	Bayerns	902	Augsburg	9772	Augsburg
71	Bayerns	902	Augsburg	9773	Dillingen a.d.Donau
71	Bayerns	902	Augsburg	9779	Donau-Ries
71	Bayerns	903	Bayerischer Untermain	9661	Aschaffenburg
71	Bayerns	903	Bayerischer Untermain	9671	Aschaffenburg
71	Bayerns	903	Bayerischer Untermain	9676	Miltenberg
71	Bayerns	904	Donau-Iller (BY)	9764	Memmingen
71	Bayerns	904	Donau-Iller (BY)	9774	Günzburg
71	Bayerns	904	Donau-Iller (BY)	9775	Neu-Ulm
71	Bayerns	904	Donau-Iller (BY)	9778	Unterallgäu
71	Bayerns	905	Donau-Wald	9262	Passau

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
71	Bayerns	905	Donau-Wald	9263	Straubing
71	Bayerns	905	Donau-Wald	9271	Deggendorf
71	Bayerns	905	Donau-Wald	9272	Freyung-Grafenau
71	Bayerns	905	Donau-Wald	9275	Passau
71	Bayerns	905	Donau-Wald	9276	Regen
71	Bayerns	905	Donau-Wald	9278	Straubing-Bogen
71	Bayerns	906	Industrieregion Mittelfranken	9562	Erlangen
71	Bayerns	906	Industrieregion Mittelfranken	9563	Fürth
71	Bayerns	906	Industrieregion Mittelfranken	9564	Nürnberg
71	Bayerns	906	Industrieregion Mittelfranken	9565	Schwabach
71	Bayerns	906	Industrieregion Mittelfranken	9572	Erlangen-Höchstadt
71	Bayerns	906	Industrieregion Mittelfranken	9573	Fürth
71	Bayerns	906	Industrieregion Mittelfranken	9574	Nürnberger Land
71	Bayerns	906	Industrieregion Mittelfranken	9576	Roth
71	Bayerns	907	Ingolstadt	9161	Ingolstadt
71	Bayerns	907	Ingolstadt	9176	Eichstätt
71	Bayerns	907	Ingolstadt	9185	Neuburg-Schrobenhausen
71	Bayerns	907	Ingolstadt	9186	Pfaffenhofen a.d.Ilm
71	Bayerns	908	Landshut	9261	Landshut
71	Bayerns	908	Landshut	9274	Landshut
71	Bayerns	908	Landshut	9277	Rottal-Inn
71	Bayerns	908	Landshut	9279	Dingolfing-Landau
71	Bayerns	909	Main-Rhön	9662	Schweinfurt
71	Bayerns	909	Main-Rhön	9672	Bad Kissingen
71	Bayerns	909	Main-Rhön	9673	Rhön-Grabfeld
71	Bayerns	909	Main-Rhön	9674	Haßberge
71	Bayerns	909	Main-Rhön	9678	Schweinfurt
71	Bayerns	910	München	9162	München
71	Bayerns	910	München	9174	Dachau
71	Bayerns	910	München	9175	Ebersberg
71	Bayerns	910	München	9177	Erding
71	Bayerns	910	München	9178	Freising

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
71	Bayerns	910	München	9179	Fürstenfeldbruck
71	Bayerns	910	München	9181	Landsberg am Lech
71	Bayerns	910	München	9184	München
71	Bayerns	910	München	9188	Starnberg
71	Bayerns	911	Oberfranken-Ost	9462	Bayreuth
71	Bayerns	911	Oberfranken-Ost	9464	Hof
71	Bayerns	911	Oberfranken-Ost	9472	Bayreuth
71	Bayerns	911	Oberfranken-Ost	9475	Hof
71	Bayerns	911	Oberfranken-Ost	9477	Kulmbach
71	Bayerns	911	Oberfranken-Ost	9479	Wunsiedel i.F.
71	Bayerns	912	Oberfranken-West	9461	Bamberg
71	Bayerns	912	Oberfranken-West	9463	Coburg
71	Bayerns	912	Oberfranken-West	9471	Bamberg
71	Bayerns	912	Oberfranken-West	9473	Coburg
71	Bayerns	912	Oberfranken-West	9474	Forchheim
71	Bayerns	912	Oberfranken-West	9476	Kronach
71	Bayerns	912	Oberfranken-West	9478	Lichtenfels
71	Bayerns	913	Oberland	9173	Bad Tölz-Wolfratshausen
71	Bayerns	913	Oberland	9180	Garmisch-Partenkirchen
71	Bayerns	913	Oberland	9182	Miesbach
71	Bayerns	913	Oberland	9190	Weilheim-Schongau
71	Bayerns	914	Oberpfalz-Nord	9361	Amberg
71	Bayerns	914	Oberpfalz-Nord	9363	Weiden i.d.OPf.
71	Bayerns	914	Oberpfalz-Nord	9371	Amberg-Sulzbach
71	Bayerns	914	Oberpfalz-Nord	9374	Neustadt a.d.W.
71	Bayerns	914	Oberpfalz-Nord	9376	Schwandorf
71	Bayerns	914	Oberpfalz-Nord	9377	Tirschenreuth
71	Bayerns	915	Regensburg	9273	Kelheim
71	Bayerns	915	Regensburg	9362	Regensburg
71	Bayerns	915	Regensburg	9372	Cham
71	Bayerns	915	Regensburg	9373	Neumarkt i.d.OPf.
71	Bayerns	915	Regensburg	9375	Regensburg

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
71	Bayerns	916	Südostoberbayern	9163	Rosenheim
71	Bayerns	916	Südostoberbayern	9171	Altötting
71	Bayerns	916	Südostoberbayern	9172	Berchtesgadener Land
71	Bayerns	916	Südostoberbayern	9183	Mühldorf a.Inn
71	Bayerns	916	Südostoberbayern	9187	Rosenheim
71	Bayerns	916	Südostoberbayern	9189	Traunstein
71	Bayerns	917	Westmittelfranken	9561	Ansbach
71	Bayerns	917	Westmittelfranken	9571	Ansbach
71	Bayerns	917	Westmittelfranken	9575	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim
71	Bayerns	917	Westmittelfranken	9577	Weißenburg-Gunzenhausen
71	Bayerns	918	Würzburg	9663	Würzburg
71	Bayerns	918	Würzburg	9675	Kitzingen
71	Bayerns	918	Würzburg	9677	Main-Spessart
71	Bayerns	918	Würzburg	9679	Würzburg
72	Berlin	1101	Berlin	11000	Berlin
73	Saarland	1001	Saar	10041	RV Saarbrücken
73	Saarland	1001	Saar	10042	Merzig-Wadern
73	Saarland	1001	Saar	10043	Neunkirchen
73	Saarland	1001	Saar	10044	Saarlouis
73	Saarland	1001	Saar	10045	Saarpfalz-Kreis
73	Saarland	1001	Saar	10046	St. Wendel
78	Mecklenburg-Vorpommern	1301	Mecklenburgische Seenplatte	13071	Mecklenburgische Seenplatte
78	Mecklenburg-Vorpommern	1302	Mittleres Mecklenburg/Rostock	13003	Rostock
78	Mecklenburg-Vorpommern	1302	Mittleres Mecklenburg/Rostock	13072	Landkreis Rostock
78	Mecklenburg-Vorpommern	1303	Vorpommern	13073	Vorpommern-Rügen
78	Mecklenburg-Vorpommern	1303	Vorpommern	13075	Vorpommern-Greifswald
78	Mecklenburg-Vorpommern	33000	Westmecklenburg ³	13004	Schwerin

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
78	Mecklenburg-Vorpommern	33000	Westmecklenburg ³	13074	Nordwestmecklenburg
78	Mecklenburg-Vorpommern	33000	Westmecklenburg ³	13076	Ludwigslust-Parchim ³
83	Brandenburg	1201	Havelland-Fläming	12051	Brandenburg a.d.H.
83	Brandenburg	1201	Havelland-Fläming	12054	Potsdam
83	Brandenburg	1201	Havelland-Fläming	12063	Havelland
83	Brandenburg	1201	Havelland-Fläming	12069	Potsdam-Mittelmark
83	Brandenburg	1201	Havelland-Fläming	12072	Teltow-Fläming
83	Brandenburg	1202	Lausitz-Spreewald	12052	Cottbus
83	Brandenburg	1202	Lausitz-Spreewald	12061	Dahme-Spreewald
83	Brandenburg	1202	Lausitz-Spreewald	12062	Elbe-Elster
83	Brandenburg	1202	Lausitz-Spreewald	12066	Oberspreewald-Lausitz
83	Brandenburg	1202	Lausitz-Spreewald	12071	Spree-Neiße
83	Brandenburg	1203	Oderland-Spree	12053	Frankfurt
83	Brandenburg	1203	Oderland-Spree	12064	Märkisch-Oderland
83	Brandenburg	1203	Oderland-Spree	12067	Oder-Spree
83	Brandenburg	1204	Prignitz-Oberhavel	12065	Oberhavel
83	Brandenburg	1204	Prignitz-Oberhavel	12068	Ostprignitz-Ruppin
83	Brandenburg	1204	Prignitz-Oberhavel	12070	Prignitz
83	Brandenburg	1205	Uckermark-Barnim	12060	Barnim
83	Brandenburg	1205	Uckermark-Barnim	12073	Uckermark
88	Sachsen-Anhalt	1501	Altmark	15081	Altmarkkreis Salzwedel
88	Sachsen-Anhalt	1501	Altmark	15090	Stendal
88	Sachsen-Anhalt	1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15001	Dessau-Roßlau
88	Sachsen-Anhalt	1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15082	Anhalt-Bitterfeld
88	Sachsen-Anhalt	1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15091	Wittenberg
88	Sachsen-Anhalt	1503	Halle/S.	15002	Halle

³ inkl. Amt Neuhaus

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
88	Sachsen-Anhalt	1503	Halle/S.	15084	Burgenlandkreis
88	Sachsen-Anhalt	1503	Halle/S.	15087	Mansfeld-Südharz
88	Sachsen-Anhalt	1503	Halle/S.	15088	Saalekreis
88	Sachsen-Anhalt	1504	Magdeburg	15003	Magdeburg
88	Sachsen-Anhalt	1504	Magdeburg	15083	Börde
88	Sachsen-Anhalt	1504	Magdeburg	15085	Harz
88	Sachsen-Anhalt	1504	Magdeburg	15086	Jerichower Land
88	Sachsen-Anhalt	1504	Magdeburg	15089	Salzlandkreis
93	Thüringen	1601	Mittelthüringen	16051	Erfurt
93	Thüringen	1601	Mittelthüringen	16055	Weimar
93	Thüringen	1601	Mittelthüringen	16067	Gotha
93	Thüringen	1601	Mittelthüringen	16068	Sömmerda
93	Thüringen	1601	Mittelthüringen	16070	Ilm-Kreis
93	Thüringen	1601	Mittelthüringen	16071	Weimarer Land
93	Thüringen	1602	Nordthüringen	16061	Eichsfeld
93	Thüringen	1602	Nordthüringen	16062	Nordhausen
93	Thüringen	1602	Nordthüringen	16064	Unstrut-Hainich-Kreis
93	Thüringen	1602	Nordthüringen	16065	Kyffhäuserkreis
93	Thüringen	1603	Ostthüringen	16052	Gera
93	Thüringen	1603	Ostthüringen	16053	Jena
93	Thüringen	1603	Ostthüringen	16073	Saalfeld-Rudolstadt
93	Thüringen	1603	Ostthüringen	16074	Saale-Holzland-Kreis
93	Thüringen	1603	Ostthüringen	16075	Saale-Orla-Kreis
93	Thüringen	1603	Ostthüringen	16076	Greiz
93	Thüringen	1603	Ostthüringen	16077	Altenburger Land
93	Thüringen	1604	Südthüringen	16054	Suhl
93	Thüringen	1604	Südthüringen	16056	Eisenach
93	Thüringen	1604	Südthüringen	16063	Wartburgkreis
93	Thüringen	1604	Südthüringen	16066	Schmalkalden-Meiningen
93	Thüringen	1604	Südthüringen	16069	Hildburghausen
93	Thüringen	1604	Südthüringen	16072	Sonneberg
98	Sachsen	1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14612	Dresden

KV_Schlüssel	KV_NAME	ROR_Schlüssel	ROR_Name	Kreisschlüssel	Kreis_Name
98	Sachsen	1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14627	Meißen
98	Sachsen	1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14628	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
98	Sachsen	1402	Oberlausitz-Niederschlesien	14625	Bautzen
98	Sachsen	1402	Oberlausitz-Niederschlesien	14626	Görlitz
98	Sachsen	1403	Südsachsen	14511	Chemnitz
98	Sachsen	1403	Südsachsen	14521	Erzgebirgskreis
98	Sachsen	1403	Südsachsen	14522	Mittelsachsen
98	Sachsen	1403	Südsachsen	14523	Vogtlandkreis
98	Sachsen	1403	Südsachsen	14524	Zwickau
98	Sachsen	1404	Westsachsen	14713	Leipzig
98	Sachsen	1404	Westsachsen	14729	Leipzig
98	Sachsen	1404	Westsachsen	14730	Nordsachsen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anlage 4 Demografiefaktor

Anlage 4.1 Die Leistungsbedarfsfaktoren des Demografiefaktors nach § 9

Die Leistungsbedarfsfaktoren je Arztgruppe werden nach dem in § 9 Absatz 3 bis 5 der Bedarfsplanungsrichtlinie beschriebenen Verfahren ermittelt. Für das 1. Quartal 2013 bis zum 4. Quartal 2015 (die letzten 12 Quartale) betragen sie:

Arztgruppe	Leistungsbedarfsfaktor
Anästhesisten	1,888
Augenärzte	6,484
Chirurgen	1,464
Frauenärzte	0,339
Hausärzte	2,724
Hautärzte	1,939
HNO-Ärzte	1,550
Internisten	4,102
Nervenärzte	1,828
Orthopäden	1,910
Psychotherapeuten	0,135
Radiologen	1,567
Urologen	5,482

Anlage 4.2 Rechenbeispiel für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Demografiefaktors nach § 9 Bedarfsplanung-Richtlinie

1. Hausärzte; Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter

Einwohner im Mittelbereich:	18 700
Verhältniszahl je Einwohner:	1 671
Ärzte:	12
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	107,2% ¹
Allgemeine Altersfaktoren:	79,4% (0-65) 20,6% (65 und älter)
Regionale Altersfaktoren:	75,0% (0-65) 25,0% (65 und älter)
Leistungsbedarfsfaktor:	2,724

Berechnung des Demografiefaktors

$$\frac{79,4 + (20,6 \times 2,724) \quad 135,5144}{75 + (25 \times 2,724) \quad 143,1} = 0,94699^2$$

$$\text{Korrigierte Verhältniszahl:} \quad 1\,671 \times 0,946990915 = 1\,582,42182^3$$

$$\text{Korrigierter Versorgungsgrad:} \quad \frac{1\,582,42182 \times 12 \times 100}{18\,700} = 101,5\%^4$$

Fazit: Da die Bevölkerung vergleichsweise alt ist, sinkt die Verhältniszahl für Hausärzte von 1 671 Einwohnern je Arzt auf 1 582,42182. Der Versorgungsgrad sinkt von 107,2% auf 101,5%.

¹ mathematisch gerundet auf eine Nachkommastelle

² ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen

³ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen

⁴ mathematisch gerundet auf eine Nachkommastelle

2. Frauenärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter

Einwohner im Kreis:	253 846, davon 134 557 Frauen
Planungsbereichstyp:	2
Verhältniszahl je Frau:	5 619
Ärzte:	24
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	100,2% ⁵
Allgemeine Altersfaktoren (weibliche Bevölkerung):	76,8% (0-65) 23,2% (65 und älter)
Regionale Altersfaktoren:	72,1% (0-65) 27,9% (65 und älter)
Leistungsbedarfsfaktor:	0,339

Berechnung des Demografiefaktors

$$\frac{76,8 + (23,2 \times 0,339)}{72,1 + (27,9 \times 0,339)} = 1,03809^6$$

$$72,1 + (27,9 \times 0,339) = 81,5581$$

$$\text{Korrigierte Verhältniszahl:} \quad 5\,619 \times 1,038091863 = 5\,833,03818^7$$

$$\text{Korrigierter Versorgungsgrad:} \quad \frac{5\,833,03818 \times 24 \times 100}{134\,557} = 104,0\%^8$$

Fazit: Da die weibliche Bevölkerung vergleichsweise alt ist, steigt die Verhältniszahl für Frauenärzte von 5 619 Frauen je Arzt auf 5 833,03818. Der Versorgungsgrad steigt von 100,2% auf 104,0%.“

⁵ mathematisch gerundet auf eine Nachkommastelle

⁶ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen

⁷ ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen

⁸ mathematisch gerundet auf eine Nachkommastelle

Anlage 5 Ermittlung der Verhältniszahlen

§ 1

Generelle Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen

Ausgangspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahlen bilden die Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung in der jeweiligen Arztgruppe. Dabei wird bei der Ermittlung der Verhältniszahlen der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Bundesgebiet Rechnung getragen. (Stichtag Verteilung der Einwohner 31. Dezember 2010, Stichtag Verteilung der Ärzte 30. Juni 2012).

Abschnitt 1: Ermittlung der bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen

§ 2

Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten

(1) Für die Arztgruppen der Hausärzte (vgl. § 11 Bedarfsplanungsrichtlinie) und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) werden die Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 101 Absatz 5 in Verbindung mit § 101 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V im folgenden Verfahren festgestellt:

1. Die Arztgruppe der Internisten wird zum Stichtag des 31. Dezember 1995 unter Einbezug aller Bundesländer erfasst. Hierbei wird die Arztgruppe der Lungenärzte der Arztgruppe der Internisten zugeordnet. Für Internisten mit ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit gilt § 12 Absatz 2 Nummer 8 Bedarfsplanungsrichtlinie; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztabrechnungsnummer.
2. Die nach § 2 erfassten Internisten werden in die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt.
3. Die Arztgruppe der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ergibt sich aus den Hausarztentscheidungen von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche gemäß dem Hausarztvertrag (Anlage BMV-Ä / 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 Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten sowie Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. Die unter § 2 Nummer 3 Satz 2 genannten Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt werden der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet.

(2) Weiterhin gelten für die Bestimmung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte sowie die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten folgende Regelungen:

1. Die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten werden getrennt je Planungsbereich festgestellt und bundesweit additiv zusammengefasst. Bundesweit 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. 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor).

2. Je Planungskategorie gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 werden auf die Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nummer 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 § 2 Absatz 2 Nummer 1 Satz 2 festgestellten Faktoren bewertet. Daraus werden getrennte Soll-Arztzahlen für die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten festgelegt.
3. Für die Arztgruppe der Hausärzte werden die Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt ermittelt: Bundesweit werden die nach § 2 Absatz 2 Nummer 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. Dies ergibt die Soll-Arztzahl für Hausärzte. Abschließend wird die bundesweite Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahl dividiert, woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte ergibt (vgl. § 11 Absatz 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).
4. Für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird entsprechend verfahren: Die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 wird durch die unter § 2 Absatz 2 Nummer 2 Satz 3 ermittelte Soll-Arztzahl für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für fachärztlich tätige Internisten ergibt (vgl. § 13 Absatz 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).

Historisches Rechenbeispiel zu § 2

Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach Nummer 12 der Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) 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 entsprechend 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.

§ 3

Anästhesisten

Bei der Arztgruppe der Anästhesisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Anästhesisten und der Einwohner zum Stand vom 31. Dezember 1997 unter Einbezug aller Bundesländer zugrunde gelegt.

§ 4

Radiologen

Bei der Arztgruppe der Radiologen (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zur Zahl der zugelassenen Radiologen einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages).

§ 5

Neu zu beplanende Gruppen

Bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, der PRM-Mediziner, der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen und der Transfusionsmediziner (vgl. §§ 13 und 14 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zum Stand 31. Dezember 2010 zur Zahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gewichtet nach ihrem Teilnahmeumfang zum Stand 31. Dezember 2010.

Für die Arztgruppe der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen, der Transfusionsmediziner und der Physikalischen und Rehabilitativen Mediziner wird die Versorgung zum Stichtag 2010 durch den G-BA bereits als über die erforderliche Versorgung hinausgehend bewertet. Das Einwohner-Arzt-Verhältnis zu diesem Stichtag wird deshalb mit dem Versorgungsgrad 110% bewertet. Auf dieser Basis wird die Verhältniszahl für den Versorgungsgrad 100% berechnet, die im § 14 dargestellt ist.

Die Ermittlung der Verhältniszahl in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt bezogen auf die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“.

Abschnitt 2: Ermittlung der Verhältniszahlen nach den 6 Typen

§ 6

Ermittlung der Arztzahlen

Für die Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die 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 Artikel 3 des Einigungsvertrages) gezählt.

§ 7

Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen

Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Verhältniszahl wie folgt ermittelt:

1. Es werden die am 1. Januar 1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Absatz 2 Nummer 8 Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1. Januar 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 Absatz 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.

§ 8

Ermittlung der Einwohnerzahlen

Bei den Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zum Stand vom 31. Dezember 1990 gezählt. Für die Frauenärzte wird die weibliche Bevölkerung, für die Kinderärzte die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ ermittelt.

Für die Gruppe der Psychotherapeuten wird die Einwohnerzahl des Bundesgebietes nach dem Stand vom 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt.

§ 9

Verteilung der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten

Die Verteilung der in §§ 6 bis 8 ermittelten Zahl der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten auf die Typen 1 bis 5 nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt auf Basis der Verteilung der Einwohner zum Stichtag 31. Dezember 2010 sowie der Ärzte und Psychotherapeuten zum Stichtag 30. Juni 2012.

Bei den Frauen- und Kinderärzten wird nur die Verteilung der weiblichen bzw. der Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ berücksichtigt.

§ 10

Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl für die 6 Typen

Aus den nach § 9 ermittelten Zahlen der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten der Typen 1 bis 5 wird dann die Allgemeine Verhältniszahl je Arztgruppe und Typ ermittelt.

Die Verhältniszahlen im Typ 6 werden auf Grundlage der Einwohner- und Arztzahlen zum Stichtag 31. Dezember 1990 in den Kreisen dieses Typs ermittelt.

Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich dabei auf die weibliche Bevölkerung, die der Kinderärzte auf die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“.

Um der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 entgegenzuwirken, wird die Verhältniszahl dort auf die durchschnittliche Verhältniszahl der Typen 1 bis 5 angehoben. Ebenfalls aufgrund der historischen Fehlverteilung der Psychotherapeuten entspricht das Versorgungsniveau des Typen 4 nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Verhältniszahl für den Typ 4 bei den Psychotherapeuten wird deshalb auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 4 und 3, bei allen anderen Gruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ermittelt (94,33%).

Aus vorgenannten Gründen wird die Verhältniszahl der Psychotherapeuten im Typ 6 auf Grundlage des durchschnittlichen Abstands zwischen Typ 5 und Typ 6 der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ermittelt.“

Beispielrechnung:

Es werden zum Stichtag 31. Dezember 1990 6.341 Frauenärzte und 32 874 754 weibliche Einwohner gezählt.

Zum Stichtag 31. Dezember 2010 leben 19,9345% der Frauen bundesweit im Typ 4.

Zum Stichtag 30. Juni 2012 sind 16,2207% der Frauenärzte im Typ 4 niedergelassen.

$$\begin{array}{rcl} 32\,874\,754 \times 19,9345\% & = & 6\,553\,417,83613 \text{ Frauen} \\ & & \text{-----} = 6\,371 \text{ Frauen je Frauenarzt im Typ 4} \\ 6\,341 \times 16,2207\% & = & 1\,028,55459 \text{ Frauenärzte} \end{array}$$

Anlage 6 Methodik der Typisierung der Kreise

Die Typisierung der Kreise nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie und Anlage 3.2 orientiert sich am Konzept der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zum Stand vom 31. Dezember 2010. Der G-BA beschließt die Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen (im folgenden Kreise) gemäß Anlage 3.2. Er nutzt dabei das in dieser Anlage beschriebene Verfahren der Typisierung. Sofern der G-BA dies beschließt, erfolgt eine Anpassung der Typisierung der Kreise auf Basis aktuellerer Daten des BBSR alle 5 Jahre erstmals zum 1. Januar 2018.

Das Konzept der Großstadtregionen beschreibt die Verflechtung zwischen Kern und Umland. Es wird als repräsentativ angesehen, um die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden. Insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland wird Rechnung getragen. Die Messung und Codierung der Großstadtregionen erfolgt auf Basis der Gemeindeverbände. Es ist somit auf Basis der Typisierung der Großstadtregionen, die 5 Typen unterscheidet, nicht möglich, direkt alle Kreise eindeutig einem Typ zuzuordnen, da die Gemeindeverbände eines Kreises mitunter unterschiedliche Ausprägungen aufweisen können. Deswegen wurde das Konzept des BBSR weiterentwickelt, um eine eindeutige Zuordnung aller Kreise zu 5 Typen zu gewährleisten, die der ambulanten Versorgungsfunktion der Kreise im Raum gerecht werden.

Die Zuordnung der Kreise zu diesen 5 Typen erfolgt in 3 Schritten:

1. Schritt: Identifikation aller eindeutig zuordenbaren Kreise

Als eindeutig zuordenbar gelten Kreise, in denen alle Gemeindeverbände innerhalb des Kreises demselben Typ zugeordnet sind. Somit leben 100% der Einwohner eines Kreises in ein und demselben Typ. Der Kreis wird diesem Typ zugeordnet.

2. Schritt: Typisierung der Kreise auf Basis der Bevölkerungsmehrheit

Für Kreise, in denen die Gemeindeverbände jeweils unterschiedlichen Typen zugeordnet sind, erfolgt eine direkte Zuordnung zu einem Typ, wenn in einer großstadtregionalen Zone die Mehrheit der Einwohner des Kreises (>50%) leben. Dazu wird der Anteil der Einwohner je Kreis je Typ an der Gesamtzahl der Einwohner je Kreis ermittelt.

3. Schritt: Typisierung von „Mischkreisen“ auf Basis des kalkulierten Versorgungsniveaus

Für Kreise mit Gemeindeverbänden in mehr als zwei Typen und keiner Bevölkerungsmehrheit über 50% in einem Typ liefern die Schritte 1 und 2 keine eindeutige Zuordnung. Aus diesem Grund wird auf Basis der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Raum für jeden Typ ein bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau ermittelt. Im Anschluss wird auf Basis der Werte der bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus ein einwohnergewichtetes Versorgungsniveau für jeden Mischkreis ermittelt. Der Kreis wird dann dem Typ zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

Das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ wird wie folgt ermittelt:

Die für die Typisierung maßgebliche Zuordnungstabelle des BBSR der Gemeindeverbände zu den Großstadtregionen (derzeit 31. Dezember 2010) wird um Arztzahlen differenziert nach Arztgruppen zum Stichtag der Zuordnungstabelle ergänzt. Auf Basis dieser Daten wird auf Grundlage der Gemeindeverbände das bundesweite Verhältnis Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten¹ ermittelt. Ebenso wird das durchschnittliche Verhältnis Einwohner je Arzt für die Typen 1, 2, 3 und 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt. Letzteres Verhältnis wird dem Typ 5 zugeordnet².

Die Arzt- /Einwohnerrelation der Typen 1, 2, 3 und 4 wird ins Verhältnis zur Arzt-/Einwohnerrelation des Typs 5 gesetzt und in Prozent ausgedrückt. Diese Prozentwerte stellen das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ dar.

Das kalkulierte Versorgungsniveau des Mischkreises ergibt sich aus der einwohnergewichteten Addition der jeweiligen Versorgungsniveaus des Kreises. Der Kreis wird dann dem Typ zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

¹ Aufgrund der Historie dieser Fachgruppe ist die Verteilung der Psychotherapeuten auch derzeit noch stark an der Kernstadt orientiert. Dieses Verteilungsmuster soll nicht zuletzt durch die Bedarfsplanungsreform 2012 korrigiert werden. Gleichzeitig stellen die Psychotherapeuten in der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung die größte Arztgruppe dar. Die Ermittlung der Versorgungsniveaus (Einwohner-Arzt Verhältnisse) je Typ unter Berücksichtigung der Psychotherapeuten würde somit zu erheblichen Verzerrungen verbunden mit einer Überbewertung des Typs 1 und einer Unterbewertung der Typen 2 bis 5 führen. Aus diesem Grund wurden die Versorgungsniveaus der einzelnen Typen im Schritt 3 ohne die Psychotherapeuten kalkuliert.

² Viele Gemeindeverbände des Typs 5 werden z.T. durch umliegende Gemeindeverbände der Typen 2, 3 und 4 mitversorgt, die jedoch im selben Kreis liegen. Bei der kleinräumigen Kalkulation der Dichtemaße auf Ebene der Gemeindeverbände werden im Typ 5 somit überdurchschnittlich oft jene Teilregionen eines Kreises ohne Arzt gezählt. Bei einer Auswertung des Verhältnisses Einwohner je Arzt wird der Typ 5 deshalb systematisch unterschätzt. Aus diesem Grund ist eine Anhebung des bundesweiten Versorgungsniveaus des Typen 5 auf das durchschnittliche Versorgungsniveau der Typen 1, 2, 3 und 4 sachgerecht.

Rechenbeispiel:

a) Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveau des Typs 4

Summe der Ärzte der fachärztlichen Grundversorgung
ohne Psychotherapeuten im Typ 4

----- = Arzt- /Einwohnerrelation Typ 4
Summe der Einwohner der Gemeindeverbände des Typs 4

Verhältnis EW/Arzt Typ 4

----- = Versorgungsniveau Typ 4
Verhältnis EW/Arzt Typ 5

Für die fünf Typen ergeben sich nach der oben beschriebenen Methode folgende Versorgungsniveaus, die auch für künftige Kreistypenanpassungen zugrunde gelegt werden sollen:

Typ 1: 1,39
Typ 2: 0,96
Typ 3: 0,48
Typ 4: 0,77
Typ 5: 1

b) Zuordnung des Mischkreises zu einem Typ

Beispiel: Delmenhorst, Stadt / Diepholz

Typ	EW	Bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau	Kalkulation
Typ 1	0%	139%	0% x 139 %
Typ 2	37%	96%	37% x 96%
Typ 3	25%	48%	25% x 48%
Typ 4	13%	77%	13% x 77%
Typ 5	25%	100%	25% x 100%

Kalk. Versorgungsniveau des Mischkreises 83%

Geringster Abstand zum Typen 4 (77%)

Die Kreisregion Delmenhorst, Stadt / Diepholz wird als Typ 4 typisiert.