



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Richtlinie

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 16. März 2023
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 02.06.2023 B2)
in Kraft getreten am 3. Juni 2023

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.



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 Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor	10
§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung	12
3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung	13
§ 11 Hausärztliche Versorgung	13
4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung	14
§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung	14
§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung	18
§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung	20
§ 15 Weitere Arztgruppen	21
§ 16 Praxishachfolge	21
5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung	22
§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades	22
§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten	22
§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten	23
§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet	23
§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen	23
§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren	24

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

§ 46	Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung ..	39
§ 47	[unbesetzt].....	39
10. Abschnitt:	Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur	40
§ 48	Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung	40
§ 49	Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur	40
§ 50	[unbesetzt].....	40
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	41
§ 51	Bestimmung der Anrechnungsfaktoren	41
§ 52	Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing.....	41
§ 53	Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung	41
§ 54	Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung.....	42
§ 55	Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen.....	42
§ 56	Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung.....	42
§ 57	Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V.....	42
12. Abschnitt:	Beschäftigung von angestellten Ärzten	43
§ 58	Anstellungsvoraussetzungen	43
§ 59	Fachidentität bei Anstellung.....	44
§ 60	Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens	44
§ 61	Anstellung von Psychotherapeuten	44
§ 62	Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung	45
13. Abschnitt:	Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen	46
Unterabschnitt 1:	[Unbesetzt].....	46
§ 63	[unbesetzt].....	46
§ 64	[unbesetzt].....	46
Unterabschnitt 2:	Übergangsregelungen.....	46

§ 65	Planungsbereiche	46
§ 66	Beschlüsse der Landesausschüsse.....	46
§ 67	Versorgungssteuerung in besonderen Fällen.....	46
§ 68	Überprüfung	47
Anlagen	48

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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; § 16b 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.

(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.).

³Ist 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 und Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung. 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 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 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 in Verbindung mit §§ 90a und 99 SGB V und §§ 13 und 14 der Ärzte-ZV. ¹¹Die Bedarfspläne weisen auch Beschlüsse nach § 103 Absatz 2 Satz 4 ff. SGB V aus.

(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 6 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 bis 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. ³Für die Mittelbereiche und Raumordnungsregionen, welche die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten, werden Anpassungen vorgenommen. ⁴Diese sind in Anlage 3 ersichtlich. ⁵Eine Zuordnung der Planungsbereiche erfolgt in den §§ 11 bis 14.

§ 8 Verhältniszahlen

(1) ¹Die Festlegung und Ausweisung von Verhältniszahlen im Sinne der Bestimmung arztgruppenbezogener Arzt-Einwohner-Verhältnisse bilden als Referenzpunkt den bundesweiten Rahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung. ²In der Bedarfsplanung werden Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 dieser Richtlinie, Allgemeine Verhältniszahlen gemäß den §§ 11 bis 14, Regionale Verhältniszahlen gemäß Absatz 4 sowie regional angepasste Verhältniszahlen gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V unterschieden.

(2) ¹Die Basis-Verhältniszahlen bilden die Verhältniszahlen zur Einführung der Arztgruppen in der Bedarfsplanung ab. ²Sind diese im Zuge von Richtlinienanpassungen weiter modifiziert worden, gelten diese Ergebnisse als Basis-Verhältniszahlen. ³Die Basis-Verhältniszahlen sind in Anlage 5 dieser Richtlinie abgebildet und bilden den Ausgangspunkt für weitere Anpassungen durch den Morbiditätsfaktor gemäß § 9 BPL-RL.

(3) Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach den §§ 11 bis 14 im Sinne dieser Richtlinie werden durch die Anpassungen gemäß den Vorgaben nach § 9 Absatz 4 bis 7 bezogen auf die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 ermittelt.

(4) Durch Anpassung der in den §§ 11 bis 14 aufgeführten arztgruppenspezifischen Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß den Vorgaben nach § 9 Absatz 8 bis 11 ergeben sich die Regionalen Verhältniszahlen, die das bedarfsgerechte Einwohner-/Arztverhältnis abbilden.

(5) ¹Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung sowie sonstiger Beschlüsse des Landesausschusses im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Regionalen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 zu verwenden. ²Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren des § 9 in Verbindung mit den §§ 11 bis 14 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszahlen (regional angepasste Verhältniszahlen) den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.

§ 9 Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor

(1) Die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 werden mit einem Morbiditätsfaktor modifiziert.

(2) Durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen kann vom Morbiditätsfaktor nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V begründet abgewichen werden.

(3) ¹Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten. ²Die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 erfolgt nach den Absätzen 4 bis 7. ³Die Ermittlung der Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4 erfolgt nach den Absätzen 8 bis 11.

(4) ¹Im Sinne von Absatz 3 Nummer 1 werden die Basis-Verhältniszahlen aufgrund der bundesweiten Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur im Zeitverlauf angepasst. ²Dazu werden die Einwohnerzahlen des Statistischen Bundesamtes bundesweit jeweils nach vier Altersgruppen (<20 Jahre, 20 bis <45 Jahre, 45 bis <75 Jahre, 75 Jahre und älter) und dem Geschlecht (m, w) in insgesamt acht Alters- und Geschlechtsgruppen eingeteilt. ³Sie bilden die Bevölkerungsanteile der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe ab und werden als Alters- und Geschlechtsskizzen (AGF) bezeichnet. ⁴Für die Arztgruppe der Frauenärzte werden sie auf der Basis der Frauen berechnet. ⁵Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. ⁶Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf Minderjährige, d.h. Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, differenziert nach Geschlecht. ⁷Die Alters- und Geschlechtsskizzen werden in stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsskizzen nach Nummer 1 und aktuelle Alters- und Geschlechtsskizzen nach Nummer 2 unterschieden:

1. Es gelten die stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsskizzen (AGF-2010) nach Anlage 4.1.1.a. Referenzzeitpunkt ist der 31. Dezember 2010
2. Die aktuellen Alters- und Geschlechtsskizzen (AGF-A) werden gemäß Anlage 4.1.1.b jeweils für zwei Jahre ermittelt, erstmals auf Basis der Daten zum Stand 31.12.2017.

(5) ¹Die Anpassung der Basis-Verhältniszahlen erfolgt mit Leistungsbedarfsfaktoren, die den Behandlungsaufwand der acht Alters- und Geschlechtsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegeln (Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht LBF-AG) und als Gewichtungsfaktoren für die Abweichung der aktuellen Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zum Referenzzeitpunkt dienen. ²Es gelten die LBF-AG nach Anlage 4.1.2. ³Sie werden auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von zwölf Abrechnungsquartalen in Euro für sechs Jahre berechnet. ⁴Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt. ⁵Für die Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. ⁶Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung (bis 18-Jährige).

(6) ¹Durch Modifikation der Basis-Verhältniszahlen mit dem Anpassungsfaktor werden die Allgemeinen Verhältniszahlen ermittelt. ²Zur Berechnung des Anpassungsfaktors wird je Arztgruppe die Summe aus jeweils der Multiplikation des stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktors (AGF-2012) einer jeden Alters- und Geschlechtsgruppe mit dem jeweiligen LBF-AG für diese Alters- und Geschlechtsgruppe gebildet. ³Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus jeweils der Multiplikation des aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktors (AGF-A) einer jeden Alters- und Geschlechtsgruppe mit dem jeweiligen LBF-AG für diese Alters- und Geschlechtsgruppe (siehe Anlage 4.1.3).

(7) ¹Aus den Berechnungen nach den Absätzen 4 bis 6 ergeben sich die Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3. ²Sie werden alle zwei Jahre jeweils zum 1. Juli angepasst und in den §§ 11 bis 14 veröffentlicht.

(8) ¹Im Sinne von Absatz 3 Nummer 2 erfolgt aufgrund von Abweichungen der aktuellen regionalen Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt arztgruppen- und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 zu den Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4 aus. ²Morbidität wird dabei anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und der Krankheitslast berücksichtigt. ³Dazu werden die Patienten aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils nach vier Altersgruppen (<20 Jahre, 20 bis <45 Jahre, 45 bis <75 Jahre, 75 Jahre und älter), dem Geschlecht (m, w) sowie dem Morbiditätsgrad (erhöht morbide, nicht erhöht morbide) in insgesamt 16 Morbiditätsgruppen eingeteilt. ⁴Die Gruppen bilden die Anteile der Patienten an der Gesamtzahl der Patienten in Prozent ab und werden als Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF) bezeichnet. ⁵Für die Arztgruppe der Frauenärzte werden die Faktoren auf der Basis der Frauen berechnet. ⁶Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. ⁷Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf Minderjährige, d.h. Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres differenziert nach Geschlecht und Morbidität, sodass sich dort vier Morbiditätsgruppen ergeben. ⁸Die AGMF werden in bundesweite AGMF (AGMF-B) gemäß Anlage 4.2.1.a und regionale AGMF (AGMF-Reg) gemäß Anlage 4.2.1.b unterschieden und jeweils auf Grundlage desselben Abrechnungsjahres berechnet. ⁹Die AGMF-B und AGMF-Reg werden analog der aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A) alle zwei Jahre ermittelt.

(9) ¹Diese arztgruppen- und planungsbereichsbezogene Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl nach Absatz 8 erfolgt mit Leistungsbedarfsfaktoren, die den Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegeln (Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität, LBF-AGM) und als Gewichtungsfaktoren für die gesamthafte Abbildung der regionalen Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dienen. ²Es gelten die LBF-AGM nach Anlage 4.2.2. ³Sie werden auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von zwölf Abrechnungsquartalen in Euro berechnet. ⁴Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt. ⁵Für die Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. ⁶Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung (bis 18-Jährige).

(10) ¹Durch Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahlen mit den planungsbereichs- und arztgruppenbezogenen regionalen Verteilungsfaktoren werden die Regionalen Verhältniszahlen ermittelt. ²Zur Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl wird diese je Planungsbereich mit dem regionalen Verteilungsfaktor der jeweiligen Arztgruppe multipliziert. ³Die regionalen Verteilungsfaktoren bestimmen sich aus den Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF) und den LBF-AGM der jeweiligen Arztgruppe: Es wird die Summe aus jeweils der Multiplikation des AGMF-B einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen LBF-AGM für diese Morbiditätsgruppe gebildet. ⁴Diese Summe wird geteilt

durch die Summe aus jeweils der Multiplikation des regionalen AGMF-Reg einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen LBF-AGM für diese Morbiditätsgruppe (siehe Anlage 4.2.3). ⁵Die regionalen Verteilungsfaktoren werden alle zwei Jahre jeweils zum 1. Juli angepasst und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Anlage 4.2.3 veröffentlicht.

(11) ¹Aus den Berechnungen nach den Absätzen 8 bis 10 ergeben sich die Regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4.

(12) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen nach den Absätzen 4 bis 11 sicher.

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

(14) Die Berechnungen nach den Absätzen 4 – 10 werden durch Beschlüsse des G-BA wie folgt aktualisiert:

1. Die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach den Absätzen 4 bis 7 sowie der arztgruppen- und planungsbereichsbezogenen regionalen Verteilungsfaktoren nach Absatz 10 erfolgt alle zwei Jahre jeweils zum 1. Juli, erstmals wieder zum 1. Juli 2021.
2. Die Aktualisierung der Leistungsbedarfsfaktoren nach Absatz 5 (LBF-AG) sowie nach Absatz 9 (LBF-AGM) erfolgt alle sechs Jahre jeweils zum 1. Juli., erstmals wieder zum 1. Juli 2025.
3. Die Aktualisierungen nach den Nummern 1 und 2 sind jeweils spätestens zum 1.1. des Folgejahres in den Beschlüssen des Landesausschusses anzuwenden.

§ 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 Allgemeine Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1 616 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 und Orthopäden
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Psychotherapeuten
8. Urologen
9. Kinder- und Jugendärzte

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Augenärzte gehören die Fachärzte für Augenheilkunde.
2. Zur Arztgruppe der Chirurgen und Orthopäden gehören die Fachärzte für Chirurgie, die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, die Fachärzte für Kinderchirurgie, die Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Gefäßchirurgie, die Fachärzte für Visceralchirurgie, die Fachärzte für Orthopädie sowie die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie; nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie und die Fachärzte für Thoraxchirurgie.
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 folgenden Fachärzte:
 - Nervenärzte: Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
 - Neurologen: Fachärzte für Neurologie und
 - Psychiater: Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
7. 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 die 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.

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

9. Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte 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 Basis-Verhältniszahlen werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. ⁴Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen 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 Allgemeinen Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

	Typ 1 (stark mitversorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend)	Typ 3 (stark mitversorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigenversorgt)	Typ 6 (polyzentrischer Verflechtungsraum)
Augenärzte	12 548	18 945	23 159	20 745	19 352	19 142
Chirurgen und Orthopäden	9 095	14 045	16 909	15 946	14 672	13 502
Frauenärzte	3 844	5 786	6 802	6 560	6 221	5 720
Hautärzte	21 252	34 962	41 931	41 053	39 210	34 994
HNO-Ärzte	17 396	26 518	33 927	32 550	31 267	24 935
Nervenärzte	13 502	20 686	24 860	23 644	22 386	20 272
Psychotherapeuten	3 163	5 300	6 370	6 059	5 736	5 194
Urologen	26 330	41 795	48 864	45 838	43 634	34 411
Kinder- und Jugendärzte	2 043	2 862	2 862	2 862	2 862	2 862

²Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendärzte bezieht sich auf die minderjährige Bevölkerung. ³Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

(5) ¹Für die folgenden Arztgruppen werden Quoten nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V festgelegt: Es ist sicherzustellen, dass mindestens jeweils 50 Prozent der Differenz aus dem Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der regionalen Verhältniszahl und der tatsächlichen Anzahl der Nervenärzte sowie der Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie im Planungsbereich einerseits den Neurologen und andererseits den Fachärzten für Psychiatrie sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten ist. ²Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl den Nervenärzten sowie Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie vorbehalten ist.

Rechenbeispiel:

Fall 1:

Der Planungsbereich ist gesperrt; die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der regionalen Verhältniszahl aus: Keine Quotensitze.

Fall 2:

Die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil unter 100 Prozent der regionalen Verhältniszahl aus; der Planungsbereich ist gesperrt; innerhalb der

Differenz machen die Psychiater einen Anteil unter 50 Prozent aus: Sollzahl Ärzte = 100, Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie = 80, Psychiater = 5, Neurologen = 30

- Sollzahl Neurologen und Psychiater innerhalb der Differenz aus Sollzahl Ärzte und Ist-Zahl Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie: $50\% \times (100-80) = 10$
- Zahl der Psychiater liegt unter 10: $10-5 = 5$
- 5 Quotensitze für Psychiater.

Fall 3:

Die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil unter 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl aus; der Planungsbereich ist gesperrt; innerhalb der Differenz machen die Psychiater einen Anteil unter 50 Prozent aus: Sollzahl Ärzte = 100, Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie = 20, Psychiater = 34, Neurologen = 61

- Sollzahl Neurologen und Psychiater innerhalb der Differenz aus Sollzahl Ärzte und Ist-Zahl Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie: $50\% \times (100-20) = 40$
- Zahl der Psychiater liegt unter 40: $40-34 = 6$
- 6 Quotensitze für Psychiater.
- Zahl der Nervenärzte und Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie liegt unter 25: $25-20 = 5$
- 5 Quotensitze für Nervenärzte und Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie.

§ 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) ¹Die Allgemeinen Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

Anästhesisten	46 093
Radiologen	48 801
Fachinternisten	14 507
Kinder- und Jugendpsychiater	15 211

²Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendpsychiater bezieht sich auf die minderjährige Bevölkerung.

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

(6) Für die folgenden Arztgruppen werden Quoten nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V festgelegt:

1. Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 8 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten den Fachärzten für Innere Medizin

und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie vorbehalten ist. Der G-BA prüft diese Regelung und strebt eine Anhebung der Mindestquote für Rheumatologen auf 10 v.H. der regionalen Verhältniszahl bis zum 31.12.2024 an, soweit die Überprüfung einen entsprechenden Versorgungsbedarf ergibt.

2. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 33 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie handelt.
3. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 19 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie handelt.
4. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 18 Prozent regionaler Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie, den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, den Fachärzten für Lungen- und Bronchialheilkunde, sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, einen Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde handelt.
5. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie handelt.

§ 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 folgenden Fachärzte:
 - Laboratoriumsmedizin: Fachärzte für Laboratoriumsmedizin,
 - Immunologie: Fachärzte für Immunologie
 - Mikrobiologie: Fachärzte für Mikrobiologie, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie
 - Biochemie: Fachärzte für Biochemie
 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 Allgemeinen Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

Humangenetiker	562 623
Laborärzte	92 218
Neurochirurgen	144 183
Nuklearmediziner	106 128
Pathologen	108 909
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	153 267
Strahlentherapeuten	152 321
Transfusionsmediziner	1 200 078

§ 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)). ³Die Quotenregelungen gemäß §§ 12 Absatz 5, 13 Absatz 6 und 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sind zu beachten.

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

§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

(1) ¹Das im Planungsbereich bestehende Arzt/Einwohner-Verhältnis wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Feststellung im Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte und angestellten Ärzte (Anrechnungsfaktor nach § 24) der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt. ²Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.

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

(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.

§ 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 reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der Faktor entsprechend angepasst.

(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. Oktober 2021 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, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 des EBM mit Stand vom 1. Oktober 2021. ⁴Abweichend von Satz 3 wird für Nervenärzte und Psychiater im Sinne des § 12 Absatz 2 Nummer 6 erster und dritter Spiegelstrich sowie die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater die Leistungen nach Nummer 35151, 35152 und 35173 bis 35179 nicht berücksichtigt. ⁵Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. ⁶Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die

Leistungen nach Satz 3, die an Minderjährigen und Heranwachsenden (bis 21 Jahre) erbracht wurden; Satz 4 gilt entsprechend. ⁷Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt. ⁸Der G-BA evaluiert die Auswirkungen der Regelung in Satz 4 bis zum 31. Dezember 2024. ⁹Hat der G-BA bis zu diesem Zeitpunkt keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung der Regelung beschlossen, so tritt diese sowie die Änderung vom 18. März 2022 mit Ablauf dieses Datums außer Kraft.

(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 des im Planungsbereich bestehenden Arzt/Einwohner-Verhältnisses der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet. ²Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV werden die Faktoren entsprechend angepasst.

§ 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) ¹Ärzte, 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. ²Erfolgt die Beschränkung auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag oder der Entzug eines Viertels einer ganzen Zulassung, werden diese Ärzte mit dem Faktor 0,75 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.

(4) Endet die Leistungsbegrenzung nach § 26 bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen durch die Anordnung des Landesausschusses nach § 16b 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). ³Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,75 erfolgt die drei Viertel Zulassung (mit dem Faktor 0,75 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 Nummer 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 Nummer 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 Kinder- und Jugendärzten.

(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 bis zum 31. Dezember 2024 und berät auf Grundlage der Ergebnisse über die Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelung.

(7) Hat der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2024 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 Absatz 3 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen regionalen 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 ist durch Vergleich der regionalen Verhältniszahl mit dem bestehenden Arzt/Einwohner-Verhältnis gemäß § 24 festzustellen.

§ 24 Feststellung von Überversorgung

¹Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen regionalen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich bestehende Arzt/Einwohner-Verhältnis eine Überschreitung von 10 v.H. (das bestehende Arzt/Einwohner-Verhältnis übersteigt um 10 v.H. das Arzt/Einwohner-Verhältnis der regionalen Verhältniszahl), 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 des im Planungsbereich bestehenden Arzt/Einwohner-Verhältnisses zu ermitteln.
2. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach der regionalen Verhältniszahl ist ein 25-prozentiger Anteil für psychotherapeutische Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen (Quote).
3. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach der regionalen Verhältniszahl ist ein 20-prozentiger Anteil für die Ärzte und Psychotherapeuten festzustellen, die gemäß § 12 Absatz 2 Nummer 7 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, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 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) ¹Innerhalb der Quote nach Absatz 1 Nummer 2 ist ein 50 %-Anteil für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorzuhalten und festzustellen und in die Beurteilung nach Absatz 1 Nummer 4 gesondert einzubeziehen. ²Absatz 1 Nummer 5 gilt für den Anteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entsprechend.

§ 25a Feststellungen des Landesausschusses zu Quotensitzen

¹Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, hat der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach § 25 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2, § 12 Absatz 5 und § 13 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 festgestellten nicht ausgeschöpften Zahlen an Ärzten Zulassungen für Ärzte zu 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; dabei sind die Quotenregelungen nach den §§ 12, 13 und 25 zu befolgen. 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, Feststellungen nach § 35),
- Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.

(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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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 drohende 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) sowie der gesonderten fachärztlichen Versorgung (§ 14) 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, Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistenten nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V), 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 Kinder- und Jugendärzte) 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 regionalen Verhältniszahlen nach den § 8 Absatz 3 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den regionalen 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, eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse oder der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde 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 Allgemeine 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, eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen oder der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde 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,
7. Erreichbarkeit.

²Maßstab für die Prüfung gemäß Satz 1 Nummer 7 ist, ob 95 v.H. der Einwohner in der Region nach Absatz 2,

1. die Ärzte der hausärztlichen Versorgung nach § 11 in durchschnittlich weniger als 20 PKW-Minuten, oder

2. die Kinder- und Jugendärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 in durchschnittlich weniger als 30 PKW-Minuten, oder
3. die Augenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und die Frauenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in durchschnittlich weniger als 40 Minuten,

erreichen und die Anzahl der betroffenen Einwohner die Allgemeinen Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet und die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann. ³Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend. ⁴Bei den Kinder- und Jugendärzten gilt als Einwohner die minderjährige Bevölkerung.

⁵Sie 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.
5. Förderung mobiler oder telemedizinischer Versorgungsangebote für Ärzte der Bezugsregionen nach Absatz 2.
6. Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung.

(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 Versorgungsbedarfs 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 nach Anlage 7, 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 Arztgruppenwechsel

Die Bestimmungen in § 36 und § 37 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, die Arztgruppe, für welche er zugelassen ist, in eine Arztgruppe zu ändern, für die 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 Schwerpunktbearbeitung 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 1a 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, 8 und 9, § 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 Überschreitungs-volumen von 3 v.H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. ⁴Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungs-volumen) 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 reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der entsprechend reduzierte 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, sowie bei der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten i.V.m. § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV. 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 Beschäftigungsumfangs 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Unterabschnitt 1: [Unbesetzt]

§ 63 [unbesetzt]

§ 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	Allgemeine Verhältniszahl
2018 und 2019	1 926
2020 und 2021	1 827
2022 und 2023	1 789
2024 und 2025	1 741
2026 und 2027	1 693

²Sofern die in der Tabelle aufgeführten VHZ abweichend von den dort benannten Zeiträumen angepasst werden, gelten diese mit Inkrafttreten des Beschlusses. ³Die Regelungen nach § 2 bleiben davon unberührt.

§ 66 Beschlüsse der Landesausschüsse

Bei Änderungen dieser Richtlinie wirken die von den Landesausschüssen aufgrund der alten Regelungen nach §§ 100 und 103 SGB V getroffenen Entscheidungen weiter, bis die Landesausschüsse Entscheidungen auf der Grundlage der neuen Regelungen getroffen haben.

§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen

¹Auf 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 innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nach dem 30.06.2019 folgende Regelung umsetzen:

Nach Feststellung der regionalen Verhältniszahlen unter Anwendung des Morbiditätsfaktors 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. ²Verbleiben 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. ³Diese 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. ⁴Die Feststellung der Überversorgungen endet spätestens mit dem Auslaufen der Übergangszeit.

§ 68 Überprüfung

¹Der G-BA überprüft die Regelung zu Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor, einschließlich der Möglichkeit der Aufnahme sozioökonomischer Faktoren, innerhalb von sechs Jahren nach Inkrafttreten der Regelung. ²Der G-BA überprüft die Regelungen zu Mindest- und Höchstversorgungsanteilen, insbesondere die Regelung zu Mindestversorgungsanteilen der Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie, innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen. ³Der G-BA überprüft die Anpassungen der Allgemeinen Verhältniszahlen innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen. ⁴Der G-BA überprüft die Regelungen zur Erreichbarkeit bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen.

Anlagen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

Anlage 1	Arztzahlen	51
Anlage 2	Bedarfsplan und Planungsblätter	83
Anlage 2.1	Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie	83
Anlage 2.2	Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der vertragsärztlichen Versorgung	84
Anlage 2.3	Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss	85
Anlage 2.4	Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten-Versorgungsgrades	86
Anlage 2.5	Planungsblatt zur Feststellung des Nervenarzt-Versorgungsgrades	87
Anlage 2.6	Planungsblatt zur Feststellung des Fachinternisten-Versorgungsgrades	88
Anlage 3	Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 11 bis 14	89
Anlage 3.1	Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3 in der Abgrenzung des BBSR	89
Anlage 3.2	Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3	90
Anlage 3.3	Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen nach § 13 Abs. 3 in der Abgrenzung des BBSR	100
Anlage 4	Morbiditätsfaktor	117
Anlage 4.1	Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 9 Absatz 4 bis 7 BPL-RL auf Grundlage der Basis-Verhältniszahlen	118
Anlage 4.1.1	Bevölkerungsanteile nach Alter und Geschlecht (Alters- und Geschlechtstfaktoren AGF) gemäß § 9 Absatz 4 BPL-RL	118
Anlage 4.1.2	Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht (LBF-AG) gemäß § 9 Absatz 5 BPL-RL	121
Anlage 4.1.3	Anpassungsfaktor zur Modifikation der Basis-Verhältniszahlen je Arztgruppe gemäß § 9 Absatz 6 BPL-RL	122
Anlage 4.2	Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl zu den Regionalen Verhältniszahlen gemäß § 9 Absatz 8 bis 10 BPL-RL	123
Anlage 4.2.1	Patientenanteile nach Alter, Geschlecht u. Morbidität (Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren AGMF) gemäß § 9 Absatz 8 BPL-RL	123

Anlage 4.2.2	Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) gemäß § 9 Absatz 9 BPL-RL.....	126
Anlage 4.2.3	Regionale Verteilungsfaktoren zur Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahl je Arztgruppe und Planungsbereich gemäß § 9 Absatz 10 BPL-RL.....	128
Anlage 4.3	Rechenbeispiele für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Morbiditätsfaktors nach § 9 BPL-RL	129
Anlage 5	Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen.....	136
Anlage 6	Methodik der Typisierung der Kreise.....	145
Anlage 7	Nutzung von Geoinformationen im Rahmen von Anträgen auf Sonderbedarf	148

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anlage 1 Arztzahlen

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen)										Tabelle 1.0 KV-Region insgesamt
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⁾		
				Anzahl	in Prozent	ohne Leistungsbeschränkung		mit Leistungsbeschränkung		
		0	1	2	3	4	5	6	7	
Ärzte										
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen und Orthopäden									
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	Pathologen									
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner									
22	Ärztliche Psychotherapeuten									
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
24	Radiologen									
25	Strahlentherapeuten									
26	Transfusionsmediziner									
27	Urologen									
28	Übrige Arztgruppen ⁵⁾									
29	Summe Arztgruppen									
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁶⁾									
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten										
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten									
32	Psychologische Psychotherapeuten									
33	Summe Psychotherapeutengruppe ohne ärztliche Psychotherapeuten									
34	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	
											Stand:	
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	Veränderu ng 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 und Orthopäden											
4	Frauenärzte											
5	HNO-Ärzte											
6	Hautärzte											
7	Kinderärzte											
8	Nervenärzte											
9	Psychotherapeuten											
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin)											
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie											
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten											
13	Psychologische Psychotherapeuten											
14	Urologen											
15	Anästhesisten											
16	Fachinternisten											
17	Kinder- und Jugendpsychiater											
18	Radiologen											
19	Humangenetiker											
20	Laborärzte											
21	Neurochirurgen											
22	Nuklearmediziner											
23	Pathologen											
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner											
25	Strahlentherapeuten											
26	Transfusionsmediziner											
27	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).

Diese Richtlinie ist nicht mehr gültig

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende weibliche 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
		Anzahl	in Prozent	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 und Orthopäden										
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	Pathologen										
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner										
22	Ärztliche Psychotherapeuten										
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie										
24	Radiologen										
25	Strahlentherapeuten										
26	Transfusionsmediziner										
27	Urologen										
28	Übrige Arztgruppen ⁵⁾										
29	Summe Arztgruppen										
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁶⁾										
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten											
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten										
32	Psychologische Psychotherapeuten										
33	Summe Psychotherapeutengruppe ohne ärztliche Psychotherapeuten										
34	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)

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
		Anzahl	in Prozent	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 und Orthopäden										
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										
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, 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).

Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)								Tabelle 1.1 KV-Region insgesamt Blatt 1 Stand:		
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt 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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie und Orthopädie									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	Frauenheilkunde									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	HNO-Heilkunde									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)^{4) 5)}									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

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) Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärzte, die als Internisten an der vertragsärztl. Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

5) Als Facharztbezeichnung werden hier die Ärzte mit der Facharztbezeichnung "FA Innere Medizin und SP..." (z. B. "FA Innere Medizin und SP Angiologie") gewertet.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

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 ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinder- und Jugendmedizin									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderrheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
25	Pathologie									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
27	Radiologie									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

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.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)											Tabelle 1.1.B KV-Region insgesamt Blatt 1										
											Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte			Vertragsärzte		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ¹⁾		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 und Orthopädie																				
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie																				
3	FA/SP Kinderchirurgie																				
4	FA Orthopädie																				
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie																				
6	FA/SP Plastische Chirurgie																				
7	SP Rheumatologie																				
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie																				
9	SP Unfallchirurgie																				
10	FA/SP Viszeralchirurgie																				
11	Frauenheilkunde																				
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin																				
13	SP Gynäkologische Onkologie																				
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin																				
15	HNO-Heilkunde																				
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie und Pädaudiologie																				
17	Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)²⁾³⁾																				
18	davon: FA/SP Angiologie																				
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie																				
20	FA/SP Gastroenterologie																				
21	FA/SP Geriatrie																				
22	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie																				
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin																				
24	FA/SP Kardiologie																				
25	FA/SP Nephrologie																				
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde																				
27	FA/SP Rheumatologie																				

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

2) Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

3) Als Facharztbezeichnung werden hier die Ärzte mit der Facharztbezeichnung "FA Innere Medizin und SP..." (z. B. "FA Innere Medizin und SP Angiologie") gewertet.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)												Tabelle 1.1.B KV-Region insgesamt Blatt 2	
												Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte			Vertragsärzte		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen ¹⁾		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	Kinder- und Jugendmedizin												
2	davon: SP Infektiologie												
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie												
4	SP Kindergastroenterologie												
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie												
6	SP Kinderkardiologie												
7	SP Kinderneurologie												
8	SP Kinderneuropsychiatrie												
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde												
10	SP Kinderrheumatologie												
11	SP Neonatologie												
12	SP Neuropädiatrie												
13	Laboratoriumsmedizin												
14	davon: FA Biochemie												
15	FA Immunologie												
16	FA Laboratoriumsmedizin												
17	FA Mikrobiologie												
18	SP Mikrobiologie												
19	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
20	davon: FA Nervenheilkunde												
21	FA Neurologie												
22	FA Psychiatrie												
23	SP Forensische Psychiatrie												
24	SP Kinderneuropsychiatrie												
25	Pathologie												
26	davon: FA/SP Neuropathologie												
27	Radiologie												
28	davon: SP Kinderradiologie												
29	SP Neuroradiologie												
30	SP Strahlentherapie												

1) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigenrichtungen und kommunale Eigenrichtungen.
Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

Diese Richtlinie

Weibliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)								Tabelle 1.1.W KV-Region insgesamt Blatt 1		
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie und Orthopädie									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	Frauenheilkunde									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	HNO-Heilkunde									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)^{4) 5)}									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

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) Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärzte, die als Internisten an der vertragsärztl. Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

5) Als Facharztbezeichnung werden hier die Ärzte mit der Facharztbezeichnung "FA Innere Medizin und SP..." (z. B. "FA Innere Medizin und SP Angiologie") gewertet.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

Weibliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)								Tabelle 1.1.W KV-Region insgesamt Blatt 2		
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinder- und Jugendmedizin									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderrheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
25	Pathologie									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
27	Radiologie									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

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.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

Männliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)								Tabelle 1.1.M KV-Region insgesamt Blatt 1		
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Chirurgie und Orthopädie									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	Frauenheilkunde									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	HNO-Heilkunde									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)^{4) 5)}									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

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

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

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

4) Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärzte, die als Internisten an der vertragsärztl. Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

5) Als Facharztbezeichnung werden hier die Ärzte mit der Facharztbezeichnung "FA Innere Medizin und SP..." (z. B. "FA Innere Medizin und SP Angiologie") gewertet.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

Männliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen) ¹⁾								Tabelle 1.1.M KV-Region insgesamt Blatt 2		
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte ¹⁾	Angestellte Ärzte in Einrichtungen ²⁾	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Kinder- und Jugendmedizin									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderrheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	Laboratoriumsmedizin									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
25	Pathologie									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
27	Radiologie									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

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.

Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

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 europä-ische Staaten	Stand:	
		Benelux-Staaten	Frankreich	Griechenland	Italien	Österreich	Polen	Übrige EU-Staaten	Summe EU-Staaten		Summe außereuropäischer 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 und Orthopäden											
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	Pathologen											
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner											
22	Ärztliche Psychotherapeuten											
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie											
24	Radiologen											
25	Strahlentherapeuten											
26	Transfusionsmediziner											
27	Urologen											
28	Übrige Arztgruppen ²⁾											
29	Summe Arztgruppen											
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾											
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten												
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten											
32	Psychologische Psychotherapeuten											
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten											
34	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 und Orthopäden												
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	Pathologen												
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
22	Ärztliche Psychotherapeuten												
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologen												
25	Strahlentherapeuten												
26	Transfusionsmediziner												
27	Urologen												
28	Übrige Arztgruppen ²⁾												
29	Summe Arztgruppen												
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾												
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
32	Psychologische Psychotherapeuten												
33	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 und Orthopäden												
4	Frauenärzte												
5	HNO-Ärzte												
6	Hautärzte												
7	Kinderärzte												
8	Nervenärzte												
9	Psychotherapeuten												
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin)												
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
13	Psychologische Psychotherapeuten												
14	Urologen												
15	Anästhesisten												
16	Fachinternisten												
17	Kinder- und Jugendpsychiater												
18	Radiologen												
19	Humangenetiker												
20	Laborärzte												
21	Neurochirurgen												
22	Nuklearmediziner												
23	Pathologen												
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
25	Strahlentherapeuten												
26	Transfusionsmediziner												
27	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen												

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

Diese Richtlinie

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								
		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 und Orthopäden												
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	Pathologen												
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
22	Ärztliche Psychotherapeuten												
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologen												
25	Strahlentherapeuten												
26	Transfusionsmediziner												
27	Urologen												
28	Übrige Arztgruppen ²⁾												
29	Summe Arztgruppen												
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾												
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
32	Psychologische Psychotherapeuten												
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten												
34	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	
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
Ärzte													
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen und Orthopäden												
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	Pathologen												
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
22	Ärztliche Psychotherapeuten												
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologen												
25	Strahlentherapeuten												
26	Transfusionsmediziner												
27	Urologen												
28	Übrige Arztgruppen ²⁾												
29	Summe Arztgruppen												
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾												
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
32	Psychologische Psychotherapeuten												
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten												
34	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 und Orthopäden												
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	Pathologen												
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
22	Ärztliche Psychotherapeuten												
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologen												
25	Strahlentherapeuten												
26	Transfusionsmediziner												
27	Urologen												
28	Übrige Arztgruppen ²⁾												
29	Summe Arztgruppen												
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾												
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
32	Psychologische Psychotherapeuten												
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten												
34	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 und Orthopäden												
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	Pathologen												
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
22	Ärztliche Psychotherapeuten												
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologen												
25	Strahlentherapeuten												
26	Transfusionsmediziner												
27	Urologen												
28	Übrige Arztgruppen ²⁾												
29	Summe Arztgruppen												
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾												
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
32	Psychologische Psychotherapeuten												
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten												
34	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 und Orthopäden												
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	Pathologen												
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
22	Ärztliche Psychotherapeuten												
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologen												
25	Strahlentherapeuten												
26	Transfusionsmediziner												
27	Urologen												
28	Übrige Arztgruppen ²⁾												
29	Summe Arztgruppen												
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾												
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
32	Psychologische Psychotherapeuten												
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten												
34	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
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten		Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten	Partner-Ärzte bzw. -Psycho-therapeuten 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	Alter 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 und Orthopäden									
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	Pathologen									
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner									
22	Ärztliche Psychotherapeuten									
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
24	Radiologen									
25	Strahlentherapeuten									
26	Transfusionsmediziner									
27	Urologen									
28	Übrige Arztgruppen ⁵⁾									
29	Summe Arztgruppen									
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁶⁾									
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten										
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten									
32	Psychologische Psychotherapeuten									
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten									
34	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).

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Personen)																		Tabelle 4 KV-Region insgesamt	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Kassenärztliche Vereinigung																	Summe Arzt- bzw. Psychotherapeuten- gruppen
		Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Wesfalen-Lippe	
		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
Ärzte																			
1	Allgemeinärzte																		
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen																		
3	Anästhesisten																		
4	Augenärzte																		
5	Chirurgen und Orthopäden																		
6	Frauenärzte																		
7	HNO-Ärzte																		
8	Hautärzte																		
9	Humangenetiker																		
10	Internisten ¹⁾																		
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten ²⁾																		
12	Fachärztlich tätige Internisten ²⁾																		
13	Kinderärzte																		
14	Kinder- und Jugendpsychiater																		
15	Laborärzte																		
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen																		
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater																		
18	Neurochirurgen																		
19	Nuklearmediziner																		
20	Pathologen																		
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner																		
22	Ärztliche Psychotherapeuten																		
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie																		
24	Radiologen																		
25	Strahlentherapeuten																		
26	Transfusionsmediziner																		
27	Urologen																		
28	Übrige Arztgruppen ³⁾																		
29	Summe Arztgruppen																		
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ²⁾⁴⁾																		
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten																			
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten																		
32	Psychologische Psychotherapeuten																		
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten																		
34	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) Bei den hausärztlich tätigen Internisten, den fachärztlich tätigen Internisten und den Hausärzten sind keine ermächtigten Ärzte enthalten (siehe Tabelle 1.0)
3) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.
4) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

In der Bedarfsplanung zählende Ärzte und Psychotherapeuten nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)																		Tabelle 4.B KV-Region insgesamt	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Kassenärztliche Vereinigung																	Summe Arzt- bzw. Psychotherapeuten- gruppen
		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	
	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 und Orthopäden																		
4	Frauenärzte																		
5	HNO-Ärzte																		
6	Hautärzte																		
7	Kinderärzte																		
8	Nervenärzte																		
9	Psychotherapeuten																		
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin) ¹⁾																		
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie																		
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten																		
13	Psychologische Psychotherapeuten ¹⁾																		
14	Urologen																		
15	Anästhesisten																		
16	Fachinternisten																		
17	Kinder- und Jugendpsychiater																		
18	Radiologen																		
19	Humangenetiker																		
20	Laborärzte																		
21	Neurochirurgen																		
22	Nuklearmediziner																		
23	Pathologen																		
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner																		
25	Strahlentherapeuten																		
26	Transfusionsmediziner																		
27	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen																		

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

Diese Richtlinie

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⁾	
0		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
		1	2	3	4	5	6	7
1	Hausärzte ⁵⁾							
2	Augenärzte							
3	Chirurgen und Orthopäden							
4	Frauenärzte							
5	HNO-Ärzte							
6	Hautärzte							
7	Kinderärzte							
8	Nervenärzte							
9	Psychotherapeuten							
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin)							
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie							
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten							
13	Psychologische Psychotherapeuten							
14	Urologen							
15	Anästhesisten							
16	Fachinternisten							
17	Kinder- und Jugendpsychiater							
18	Radiologen							
19	Humangenetiker							
20	Laborärzte							
21	Neurochirurgen							
22	Nuklearmediziner							
23	Pathologen							
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
25	Strahlentherapeuten							
26	Transfusionsmediziner							
27	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).

Diese Richtlinie ist ab dem 16. März 2023 in Kraft.

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 und Orthopäden							
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	Pathologen							
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
22	Ärztliche Psychotherapeuten							
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie							
24	Radiologen							
25	Strahlentherapeuten							
26	Transfusionsmediziner							
27	Urologen							
28	Übrige Arztgruppen ⁴⁾							
29	Summe Arztgruppen							
30	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).

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											
Ärzte											
1	Allgemeinärzte										
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen										
3	Anästhesisten										
4	Augenärzte										
5	Chirurgen und Orthopäden										
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	Pathologen										
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner										
22	Ärztliche Psychotherapeuten										
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie										
24	Radiologen										
25	Strahlentherapeuten										
26	Transfusionsmediziner										
27	Urologen										
28	Übrige Arztgruppen ⁶⁾										
29	Summe Arztgruppen										
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁷⁾										
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten											
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten										
32	Psychologische Psychotherapeuten										
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten										
34	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)

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 und Orthopäden							
4	Frauenärzte							
5	HNO-Ärzte							
6	Hautärzte							
7	Kinderärzte							
8	Nervenärzte							
9	Psychotherapeuten							
10	davon: Ärztliche Psychotherapeuten (ohne Psychosomatische Medizin)							
11	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie							
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten							
13	Psychologische Psychotherapeuten							
14	Urologen							
15	Anästhesisten							
16	Fachinternisten							
17	Kinder- und Jugendpsychiater							
18	Radiologen							
19	Humangenetiker							
20	Laborärzte							
21	Neurochirurgen							
22	Nuklearmediziner							
23	Pathologen							
24	Physikalische und Rehabilitative Mediziner							
25	Strahlentherapeuten							
26	Transfusionsmediziner							
27	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).

Diese Richtlinie

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 und Orthopäden												
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	Pathologen												
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner												
22	Ärztliche Psychotherapeuten												
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologen												
25	Strahlentherapeuten												
26	Transfusionsmediziner												
27	Urologen												
28	Übrige Arztgruppen ⁴⁾												
29	Summe Arztgruppen												
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ⁵⁾												
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten												
32	Psychologische Psychotherapeuten												
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten												
34	Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen												

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

In Einrichtungen angestellte Ärzte und Psychotherapeuten nach der Art der Einrichtung (Zählung nach Personen)									Tabelle 9 KV-Region insgesamt	
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
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ärzte										
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte/Ärztinnen									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen und Orthopäden									
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	Pathologen									
21	Physikalische und Rehabilitative Mediziner									
22	Ärztliche Psychotherapeuten									
23	davon: Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
24	Radiologen									
25	Strahlentherapeuten									
26	Transfusionsmediziner									
27	Urologen									
28	Übrige Arztgruppen ²⁾									
29	Summe Arztgruppen									
30	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte) ³⁾									
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten										
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten									
32	Psychologische Psychotherapeuten									
33	Summe Psychotherapeutengruppen ohne ärztliche Psychotherapeuten									
34	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)	Grundsätze der Bedarfs- planung	alle 3 bis 5 Jahre
1.1 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ¹		
1.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung		
1.3 Demografie und Soziodemografische Faktoren		
1.4 Geografische Besonderheiten		
1.5 Ziele der Bedarfsplanung		
1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung ²		
2 Bedarfsplanung		
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 Bedarfs- planung	In der Regel alle 6 Monate
Entsprechend Anlage 2.2		

¹ Dabei sind auch die Ergebnisse der Umsetzung der §§ 103 Absatz 3a und 105 Absatz 3 SGB V arztgruppen- und planungsbereichsbezogen zu berücksichtigen.

² Bei den Analysen in diesem Teil des Bedarfsplans ist auf die Frage der Barrierefreiheit einzugehen. Dabei sind mindestens folgende Aspekte darzustellen:

- Entwicklungen bei Anzahl und Prozentsatz der Einwohner mit einer anerkannten Behinderung/Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit oder einem Alter von über 75
- Entwicklung der Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur ärztlichen Versorgung (Barrierefreiheit) auf Basis der Informationen gemäß § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V, arztgruppenspezifisch dargestellt (absolute Zahlen und Prozentsatz)
- Maßnahmen für die Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen.
- Beratungsangebote für Ärztinnen und Ärzte sowie ggf. weitere über § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V hinausgehende bestehende Serviceangebote für Patientinnen und Patienten für die Suche nach einer barrierefreien Praxis
- Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung im Rahmen der Berücksichtigung infrastruktureller Besonderheiten nach § 2 Nr. 5 B (Berücksichtigung regionaler Besonderheiten) oder § 35 Absatz 5 (zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf) Bedarfsplanungs-Richtlinie oder sonstige Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung auf Basis des § 2a SGB V

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, 9a) – Stand			Stand der Beschlussfassung																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	9a	10	11	11a	12	13	14	15	16	17	18	19
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	Einwohner im Planungsbereich	Allg. Verhältniszahl im Planungsbereich	Regionale 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	Gesamtzahl Ärzte ohne Ermächtigte	Sollzahl Ärzte ³	Versorgungsgrad mit ermächtigten Ärzten und Einrichtungen	Versorgungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	Versorgungsgrad im Vorjahr ¹	Planungsbereich gesperrt ¹	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	Unterversorgung ¹	drohende Unterversorgung ¹	Beschluss nach § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt ⁴
								(Spalten 6 + 7 + 8)	(Spalten 6 + 7)					(1 = ja / 2 = nein)			(1 = ja / 2 = nein)	(1 = ja / 2 = nein)		
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 Wirkung des Morbiditätsfaktors gem. § 9 Abs. 8 bis 10 auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende regionale Verhältniszahl wird hier abgebildet. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese darzustellen.

³ Ärztesoll in Höhe von 100 Prozent der im Planungsbereich geltenden regionalen Verhältniszahl. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese Sollzahl darzustellen.

⁴ Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten 4 verfügbaren Quartale aktualisiert.

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				
...				

¹Zu 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.

Anlage 2.4 Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten-Versorgungsgrades

KV-Region	...					Stand der Beschlussfassung							...					
Einwohner - Stand	...																	
Ärzte – Stand	...																	
Planungsbereich	Kreistyp (ggf. angepasster Kreistyp)	Regionale Verhältniszahl für Psychotherapeuten (Einwohner je Psychotherapeut)	Einwohner im Planungsbereich	Grenze zur Überversorgung rechnerisches Soll + 10 %	Sollzahl Psychotherapeuten ¹	Tatsächlich im Planungsbereich						Planungsbereich gesperrt – noch mögliche Zulassung			Quotenplätze ²			
						Ärztliche Psychotherapeuten				Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten		Versorgungsgrad ohne ermächtigt Ärzte und Einrichtungen	Ärztliche Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	Psycho-somatiker ³	Ärztliche Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	Psycho-somatiker ³
						Ärztliche Psychotherapeuten ohne Psychosomatiker ³		Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		Psychotherapeuten ohne ärztliche 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	ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten							
Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent	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
Planungsbereich 1																		
Planungsbereich 2																		
Planungsbereich 3																		
Planungsbereich 4																		
Planungsbereich 5																		
Planungsbereich 6																		
...																		
Planungsbereich n																		

Kraft.

Diese Richtlinie

¹ Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der im Planungsbereich geltenden regionalen Verhältniszahl. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese Sollzahl darzustellen.

² Es wird ausgewiesen, wie viele Quotenplätze bis zur Erfüllung der jeweiligen Quote bestehen. Diese Quotenplätze sind als nicht zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten zu interpretieren.

³ Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Anlage 2.5 Planungsblatt zur Feststellung des Nervenarzt-Versorgungsgrades

KV-Region	...					Stand der Beschlussfassung									
Einwohner - Stand	...														
Ärzte – Stand	...														
Planungsbereich	Kreistyp (ggf. angepasster Kreistyp)	Regionale Verhältniszahl für Nervenärzte (Einwohner je Nervenarzt)	Einwohner im Planungsbereich	Grenze zur Überversorgung rechnerisches Soll + 10 %	Sollzahl Nervenärzte ¹	Tatsächlich im Planungsbereich				Planungsbereich gesperrt – noch mögliche Zulassung			Quotenplätze ²		
						Arztgruppe der Nervenärzte			Versorgungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung (Neurologie und Psychiatrie)	Neurologen	Psychiater ¹²	Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung (Neurologie und Psychiatrie)	Neurologen	Psychiater ¹²
						Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung (Neurologie und Psychiatrie)	Neurologen	Psychiater ³							
						Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Planungsbereich 1															
Planungsbereich 2															
Planungsbereich 3															
Planungsbereich 4															
Planungsbereich 5															
Planungsbereich 6															
...															
Planungsbereich n															

¹ Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der im Planungsbereich geltenden regionalen Verhältniszahl gemäß § 8. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese Sollzahl darzustellen.

² Es wird ausgewiesen, wie viele Quotenplätze bis zur Erfüllung der jeweiligen Quote bestehen. Diese Quotenplätze sind nicht als zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten zu interpretieren.

³ Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Anlage 2.6 Planungsblatt zur Feststellung des Fachinternisten-Versorgungsgrades

KV-Region	...				Stand der Beschlussfassung													
Einwohner - Stand	...																	
Ärzte – Stand	...																	
Planungsbereich	Regionale Verhältniszahl für Fachinternisten (Einwohner je Fachinternist)	Einwohner im Planungsbereich	Grenze zur Überversorgung rechnerisches Soll + 10 %	Sollzahl Fachinternisten ¹	Tatsächlich im Planungsbereich							Planungsbereich gesperrt – noch mögliche Zulassung	Quotenplätze ²					
					Fachinternisten					Versorgungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	Rheumatologen ³		Rheumatologen ³	Kardiologen ⁴	Gastroenterologen ⁵	Pneumologen ⁶	Nephrologen ⁷	
					gesamt	Rheumatologen ³	Kardiologen ⁴	Gastroenterologen ⁵	Pneumologen ⁶									Nephrologen ^{6,7}
					Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl		Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Planungsbereich 1																		
Planungsbereich 2																		
Planungsbereich 3																		
Planungsbereich 4																		
...																		
Planungsbereich n																		

¹ Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der im Planungsbereich geltenden regionalen Verhältniszahl gemäß § 8. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese Sollzahl darzustellen.

² Es wird ausgewiesen, wie viele Quotenplätze bis zur Erfüllung der jeweiligen Quote bestehen. Diese Quotenplätze sind nicht als zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten zu interpretieren.

³ Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie.

⁴ Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie.

⁵ Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie.

⁶ Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde, sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde.

⁷ Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie.

Anlage 3 Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 11 bis 14

Anlage 3.1 Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3 in der Abgrenzung des BBSR

(Gebietsstand: 31.12.2017)

Unter www.g-ba.de steht die Referenz Gemeinden zu Mittelbereiche als Download bereit.

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

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

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

MBSchlüssel	MBName	MBSchlüssel	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:

MBSchlüssel	MBName	MBSchlüssel	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

(Gebietsstand: 31.12.2017)

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
KV Schleswig-Holstein				
10020	Kiel, Landeshauptstadt	1	0	
10030	Lübeck, Hansestadt	1	0	
10510	Dithmarschen	5	0	
10530	Herzogtum Lauenburg	3	0	
10540	Nordfriesland	5	0	
10550	Ostholstein	4	0	
10560	Pinneberg	3	0	
10570	Plön	3	0	
10580	Rendsburg-Eckernförde/Neumünster	4	1	
10590	Schleswig-Flensburg/Flensburg	5	1	
10600	Segeberg	5	0	
10610	Steinburg	4	0	
10620	Stormarn	2	0	
KV Hamburg				
20000	Hamburg, Freie und Hansestadt	1	0	
KV Bremen				
40110	Bremen, Stadt	1	0	
40120	Bremerhaven, Stadt	1	0	
KV Niedersachsen				
31010	Braunschweig, Stadt	1	0	
31020	Salzgitter, Stadt	3	0	
31030	Wolfsburg, Stadt	1	0	
31510	Gifhorn	3	0	
31530	Goslar	5	0	
31540	Helmstedt	3	0	
31550	Northeim	4	0	
31570	Peine	3	0	
31580	Wolfenbüttel	4	0	
31590	Göttingen	5	0	
32410	Region Hannover	2	0	
32510	Diepholz/Delmenhorst	5	1	
32520	Hamelnd-Pyrmont	5	0	
32540	Hildesheim	5	0	
32550	Holzminden	5	0	
32560	Nienburg (Weser)	5	0	
32570	Schaumburg	4	0	

Bedarfsplanungs-Richtlinie Stand: 16. März 2023

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
33510	Celle	4	0	
33520	Cuxhaven	3	0	
33530	Harburg	3	0	
33540	Lüchow-Dannenberg	5	0	
33550	Lüneburg	4	0	exkl. Amt Neuhaus
33560	Osterholz	3	0	
33570	Rotenburg (Wümme)	4	0	
33580	Heidekreis	5	0	
33590	Stade	4	0	
33600	Uelzen	5	0	
33610	Verden	4	0	
34030	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	1	0	
34040	Osnabrück, Stadt	1	0	
34510	Ammerland	3	0	
34520	Aurich/Emden	5	1	
34530	Cloppenburg	5	0	
34540	Emsland	5	0	
34550	Friesland/Wilhelmshaven	5	1	
34560	Grafschaft Bentheim	5	0	
34570	Leer	5	0	
34580	Oldenburg (Oldenburg)	3	0	
34590	Osnabrück	4	0	
34600	Vechta	5	0	
34610	Wesermarsch	4	0	
34620	Wittmund	5	0	
KV Westfalen-Lippe				
55120	Bottrop, Stadt	6	0	
55130	Gelsenkirchen, Stadt	6	0	
55150	Münster, Stadt	1	0	
55540	Borken	5	0	
55580	Coesfeld	3	0	
55620	Recklinghausen	6	0	
55660	Steinfurt	4	0	
55700	Warendorf	4	0	
57110	Bielefeld, Stadt	1	0	
57540	Gütersloh	4	0	
57580	Herford	2	0	
57620	Höxter	4	0	
57660	Lippe	4	0	
57700	Minden-Lübbecke	5	0	
57740	Paderborn	5	0	
59110	Bochum, Stadt	6	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
59130	Dortmund, Stadt	6	0	
59140	Hagen, Stadt	6	0	
59150	Hamm, Stadt	6	0	
59160	Herne, Stadt	6	0	
59540	Ennepe-Ruhr-Kreis	6	0	
59580	Hochsauerlandkreis	5	0	
59620	Märkischer Kreis	5	0	
59660	Olpe	5	0	
59700	Siegen-Wittgenstein	5	0	
59740	Soest	4	0	
59780	Unna	6	0	
KV Nordrhein				
51110	Düsseldorf, Stadt	1	0	
51120	Duisburg, Stadt	6	0	
51130	Essen, Stadt	6	0	
51140	Krefeld, Stadt	1	0	
51160	Mönchengladbach, Stadt	1	0	
51170	Mülheim an der Ruhr, Stadt	6	0	
51190	Oberhausen, Stadt	6	0	
51200	Remscheid, Stadt	2	0	
51220	Solingen, Stadt	2	0	
51240	Wuppertal, Stadt	1	0	
51540	Kleve	5	0	
51580	Mettmann	2	0	
51620	Rhein-Kreis Neuss	2	0	
51660	Viersen	2	0	
51700	Wesel	6	0	
53140	Bonn, Stadt	1	0	
53150	Köln, Stadt	1	0	
53160	Leverkusen, Stadt	2	0	
53340	Städteregion Aachen	2	0	
53580	Düren	3	0	
53620	Rhein-Erft-Kreis	2	0	
53660	Euskirchen	4	0	
53700	Heinsberg	4	0	
53740	Oberbergischer Kreis	5	0	
53780	Rheinisch-Bergischer Kreis	2	0	
53820	Rhein-Sieg-Kreis	4	0	
KV Hessen				
64110	Darmstadt, Stadt	1	0	
64120	Frankfurt am Main, Stadt	1	0	
64130	Offenbach am Main, Stadt	2	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
64140	Wiesbaden, Landeshauptstadt	1	0	
64310	Bergstraße	3	0	
64320	Darmstadt-Dieburg	3	0	
64330	Groß-Gerau	2	0	
64340	Hochtaunuskreis	2	0	
64350	Main-Kinzig-Kreis	4	0	
64360	Main-Taunus-Kreis	2	0	
64370	Odenwaldkreis	4	0	
64380	Offenbach	2	0	
64390	Rheingau-Taunus-Kreis	3	0	
64400	Wetteraukreis	4	0	
65310	Gießen	5	0	
65320	Lahn-Dill-Kreis	5	0	
65330	Limburg-Weilburg	4	0	
65340	Marburg-Biedenkopf	5	0	
65350	Vogelsbergkreis	5	0	
66110	Kassel, Stadt	1	0	
66310	Fulda	5	0	
66320	Hersfeld-Rotenburg	5	0	
66330	Kassel	3	0	
66340	Schwalm-Eder-Kreis	4	0	
66350	Waldeck-Frankenberg	5	0	
66360	Werra-Meißner-Kreis	5	0	
KV Rheinland-Pfalz				
71110	Koblenz, Stadt	1	0	
71310	Ahrweiler	4	0	
71320	Altenkirchen (Westerwald)	5	0	
71330	Bad Kreuznach	5	0	
71340	Birkenfeld	5	0	
71350	Cochem-Zell	4	0	
71370	Mayen-Koblenz	4	0	
71380	Neuwied	4	0	
71400	Rhein-Hunsrück-Kreis	4	0	
71410	Rhein-Lahn-Kreis	4	0	
71430	Westerwaldkreis	5	0	
72110	Trier, Stadt	1	0	
72310	Bernkastel-Wittlich	5	0	
72320	Eifelkreis Bitburg-Prüm	5	0	
72330	Vulkaneifel	5	0	
72350	Trier-Saarburg	3	0	
73140	Ludwigshafen am Rhein, Stadt	1	0	
73150	Mainz, Stadt	1	0	
73310	Alzey-Worms/Worms	3	1	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
73320	Bad Dürkheim/Neustadt	3	1	
73330	Donnersbergkreis	5	0	
73340	Germersheim	3	0	
73350	Kreis u. Stadt Kaiserslautern	5	1	
73360	Kusel	5	0	
73370	Südliche Weinstraße/Landau	4	1	
73380	Rhein-Pfalz-Kreis/Frankenthal/Speyer	2	1	
73390	Mainz-Bingen	3	0	
73400	Südwestpfalz/Pirmasens/Zweibrücken	5	1	
KV Baden-Württemberg				
81110	Stuttgart, Landeshauptstadt	1	0	
81150	Böblingen	2	0	
81160	Esslingen	2	0	
81170	Göppingen	4	0	
81180	Ludwigsburg	2	0	
81190	Rems-Murr-Kreis	2	0	
81210	Heilbronn, Stadt	1	0	
81250	Heilbronn	3	0	
81260	Hohenlohekreis	5	0	
81270	Schwäbisch Hall	5	0	
81280	Main-Tauber-Kreis	5	0	
81350	Heidenheim	5	0	
81360	Ostalbkreis	5	0	
82120	Karlsruhe, Stadt	1	0	
82150	Karlsruhe	4	0	
82160	Rastatt/Baden-Baden	4	1	
82210	Heidelberg, Stadt	1	0	
82220	Mannheim, Universitätsstadt	1	0	
82250	Neckar-Odenwald-Kreis	5	0	
82260	Rhein-Neckar-Kreis	2	0	
82310	Pforzheim, Stadt	1	0	
82350	Calw	4	0	
82360	Enzkreis	3	0	
82370	Freudenstadt	5	0	
83110	Freiburg im Breisgau, Stadt	1	0	
83150	Breisgau-Hochschwarzwald	4	0	
83160	Emmendingen	4	0	
83170	Ortenaukreis	5	0	
83250	Rottweil	5	0	
83260	Schwarzwald-Baar-Kreis	5	0	
83270	Tuttlingen	5	0	
83350	Konstanz	5	0	
83360	Lörrach	5	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
83370	Waldshut	5	0	
84150	Reutlingen	2	0	
84160	Tübingen	4	0	
84170	Zollernalbkreis	5	0	
84210	Ulm, Universitätsstadt	1	0	
84250	Alb-Donau-Kreis	3	0	
84260	Biberach	5	0	
84350	Bodenseekreis	5	0	
84360	Ravensburg	5	0	
84370	Sigmaringen	5	0	
KV Bayerns				
91610	Ingolstadt, Stadt	1	0	
91620	München, Landeshauptstadt	1	0	
91710	Altötting	5	0	
91720	Berchtesgadener Land	5	0	
91730	Bad Tölz-Wolfratshausen	4	0	
91740	Dachau	3	0	
91750	Ebersberg	3	0	
91760	Eichstätt	3	0	
91770	Erding	3	0	
91780	Freising	3	0	
91790	Fürstenfeldbruck	2	0	
91800	Garmisch-Partenkirchen	5	0	
91810	Landsberg a. Lech	4	0	
91820	Miesbach	4	0	
91830	Mühldorf a. Inn	5	0	
91840	München	2	0	
91850	Neuburg-Schrobenhausen	4	0	
91860	Pfaffenhofen a. d. Ilm	3	0	
91870	Kreis u. Stadt Rosenheim	5	1	
91880	Starnberg	3	0	
91890	Traunstein	5	0	
91900	Weilheim-Schongau	4	0	
92710	Deggendorf	5	0	
92720	Freyung-Grafenau	5	0	
92730	Kelheim	4	0	
92740	Kreis u. Stadt Landshut	5	1	
92750	Kreis u. Stadt Passau	5	1	
92760	Regen	5	0	
92770	Rottal-Inn	5	0	
92780	Straubing-Bogen/Straubing	5	1	
92790	Dingolfing-Landau	5	0	
93620	Regensburg, Stadt	1	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
93710	Amberg-Sulzbach/Amberg	5	1	
93720	Cham	5	0	
93730	Neumarkt i.d.Opf.	4	0	
93740	Neustadt a.d.Waldnaab/Weiden	5	1	
93750	Regensburg	3	0	
93760	Schwandorf	5	0	
93770	Tirschenreuth	5	0	
94710	Kreis u. Stadt Bamberg	5	1	
94720	Kreis u. Stadt Bayreuth	5	1	
94730	Kreis u. Stadt Coburg	5	1	
94740	Forchheim	3	0	
94750	Kreis u. Stadt Hof	5	1	
94760	Kronach	5	0	
94770	Kulmbach	5	0	
94780	Lichtenfels	5	0	
94790	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	5	0	
95620	Erlangen, Stadt	2	0	
95630	Fürth, Stadt	2	0	
95640	Nürnberg, Stadt	1	0	
95710	Kreis u. Stadt Ansbach	5	1	
95720	Erlangen-Höchstadt	3	0	
95730	Fürth	2	0	
95740	Nürnberger Land	4	0	
95750	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	4	0	
95760	Roth/Schwabach	4	1	
95770	Weißenburg-Gunzenhausen	5	0	
96630	Würzburg, Stadt	1	0	
96710	Kreis u. Stadt Aschaffenburg	2	1	
96720	Bad Kissingen	5	0	
96730	Rhön-Grabfeld	5	0	
96740	Haßberge	5	0	
96750	Kitzingen	4	0	
96760	Miltenberg	4	0	
96770	Main-Spessart	4	0	
96780	Kreis und Stadt Schweinfurt	5	1	
96790	Würzburg	3	0	
97610	Augsburg, Stadt	1	0	
97710	Aichach-Friedberg	3	0	
97720	Augsburg	3	0	
97730	Dillingen a.d.Donau	5	0	
97740	Günzburg	5	0	
97750	Neu-Ulm	2	0	
97760	Lindau (Bodensee)	5	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
97770	Ostallgäu/Kaufbeuren	5	1	
97780	Unterallgäu/Memmingen	5	1	
97790	Donau-Ries	5	0	
97800	Oberallgäu/Kempton	5	1	
KV Berlin				
110000	Berlin, Stadt	1	0	
KV Saarland				
100410	Regionalverband Saarbrücken	1	0	
100420	Merzig-Wadern	4	0	
100430	Neunkirchen	2	0	
100440	Saarlouis	3	0	
100450	Saar-Pfalz-Kreis	4	0	
100460	Sankt Wendel	4	0	
KV Mecklenburg-Vorpommern				
130030	Rostock, Hansestadt	1	0	
130580	Nordwestmecklenburg/Schwerin	4	1	
130710	Mecklenburgische Seenplatte	5	0	
130720	Landkreis Rostock	4	0	
130730	Vorpommern-Rügen	5	0	
130750	Vorpommern-Greifswald	5	0	
130760	Ludwigslust-Parchim	5	0	inkl. Amt Neuhaus
KV Brandenburg				
120540	Potsdam, Stadt	1	0	
120600	Barnim	4	0	
120610	Dahme-Spreewald	5	0	
120620	Elbe-Elster	5	0	
120630	Havelland	4	0	
120640	Märkisch-Oderland	5	0	
120650	Oberhavel	3	0	
120660	Oberspreewald-Lausitz	5	0	
120670	Oder-Spree/Frankfurt	5	1	
120680	Ostprignitz-Ruppin	5	0	
120690	Potsdam-Mittelmark/Brandenburg	4	1	
120700	Prignitz	5	0	
120710	Spree-Neiße/Cottbus	5	1	
120720	Teltow-Fläming	4	0	
120730	Uckermark	5	0	
KV Sachsen-Anhalt				
150020	Halle (Saale), Stadt	1	0	
150030	Magdeburg, Landeshauptstadt	1	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
150810	Altmarkkreis Salzwedel	5	0	
150820	Anhalt-Bitterfeld/Dessau-Roßlau	4	1	
150830	Börde	4	0	
150840	Burgenlandkreis	4	0	
150850	Harz	5	0	
150860	Jerichower Land	4	0	
150870	Mansfeld-Südharz	5	0	
150880	Saalekreis	4	0	
150890	Salzlandkreis	4	0	
150900	Stendal	5	0	
150910	Wittenberg	5	0	
KV Thüringen				
160510	Erfurt, Stadt	1	0	
160530	Jena, Stadt	1	0	
160610	Eichsfeld	4	0	
160620	Nordhausen	5	0	
160630	Wartburgkreis/Eisenach	5	1	
160640	Unstrut-Hainich-Kreis	5	0	
160650	Kyffhäuserkreis	5	0	
160660	Schmalkalden-Meiningen/Suhl	5	1	
160670	Gotha	5	0	
160680	Sömmerda	4	0	
160690	Hildburghausen	5	0	
160700	Ilm-Kreis	4	0	
160710	Weimarer Land/Weimar	4	1	
160720	Sonneberg	5	0	
160730	Saalfeld-Rudolstadt	5	0	
160740	Saale-Holzland-Kreis	4	0	
160750	Saale-Orla-Kreis	5	0	
160760	Greiz/Gera	5	1	
160770	Altenburger Land	5	0	
KV Sachsen				
145110	Chemnitz, Stadt	1	0	
145210	Erzgebirgskreis	4	0	
145220	Mittelsachsen	4	0	
145230	Vogtlandkreis	5	0	
145240	Zwickau	5	0	
146120	Dresden, Stadt	1	0	
146250	Bautzen	5	0	
146260	Görlitz	5	0	
146270	Meißen	5	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
146280	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	4	0	
147130	Leipzig, Stadt	1	0	
147290	Leipzig	4	0	
147300	Nordsachsen	4	0	

* Kennzeichen Kreisregion (1=ja)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 3.3 Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen nach § 13 Abs. 3 in der Abgrenzung des BBSR

(Gebietsstand: 31.12.2017)

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
KV Schleswig-Holstein				
101	Schleswig-Holstein Mitte	1002	Kiel	
101	Schleswig-Holstein Mitte	1004	Neumünster	
101	Schleswig-Holstein Mitte	1057	Plön	
101	Schleswig-Holstein Mitte	1058	Rendsburg-Eckernförde	
102	Schleswig-Holstein Nord	1001	Flensburg	
102	Schleswig-Holstein Nord	1054	Nordfriesland	
102	Schleswig-Holstein Nord	1059	Schleswig-Flensburg	
103	Schleswig-Holstein Ost	1003	Lübeck	
103	Schleswig-Holstein Ost	1055	Ostholstein	
104	Schleswig-Holstein Süd	1053	Herzogtum Lauenburg	
104	Schleswig-Holstein Süd	1056	Pinneberg	
104	Schleswig-Holstein Süd	1060	Segeberg	
104	Schleswig-Holstein Süd	1062	Stormarn	
105	Schleswig-Holstein Süd-West	1051	Dithmarschen	
105	Schleswig-Holstein Süd-West	1061	Steinburg	
ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
KV Hamburg				
201	Hamburg	2000	Hamburg	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
KV Bremen				
401	Bremen	4011	Bremen	
24000	Bremerhaven_HB	4012	Bremerhaven	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen
KV Niedersachsen				
301	Braunschweig	3101	Braunschweig	
301	Braunschweig	3102	Salzgitter	
301	Braunschweig	3103	Wolfsburg	
301	Braunschweig	3151	Gifhorn	
301	Braunschweig	3153	Goslar	
301	Braunschweig	3154	Helmstedt	
301	Braunschweig	3157	Peine	
301	Braunschweig	3158	Wolfenbüttel	
302	Bremen-Umland	3251	Diepholz	
302	Bremen-Umland	3356	Osterholz	
302	Bremen-Umland	3361	Verden	
302	Bremen-Umland	3401	Delmenhorst	
304	Emsland	3454	Emsland	
304	Emsland	3456	Grafschaft Bentheim	
305	Göttingen	3152	Göttingen	
305	Göttingen	3155	Northeim	
305	Göttingen	3255	Holzminden	
306	Hamburg-Umland-Süd	3353	Harburg	
306	Hamburg-Umland-Süd	3357	Rotenburg	
306	Hamburg-Umland-Süd	3359	Stade	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
307	Hannover	3241	Region Hannover	
307	Hannover	3256	Nienburg	
307	Hannover	3257	Schaumburg	
308	Hildesheim	3252	HamelN-Pyrmont	
308	Hildesheim	3254	Hildesheim	
310	Oldenburg	3403	Oldenburg	
310	Oldenburg	3451	Ammerland	
310	Oldenburg	3453	Cloppenburg	
310	Oldenburg	3458	Oldenburg	
311	Osnabrück	3404	Osnabrück	
311	Osnabrück	3459	Osnabrück	
311	Osnabrück	3460	Vechta	
312	Ost-Friesland	3402	Emden	
312	Ost-Friesland	3405	Wilhelmshaven	
312	Ost-Friesland	3452	Aurich	
312	Ost-Friesland	3455	Friesland	
312	Ost-Friesland	3457	Leer	
312	Ost-Friesland	3462	Wittmund	
313	Südheide	3351	Celle	
313	Südheide	3358	Heidekreis	
23000	Bremerhaven_NS	3352	Cuxhaven	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
23000	Bremerhaven_NS	3461	Wesermarsch	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen
23001	Lüneburg	3354	Lüchow-Dannenberg	
23001	Lüneburg	3355	Lüneburg	exkl. Amt Neuhaus
23001	Lüneburg	3360	Uelzen	
KV Westfalen-Lippe				
502	Arnsberg	5958	Hochsauerlandkreis	
502	Arnsberg	5974	Soest	
503	Bielefeld	5711	Bielefeld	
503	Bielefeld	5754	Gütersloh	
503	Bielefeld	5758	Herford	
503	Bielefeld	5766	Lippe	
503	Bielefeld	5770	Minden-Lübbecke	
504	Bochum/Hagen	5911	Bochum	
504	Bochum/Hagen	5914	Hagen	
504	Bochum/Hagen	5916	Herne	
504	Bochum/Hagen	5954	Ennepe-Ruhr-Kreis	
504	Bochum/Hagen	5962	Märkischer Kreis	
506	Dortmund	5913	Dortmund	
506	Dortmund	5915	Hamm	
506	Dortmund	5978	Unna	
509	Emscher-Lippe	5512	Bottrop	
509	Emscher-Lippe	5513	Gelsenkirchen	
509	Emscher-Lippe	5562	Recklinghausen	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
511	Münster	5515	Münster	
511	Münster	5554	Borken	
511	Münster	5558	Coesfeld	
511	Münster	5566	Steinfurt	
511	Münster	5570	Warendorf	
512	Paderborn	5762	Höxter	
512	Paderborn	5774	Paderborn	
513	Siegen	5966	Olpe	
513	Siegen	5970	Siegen-Wittgenstein	
KV Nordrhein				
501	Aachen	5334	Städteregion Aachen	
501	Aachen	5358	Düren	
501	Aachen	5366	Euskirchen	
501	Aachen	5370	Heinsberg	
505	Bonn	5314	Bonn	
505	Bonn	5382	Rhein-Sieg-Kreis	
507	Duisburg/Essen	5112	Duisburg	
507	Duisburg/Essen	5113	Essen	
507	Duisburg/Essen	5117	Mülheim a.d.R.	
507	Duisburg/Essen	5119	Oberhausen	
507	Duisburg/Essen	5154	Kleve	
507	Duisburg/Essen	5170	Wesel	
508	Düsseldorf	5111	Düsseldorf	
508	Düsseldorf	5114	Krefeld	
508	Düsseldorf	5116	Mönchengladbach	
508	Düsseldorf	5120	Remscheid	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
508	Düsseldorf	5122	Solingen	
508	Düsseldorf	5124	Wuppertal	
508	Düsseldorf	5158	Mettmann	
508	Düsseldorf	5162	Rhein-Kreis Neuss	
508	Düsseldorf	5166	Viersen	
510	Köln	5315	Köln	
510	Köln	5316	Leverkusen	
510	Köln	5362	Rhein-Erft-Kreis	
510	Köln	5374	Oberbergischer Kreis	
510	Köln	5378	Rheinisch-Bergischer Kreis	
KV Hessen				
601	Mittelhessen	6531	Gießen	
601	Mittelhessen	6532	Lahn-Dill-Kreis	
601	Mittelhessen	6533	Limburg-Weilburg	
601	Mittelhessen	6534	Marburg-Biedenkopf	
601	Mittelhessen	6535	Vogelsbergkreis	
602	Nordhessen	6611	Kassel	
602	Nordhessen	6633	Kassel	
602	Nordhessen	6634	Schwalm-Eder-Kreis	
602	Nordhessen	6635	Waldeck-Frankenberg	
602	Nordhessen	6636	Werra-Meißner-Kreis	
603	Osthessen	6631	Fulda	
603	Osthessen	6632	Hersfeld-Rotenburg	
604	Rhein-Main	6412	Frankfurt a.M.	
604	Rhein-Main	6413	Offenbach a.M.	
604	Rhein-Main	6414	Wiesbaden	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
604	Rhein-Main	6434	Hochtaunuskreis	
604	Rhein-Main	6435	Main-Kinzig-Kreis	
604	Rhein-Main	6436	Main-Taunus-Kreis	
604	Rhein-Main	6438	Offenbach	
604	Rhein-Main	6439	Rheingau-Taunus-Kreis	
604	Rhein-Main	6440	Wetteraukreis	
605	Starkenburg	6411	Darmstadt	
605	Starkenburg	6431	Bergstraße	
605	Starkenburg	6432	Darmstadt-Dieburg	
605	Starkenburg	6433	Groß-Gerau	
605	Starkenburg	6437	Odenwaldkreis	
KV Rheinland-Pfalz				
701	Mittelrhein-Westerwald	7111	Koblenz	
701	Mittelrhein-Westerwald	7131	Ahrweiler	
701	Mittelrhein-Westerwald	7132	Altenkirchen	
701	Mittelrhein-Westerwald	7135	Cochem-Zell	
701	Mittelrhein-Westerwald	7137	Mayen-Koblenz	
701	Mittelrhein-Westerwald	7138	Neuwied	
701	Mittelrhein-Westerwald	7140	Rhein-Hunsrück-Kreis	
701	Mittelrhein-Westerwald	7141	Rhein-Lahn-Kreis	
701	Mittelrhein-Westerwald	7143	Westerwaldkreis	
702	Rheinhessen-Nahe	7133	Bad Kreuznach	
702	Rheinhessen-Nahe	7134	Birkenfeld	
702	Rheinhessen-Nahe	7315	Mainz	
702	Rheinhessen-Nahe	7319	Worms	
702	Rheinhessen-Nahe	7331	Alzey-Worms	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
702	Rheinhessen-Nahe	7339	Mainz-Bingen	
703	Rheinpfalz	7311	Frankenthal	
703	Rheinpfalz	7313	Landau i.d.P.	
703	Rheinpfalz	7314	Ludwigshafen	
703	Rheinpfalz	7316	Neustadt an der Weinstraße	
703	Rheinpfalz	7318	Speyer	
703	Rheinpfalz	7332	Bad Dürkheim	
703	Rheinpfalz	7334	Germersheim	
703	Rheinpfalz	7337	Südliche Weinstraße	
703	Rheinpfalz	7338	Rhein-Pfalz-Kreis	
704	Trier	7211	Trier	
704	Trier	7231	Bernkastel-Wittlich	
704	Trier	7232	Eifelkreis Bitburg-Prüm	
704	Trier	7233	Vulkaneifel	
704	Trier	7235	Trier-Saarburg	
705	Westpfalz	7312	Kaiserslautern	
705	Westpfalz	7317	Pirmasens	
705	Westpfalz	7320	Zweibrücken	
705	Westpfalz	7333	Donnersbergkreis	
705	Westpfalz	7335	Kaiserslautern	
705	Westpfalz	7336	Kusel	
705	Westpfalz	7340	Südwestpfalz	
KV Baden-Württemberg				
801	Bodensee-Oberschwaben	8435	Bodenseekreis	
801	Bodensee-Oberschwaben	8436	Ravensburg	
801	Bodensee-Oberschwaben	8437	Sigmaringen	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
802	Donau-Iller (BW)	8421	Ulm	
802	Donau-Iller (BW)	8425	Alb-Donau-Kreis	
802	Donau-Iller (BW)	8426	Biberach	
803	Franken	8121	Heilbronn	
803	Franken	8125	Heilbronn	
803	Franken	8126	Hohenlohekreis	
803	Franken	8127	Schwäbisch Hall	
803	Franken	8128	Main-Tauber-Kreis	
804	Hochrhein-Bodensee	8335	Konstanz	
804	Hochrhein-Bodensee	8336	Lörrach	
804	Hochrhein-Bodensee	8337	Waldshut	
805	Mittlerer Oberrhein	8211	Baden-Baden	
805	Mittlerer Oberrhein	8212	Karlsruhe	
805	Mittlerer Oberrhein	8215	Karlsruhe	
805	Mittlerer Oberrhein	8216	Rastatt	
806	Neckar-Alb	8415	Reutlingen	
806	Neckar-Alb	8416	Tübingen	
806	Neckar-Alb	8417	Zollernalbkreis	
807	Nordschwarzwald	8231	Pforzheim	
807	Nordschwarzwald	8235	Calw	
807	Nordschwarzwald	8236	Enzkreis	
807	Nordschwarzwald	8237	Freudenstadt	
808	Ostwürttemberg	8135	Heidenheim	
808	Ostwürttemberg	8136	Ostalbkreis	
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8325	Rottweil	
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8326	Schwarzwald-Baar-Kreis	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8327	Tuttlingen	
810	Stuttgart	8111	Stuttgart	
810	Stuttgart	8115	Böblingen	
810	Stuttgart	8116	Esslingen	
810	Stuttgart	8117	Göppingen	
810	Stuttgart	8118	Ludwigsburg	
810	Stuttgart	8119	Rems-Murr-Kreis	
811	Südlicher Oberrhein	8311	Freiburg im Breisgau	
811	Südlicher Oberrhein	8315	Breisgau-Hochschwarzwald	
811	Südlicher Oberrhein	8316	Emmendingen	
811	Südlicher Oberrhein	8317	Ortenaukreis	
812	Unterer Neckar	8221	Heidelberg	
812	Unterer Neckar	8222	Mannheim	
812	Unterer Neckar	8225	Neckar-Odenwald-Kreis	
812	Unterer Neckar	8226	Rhein-Neckar-Kreis	
KV Bayerns				
901	Allgäu	9762	Kaufbeuren	
901	Allgäu	9763	Kempten	
901	Allgäu	9776	Lindau	
901	Allgäu	9777	Ostallgäu	
901	Allgäu	9780	Oberallgäu	
902	Augsburg	9761	Augsburg	
902	Augsburg	9771	Aichach-Friedberg	
902	Augsburg	9772	Augsburg	
902	Augsburg	9773	Dillingen a.d.Donau	
902	Augsburg	9779	Donau-Ries	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
903	Bayerischer Untermain	9661	Aschaffenburg	
903	Bayerischer Untermain	9671	Aschaffenburg	
903	Bayerischer Untermain	9676	Miltenberg	
904	Donau-Iller (BY)	9764	Memmingen	
904	Donau-Iller (BY)	9774	Günzburg	
904	Donau-Iller (BY)	9775	Neu-Ulm	
904	Donau-Iller (BY)	9778	Unterallgäu	
905	Donau-Wald	9262	Passau	
905	Donau-Wald	9263	Straubing	
905	Donau-Wald	9271	Deggendorf	
905	Donau-Wald	9272	Freyung-Grafenau	
905	Donau-Wald	9275	Passau	
905	Donau-Wald	9276	Regen	
905	Donau-Wald	9278	Straubing-Bogen	
906	Industrieregion Mittelfranken	9562	Erlangen	
906	Industrieregion Mittelfranken	9563	Fürth	
906	Industrieregion Mittelfranken	9564	Nürnberg	
906	Industrieregion Mittelfranken	9565	Schwabach	
906	Industrieregion Mittelfranken	9572	Erlangen-Höchstadt	
906	Industrieregion Mittelfranken	9573	Fürth	
906	Industrieregion Mittelfranken	9574	Nürnberger Land	
906	Industrieregion Mittelfranken	9576	Roth	
907	Ingolstadt	9161	Ingolstadt	
907	Ingolstadt	9176	Eichstätt	
907	Ingolstadt	9185	Neuburg-Schrobenhausen	
907	Ingolstadt	9186	Pfaffenhofen a.d.Ilm	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
908	Landshut	9261	Landshut	
908	Landshut	9274	Landshut	
908	Landshut	9277	Rottal-Inn	
908	Landshut	9279	Dingolfing-Landau	
909	Main-Rhön	9662	Schweinfurt	
909	Main-Rhön	9672	Bad Kissingen	
909	Main-Rhön	9673	Rhön-Grabfeld	
909	Main-Rhön	9674	Haßberge	
909	Main-Rhön	9678	Schweinfurt	
910	München	9162	München	
910	München	9174	Dachau	
910	München	9175	Ebersberg	
910	München	9177	Erding	
910	München	9178	Freising	
910	München	9179	Fürstenfeldbruck	
910	München	9181	Landsberg am Lech	
910	München	9184	München	
910	München	9188	Starnberg	
911	Oberfranken-Ost	9462	Bayreuth	
911	Oberfranken-Ost	9464	Hof	
911	Oberfranken-Ost	9472	Bayreuth	
911	Oberfranken-Ost	9475	Hof	
911	Oberfranken-Ost	9477	Kulmbach	
911	Oberfranken-Ost	9479	Wunsiedel i.F.	
912	Oberfranken-West	9461	Bamberg	
912	Oberfranken-West	9463	Coburg	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
912	Oberfranken-West	9471	Bamberg	
912	Oberfranken-West	9473	Coburg	
912	Oberfranken-West	9474	Forchheim	
912	Oberfranken-West	9476	Kronach	
912	Oberfranken-West	9478	Lichtenfels	
913	Oberland	9173	Bad Tölz-Wolfratshausen	
913	Oberland	9180	Garmisch-Partenkirchen	
913	Oberland	9182	Miesbach	
913	Oberland	9190	Weilheim-Schongau	
914	Oberpfalz-Nord	9361	Amberg	
914	Oberpfalz-Nord	9363	Weiden i.d.OPf.	
914	Oberpfalz-Nord	9371	Amberg-Weizsach	
914	Oberpfalz-Nord	9374	Neustadt a.d.W.	
914	Oberpfalz-Nord	9376	Schwandorf	
914	Oberpfalz-Nord	9377	Tirschenreuth	
915	Regensburg	9273	Kelheim	
915	Regensburg	9362	Regensburg	
915	Regensburg	9372	Cham	
915	Regensburg	9373	Neumarkt i.d.OPf.	
915	Regensburg	9375	Regensburg	
916	Südostoberbayern	9163	Rosenheim	
916	Südostoberbayern	9171	Altötting	
916	Südostoberbayern	9172	Berchtesgadener Land	
916	Südostoberbayern	9183	Mühldorf a.Inn	
916	Südostoberbayern	9187	Rosenheim	
916	Südostoberbayern	9189	Traunstein	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
917	Westmittelfranken	9561	Ansbach	
917	Westmittelfranken	9571	Ansbach	
917	Westmittelfranken	9575	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	
917	Westmittelfranken	9577	Weißenburg-Gunzenhausen	
918	Würzburg	9663	Würzburg	
918	Würzburg	9675	Kitzingen	
918	Würzburg	9677	Main-Spessart	
918	Würzburg	9679	Würzburg	
KV Berlin				
1101	Berlin	11000	Berlin	
KV Saarland				
1001	Saar	10041	RV Saarbrücken	
1001	Saar	10042	Merzig-Wadern	
1001	Saar	10043	Neunkirchen	
1001	Saar	10044	Saarlouis	
1001	Saar	10045	Saarpfalz-Kreis	
1001	Saar	10046	St. Wendel	
KV Mecklenburg-Vorpommern				
1301	Mecklenburgische Seenplatte	13071	Mecklenburgische Seenplatte	
1302	Mittleres Mecklenburg/Rostock	13003	Rostock	
1302	Mittleres Mecklenburg/Rostock	13072	Landkreis Rostock	
1303	Vorpommern	13073	Vorpommern-Rügen	
1303	Vorpommern	13075	Vorpommern-Greifswald	
33000	Westmecklenburg	13004	Schwerin	
33000	Westmecklenburg	13074	Nordwestmecklenburg	
33000	Westmecklenburg	13076	Ludwigslust-Parchim	inkl. Amt Neuhaus

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
KV Brandenburg				
1201	Havelland-Fläming	12051	Brandenburg a.d.H.	
1201	Havelland-Fläming	12054	Potsdam	
1201	Havelland-Fläming	12063	Havelland	
1201	Havelland-Fläming	12069	Potsdam-Mittelmark	
1201	Havelland-Fläming	12072	Teltow-Fläming	
1202	Lausitz-Spreewald	12052	Cottbus	
1202	Lausitz-Spreewald	12061	Dahme-Spreewald	
1202	Lausitz-Spreewald	12062	Elbe-Elster	
1202	Lausitz-Spreewald	12066	Oberspreewald-Lausitz	
1202	Lausitz-Spreewald	12071	Spree-Neiße	
1203	Oderland-Spree	12053	Frankfurt	
1203	Oderland-Spree	12064	Märkisch-Oderland	
1203	Oderland-Spree	12067	Oder-Spree	
1204	Prignitz-Oberhavel	12065	Oberhavel	
1204	Prignitz-Oberhavel	12068	Ostprignitz-Ruppin	
1204	Prignitz-Oberhavel	12070	Prignitz	
1205	Uckermark-Barnim	12060	Barnim	
1205	Uckermark-Barnim	12073	Uckermark	
KV Sachsen-Anhalt				
1501	Altmark	15081	Altmarkkreis Salzwedel	
1501	Altmark	15090	Stendal	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15001	Dessau-Roßlau	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15082	Anhalt-Bitterfeld	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15091	Wittenberg	
1503	Halle/S.	15002	Halle	

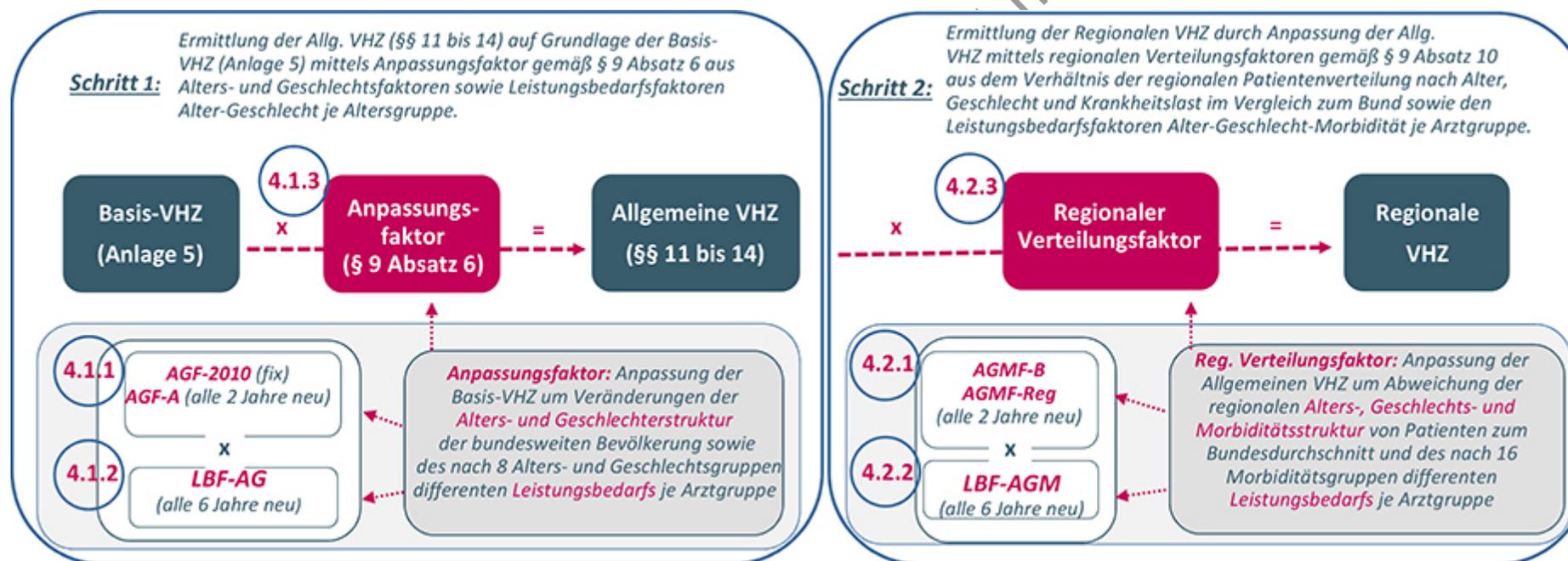
ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1503	Halle/S.	15084	Burgenlandkreis	
1503	Halle/S.	15087	Mansfeld-Südharz	
1503	Halle/S.	15088	Saalekreis	
1504	Magdeburg	15003	Magdeburg	
1504	Magdeburg	15083	Börde	
1504	Magdeburg	15085	Harz	
1504	Magdeburg	15086	Jerichower Land	
1504	Magdeburg	15089	Salzlandkreis	
KV Thüringen				
1601	Mittelthüringen	16051	Erfurt	
1601	Mittelthüringen	16055	Weimar	
1601	Mittelthüringen	16067	Gotha	
1601	Mittelthüringen	16068	Sömmerda	
1601	Mittelthüringen	16070	Ilm-Kreis	
1601	Mittelthüringen	16071	Weimarer Land	
1602	Nordthüringen	16061	Eichsfeld	
1602	Nordthüringen	16062	Nordhausen	
1602	Nordthüringen	16064	Unstrut-Hainich-Kreis	
1602	Nordthüringen	16065	Kyffhäuserkreis	
1603	Ostthüringen	16052	Gera	
1603	Ostthüringen	16053	Jena	
1603	Ostthüringen	16073	Saalfeld-Rudolstadt	
1603	Ostthüringen	16074	Saale-Holzland-Kreis	
1603	Ostthüringen	16075	Saale-Orla-Kreis	
1603	Ostthüringen	16076	Greiz	
1603	Ostthüringen	16077	Altenburger Land	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1604	Südthüringen	16054	Suhl	
1604	Südthüringen	16056	Eisenach	
1604	Südthüringen	16063	Wartburgkreis	
1604	Südthüringen	16066	Schmalkalden-Meiningen	
1604	Südthüringen	16069	Hildburghausen	
1604	Südthüringen	16072	Sonneberg	
KV Sachsen				
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14612	Dresden	
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14627	Meißen	
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14628	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	
1402	Oberlausitz-Niederschlesien	14625	Bautzen	
1402	Oberlausitz-Niederschlesien	14626	Görlitz	
1403	Südsachsen	14511	Chemnitz	
1403	Südsachsen	14521	Erzgebirgskreis	
1403	Südsachsen	14522	Mittelsachsen	
1403	Südsachsen	14523	Vogtlandkreis	
1403	Südsachsen	14524	Zwickau	
1404	Westsachsen	14713	Leipzig	
1404	Westsachsen	14729	Leipzig	
1404	Westsachsen	14730	Nordsachsen	

Anlage 4 Morbiditätsfaktor

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

Die Anpassung der Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten:



Abkürzungsverzeichnis

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

Hinweis

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

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

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

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

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

a) **Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtstfaktoren zum Referenzzeitpunkt 2010 (AGF-2010)**

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

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

gelten folgende AGF-2010 des Referenzjahres 2010:

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

Stichtag Bevölkerung: 31. Dezember 2010

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

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

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

Die AGF-A ergeben sich auf Grundlage der Formel

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

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

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

Stichtag Bevölkerung: 31. Dezember 2021

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Für eine möglichst genaue regionale Bedarfsermittlung wird die in den einzelnen Alters- und Geschlechtergruppen differierende Krankheitslast herangezogen. Dazu werden auf Grundlage der KBV-Abrechnungsdaten des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) die Patienten nach vier Alters- und zwei Geschlechtsfaktoren, zudem nach dem Morbiditätsgrad „erhöht morbide“ / „nicht erhöht morbide“, in sechzehn Morbiditätsgruppen eingeteilt. Zur Identifikation der erhöht morbiden Patienten werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA) der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV (a. F.) (Vollmodell) für das maßgebliche Ausgleichsjahr (erstmalig 2017) herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr mindestens sechs Krankheiten der BVA-Liste aufgetreten sind. Eine Krankheit liegt vor, wenn mindestens eine gesicherte Diagnose (ICD Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste der jeweiligen Krankheit zugeordnet wird, in den ambulanten Abrechnungsdaten in mindestens zwei Quartalen (sogenanntes "M2Q-Kriterium") kodiert wurde².

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

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

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

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

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

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

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

Stichtag: 31. Dezember 2021

Quelle: KBV-Abrechnungsdaten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Hausärzte

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

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

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

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

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

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

$$((0,34 \times 0,469) + (1,03 \times 1,528) + (7,22 \times 1,823) + (3,83 \times 2,419) + (0,32 \times 0,692) + (2,17 \times 1,408) + (9,77 \times 1,718) + (6,01 \times 2,616) + (9,06 \times 0,247) + (13,05 \times 0,555) + (10,28 \times 0,814) + (1,15 \times 1,114) + (8,72 \times 0,259) + (14,12 \times 0,551) + (11,18 \times 0,773) + (1,76 \times 1,321)) /$$

$$((0,23 \times 0,469) + (1,41 \times 1,528) + (8,08 \times 1,823) + (6,07 \times 2,419) + (0,29 \times 0,692) + (2,49 \times 1,408) + (12,39 \times 1,718) + (9,95 \times 2,616) + (6,85 \times 0,247) + (9,24 \times 0,555) + (10,07 \times 0,814) + (1,75 \times 1,114) + (6,96 \times 0,259) + (10,00 \times 0,551) + (11,27 \times 0,773) + (2,95 \times 1,321)) = 0,83689^6$$

⁵ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

⁶ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

1.2.2 Berechnung der regionalen Verhältniszahl

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

1.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

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

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

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

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

⁷ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

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

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

2. Frauenärzte

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

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

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

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

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

2.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

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

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

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

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

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

¹¹ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

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

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

2.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

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

2.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

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

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

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

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

¹² Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

¹³ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

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

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

3. Kinder- und Jugendärzte

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

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

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

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

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

3.1.2 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-VHZ (gemäß Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: $2\,044 \times 0,99993 = 2\,043^{17}$

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

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

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

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

¹⁷ Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

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

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

3.2.2 Berechnung der Regionalen Verhältniszahl

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

3.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

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

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

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

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

¹⁸ Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

¹⁹ Die Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

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

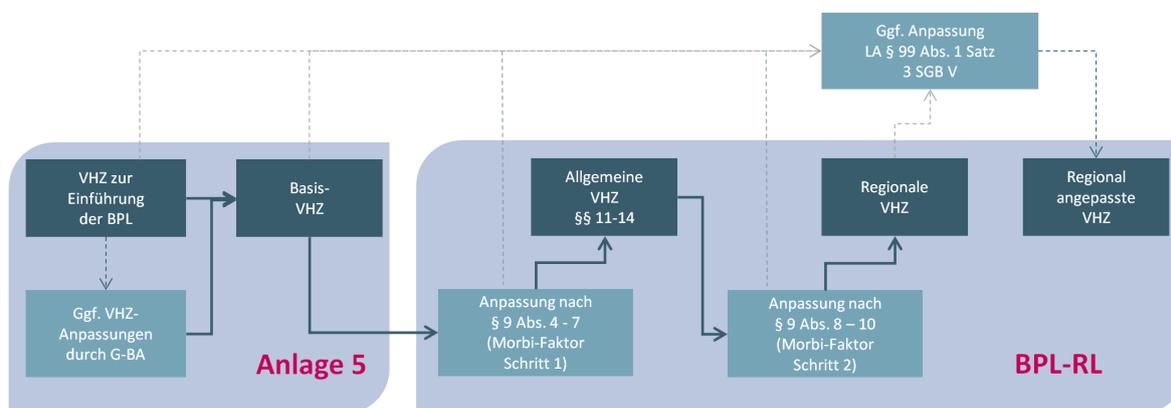
²¹ Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

Anlage 5 Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen

§ 1

Generelle Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen

- (1) Ausgangspunkt für die Ermittlung der Basis-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).
- (2) Sind die nach Absatz 1 ermittelten Verhältniszahlen im Zuge von Anpassungen in der Richtlinie modifiziert worden, bilden diese die Basis-Verhältniszahlen. Satz 1 gilt entsprechend für künftige Verhältniszahlanpassungen.



Abschnitt 1: Ermittlung der bundesweit einheitlichen Basis-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 Basis-Verhältniszahlen gemäß § 101 Absatz 5 in Verbindung mit § 101 Absatz 1 Satz 4 und 5 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 7 Bedarfsplanungsrichtlinie; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztabrechnungsnummer.

2. Die nach dieser Vorschrift erfassten Internisten werden in die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt. 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.
 3. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten sowie Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. Die unter 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 Basis-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 Basis-Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nummer 12 der 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 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 Basis-Verhältniszahlen wie folgt ermittelt: Bundesweit werden die nach Nummer 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. Dies ergibt die Basissoll-Arztzahl für Hausärzte. Abschließend wird die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahl dividiert, woraus sich die Basis-Verhältniszahl für Hausärzte ergibt.
 4. Für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird wie folgt verfahren: Die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 wird durch die unter Nummer 2 Satz 3 ermittelte Basissoll-Arztzahl für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Verhältniszahl zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung für fachärztlich tätige Internisten ergibt.

Aufgrund der zunehmenden Differenzierung und der erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen der Patienten im Bereich der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten wird die nach Nummer 4 ermittelte Verhältniszahl zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung im Zuge der Reform 2019 um 30 vom Hundert abgesenkt und bildet fortan die Basis-Verhältniszahl.

Rechenbeispiel zu § 2 zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung

Die Basis-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 Basis-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 Basis-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 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 wird die Basis-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

- (1) Bei der Arztgruppe der PRM-Mediziner, der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen und der Transfusionsmediziner werden die Basis-Verhältniszahlen 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.
- (2) Bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater wird die Basis-Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zum Stand 31. Dezember 2010 zur Zahl der Ärzte in der Arztgruppe gewichtet nach ihrem Teilnahmeumfang zum Stand 31. Dezember 2010. Die Ermittlung der Basis-Verhältniszahl dieser Arztgruppe erfolgt bezogen auf die minderjährige Bevölkerung. Die nach den Sätzen 1 und 2 ermittelte Verhältniszahl wird ab dem 1. Juli 2022 um 10 vom Hundert abgesenkt und bildet fortan die Basis-Verhältniszahl für diese Arztgruppe nach § 11.

Abschnitt 2: Ermittlung der Verhältniszahlen nach den 6 Typen

§ 6

Ermittlung der Arztzahlen zur Einführung der Bedarfsplanung

Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Urologen 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 zur Einführung der Bedarfsplanung

Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten wird die Verhältniszahl zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung wie folgt ermittelt:

1. Es werden die am 1. Januar 1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Absatz 2 Nummer 7 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 zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung 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 Jugendlichepsychotherapeuten erfasst. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.

§ 8

Ermittlung der Einwohnerzahlen zur Einführung der Bedarfsplanung

Bei den Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Urologen 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 Kinder- und Jugendärzte die minderjährige Bevölkerung 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 den §§ 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- sowie den Kinder- und Jugendärzten wird nur die Verteilung der weiblichen bzw. der minderjährigen Bevölkerung berücksichtigt.

§ 10

Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen für die 6 Typen

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

Abweichend von Satz 1 stellen die nach § 9 ermittelten Verhältniszahlen für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten die Verhältniszahlen zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung dar.

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 Kinder- und Jugendärzte auf die minderjährige Bevölkerung.

Da es in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in der Praxis nur geringe Effekte durch Pendlerverflechtungen und Mitversorgungseffekte gibt, werden die Verhältniszahlen der Kinder- und Jugendärzte nach Satz 2 angepasst. Im Zuge der Reform 2019 gelten für die Typen 2 bis 6 einheitliche Basis-Verhältniszahlen, die auf Grundlage der Einwohner- und der Summe der Kinder- und Jugendärzte zum Stichtag 31. Dezember 1990 (VHZ: 3.369) zuzüglich einer Absenkung der Verhältniszahl um 15 vom Hundert ermittelt werden. Für Regionen des Typs 1, deren Verhältniszahl nach § 6 ermittelt wird, wird ebenfalls eine Absenkung um 15 vom Hundert vorgenommen und daraus die Basis-Verhältniszahl ermittelt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in Regionen des Typs 1 zusätzlich zu den grundversorgenden Kinder- und Jugendärzten ein signifikanter Anteil spezialisierter Kinder- und Jugendärzte tätig ist.

Bei den Nervenärzten und den Psychotherapeuten entspricht das relative Versorgungsniveau der Typen 2 bis 6 bislang nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Daher werden die nach § 6 ermittelten Verhältniszahlen im Zuge der Reform 2019 in einem ersten Schritt für diese Typen auf das durchschnittliche Versorgungsniveau der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung innerhalb eines Typs im Vergleich zum bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveau angepasst. Im Bereich der Psychotherapeuten sind die Verhältniszahlanpassungen in den Typen 4 bis 6 (2012 und 2017) in die Kalkulation des Bundesdurchschnitts eingeflossen.

Das durchschnittliche Versorgungsniveau der Typen 2 bis 6 im Vergleich zum bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveau beträgt für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (ohne Einbezug der Arztgruppe der Nervenärzte und der Arztgruppe der Psychotherapeuten):

	Durchschnittliches. Versorgungsniveau-
Typ 2	92,9 %
Typ 3	77,3 %
Typ 4	81,2 %
Typ 5	85,8 %
Typ 6	94,7 %

Im zweiten Schritt werden die an das typbezogene durchschnittliche Versorgungsniveau der übrigen Arztgruppen angeglichenen Verhältniszahlen für die Typen 2 bis 6 bei den Psychotherapeuten um 9 vom Hundert, bei den Nervenärzten um 15 vom Hundert abgesenkt. Diese neu festgelegten Verhältniszahlen bilden die Basis-Verhältniszahlen.

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.

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

Abschnitt 3: Basis-Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt)

§ 11 Basis-Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt)

1. Ärzte nach § 11

Hausärzte: 1.671

Abweichend von § 11 Absatz 4 Satz 1 der Richtlinie 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 Basis-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

2. Ärzte nach § 12

	Typ 1 (stark mit- versorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend)	Typ 3 (stark mitversorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigenversorgt)	Typ 6 (polyzentrischer Verflechtungs- raum)	Bundes- durch- schnitt (zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung)
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664	20.440	
Chirurgen und Orthopäden	9.202	14.210	17.108	16.133	14.844	13.661	
Frauenärzte ¹	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	
Kinder- und Jugendärzte ¹	2.044	2.863	2.863	2.863	2.863	2.863	3.369
Nervenärzte	13.745	21.058	25.308	24.070	22.789	20.637	23.005
Psycho- therapeuten	3.079	5.159	6.200	5.897	5.583	5.056	5.265 ²
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189	37.215	

¹ Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung. Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendärzte bezieht sich auf die minderjährige Bevölkerung.

² Die Verhältniszahlanpassungen in den Typen 4 bis 6 (2012 und 2017) im Bereich der Arztgruppe der Psychotherapeuten sind in die Kalkulation des Bundesdurchschnitts eingeflossen.

3. Ärzte nach § 13

Anästhesisten	46.917
Radiologen	49.095
Fachinternisten	15.055
Kinder- und Jugendpsychiater	15.218

4. Ärzte nach § 14

Humangenetiker	551.258
Laborärzte	92.728
Neurochirurgen	146.552
Nuklearmediziner	107.698
Pathologen	109.918
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	155.038
Strahlentherapeuten	157.796
Transfusionsmediziner	1.202.229

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Großstadtreionen (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.

Anlage 7 Nutzung von Geoinformationen im Rahmen von Anträgen auf Sonderbedarf

Die Feststellung von Sonderbedarf i.S. dieser Richtlinie bildet eine Ausnahmeregelung für den Fall, dass trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen die Zulassung eines Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um eine ausreichende Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten. Die Zulassung ist an den Ort der Niederlassung gebunden. Der Zulassungsausschuss hat zur Prüfung, inwieweit ein solcher Standort geeignet erscheint die Versorgung zu verbessern, umfassende Ermittlungspflichten. Um die Auswirkungen auf die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten im Falle einer ausnahmsweisen Zulassung abschätzen zu können, sollen die Zulassungsausschüsse auch geografische Informationen heranziehen.

Geoinformationssysteme (GIS) beinhalten viele Verfahren, um räumliche Zusammenhänge aufzudecken, die sonst möglicherweise unsichtbar bleiben würden. Räumliche Rohdaten (z.B. Einzelstandorte von Patienten und Ärzten, Geschwindigkeitsprofile einzelner Straßensegmente, etc.) werden dazu in allgemeinverständliche Informationen umgewandelt, um effektivere (aber auch durch die kartografische Darstellung transparentere) Entscheidungen treffen zu können. Dabei werden die Analyseergebnisse entscheidend von der Qualität der Ausgangsdaten (z.B. Raumabgrenzung der Analyseeinheiten), der Wahl des geoanalytischen Verfahrens und der Abgrenzung des Analysegebiets beeinflusst. Im Sinne einer guten geoanalytischen Praxis sind das genutzte Verfahren und die Datengrundlagen transparent darzulegen.

Die Ergebnisse von Raumanalysen können keine eindeutigen Ergebnisse liefern. Folglich können die erzeugten Erkenntniszugewinne Entscheidungen über Sonderbedarfsfeststellungen nur flankieren.

Die Heranziehung von Geoinformationen im Zuge der Prüfung eines Sonderbedarfsantrags soll im Zuge der Entscheidungsfindung grundsätzlich Hinweise für folgende Fragestellungen liefern:

Liegen in einer Region Anhaltspunkte für einen zusätzlichen Versorgungsbedarf (Qualität/Erreichbarkeit) trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen vor?

- Sind siedlungsstrukturelle Mindestvoraussetzungen für einen zusätzlichen Standort gegeben (z.B. Klein-, Mittelzentrum, Zentralort)?
- Wird der neue Standort ausreichend Patienten versorgen können?
- Wie ändern sich die Patientenströme mit Blick auf bestehende Praxen?

Während sich die Fragestellung im ersten Unterpunkt allein durch Sichtung der räumlichen Daten und vorliegender amtlicher Typisierungen deskriptiv beantworten lässt, ist für die Beantwortung der weiteren Fragen die Abgrenzung eines Einzugsgebiets erforderlich.

Als *Einzugsgebiete* werden im Bereich der Raumplanung zusammenhängende Gebiete bezeichnet, deren Bevölkerung sich unter Nutzung geeigneter Verbindungswege zu einem gemeinsamen Zentrum hin bewegt. Die Größe eines Einzugsbereichs hängt vom akzeptierten Zeit- und Wegeaufwand, der arztgruppenabhängig variieren kann, von der Lagegunst des Standortes, von der Verkehrsanbindung, von der Konkurrenzsituation und von der Struktur des Umlandes ab. Die Bestimmung von Einzugsgebieten basiert stets auf Annahmen, da sich dieses nicht klar abgrenzt, sondern aus mehreren Zonen mit unterschiedlich ausgeprägter Konkurrenzintensität zusammensetzt. Da die Modelle zur Abgrenzung von Einzugsgebieten innerhalb von GIS herstellerabhängig sind, sind im Folgenden nur mögliche Indikatoren beschrieben, die im Rahmen einer Prüfung auf Sonderbedarf Anhaltspunkte liefern können. In der Literatur werden dabei meist deterministische oder stochastische Modelle unterschieden. Unter B) und C) werden Beispiele für jeweils mögliche Indikatoren aufgeführt. Die Übersicht besitzt Empfehlungscharakter und ist dabei nicht abschließend.

Exemplarische Indikatorenübersicht

A) GLOBALE PERSPEKTIVE

I. Geeignetheit des Standorts

- Zentralörtliche Einordnung und siedlungsstrukturelle Prägung des Standorts des Sonderbedarfsantrags

B) PATIENTENPERSPEKTIVE

I. Erreichbarkeit

- Wegezeit zum nächstgelegenen Vertragsarzt
- Durchschnittliche Wegezeit zu den konkurrierenden Standorten.

II. Ärztepotenzial

- Ärzte in einem definierten Einzugsgebiet bilden den Potenzialwert
- Berücksichtigung von Interaktionswahrscheinlichkeiten aufgrund von arztgruppenspezifisch festgelegten „Distanzempfindlichkeiten“ der Einwohner. (Welche Wegezeiten sind für die Patienten für die unterschiedlichen Arztgruppen tolerabel?)

III. Versorgungsrelation

- Die Zahl der Einwohner im Einzugsgebiet wird dividiert durch die Zahl der Ärzte im Einzugsgebiet (Einwohner-Arzt-Verhältnis bzw. Arztdichte)
- Quotient aus distanzgewichtetem Einwohnerpotenzial (siehe C)I.) und distanzgewichtetem Ärztepotenzial (siehe B)II.) gebildet.

C) STANDORTPERSPEKTIVE

I. Patientenpotenzial*

- Summe aller Einwohner im Einzugsgebiet
- Entfernungsgewichtete Ermittlung (Welche Wegezeiten sind für die Patienten für die unterschiedlichen Arztgruppen tolerabel? Mit zunehmender Entfernung vom Wohnstandort werden die Ärzte je nach Arztgruppe auch zunehmend weniger „wahrgenommen“, bis die Wahrnehmung gegen Null tendiert).

II. Einwohnererwartungswert je Arzt

- Die Zahl der Einwohner im Einzugsgebiet wird dividiert durch die Zahl der Ärzte im Einzugsgebiet (Einwohner-Arzt-Verhältnis bzw. Arztdichte)
- Berechnung der am Arztstandort erwarteten Einwohner aus der Interaktionswahrscheinlichkeit der zugeordneten Gebiete.