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

zuletzt geändert am 16. Mai 2024
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 12.11.2024 B1)
in Kraft getreten am 13. November 2024

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 Praxisnachfolge ... 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 Anrechnungsfaktoren 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 und zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf ... 29

§ 27 [unbesetzt] ... 29

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 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 ... 29
§ 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) ... 30

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 § 402 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen ... 42
§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung ... 42
§ 57 Einrichtungen nach § 402 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 ... 44

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 [unbesetzt] ... 46
§ 68 Überprüfung ... 46

Anlagen ... 47

Anlage 1 Arztzahlen ... 48

Anlage 2 Bedarfsplan und Planungsblätter ... 86

Anlage 2.1 Struktur des Bedarfsplans nach § 4 dieser Richtlinie ... 86
Anlage 2.2 Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der vertragsärztlichen Versorgung ... 87
Anlage 2.3 Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss ... 88
Anlage 2.4 Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten-Versorgungsgrades ... 89
Anlage 2.5 Planungsblatt zur Feststellung des Nervenarzt-Versorgungsgrades ... 90
Anlage 2.6 Planungsblatt zur Feststellung des Fachinternisten-Versorgungsgrades ... 91

Anlage 3 Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 11 bis 14 dieser Richtlinie ... 92

Anlage 3.1 Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3 dieser Richtlinie in der Abgrenzung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung ... 92
Anlage 3.2 Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3 dieser Richtlinie ... 93
Anlage 3.3 Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen nach § 13 Absatz 3 dieser Richtlinie in der Abgrenzung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung ... 102

Anlage 4 Morbiditätsfaktor ... 119

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 4.1 Berechnung der allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 9 Absatz 4 bis 7 dieser Richtlinie auf Grundlage der Basis-Verhältniszahlen 120

Anlage 4.1.1 Bevölkerungsanteile nach Alter und Geschlecht (Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF)) gemäß § 9 Absatz 4 dieser Richtlinie 120

Anlage 4.1.2 Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht (LBF-AG) gemäß § 9 Absatz 5 dieser Richtlinie 123

Anlage 4.1.3 Anpassungsfaktor zur Modifikation der Basis-Verhältniszahlen je Arztgruppe gemäß § 9 Absatz 6 dieser Richtlinie 125

Anlage 4.2 Anpassung der allgemeinen Verhältniszahl zu den regionalen Verhältniszahlen gemäß § 9 Absatz 8 bis 10 dieser Richtlinie 125

Anlage 4.2.1 Patientenanteile nach Alter, Geschlecht und Morbidität (Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF)) gemäß § 9 Absatz 8 dieser Richtlinie 125

Anlage 4.2.2 Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) gemäß § 9 Absatz 9 dieser Richtlinie 128

Anlage 4.2.3 Regionale Verteilungsfaktoren zur Modifikation der allgemeinen Verhältniszahl je Arztgruppe und Planungsbereich gemäß § 9 Absatz 10 dieser Richtlinie 130

Anlage 4.3 Rechenbeispiele für die Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrades mithilfe des Morbiditätsfaktors nach § 9 dieser Richtlinie 131

Anlage 5 Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen 138

Anlage 6 Methodik der Typisierung der Kreise 146

Anlage 7 Nutzung von Geoinformationen im Rahmen von Anträgen auf Sonderbedarf 149

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1. Abschnitt: Allgemeines

[1]Der Gemeinsame Bundesausschuss strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. [2]Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinien erheblich einschränken. [3]Die in dieser Richtlinie 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (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

   a) von Ärzten, die bei Vertragsärzten angestellt sind,

   b) von Ärzten, die in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätig sind,

   c) von Ärzten, die in Versorgungseinrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V beschäftigt sind,

   d) von ermächtigten Ärzten und von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten, sowie

   e) von Ärzten, die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1c SGB V angestellt sind,

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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) und
11. Übergangsregelungen.

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

§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

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

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

   sowie
5. infrastrukturelle Besonderheiten (unter anderem Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, zum Beispiel in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen et cetera).

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

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

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung

§ 4 Bedarfsplan

(1) [1]Die 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. [2]Der 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. [3]Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten. [4]Der Bedarfsplan ist kontinuierlich fortzuschreiben und dem Landesausschuss in elektronischer weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung zu stellen. [5]Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren die Grundsätze zur regionalen Versorgung und systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschrieben (Grundsätze der Bedarfsplanung). [6]Darüber hinaus wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel halbjährlich die Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion erstellt (Stand der Bedarfsplanung). [7]Die Daten gemäß Anlage 1 dieser Richtlinie werden jährlich in aktualisierter Form durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben und dem Landesausschuss zur Verfügung gestellt. [8]Erforderlichenfalls können die in den Sätzen 5 und 6 genannten Fristen verkürzt werden. [9]Absatz 3 bleibt unberührt. [10]Die Beteiligung anderer Stellen richtet sich nach den jeweiligen Landesregelungen in Verbindung mit den §§ 90a und 99 SGB V und den §§ 13 und 14 Ärzte-ZV. [11]Die Bedarfspläne weisen auch Beschlüsse nach § 103 Absatz 2 Satz 4 ff. SGB V aus.

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

(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 und
4. gesonderte fachärztliche Versorgung.

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

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 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 (zum Beispiel Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zum Gebiet der Internisten).

(3) Die gemäß § 73 Absatz 1a 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) [1]Führen Vertragsärzte, die nach ihrer bisherigen Bezeichnung einer der Arztgruppen nach den §§ 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. [2]Besondere Regelungen für den Fall der Umwandlung von Bezeichnungen oder Änderungen von Gebieten im Rahmen dieser Richtlinie bleiben unberührt.

§ 7 Planungsbereiche

[1]Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung 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 beziehungsweise der von einer Kassenärztlichen Vereinigung umfasste Bereich (Planungsbereiche). [2]Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3 ersichtlich. [3]Für die Mittelbereiche und Raumordnungsregionen, welche die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten, werden Anpassungen vorgenommen. [4]Diese sind in Anlage 3 ersichtlich. [5]Eine Zuordnung der Planungsbereiche erfolgt in den §§ 11 bis 14.

§ 8 Verhältniszahlen

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

(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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

(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) [1]Als 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. [2]Sofern 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) [1]Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten. [2]Die Ermittlung der allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 erfolgt nach den Absätzen 4 bis 7. [3]Die Ermittlung der regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 4 erfolgt nach den Absätzen 8 bis 11.

(4) [1]Im Sinne von Absatz 3 Satz 2 werden die Basis-Verhältniszahlen aufgrund der bundesweiten Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur im Zeitverlauf angepasst. [2]Dazu 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. [3]Sie bilden die Bevölkerungsanteile der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe ab und werden als Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF) bezeichnet. [4]Für die Arztgruppe der Frauenärzte werden sie auf der Basis der Frauen berechnet. [5]Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. [6]Für die Arztgruppen der Kinder– und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung, das heißt Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, differenziert nach Geschlecht. [7]Die Alters- und Geschlechtsfaktoren werden in stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren nach Nummer 1 und aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren nach Nummer 2 unterschieden:

1. Es gelten die stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-2010) nach Anlage 4.1.1.a. Referenzzeitpunkt ist der 31. Dezember 2010.
2. Die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A) werden gemäß Anlage 4.1.1.b jeweils für zwei Jahre ermittelt, erstmals auf Basis der Daten zum Stand 31. Dezember 2017.

(5) [1]Die 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. [2]Es gelten die LBF-AG nach Anlage 4.1.2. Sie werden auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von zwölf Abrechnungsquartalen in Euro für sechs Jahre berechnet. [3]Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt. [4]Für die Arztgruppe

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. [5]Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung.

(6) [1]Durch Modifikation der Basis-Verhältniszahlen mit dem Anpassungsfaktor werden die allgemeinen Verhältniszahlen ermittelt. [2]Zur Berechnung des Anpassungsfaktors wird je Arztgruppe die Summe aus jeweils der Multiplikation des stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktors (AGF-2010) einer jeden Alters- und Geschlechtsgruppe mit dem jeweiligen LBF-AG für diese Alters- und Geschlechtsgruppe gebildet. [3]Diese 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) [1]Aus den Berechnungen nach den Absätzen 4 bis 6 ergeben sich die allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3. [2]Sie werden alle zwei Jahre jeweils zum 1. Juli angepasst und in den §§ 11 bis 14 veröffentlicht.

(8) [1]Im Sinne von Absatz 3 Satz 3 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. Morbidität wird dabei anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und der Krankheitslast berücksichtigt. [2]Dazu 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. [3]Die Gruppen bilden die Anteile der Patienten an der Gesamtzahl der Patienten in Prozent ab und werden als Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF) bezeichnet. [4]Für die Arztgruppe der Frauenärzte werden die Faktoren auf der Basis der Frauen berechnet. [5]Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. [6]Für die Arztgruppen der Kinder– und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung, differenziert nach Geschlecht und Morbidität, sodass sich dort vier Morbiditätsgruppen ergeben. [7]Die 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. [8]Die AGMF-B und AGMF-Reg werden analog der aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren (AGF-A) alle zwei Jahre ermittelt.

(9) [1]Diese 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. [2]Es gelten die LBF-AGM nach Anlage 4.2.2. Sie werden auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von zwölf Abrechnungsquartalen in Euro berechnet. [3]Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt. [4]Für die Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. [5]Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung.

(10) [1]Durch Modifikation der allgemeinen Verhältniszahlen mit den planungsbereichs- und arztgruppenbezogenen regionalen Verteilungsfaktoren werden die regionalen Verhältniszahlen ermittelt. [2]Zur Anpassung der allgemeinen Verhältniszahl wird diese je Planungsbereich mit dem regionalen Verteilungsfaktor der jeweiligen Arztgruppe multipliziert. [3]Die regionalen Verteilungsfaktoren bestimmen sich aus den AGMF und den LBF-AGM der jeweiligen Arztgruppe: Es wird die Summe aus jeweils der Multiplikation des AGMF-B

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen LBF-AGM für diese Morbiditätsgruppe gebildet. [4]Diese 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). [5]Die regionalen Verteilungsfaktoren werden alle zwei Jahre jeweils zum 1. Juli angepasst und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Anlage 4.2.3 veröffentlicht.

(11) Aus 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 bis 10 werden durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses 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 Nummer 1 und 2 sind jeweils spätestens zum 1. Januar des Folgejahres in den Beschlüssen des Landesauschusses anzuwenden.

§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

[1]Der 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. [2]Die 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 6 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 und
3. Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte), sofern sie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eine entsprechende Bezeichnung erworben haben.

(3) [1]Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. [2]Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. [3]Zum 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. [4]Die abweichende Raumgliederung ist bekannt zu geben. [5]Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.

(4) [1]Die allgemeine Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1 616 Einwohnern festgelegt. [2]Für hausärztliche Planungsbereiche, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr liegen, gelten die Übergangsregelungen nach § 65.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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. Hals-Nasen-Ohten (HNO)-Ärzte,
6. Nervenärzte,
7. Psychotherapeuten,
8. Urologen und
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 Allgemeinchirurgie, 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 Viszeralchirurgie, 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:
   a) Nervenärzte: Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,
   b) Neurologen: Fachärzte für Neurologie und
   c) Psychiater: Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.
7. Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V:
   a) die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte,
   b) die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin,
   c) die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   d) die Psychologischen Psychotherapeuten sowie

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

e) die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Absatz 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind. Für die Bemessung des Tätigkeitsumfangs im Einzelnen gilt § 18. Für die Bemessung wird bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten ein Faktor von 0,7 zugrunde gelegt. Die Tätigkeit als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird. Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte berührt, unbeschadet der Regelung in § 19 Absatz 1, den Status als Hausarzt nicht, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 6 SGB V vorliegt. Als Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten:

aa) ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht berechtigt sind, Personen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln, deren Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat,

bb) Ärzte und Psychotherapeuten, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 Prozent erreichen beziehungsweise 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) [1]Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. [2]Kreisregionen sind Kreiszusammenfassungen in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. [3]Für die Feststellung der Basis-Verhältniszahlen werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. [4]Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung. [5]Die Methodik zur Bestimmung der Kreistypen ist in Anlage 6 beschrieben. [6]Zum 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. [7]Die Planungsbereiche und ihre Typisierung sind aus der Anlage 3.2 ersichtlich.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(4) [1]Die 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 mit-versorgt)	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
Psycho-therapeuten	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

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

(5) [1]Für 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 im Sinne des Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe a sowie der Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie im Sinne des Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe b und c im Planungsbereich einerseits den Neurologen im Sinne des Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe b und andererseits den Psychiatern im Sinne des Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe c vorbehalten ist. [2]Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl den Nervenärzten im Sinne des Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe a sowie Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie im Sinne des Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe b und c 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 =

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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% x (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% x (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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

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

1. Anästhesisten,
2. Fachinternisten (fachärztlich tätig),
3. Kinder- und Jugendpsychiater und
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 6 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
3. Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater 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) [1]Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. [2]Erstreckt sich die Raumordnungsregion über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Raumordnungsregion getrennt zu beplanen. [3]Zum Zweck 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) [1]Die 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

[2]Die 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 Gemeinsame Bundesausschuss prüft diese Regelung und strebt eine

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anhebung der Mindestquote für Rheumatologen auf 10 Prozent der regionalen Verhältniszahl bis zum 31. Dezember 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 der regionalen 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 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 und
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:
   a) Laboratoriumsmedizin: Fachärzte für Laboratoriumsmedizin,
   b) Immunologie: Fachärzte für Immunologie,
   c) Mikrobiologie: Fachärzte für Mikrobiologie, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie und
   d) 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) [1]Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. [2]§ 12 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-ZV bleibt unberührt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(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

[1]Im 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. [2]Bei der Nachbesetzung soll zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung eine ausgewogene Verteilung der von dieser Regelung betroffenen Fachgebiete gesichert sein (zum Beispiel bei Fachinternisten mit Schwerpunkten oder Nervenärzten (Psychiatern/Neurologen)). [3]Die Quotenregelungen gemäß den §§ 12 Absatz 5, 13 Absatz 6 und 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sind zu beachten.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

(1) [1]Das 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 (Anrechnungsfaktoren nach § 21) der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt. [2]Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.

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

(3) [1]Besteht 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. [2]Wird 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) [1]In 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. [2]Wird der Zeitraum von vier Quartalen wegen der Dauer der vorausgegangenen Tätigkeit des Arztes nicht ausgefüllt, ist auf der Grundlage der tatsächlichen Tätigkeitsdauer der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtanteil der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. [3]Die 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. [4]Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV wird der Faktor entsprechend angepasst.

(2) [1]Ausschließlich 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, und Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 Prozent überschreiten. [2]Als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 Prozent, jedoch nicht mehr als 90 Prozent ihrer ärztlichen Leistungen umfassen. [3]Ab 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 Einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit Stand vom 1. Oktober 2021. [4]Abweichend von Satz 3 werden für Nervenärzte und Psychiater im Sinne des § 12 Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe a und c sowie die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater die Leistungen nach Nummer 35151, 35152 und 35173 bis 35179 nicht berücksichtigt. [5]Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. [6]Als 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. [7]Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt. [8]Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert die Auswirkungen der Regelung in Satz 4 bis zum 31. Dezember 2024. [9]Hat der Gemeinsame Bundesausschuss 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 den §§ 22 und 58.

§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten

(1) [1]Hausärzte, welche zum Stichtag 31. Dezember des Vorjahres der Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden nicht als Hausärzte erfasst. [2]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 Anrechnungsfaktoren für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet

[1]Vertragsärzte, 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. [2]Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV werden die Faktoren entsprechend angepasst.

§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

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

(2) [1]Ärzte, welche durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV beschränkt haben oder bei denen der Zulassungsausschuss die hälftige Entziehung der Zulassung beschlossen hat, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst. [2]Erfolgt die Beschränkung auf einen Dreiviertel-Versorgungsauftrag oder der Entzug eines Viertels einer ganzen Zulassung, werden diese Ärzte mit dem Faktor 0,75 erfasst.

(3) [1]Angestellte 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. [2]Die Regelung findet auch Anwendung auf angestellte Ärzte in Eigeneinrichtungen.

(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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(5) [1]Bei 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). [2]Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,5 erfolgt die hälftige Zulassung (mit dem Faktor 0,5 angerechnet). [3]Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,75 erfolgt die Dreiviertel-Zulassung (mit dem Faktor 0,75 angerechnet).

§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

(1) [1]Ermächtigte Ärzte werden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang pauschaliert auf den Versorgungsgrad angerechnet, soweit der Tätigkeitsumfang nicht vernachlässigbar ist. [2]Vernachlässigbar sind Tätigkeitsumfänge, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. [3]Die Anrechnung setzt eine Ermächtigung für die Erbringung von mindestens drei vertragsärztlichen Leistungsziffern voraus. [4]Tätigkeitsumfänge 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. [5]Als 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) [1]Ärzte in ermächtigten Einrichtungen werden auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. [2]Keine 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. [3]Die Berücksichtigung der sonstigen ermächtigten Einrichtungen erfolgt entsprechend den folgenden Regelungen:

1. Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach § 116a SGB V und § 118a SGB V erbringen, werden entsprechend einem Fallzahlquotienten in Schritten von jeweils 0,25 angerechnet. Der Fallzahlquotient ergibt sich aus dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region. Es wird mathematisch auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor auf- beziehungsweise abgerundet.
2. Einrichtungen den gemäß §§ 118 und 119 SGB V sind mit einem Anrechnungsfaktor von pauschal 0,5 je Einrichtung zu berücksichtigen. Sofern 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. Hierfür können auch Daten oder Informationen aus einer freiwilligen Selbstauskunft der betroffenen Einrichtungen verwendet werden.

(3) [1]Die 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. Bei Anrechnungen nach Absatz 2 erfolgt die Anrechnung bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt. [2]Liegen keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vor, erfolgt die Anrechnung nach Absatz 2 Satz 3 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) [1]Von den Anrechnungsregelungen der Absätze 1 und 2 kann abgewichen werden, sofern es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist. [2]Ob solche Besonderheiten bestehen und inwieweit hieraus Abweichungen von den

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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 gemäß § 118 Absatz 3 SGB V werden die Regelungen zur Anrechnung auf den Versorgungsgrad innerhalb von sechs Monaten auf Sachgerechtigkeit überprüft und gegebenenfalls 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in 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 den §§ 11 bis 14 in Verbindung mit Anlage 3 sowie auf der Grundlage der gemäß § 8 Absatz 4 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen regionalen Verhältniszahlen 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

[1]Ergibt 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 Prozent (das bestehende Arzt-Einwohner-Verhältnis übersteigt um 10 Prozent das Arzt- Einwohner-Verhältnis der regionalen Verhältniszahl), so ist Überversorgung anzunehmen. [2]Dies 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 psychotherapeutisch tätige 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 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 psychotherapeutisch tätige Ärzte, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin 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) [1]Innerhalb der Quote nach Absatz 1 Nummer 2 ist ein 50-prozentiger Anteil für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin vorzuhalten und festzustellen und in die Beurteilung nach Absatz 1 Nummer 4 gesondert einzubeziehen. [2]Absatz 1 Nummer 5 gilt für den Anteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin entsprechend.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 25a Feststellungen des Landesausschusses zu Quotensitzen

[1]Ordnet 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. [2]Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26.

§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

(1) [1]Kommt 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 Absatz 5, 13 Absatz 6 und 25 zu befolgen. [2]Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder eine hälftige Genehmigung in Betracht. [3]Im Hinblick auf die Prospektivität der Bedarfsplanung eines Planungsbereiches sollen Möglichkeiten der Befristung von Zulassungen nach § 19 Absatz 4 Ärzte-ZV geprüft werden.

(2) [1]Für 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. [2]Die 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 Umfanges des Aufhebungsbeschlusses, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer 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, die in der Regel sechs bis acht Wochen beträgt, bekannt zu machen, innerhalb der potenzielle 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:
   a) berufliche Eignung,
   b) Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
   c) Approbationsalter,
   d) Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Absatz 5 Satz 1 SGB V,
   e) bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
   f) Versorgungsgesichtspunkte (siehe zum Beispiel Fachgebietsschwerpunkt, Feststellungen nach § 35) und
   g) 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 und zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf

§ 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

[1]Das Vorliegen einer Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung (§ 11) den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent 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 Prozent unterschreitet. [2]Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.

§ 30 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung

[1]Liegt 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 oder der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde 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. [2]Die 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 Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte 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 § 8 Absatz 4 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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) [1]Die 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. [2]Hält der Landesausschuss diese Unterlagen für nicht ausreichend, so hat er eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem Planungsbereich vorzunehmen oder ergänzende Unterlagen und Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen oder der Ersatzkassen oder der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde anzufordern. [3]§ 16 Ärzte-ZV bleibt unberührt.

(3) Sofern nach Maßgabe des Landesrechts ein Gremium nach § 90a SGB V gebildet worden ist und das Landesrecht vorsieht, dass Stellungnahmen dieses Gremiums bei der Entscheidung des Landesausschusses einzuholen und zu berücksichtigen sind, gibt der Landesausschuss diesem Gremium gemäß § 90a Absatz 2 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme.

(4) Die Feststellung, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirkes eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht, obliegt den Landesauschüssen der Ärzte und Krankenkassen.

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses

Die aufgrund der Feststellung über eine eingetretene oder in absehbarer Zeit drohende ärztliche Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs 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) [1]Nach § 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 nach Maßgabe dieser Richtlinie gemäß § 101 Absatz 1 Nummer 3a SGB V die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. [2]Die nachstehenden Bestimmungen geben dazu den Landesausschüssen Beurteilungsmaßstäbe vor. [3]Bei der Prüfung sind die in einer Region bereits auf Grundlage der §§ 2 und 9 erfolgten Anpassungen der Bedarfspläne zu berücksichtigen. [4]Soll § 35 aufgrund des wiederholten Einsatzes derselben Kriterien zur Anwendung kommen, ist dies gesondert zu begründen. [5]Diese Begründung beinhaltet auch Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

(3) [1]Der 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. [2]Die §§ 32 und 33 gelten entsprechend.

(4) [1]Auf 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. [2]Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, durchzuführen.

(5) Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs 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.

[1]Maßstab für die Prüfung gemäß Satz 1 Nummer 7 ist, ob mehr als 5 Prozent der Einwohner in der Region nach Absatz 2,

1. die Ärzte der hausärztlichen Versorgung nach § 11 in durchschnittlich mehr als 20 PKW-Minuten oder
2. die Kinder- und Jugendärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 in durchschnittlich mehr 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 mehr als 40 PKW-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. [2]Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend. [3]Bei den Kinder- und Jugendärzten gilt als Einwohner die minderjährige Bevölkerung.

Die Prüfung kann sich insbesondere auf eine oder mehrere der folgenden Versorgungskonstellationen beziehen:

1. Verbesserung der Versorgung in nicht gesperrten Planungsbereichen vorrangig vor gesperrten Planungsbereichen,
2. Förderung der Gründung oder Erhaltung von (Zweig-) Praxen in Regionen, in denen für die Bezugsregion nach Absatz 2 Unterversorgung festgestellt wurde,

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Leistungsumfangs, 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 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe in einer KV-Region zu beziehen.

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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) [1]Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Antrag eines Arztes der betreffenden Arztgruppe auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung 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. [2]Sonderbedarf ist als zusätzlicher Versorgungsbedarf für eine lokale Versorgungssituation oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf festzustellen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V). [3]Die 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) und
2. der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität und andere): 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) [1]Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht. [2]Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen nach Anlage 7, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen. [3]Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (zum Beispiel 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. [4]Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.

(5) [1]Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. [2]Bei 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) [1]Eine Nachfolgebesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden. [2]Die Regelungen in § 103 Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V (Nachbesetzung durch privilegierte Personenkreise) und § 103 Absatz 3a Satz 13 SGB V (Entschädigung) finden keine Anwendung.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(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) [1]Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht. [2]Die 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

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

(2) [1]Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 Nummer 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. [2]Auch eine Zusatzweiterbildung oder eine Zusatzbezeichnung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. [3]Ein besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß den §§ 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. [4]Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. [5]Eine 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) [1]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 (vergleiche § 7 Absatz 1 und 2 der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrages Ärzte)

die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung der von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffenen Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Absatz 7 des Bundesmantelvertrages Ärzte erteilt werden soll, der Zulassung jedoch Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin zur Teilnahme an der fachärztlich-internistischen Versorgung entgegenstehen.

[2]Die Anlage 9.1. des Bundesmantelvertrages Ärzte ist bei den Nummern 1 und 2 zu berücksichtigen. [3]In diesem Fall wird die Zulassung mit der Maßgabe erteilt, dass sie auf den definierten Versorgungsauftrag beschränkt ist und im Fall gemeinsamer Berufsausübung auf die Dauer der gemeinsamen Berufsausübung.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 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]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 (Antragsteller) erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung.
2. Es liegt ein genehmigungsfähiger Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung vor.
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 Antragsteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so sind die Erklärungen von allen Vertragsärzten abzugeben.

§ 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung

(1) [1]Bei der gemeinsamen Berufsausübung ist eine Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Nummer 4 SGB V erforderlich. [2]Fachidentität liegt vor, wenn die Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, die Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. [3]Einer Übereinstimmung steht nicht entgegen, wenn nur einer der Ärzte über eine Schwerpunktbezeichnung oder Schwerpunktkompetenz verfügt. [4]Sind 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. [5]Nimmt der Vertragsarzt an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, ist die Zulassung eines Antragstellers, welcher gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 5 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. [6]Der Zulassungsausschuss hat diese 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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 und (Schwerpunkt) Pneumologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt 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 (Muster-)Weiterbildungsordnung 1992 und der (Muster-)Richtlinie 1992) zusammenschließen oder
5. wenn sich ein Nervenarzt im Sinne des § 12 Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe a mit einem Arzt mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie im Sinne des § 12 Absatz 2 Nummer 6 Buchstabe b und c zusammenschließt.

(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) [1]Übereinstimmung 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. [2]Bei 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. [3]Maßgeblich ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach der maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Therapieverfahren.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

(1) [1]Vor der Zulassung des Antragstellers legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). [2]Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 Prozent überschritten werden. [3]Das Überschreitungsvolumen von 3 Prozent wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. [4]Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungsvolumen) wird nach § 45 durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. [5]Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. [6]Im Übrigen gilt für Anpassungen § 44. [7]Bei außergewöhnlichen Entwicklungen im Vorjahr, wie zum Beispiel 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. [8]Der 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, von Punktzahlen oder von Euro und Punktzahlen gebildet werden.

§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen

(1) [1]Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragsarztes ein Vergleich über einen längeren Zeitraum nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Punktzahlvolumen für die einzelnen Quartale nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes als Obergrenze fest. [2]Hat ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern und/oder der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes) im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. [3]Soll 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. [4]Satz 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 Prozent fest.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

(3) Für Antragsteller mit einem reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV wird der entsprechend reduzierte nach § 43 Absatz 2 berechnete Wert als Obergrenze festgelegt.

§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage

[1]Sowohl 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. [2]Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, 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 in Verbindung mit § 32 Absatz 3 Ärzte- ZV. [3]Die 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

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

$$\frac{\text{Punktzahlvolumen}}{\text{Punktzahl Fachgruppe}} = \text{Faktor}$$

[4]Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. [5]Der 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). [6]Die 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]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

[1]Ausgangspunkt für die Bestimmung einer ausgewogenen Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) in einer KV-Region ist der in § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V gesetzlich definierte Versorgungsauftrag der hausärztlichen Versorgung. [2]Eine 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. [3]Besonderen 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]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 § 402 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) [1]Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. [2]Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach §§ 11 bis 14. Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. [3]Dabei 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

[1]Für 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. [2]Die Zulassungsbeschränkungen gelten nicht für den Fall einer Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4a Satz 5 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. Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Absatz 4a Satz 5 SGB V bedarf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung nach § 37 mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 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

[1]Kommt 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. [2]Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

[1]Beantragt ein Arzt nach Maßgabe des § 103 Absatz 4a Satz 4 SGB V nach Beendigung seiner Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum in demselben Planungsbereich die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, so ist die Zulassung unbeschadet bestehender Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe in demselben Planungsbereich bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen zu erteilen, wenn der angestellte Arzt im zurückliegenden Zeitraum von fünf Jahren mindestens mit dem Faktor 0,75 auf den Versorgungsgrad angerechnet worden ist. [2]Beträgt der Faktor 0,5, kann eine hälftige Zulassung erteilt werden. [3]Dies gilt nicht für Ärzte oder Psychotherapeuten, die aufgrund einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4a Satz 5 SGB V in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig waren.

§ 57 Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V

(1) Die Bestimmungen dieses Abschnitts gelten für Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V entsprechend.

(2) Eine Anstellung wegen Nachbesetzung in einer Einrichtung nach § 402 Absatz 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2003 erfolgt ist, gilt nicht als Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4a Satz 5 SGB V.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

1. ein Antrag des Vertragsarztes an den Zulassungsausschuss nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 32b Ärzte-ZV gestellt ist;
2. im Fall des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen Fachidentität des anstellenden Vertragsarztes und des anzustellenden Arztes gemäß § 41 besteht sowie eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes gemäß Absatz 5 vorliegt und
3. der schriftliche Anstellungsvertrag unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes vorgelegt wird.

(2) [1]Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. [2]Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach den §§ 11 bis 14. [3]Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. [4]Dabei 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) [1]Wird 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. [2]Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des nach § 24 Absatz 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. [3]Beantragt eine Berufsausübungsgemeinschaft eine Genehmigung zur Tätigkeit eines angestellten Arztes an mehreren Vertragsarztsitzen, gilt Satz 1 entsprechend.

(5) [1]Sind 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. [2]Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 finden in diesem Fall keine Anwendung. [3]In 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 59 Fachidentität bei Anstellung

[1]Fachidentität 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. [2]Dabei genügt eine übereinstimmende Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen führt. [3]Soll 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. [4]Auf 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) [1]Der Zulassungsausschuss legt die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. [2]Für 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 angestellten Arztes oder der angestellten Ärzte zu bestimmen ist.

(2) [1]Eine vom Zulassungsausschuss festgestellte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Arzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Arztes erneut einen Arzt anstellt. [2]Ist 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 folgenden Maßgaben:

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, ist ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 58 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 Kindern 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

[1]Abweichend von § 11 Absatz 4 Satz 1 gelten ab dem 1. Januar 2018 in den Planungsbereichen, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr 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

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

§ 66 Beschlüsse der Landesausschüsse

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

§ 67 [unbesetzt]

§ 68 Überprüfung

[1]Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die Regelung zu der Modifikation der allgemeinen Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor, einschließlich der Möglichkeit der Aufnahme sozioökonomischer Faktoren, innerhalb von sechs Jahren nach Inkrafttreten der Regelung. [2]Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die Regelungen zu den Mindest- und Höchstversorgungsanteilen, insbesondere die Regelung zu den 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. [3]Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die Anpassungen der allgemeinen Verhältniszahlen innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen. [4]Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die Regelungen zur Erreichbarkeit bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlagen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1 Arztzahlen

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen)										Tabelle 1.0 KV-Region insgesamt Stand:
Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrich-tungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermäch-tigung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Verände-rung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbe-schränkung[4]		
								ohne Leis-tungsbe-schränkung	mit Leis-tungsbe-schränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ärztliche Fachgruppen										
1	Allgemeinmedizin									
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung									
3	Anästhesiologie									
4	Augenheilkunde									
5	Chirurgie und Orthopädie									
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe									
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie									
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten									
9	Humangenetik									
10	Innere Medizin[5]									
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit									
12	mit fachärztlicher Tätigkeit									
13	Kinder- und Jugendmedizin									
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie									
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie									
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
18	Neurochirurgie									
19	Nuklearmedizin									
20	Pathologie									
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin									
22	Ärztliche Psychotherapie									
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
24	Radiologie									
25	Strahlentherapie									
26	Transfusionsmedizin									
27	Urologie									
28	Übrige Fachgruppen[6]									
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**									
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugend-medizin)[7]									
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)										
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie									
32	Psychologische Psychotherapie									
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**									
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.

Die Richtlinien-Version ist nicht amtlich.

2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
6 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
7 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

In der Bedarfsplanung zählende Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)												Tabelle 1.0.B KV-Region insgesamt Stand:
Lfd. Nr.	**Fachgruppe**	**Gesamt**			**Zulassung[1]**		**Anstellung in Einrichtungen[2]**		**Anstellung in freier Praxis**		**Ermächtigung**	
		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	Hausärztliche Versorgung[3]											
2	Augenheilkunde											
3	Chirurgie und Orthopädie											
4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe											
5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie											
6	Haut- und Geschlechtskrankheiten											
7	Kinder- und Jugendmedizin											
8	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie											
9	Psychotherapie											
10	davon: Ärztliche Psychotherapie (ohne Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)											
11	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie											
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie											
13	Psychologische Psychotherapie											
14	Urologie											
15	Anästhesiologie											
16	Innere Medizin (fachärztlich tätig)											
17	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie											
18	Radiologie											
19	Humangenetik											
20	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie											
21	Neurochirurgie											
22	Nuklearmedizin											
23	Pathologie											
24	Physikalische und Rehabilitative Medizin											
25	Strahlentherapie											
26	Transfusionsmedizin											
27	**Summe Bedarfsplanungsgruppen**											

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
3 Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Psychotherapeutinnen (weiblich) nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen)	Tabelle 1.0.W KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrich-tungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächti-gung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Verände-rung zum Vorjahr				Insge-samt	Davon mit/ohne Leis-tungsbeschränkung[4]		
								ohne Leistungs-beschrän-kung	mit Leistungs-beschrän-kung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Allgemeinmedizin									
2	Praktische Ärztinnen/Ärztinnen ohne Facharztweiterbildung									
3	Anästhesiologie									
4	Augenheilkunde									
5	Chirurgie und Orthopädie									
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe									
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie									
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten									
9	Humangenetik									
10	Innere Medizin[5]									
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit									
12	mit fachärztlicher Tätigkeit									
13	Kinder- und Jugendmedizin									
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie									
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie									
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
18	Neurochirurgie									
19	Nuklearmedizin									
20	Pathologie									
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin									
22	Ärztliche Psychotherapie									
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
24	Radiologie									
25	Strahlentherapie									
26	Transfusionsmedizin									
27	Urologie									
28	Übrige Fachgruppen[6]									
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**									
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[7]									
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)										
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie									
32	Psychologische Psychotherapie									
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**									
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
6 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
7 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Kopie/Version ist nicht mehr in

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten (männlich) nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen)	Tabelle 1.0.M KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrich-tungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächti-gung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Verände-rung zum Vorjahr				Insge-samt	Davon mit/ohne Leis-tungsbeschränkung[4]		
								ohne Leistungs-beschrän-kung	mit Leis-tungsbe-schrän-kung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ärztliche Fachgruppen										
1	Allgemeinmedizin									
2	Praktische Ärzte/Ärzte ohne Facharztweiterbildung									
3	Anästhesiologie									
4	Augenheilkunde									
5	Chirurgie und Orthopädie									
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe									
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie									
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten									
9	Humangenetik									
10	Innere Medizin[5]									
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit									
12	mit fachärztlicher Tätigkeit									
13	Kinder- und Jugendmedizin									
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie									
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie									
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
18	Neurochirurgie									
19	Nuklearmedizin									
21	Pathologie									
22	Physikalische und Rehabilitative Medizin									
23	Ärztliche Psychotherapie									
24	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
25	Radiologie									
26	Strahlentherapie									
27	Transfusionsmedizin									
28	Urologie									
29	Übrige Fachgruppen[6]									
30	**Summe ärztliche Fachgruppen**									
31	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[7]									
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)										
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie									
33	Psychologische Psychotherapie									
34	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**									
35	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
6 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.

Diese Kopfzeilen-Version ist nicht mehr

7 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Ärztinnen und Ärzte (w/m/d), die mit einer Schwerpunktbezeichnung (SP) beziehungsweise einer bestimmten Facharztbezeichnung (FA) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)	Tabelle 1.1 KV-Region insgesamt Blatt 1 Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrich-tungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächti-gung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Verände-rung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leist-ungsbeschränkung[4]		
								ohne Leistungs-beschrän-kung	mit Leistungs-beschrän-kung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	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[5]									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie[6]									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchi-rurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reprodukti-onsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	**HNO-Heilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie**									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiolo-gie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	**Innere Medizin (ohne hausärztlich Tätige)[7]**									
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	FA/SP Infektiologie									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Einschließlich FA Kinder- und Jugendchirurgie.
6 Einschließlich FA Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.
7 Hier werden nur Internistinnen/Internisten berücksichtigt, die mit fachärztlicher Tätigkeit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigungen werden alle Ärztinnen/Ärzte, die als Internistinnen/Internisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

Hinweise:

a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.
Im Bereich der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie werden ab dem 31. Dezember 2019 Ärztinnen und Ärzte, die sowohl über den FA Neurologie als auch über den FA Psychiatrie beziehungsweise den FA Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, in einer separaten Kategorie („FA Neurologie und FA Psychiatrie") und nicht mehr in den Kategorien „FA Neurologie" beziehungsweise „FA Psychiatrie" gezählt.

b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Zusatz-Weiterbildungen abgebildet. Daten zu den Zusatz-W eiterbildungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

Ärztinnen und Ärzte (w/m/d), die mit einer Schwerpunktbezeichnung beziehungsweise einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)

Tabelle 1.1
KV-Region insgesamt
Blatt 2
Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrichtungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächtigung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung[4]		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	**Kinder- und Jugendmedizin**									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kinder-Gastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie[5]									
6	SP Kinder-Kardiologie[6]									
7	SP Kinder-Nephrologie									
8	SP Kinder-Neuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinder-Rheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	**Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie**									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	**Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie**									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie und FA Psychiatrie[7]									
22	FA Neurologie									
23	FA Psychiatrie[7]									
24	SP Forensische Psychiatrie									
25	SP Kinderneuropsychiatrie									
26	**Pathologie**									
27	davon: FA Neuropathologie									
28	**Radiologie**									
29	davon: SP Kinderradiologie[8]									
30	SP Neuroradiologie									
31	SP Strahlentherapie									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Einschließlich Kinder- und Jugend-Hämatologie und –Onkologie.
6 Einschließlich Kinder- und Jugend-Kardiologie.
7 FA Psychiatrie einschließlich FA Psychiatrie und Psychotherapie.
8 Einschließlich Kinder- und Jugendradiologie.

Hinweise:

a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.
Im Bereich der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie werden ab dem 31. Dezember 2019 Ärztinnen und Ärzte, die sowohl über den FA Neurologie als auch über den FA Psychiatrie beziehungsweise den FA Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, in einer separaten Kategorie („FA Neurologie und FA Psychiatrie") und nicht mehr in den Kategorien „FA Neurologie" beziehungsweise „FA Psychiatrie" gezählt.

b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Zusatz-Weiterbildungen abgebildet. Daten zu den Zusatz-W eiterbildungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

Ärztinnen/Ärzte (w/m/d), die mit einer Schwerpunktbezeichnung beziehungsweise einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)												Tabelle 1.1.B KV-Region insgesamt Blatt 1 Stand:
Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt			Zulassung[1]		Anstellung in Einrichtungen[2]		Anstellung in freier Praxis		Ermächtigung	
		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[3]											
4	FA Orthopädie und Unfallchirurgie/SP Unfallchrirugie											
5	FA/SP Plastische Chirurgie[4]											
6	SP Rheumatologie											
7	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie											
8	FA/SP Viszeralchirurgie											
9	**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**											
10	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin											
11	SP Gynäkologische Onkologie											
12	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin											
13	**HNO-Heilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie**											
14	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie											
15	**Innere Medizin (ohne hausärztlich Tätige)[5]**											
16	davon: FA/SP Angiologie											
17	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie											
18	FA/SP Gastroenterologie											
19	FA/SP Geriatrie											
20	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie											
21	FA/SP Infektiologie											
22	FA/SP Kardiologie											
23	FA/SP Nephrologie											
24	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde											
25	FA/SP Rheumatologie											

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
3 Einschließlich FA Kinder- und Jugendchirurgie.
4 Einschließlich FA Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.
5 Hier werden nur Internistinnen/Internisten berücksichtigt, die mit fachärztlicher Tätigkeit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Hinweise:

a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.
Im Bereich der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie werden ab dem 31. Dezember2019 Ärztinnen und Ärzte, die sowohl über den FA Neurologie als auch über den FA Psychiatrie beziehungsweise den FA Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, in einer separaten Kategorie („FA Neurologie und FA Psychiatrie") und nicht mehr in den Kategorien „FA Neurologie" beziehungsweise „FA Psychiatrie" gezählt.

b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Zusatz-Weiterbildungen abgebildet. Daten zu den Zusatz-W eiterbildungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

Ärztinnen und Ärzte (w/m/d), die mit einer Schwerpunktbezeichnung beziehungsweise einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)

Tabelle 1.1.B
KV-Region insgesamt
Blatt 2
Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt			Zulassung[1]		Anstellung in Einrichtungen[2]		Anstellung in freier Praxis		Ermächtigung	
		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 Kinder-Gastroenterologie											
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie[3]											
6	SP Kinder-Kardiologie[4]											
7	SP Kinder-Nephrologie											
8	SP Kinder-Neuropsychiatrie											
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde											
10	SP Kinder-Rheumatologie											
11	SP Neonatologie											
12	SP Neuropädiatrie											
13	**Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie**											
14	davon: FA Biochemie											
15	FA Immunologie											
16	FA Laboratoriumsmedizin											
17	FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie											
18	SP Mikrobiologie											
19	**Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie**											
20	davon: FA Nervenheilkunde											
21	FA Neurologie und FA Psychiatrie[5]											
22	FA Neurologie											
23	FA Psychiatrie[5]											
24	SP Forensische Psychiatrie											
25	SP Kinderneuropsychiatrie											
26	**Pathologie**											
27	davon: FA Neuropathologie											
28	**Radiologie**											
29	davon: SP Kinderradiologie[6]											
30	SP Neuroradiologie											
31	SP Strahlentherapie											

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
3 Einschließlich Kinder- und Jugend-Hämatologie und –Onkologie.
4 Einschließlich Kinder- und Jugend-Kardiologie.
5 FA Psychiatrie einschließlich FA Psychiatrie und Psychotherapie.
6 Einschließlich Kinder- und Jugendradiologie.

Hinweise:

a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.
Im Bereich der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie werden ab dem 31. Dezember 2019 Ärztinnen und Ärzte, die sowohl über den FA Neurologie als auch über den FA Psychiatrie beziehungsweise den FA Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, in einer separaten Kategorie („FA Neurologie und FA Psychiatrie") und nicht mehr in den Kategorien „FA Neurologie" beziehungsweise „FA Psychiatrie" gezählt.

b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Zusatz-Weiterbildungen abgebildet. Daten zu den Zusatz-W eiterbildungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

Ärztinnen (weiblich), die mit einer Schwerpunktbezeichnung beziehungsweise einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)	Tabelle 1.1.W KV-Region insgesamt Blatt 1 Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrichtungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächtigung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung[4]		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	**Chirurgie und Orthopädie**									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie[5]									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie[6]									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**									
12	davon: SP Gynäkolische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	**HNO-Heilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie**									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	**Innere Medizin (ohne hausärztlich Tätige)**[7]									
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	FA/SP Infektiologie									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Einschließlich FA Kinder- und Jugendchirurgie.
6 Einschließlich FA Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.
7 Hier werden nur Internistinnen/Internisten berücksichtigt, die mit fachärztlicher Tätigkeit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigungen werden alle Ärzte, die als Internistinnen/Internisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

Hinweise:

a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.
Im Bereich der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie werden ab dem 31. Dezember 2019 Ärztinnen und Ärzte, die sowohl über den FA Neurologie als auch über den FA Psychiatrie beziehungsweise den FA Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, in einer separaten Kategorie („FA Neurologie und FA Psychiatrie") und nicht mehr in den Kategorien „FA Neurologie" beziehungsweise „FA Psychiatrie" gezählt.

b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Zusatz-Weiterbildungen abgebildet. Daten zu den Zusatz-W eiterbildungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr

Ärztinnen (weiblich), die mit einer Schwerpunktbezeichnung beziehungsweise einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)	Tabelle 1.1.W KV-Region insgesamt Blatt 2 Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrichtungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächtigung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung[4]		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	**Kinder- und Jugendmedizin**									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kinder-Gastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie[5]									
6	SP Kinder-Kardiologie[6]									
7	SP Kinder-Nephrologie									
8	SP Kinder-Neuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinder-Rheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	**Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie**									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	**Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie**									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie und FA Psychiatrie[7]									
22	FA Neurologie									
23	FA Psychiatrie[7]									
24	SP Forensische Psychiatrie									
25	SP Kinderneuropsychiatrie									
26	**Pathologie**									
27	davon: FA Neuropathologie									
28	**Radiologie**									
29	davon: SP Kinderradiologie[8]									
30	SP Neuroradiologie									
31	SP Strahlentherapie									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Einschließlich Kinder- und Jugend-Hämatologie und –Onkologie.
6 Einschließlich Kinder- und Jugend-Kardiologie.
7 FA Psychiatrie einschließlich FA Psychiatrie und Psychotherapie.
8 Einschließlich Kinder- und Jugendradiologie.

Hinweise:

a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.
Im Bereich der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie werden ab dem 31. Dezember 2019 Ärztinnen und Ärzte, die sowohl über den FA Ne urologie als auch über den FA Psychiatrie beziehungsweise den FA Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, in einer separaten Kategorie ("FA Neurologie und FA Psychiatrie") und nicht mehr in den Kategorien "FA Neurologie" beziehungsweise "FA Psychiatrie" gezählt.

b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Zusatz-W eiterbildungen abgebildet. Daten zu den Zusatz-W eiterbildungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Ärzte (männlich), die mit einer Schwerpunktbezeichnung beziehungsweise einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)	Tabelle 1.1.M KV-Region insgesamt Blatt 1 Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe		Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrichtungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächtigung
			Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung[4]		
									ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
			Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	**Chirurgie und Orthopädie**										
2	davon:	FA/SP Gefäßchirurgie									
3		FA/SP Kinderchirurgie[5]									
4		FA Orthopädie									
5		FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6		FA/SP Plastische Chirurgie[6]									
7		SP Rheumatologie									
8		SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9		SP Unfallchirurgie									
10		FA/SP Viszeralchirurgie									
11	**Frauenheilkunde und Geburtshilfe**										
12	davon:	SP Gynäkolische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13		SP Gynäkologische Onkologie									
14		SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	**HNO-Heilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie**										
16	davon:	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	**Innere Medizin (ohne hausärztlich Tätige)[7]**										
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		FA/SP Infektiologie									
24		FA/SP Kardiologie									
25		FA/SP Nephrologie									
26		FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27		FA/SP Rheumatologie									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Einschließlich FA Kinder- und Jugendchirurgie.
6 Einschließlich FA Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.
7 Hier werden nur Internistinnen/Internisten berücksichtigt, die mit fachärztlicher Tätigkeit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigungen werden alle Ärztinnen/Ärzte, die als Internistinnen/Internisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

Hinweise:

a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.Im Bereich der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie werden ab dem 31. Dezember 2019 Ärztinnen und Ärzte, die sowohl über den FA Neurologie als auch über den FA Psychiatrie beziehungsweise den FA Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, in einer separaten Kategorie („FA Neurologie und FA Psychiatrie") und nicht mehr in den Kategorien „FA Neurologie" beziehungsweise „FA Psychiatrie" gezählt.

b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Zusatz-Weiterbildungen abgebildet. Daten zu den Zusatz-W eiterbildungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

Ärzte (männlich), die mit einer Schwerpunktbezeichnung beziehungsweise einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)	Tabelle 1.1.M KV-Region insgesamt Blatt 2 Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrichtungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächtigung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung[4]		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	**Kinder- und Jugendmedizin**									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kinder-Gastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie[5]									
6	SP Kinder-Kardiologie[6]									
7	SP Kinder-Nephrologie									
8	SP Kinder-Neuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinder-Rheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	**Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie**									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	**Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie**									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie und FA Psychiatrie[7]									
22	FA Neurologie									
23	FA Psychiatrie[7]									
24	SP Forensische Psychiatrie									
25	SP Kinderneuropsychiatrie									
26	**Pathologie**									
27	davon: FA Neuropathologie									
28	**Radiologie**									
29	davon: SP Kinderradiologie[8]									
30	SP Neuroradiologie									
31	SP Strahlentherapie									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Einschließlich Kinder- und Jugend-Hämatologie und –Onkologie.
6 Einschließlich Kinder- und Jugend-Kardiologie.
7 FA Psychiatrie einschließlich FA Psychiatrie und Psychotherapie.
8 Einschließlich Kinder- und Jugendradiologie.

Hinweise:

a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.
Im Bereich der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie werden ab dem 31. Dezember 2019 Ärztinnen und Ärzte, die sowohl über den FA Neurologie als auch über den FA Psychiatrie beziehungsweise den FA Psychiatrie und Psychotherapie verfügen, in einer separaten Kategorie („FA Neurologie und FA Psychiatrie") und nicht mehr in den Kategorien „FA Neurologie" beziehungsweise „FA Psychiatrie" gezählt.

Diese Plattform-Version ist nicht mehr

b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Zusatz-Weiterbildungen abgebildet. Daten zu den Zusatz-W eiterbildungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ausländische Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) (Zählung nach Personen)											Tabelle 2 KV-Region insgesamt Stand:	
Lfd. Nr.	Fachgruppe	EU-Staaten								Übrige europäische Staaten	Summe außereuropäische Staaten	Summe ausländische Staaten
		Benelux-Staaten	Frankreich	Griechenland	Italien	Österreich	Polen	Übrige EU-Staaten	Summe EU-Staaten			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ärztliche Fachgruppen												
1	Allgemeinmedizin											
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung											
3	Anästhesiologie											
4	Augenheilkunde											
5	Chirurgie und Orthopädie											
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe											
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie											
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten											
9	Humangenetik											
10	Innere Medizin[1]											
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit											
12	mit fachärztlicher Tätigkeit											
13	Kinder- und Jugendmedizin											
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie											
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie											
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie											
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie											
18	Neurochirurgie											
19	Nuklearmedizin											
20	Pathologie											
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin											
22	Ärztliche Psychotherapie											
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie											
24	Radiologie											
25	Strahlentherapie											
26	Transfusionsmedizin											
27	Urologie											
28	Übrige Fachgruppen[2]											
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**											
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[3]											
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)												
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie											
32	Psychologische Psychotherapie											
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**											
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**											

1 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
2 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
3 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlinie verschafft nicht mehr in

Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) (Zählung nach Personen)	Tabelle 3 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	bis 34 Jahre		35 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 65 Jahre		über 65 Jahre	
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärztliche Fachgruppen													
1	Allgemeinmedizin												
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung												
3	Anästhesiologie												
4	Augenheilkunde												
5	Chirurgie und Orthopädie												
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe												
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie												
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten												
9	Humangenetik												
10	Innere Medizin[1]												
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit												
12	mit fachärztlicher Tätigkeit												
13	Kinder- und Jugendmedizin												
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie												
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie												
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
18	Neurochirurgie												
19	Nuklearmedizin												
20	Pathologie												
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin												
22	Ärztliche Psychotherapie												
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologie												
25	Strahlentherapie												
26	Transfusionsmedizin												
27	Urologie												
28	Übrige Fachgruppen[2]												
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**												
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[3]												
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie												
32	Psychologische Psychotherapie												
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**												
35	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**												

1 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
2 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
3 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Kopie/Version ist nicht mehr in Kraft

Altersstruktur der in der Bedarfsplanung zählenden Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)	Tabelle 3.B KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	bis 34 Jahre		35 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 65 Jahre		über 65 Jahre	
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hausärztliche Versorgung[1]												
2	Augenheilkunde												
3	Chirurgie und Orthopädie												
4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe												
5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie												
6	Haut- und Geschlechtskrankheiten												
7	Kinder- und Jugendmedizin												
8	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
9	Psychotherapie												
10	davon: Ärztliche Psychotherapie (ohne Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)												
11	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
12	Kinder- und Jugendlichenpsy-chotherapie												
13	Psychologische Psychotherapie												
14	Urologie												
15	Anästhesiologie												
16	Innere Medizin (fachärztlich tätig)												
17	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
18	Radiologie												
19	Humangenetik												
20	Laboratoriumsmedi-zin/Biochemie/Mikrobiologie												
21	Neurochirurgie												
22	Nuklearmedizin												
23	Pathologie												
24	Physikalische und Rehabilitative Medizin												
25	Strahlentherapie												
26	Transfusionsmedizin												
27	**Summe Bedarfsplanungsgruppen**												

1 Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

Altersstruktur der Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (w/m/d) (Zählung nach Personen)	Tabelle 3.1 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	bis 34 Jahre		35 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 65 Jahre		über 65 Jahre	
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärztliche Fachgruppen													
1	Allgemeinmedizin												
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung												
3	Anästhesiologie												
4	Augenheilkunde												
5	Chirurgie und Orthopädie												
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe												
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie												
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten												
9	Humangenetik												
10	Innere Medizin[1]												
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit												
12	mit fachärztlicher Tätigkeit												
13	Kinder- und Jugendmedizin												
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie												
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie												
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
18	Neurochirurgie												
19	Nuklearmedizin												
20	Pathologie												
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin												
22	Ärztliche Psychotherapie												
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologie												
25	Strahlentherapie												
26	Transfusionsmedizin												
27	Urologie												
28	Übrige Fachgruppen[2]												
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**												
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[3]												
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie												
32	Psychologische Psychotherapie												
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**												
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**												

2
3 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
4 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
5 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlien-Version ist nicht mehr in

Altersstruktur der der Partner-Ärztinnen und -Ärzte, Partner-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten (w/m/d) (Zählung nach Personen)	Tabelle 3.2 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	bis 34 Jahre		35 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 65 Jahre		über 65 Jahre	
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärztliche Fachgruppen													
1	Allgemeinmedizin												
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung												
3	Anästhesiologie												
4	Augenheilkunde												
5	Chirurgie und Orthopädie												
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe												
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie												
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten												
9	Humangenetik												
10	Innere Medizin[1]												
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit												
12	mit fachärztlicher Tätigkeit												
13	Kinder- und Jugendmedizin												
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie												
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie												
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
18	Neurochirurgie												
19	Nuklearmedizin												
20	Pathologie												
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin												
22	Ärztliche Psychotherapie												
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologie												
25	Strahlentherapie												
26	Transfusionsmedizin												
27	Urologie												
28	Übrige Fachgruppen[2]												
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**												
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[3]												
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie												
32	Psychologische Psychotherapie												
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**												
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**												

1 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
2 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
3 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Altersstruktur der angestellten Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Einrichtungen (w/m/d) (Zählung nach Personen)	Tabelle 3.3 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	bis 34 Jahre		35 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 65 Jahre		über 65 Jahre	
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärztliche Fachgruppen													
1	Allgemeinmedizin												
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung												
3	Anästhesiologie												
4	Augenheilkunde												
5	Chirurgie und Orthopädie												
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe												
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie												
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten												
9	Humangenetik												
10	Innere Medizin[1]												
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit												
12	mit fachärztlicher Tätigkeit												
13	Kinder- und Jugendmedizin												
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie												
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie												
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
18	Neurochirurgie												
19	Nuklearmedizin												
20	Pathologie												
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin												
22	Ärztliche Psychotherapie												
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologie												
25	Strahlentherapie												
26	Transfusionsmedizin												
27	Urologie												
28	Übrige Fachgruppen[2]												
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**												
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[3]												
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie												
32	Psychologische Psychotherapie												
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**												
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**												

1 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
2 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
3 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlien-Version ist nicht mehr in

Altersstruktur der angestellten Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis (w/m/d) (Zählung nach Personen)	Tabelle 3.4 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	bis 34 Jahre		35 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 65 Jahre		über 65 Jahre	
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärztliche Fachgruppen													
1	Allgemeinmedizin												
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung												
3	Anästhesiologie												
4	Augenheilkunde												
5	Chirurgie und Orthopädie												
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe												
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie												
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten												
9	Humangenetik												
10	Innere Medizin[1]												
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit												
12	mit fachärztlicher Tätigkeit												
13	Kinder- und Jugendmedizin												
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie												
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie												
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
18	Neurochirurgie												
19	Nuklearmedizin												
20	Pathologie												
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin												
22	Ärztliche Psychotherapie												
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologie												
25	Strahlentherapie												
26	Transfusionsmedizin												
27	Urologie												
28	Übrige Fachgruppen[2]												
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**												
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[3]												
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie												
32	Psychologische Psychotherapie												
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**												
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**												

1 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
2 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
3 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlien-Version ist nicht mehr in K

Altersstruktur der ermächtigten Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) (Zählung nach Personen)	Tabelle 3.5 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	bis 34 Jahre		35 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 65 Jahre		über 65 Jahre	
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärztliche Fachgruppen													
1	Allgemeinmedizin												
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung												
3	Anästhesiologie												
4	Augenheilkunde												
5	Chirurgie und Orthopädie												
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe												
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie												
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten												
9	Humangenetik												
10	Innere Medizin[1]												
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit												
12	mit fachärztlicher Tätigkeit												
13	Kinder- und Jugendmedizin												
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie												
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie												
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
18	Neurochirurgie												
19	Nuklearmedizin												
20	Pathologie												
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin												
22	Ärztliche Psychotherapie												
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologie												
25	Strahlentherapie												
26	Transfusionsmedizin												
27	Urologie												
28	Übrige Fachgruppen[2]												
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**												
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[3]												
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie												
32	Psychologische Psychotherapie												
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**												
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**												

1 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
2 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnarztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
3 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlien-Version ist nicht mehr in

Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) (Zählung nach Personen)	Tabelle 3a KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Gesamt		Zulassung[1]	Jobsharingjunior-partnerschaft[2]	Anstellung in Einrichtungen[3]	Anstellung in freier Praxis			Ermächtigung
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon: mit/ohne Leistungsbeschränkung[4]		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Alter in Jahren	in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren	Alter in Jahren
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ärztliche Fachgruppen										
1	Allgemeinmedizin									
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung									
3	Anästhesiologie									
4	Augenheilkunde									
5	Chirurgie und Orthopädie									
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe									
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie									
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten									
9	Humangenetik									
10	Innere Medizin[5]									
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit									
12	mit fachärztlicher Tätigkeit									
13	Kinder- und Jugendmedizin									
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie									
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie									
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
18	Neurochirurgie									
19	Nuklearmedizin									
20	Pathologie									
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin									
22	Ärztliche Psychotherapie									
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
24	Radiologie									
25	Strahlentherapie									
26	Transfusionsmedizin									
27	Urologie									
28	Übrige Fachgruppen[6]									
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**									
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[7]									
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)										
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie									
32	Psychologische Psychotherapie									
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**									
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**									

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
3 Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V).
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 Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
6 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
7 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlinie in Versionen ist nicht mehr m

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Personen)	Tabelle 4 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Kassenärztliche Vereinigung																	Summe Kassenärztliche Vereinigungen
		Baden-Württemberg	Bayerns	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe	
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ärztliche Fachgruppen																			
1	Allgemeinmedizin																		
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung																		
3	Anästhesiologie																		
4	Augenheilkunde																		
5	Chirurgie und Orthopädie																		
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe																		
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie																		
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten																		
9	Humangenetik																		
10	Innere Medizin[1]																		
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit[2]																		
12	mit fachärztlicher Tätigkeit[2]																		
13	Kinder- und Jugendmedizin																		
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie																		
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie																		
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie																		
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie																		
18	Neurochirurgie																		
19	Nuklearmedizin																		
20	Pathologie																		
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin																		
22	Ärztliche Psychotherapie																		
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie																		
24	Radiologie																		
25	Strahlentherapie																		
26	Transfusionsmedizin																		
27	Urologie																		
28	Übrige Fachgruppen[3]																		
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**																		
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[2, 4]																		
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)																			
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie																		
32	Psychologische Psychotherapie																		
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**																		
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**																		

1 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
2 Bei den hausärztlich tätigen Internistinnen/Internisten, den fachärztlich tätigen Internistinnen/Internisten und den Hausärztinnen/Ha usärzten sind keine ermächtigten Ärztinnen/Ärzte enthalten (siehe Tabelle 1.0).
3 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
4 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Die Richtlinien-Version ist rechtsverbindlich

In der Bedarfsplanung zählende Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) nach Kassenärztlichen Vereinigungen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)	Tabelle 4.B KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Kassenärztliche Vereinigung																	Summe Kassenärztliche Vereinigungen
		Baden-Württemberg	Bayerns	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe	
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	Hausärztliche Versorgung[1]																		
2	Augenheilkunde																		
3	Chirurgie und Orthopädie																		
4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe																		
5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie																		
6	Haut- und Geschlechtskrankheiten																		
7	Kinder- und Jugendmedizin																		
8	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie																		
9	Psychotherapie																		
10	davon: Ärztliche Psychotherapie (ohne Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)																		
11	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie																		
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie																		
13	Psychologische Psychotherapien																		
14	Urologie																		
15	Anästhesiologie																		
16	Innere Medizin (fachärztlich tätig)																		
17	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie																		
18	Radiologie																		
19	Humangenetik																		
20	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie																		
21	Neurochirurgie																		
22	Nuklearmedizin																		
23	Pathologie																		
24	Physikalische und Rehabilitative Medizin																		
25	Strahlentherapie																		
26	Transfusionsmedizin																		
27	**Summe Bedarfsplanungsgruppen**																		

1 Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin).

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) in kooperativen Strukturen (Zählung nach Personen)	Tabelle 5 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	In Berufsausübungsgemeinschaften[1]				In Einrichtungen[5]		In Einzelpraxen			
		Zulassung[2]	Jobsharingjunior-partnerschaften[3]	Anstellung		Zulassung[2, 6]	Anstellung	Anstellung		Zulassung[2]	
				ohne Leistungsbeschränkung[4]	mit Leistungsbeschränkung[4]			ohne Leistungsbeschränkung[4]	mit Leistungsbeschränkung[4]	mit Angestellten	ohne Angestellte[7]
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ärztliche Fachgruppen											
1	Allgemeinmedizin										
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung										
3	Anästhesiologie										
4	Augenheilkunde										
5	Chirurgie und Orthopädie										
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe										
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiogie										
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten										
9	Humangenetik										
10	Innere Medizin[8]										
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit										
12	mit fachärztlicher Tätigkeit										
13	Kinder- und Jugendmedizin										
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie										
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie										
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie										
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie										
18	Neurochirurgie										
19	Nuklearmedizin										
20	Pathologie										
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin										
22	Ärztliche Psychotherapie										
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie										
24	Radiologie										
25	Strahlentherapie										
26	Transfusionsmedizin										
27	Urologie										
28	Übrige Fachgruppen[9]										
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**										
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[10]										
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)											
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie										
32	Psychologische Psychotherapie										
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**										
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**										
Nachrichtlich: Anzahl der Berufsausübungsgemeinschaften[11]			davon fachübergreifend								

1 Einschließlich Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärztinnen/-ärzten innerhalb eines medizinischen Versorgungszentrums.
2 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
3 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
4 Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in

5 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
6 Ist mehr als eine Vertragsärztin/ein Vertragsarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig, dann sind diese über eine Berufsausübungsgemeinschaft verbunden. Diese werden in dieser Darstellung nicht unter Berufsausübungsgemeinschaften subsummiert.
7 Hier handelt es sich um keine kooperative Struktur.
8 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
9 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
10 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).
11 Hier werden die Berufsausübungsgemeinschaften der Vertragsärztinnen/-ärzte in medizinischen Versorgungszentren nicht mit berücksichtigt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

In der Bedarfsplanung zählende Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) in kooperativen Strukturen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)	Tabelle 5.B KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	In Berufsausübungsgemeinschaften[1]		In Einrichtungen[3)]		In Einzelpraxen		
		Zulassung[2]	Anstellung	Zulassung[2, 4]	Anstellung	Zulassung[2]		Anstellung
						mit Angestellten	ohne Angestellte[5]	
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7
1	Hausärztliche Versorgung[6]							
2	Augenheilkunde							
3	Chirurgie und Orthopädie							
4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe							
5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie							
6	Haut- und Geschlechtskrankheiten							
7	Kinder- und Jugendmedizin							
8	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie							
9	Psychotherapie							
10	davon: Ärztliche Psychotherapie (ohne Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)							
11	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie							
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie							
13	Psychologische Psychotherapie							
14	Urologie							
15	Anästhesiologie							
16	Innere Medizin (fachärztlich tätig)							
17	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie							
18	Radiologie							
19	Humangenetik							
20	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie							
21	Neurochirurgie							
22	Nuklearmedizin							
23	Pathologie							
24	Physikalische und Rehabilitative Medizin							
25	Strahlentherapie							
26	Transfusionsmedizin							
27	**Summe Bedarfsplanungsgruppen**							

1 Einschließlich Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, ohne Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärztinnen/-ärzten innerhalb eines medizinischen Versorgungszentrums.
2 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
4 Ist mehr als eine Vertragsärztin/ein Vertragsarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig, dann sind diese über eine Berufsausübungsgemeinschaft verbunden. Diese werden in dieser Darstellung nicht un ter Berufsausübungsgemeinschaften subsummiert.
5 Hier handelt es sich um keine kooperative Struktur.
6 Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin).

Diese Richtlinie-Version ist nicht mehr in

Ärztinnen und Ärzte (w/m/d)[1] mit belegärztlicher Anerkennung (Zählung nach Personen)	Tabelle 6 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Belegärztinnen/Belegärzte			Belegbare Betten[2]		
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr	Anteil an allen Ärztinnen/Ärzten[1]	bis 10 Betten	11 bis 20 Betten	über 20 Betten
			in Prozent	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6
Ärztliche Fachgruppen							
1	Allgemeinmedizin						
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung						
3	Anästhesiologie						
4	Augenheilkunde						
5	Chirurgie und Orthopädie						
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe						
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie						
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten						
9	Humangenetik						
10	Innere Medizin[3]						
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit						
12	mit fachärztlicher Tätigkeit						
13	Kinder- und Jugendmedizin						
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie						
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie						
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie						
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie						
18	Neurochirurgie						
19	Nuklearmedizin						
20	Pathologie						
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin						
22	Ärztliche Psychotherapie						
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie						
24	Radiologie						
25	Strahlentherapie						
26	Transfusionsmedizin						
27	Urologie						
28	Übrige Fachgruppen[4]						
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**						
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[5]						

1 Vertragsärztinnen/-ärzte und angestellte Ärztinnen/Ärzte in Einrichtungen.
2 Hinweis: Mehrere Ärztinnen/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 Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
4 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
5 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

Zugänge und Abgänge von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) im Berichtsjahr (Zählung nach Personen)	Tabelle 7 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Zugang[1]									Abgang[1]
		Gesamt		Zulassung[2]	Jobsharingjunior-partnerschaft[3]	Anstellung in Einrichtungen[4]	Anstellung in freier Praxis			Ermächti-gung	Gesamt
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Verände-rung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbe-schränkung[5]			
								ohne Leistungsbe-schränkung	mit Leistungsbe-schränkung		
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ärztliche Fachgruppen											
1	Allgemeinmedizin										
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung										
3	Anästhesiologie										
4	Augenheilkunde										
5	Chirurgie und Orthopädie										
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe										
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie										
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten										
9	Humangenetik										
10	Innere Medizin[6]										
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit										
12	mit fachärztlicher Tätigkeit										
13	Kinder- und Jugendmedizin										
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie										
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie										
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie										
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie										
18	Neurochirurgie										
19	Nuklearmedizin										
20	Pathologie										
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin										
22	Ärztliche Psychotherapie										
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie										
24	Radiologie										
25	Strahlentherapie										
26	Transfusionsmedizin										
27	Urologie										
28	Übrige Fachgruppen[7]										
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**										
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[8]										
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)											
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie										
32	Psychologische Psychotherapie										
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**										
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**										

1 Fachgebietswechsel zählen als Zu- beziehungsweise Abgänge. Wechsel von einer Teilnahmeform in eine andere Teilnahmeform (zum Beispiel von Anstellung in Zulassung) zählen nicht als Zu- beziehungsweise Abgänge. Ausweitungen beziehungsweise Reduzierungen des Teilnahmeumfangs zählen als Zu- beziehungsweise Abgänge.
2 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
3 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
4 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
5 Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
6 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
7 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
8 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Kopie/Ausdruck ist nicht mehr in aktueller Version gültig

Zugänge und Abgänge von in der Bedarfsplanung zählenden Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) im Berichtsjahr (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)	Tabelle 7.B KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Zugang[1]						Abgang[1]
		Gesamt		Zulassung[2]	Anstellung in Einrichtungen[3]	Anstellung in freier Praxis	Ermächtigung	Gesamt
		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	Hausärztliche Versorgung[4]							
2	Augenheilkunde							
3	Chirurgie und Orthopädie							
4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe							
5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie							
6	Haut- und Geschlechtskrankheiten							
7	Kinder- und Jugendmedizin							
8	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie							
9	Psychotherapie							
10	davon: Ärztliche Psychotherapie (ohne Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)							
11	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie							
12	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie							
13	Psychologische Psychotherapie							
14	Urologie							
15	Anästhesiologie							
16	Innere Medizin (fachärztlich tätig)							
17	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie							
18	Radiologie							
19	Humangenetik							
20	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie							
21	Neurochirurgie							
22	Nuklearmedizin							
23	Pathologie							
24	Physikalische und Rehabilitative Medizin							
25	Strahlentherapie							
26	Transfusionsmedizin							
27	**Summe Bedarfsplanungsgruppen**							

1 Fachgebietswechsel zählen als Zu- beziehungsweise Abgänge. Wechsel von einer Teilnahmeform in eine andere Teilnahmeform (zum Beispiel von Anstellung in Zulassung) zählen nicht als Zu- beziehungsweise Abgänge. Ausweitungen beziehungsweise Reduzierungen des Teilnahmeumfangs zählen als Zu- beziehungsweise Abgänge.
2 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
3 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
4 Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie (das bedeutet: ohne Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) nach dem Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zählung nach Personen)	Tabelle 8 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Zulassung[1]				Anstellung in Einrichtungen[2] und freier Praxis[3]							
		Umfang des Versorgungsauftrags				Umfang der Anstellung pro Woche							
		Hälftig[4]		Voll[5]		bis 10 Stunden		über 10 bis 20 Stunden		über 20 bis 30 Stunden		über 30 Stunden	
		Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr	Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr	Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr	Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr	Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr	Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ärztliche Fachgruppen													
1	Allgemeinmedizin												
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung												
3	Anästhesiologie												
4	Augenheilkunde												
5	Chirurgie und Orthopädie												
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe												
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie												
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten												
9	Humangenetik												
10	Innere Medizin[6]												
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit												
12	mit fachärztlicher Tätigkeit												
13	Kinder- und Jugendmedizin												
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie												
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie												
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie												
18	Neurochirurgie												
19	Nuklearmedizin												
20	Pathologie												
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin												
22	Ärztliche Psychotherapie												
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie												
24	Radiologie												
25	Strahlentherapie												
26	Transfusionsmedizin												
27	Urologie												
28	Übrige Fachgruppen[7]												
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**												
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[8]												
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)													
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie												
32	Psychologische Psychotherapie												
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**												
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**												

1 Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten.
2 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 311 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.
3 Nur Ärztinnen/Ärzte ohne Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5a der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
4 Inklusive Zulassungen mit einem Viertel-Versorgungsauftrag.
5 Inklusive Zulassungen mit einem Dreiviertel-Versorgungsauftrag.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

6 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
7 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
8 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

In Einrichtungen angestellte Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (w/m/d) nach der Art der Einrichtung (Zählung nach Personen)	Tabelle 9 KV-Region insgesamt Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	In Einrichtungen insgesamt			In medizinischen Versorgungszentren		In Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 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
Ärztliche Fachgruppen										
1	Allgemeinmedizin									
2	Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung									
3	Anästhesiologie									
4	Augenheilkunde									
5	Chirurgie und Orthopädie									
6	Frauenheilkunde und Geburtshilfe									
7	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie									
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten									
9	Humangenetik									
10	Innere Medizin[1]									
11	davon: mit hausärztlicher Tätigkeit									
12	mit fachärztlicher Tätigkeit									
13	Kinder- und Jugendmedizin									
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie									
15	Laboratoriumsmedizin/Biochemie/Mikrobiologie									
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie									
17	Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie									
18	Neurochirurgie									
19	Nuklearmedizin									
20	Pathologie									
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin									
22	Ärztliche Psychotherapie									
23	davon: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie									
24	Radiologie									
25	Strahlentherapie									
26	Transfusionsmedizin									
27	Urologie									
28	Übrige Fachgruppen[2]									
29	**Summe ärztliche Fachgruppen**									
30	davon: hausärztliche Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin)[3]									
Psychotherapeutische Fachgruppen (ohne Ärztliche Psychotherapie)										
31	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie									
32	Psychologische Psychotherapie									
33	**Summe Psychotherapie ohne Ärztliche Psychotherapie**									
34	**Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen**									

1 Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärztinnen/-ärzte nicht mehr als separate Fachgruppe ausgewiesen, sondern der Fachgruppe der Inneren Medizin zugewiesen.
2 Enthalten: Arbeitsmedizin, Fachwissenschaftlerinnen/-schaftler der Medizin, Fachzahnärztinnen/-ärzte, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin und Sportmedizin.
3 Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärztinnen/Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Ärztinnen/Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin hinzugezählt werden).

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung (Zählung nach Personen)

Tabelle 10
KV-Region insgesamt
Blatt 1

Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner- Ärzte[1]	Angestellte Ärzte in Einrichtungen[2]	Angestellte Ärzte in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
							Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung[3]		
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Veränderung zum Vorjahr					ohne Leistungs-beschränkung	mit Leistungs-beschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Akupunktur									
2	Allergologie									
3	Andrologie									
4	Arbeitsmedizin									
5	Ärztliches Qualitätsmanagement									
6	Balneologie und Medizinische Klimatologie[4]									
7	Betriebsmedizin									
8	Bluttransfusionswesen[5]									
9	Dermatohistologie/Dermatopathologie									
10	Diabetologie									
11	Ernährungsmedizin									
12	Flugmedizin									
13	Geriatrie									
14	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie									
15	Hämostaseologie									
16	Handchirurgie									
17	Homöopathie									
18	Immunologie									
19	Infektiologie									
20	Intensivmedizin									
21	Kardiale Magnetresonanztomographie									
22	Kinder- (und Jugend-)Endokrinologie und -Diabetologie									
23	Kinder- (und Jugend-)Gastroenterologie									
24	Kinder- (und Jugend-)Nephrologie									
25	Kinder- (und Jugend-)Orthopädie									
26	Kinder- (und Jugend-)Pneumologie									
27	Kinder- (und Jugend-)Rheumatologie									
28	Klinische Akut- und Notfallmedizin									
29	Krankenhaushygiene									
30	Labordiagnostik - fachgebunden									
31	Magnetresonanztomographie (auch: fachgebunden)									
32	Manuelle Medizin/Chirotherapie									
33	Medikamentöse Tumortherapie									

1 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
2 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Einschließlich Kurarzt/Kurärztin.
5 Einschließlich Transfusionsmedizin.
6 Einschließlich Rettungsmedizin.
7 Einschließlich Physikalische Therapie und Balneologie.
8 Einschließlich Plastische Operationen.
9 Einschließlich Suchttherapie/Suchtmedizin.

Hinweise:
a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Zusatzweiterbildung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.
b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Schwerpunkte abgebildet. Daten zu den Schwerpunkten sind in Tabelle 1.1 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung (Zählung nach Personen)

Tabelle 10
KV-Region insgesamt
Blatt 2

Stand:

Lfd. Nr.	Fachgruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner- Ärzte[1]	Angestellte Ärzte in Einrichtungen[2]	Angestellte Ärzte in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
							Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung[3]		
		Insgesamt Spalten 3 + 4 + 5 + 6 + 9	Veränderung zum Vorjahr					ohne Leistungs-beschränkung	mit Leistungs-beschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Medizinische Genetik									
2	Medizinische Informatik									
3	Naturheilverfahren									
4	Notfallmedizin[6]									
5	Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen									
6	Orthopädische Rheumatologie									
7	Palliativmedizin									
8	Plebologie									
9	Physikalische Therapie[7]									
10	Plastische und Ästhetische Operationen[8]									
11	Proktologie									
12	Psychoanalyse									
13	Psychotherapie (auch: fachgebunden)									
14	Rehabilitationswesen									
15	Röntgendaignostik - fachgebunden									
16	Röntgendaignostik für Nuklearmediziner									
17	Röntgentherapie									
18	Schlafmedizin									
19	Sexualmedizin									
20	Sozialmedizin									
21	Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern									
22	Spezielle Kinder- und Jugendurologie									
23	Spezielle Orthopädische Chirurgie									
24	Spezielle Schmerztherapie									
25	Spezielle Unfallchirurgie									
26	Spezielle Viszeralchirurgie									
27	Sportmedizin									
28	Stimm- und Sprachstörungen									
29	Strahlentherapie									
30	Suchtmedizinische Grundversorgung[9]									
31	Transplantationsmedizin									
32	Tropenmedizin									
33	Umweltmedizin									

1 Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.
2 Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 402 Absatz 2 SGB V (ehemals § 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 Einschließlich Kurarzt/Kurärztin.
5 Einschließlich Transfusionsmedizin.
6 Einschließlich Rettungsmedizin.
7 Einschließlich Physikalische Therapie und Balneologie.
8 Einschließlich Plastische Operationen.
9 Einschließlich Suchttherapie/Suchtmedizin.

Hinweise:
a) Bei Ärztinnen/Ärzten, die über mehr als eine Zusatzweiterbildung verfügen, ist eine Doppelzählung möglich.
b) In einigen Gebieten, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, werden fachliche Spezialisierungen weiterbildungsrechtlich auch über Schwerpunkte abgebildet. Daten zu den Schwerpunkten sind in Tabelle 1.1 dargestellt. Bei einigen Spezialisierungen müssen sowohl die Tabelle 1.1 als auch die Tabelle 10 betrachtet werden. Wichtig: Da es Ärztinnen/Ärzte gibt, die zu einer Spezialisierung sowohl über den entsprechenden Schwerpunkt als auch über die entsprechende Zusatz-Weiterbildung verfügen, ist eine einfache Summenbildung über die Tabellen 1.1 und 10 nicht zulässig.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

Anlage 2 Bedarfsplan und Planungsblätter

Anlage 2.1 Struktur des Bedarfsplans nach § 4 dieser Richtlinie

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

1 Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ärzte-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		
Systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie, zum Beispiel Planungsgruppen, Planungsbereiche, Verhältniszahlen, Weitere Anpassungsfaktoren, Regionale Regelungen zum Sonderbedarf, Drohende Unterversorgung		

+

3 Planungsblätter	***Stand der Bedarfs-planung***	In der Regel alle 6 Monate
Entsprechend Anlage 2.2		

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

[1] Dabei sind auch die Ergebnisse der Umsetzung der §§ 103 Absatz 3a und 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 6 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 gegebenenfalls weitere über § 75 Absatz 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 Nummer 5 (Berücksichtigung regionaler Besonderheiten) oder § 35 Absatz 5 (zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf) dieser 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] (zum Beispiel Bedarfsplanungs-Richtlinie, (Muster-)Weiterbildungsordnung, Abrechnung et cetera)	…				
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	**Allgemeine 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 Bedarfsplanungs-Richtlinie im Planungsbereich, die in der Bedarfsplanung zählen	**Gesamtzahl Ärzte** (Spalten 6 + 7 + 8)	**Gesamtzahl Ärzte ohne Ermächtigte** (Spalte n 6 + 7)	Sollzahl Ärzte[3]	**Versorgungsgrad mit ermächtigten Ärzten und Einrichtungen[4]**	**Versorgungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen[4]**	Versorgungsgrad im Vorjahr[5]	**Planungsbereich gesperrt[1]** (1 = ja / 2 = nein)	**Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung**	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	**Unterversorgung[1]** (1 = ja / 2 = nein)	Drohende Unterversorgung[1] (1 = ja / 2 = nein)	Anzahl der ausgeschriebenen Arztsitze bei Beschluss nach § 103 Absatz 2 Satz 4 SGB V	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt[6]
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 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.
[2] Hier wird die Wirkung des Morbiditätsfaktors gemäß § 9 Absatz 8 bis 10 Bedarfsplanungs-Richtlinie 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] Hier wird mathematisch auf eine Stelle nach dem Komma gerundet. Maßgeblich für die Ausweisung von Überversorgung ist die Angabe in Spalte 13.
[5] Wird jährlich zum 1. Januar, gemäß den letzten verfügbaren Beschlüssen der Zulassungsausschüsse aktualisiert.
[6] Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten 4 verfügbaren Quartale aktualisiert.

Diese Richtlinien ... r in Kraft.

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

Allgemeine fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet	…			
Datum	…			
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich[1]	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter Krankenhäuser mit Meldung für ambulante Operationen
Planungs-bereich 1				
Planungs-bereich 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 Krankenhäuser mit Meldung für ambulante Operationen
Planungs-bereich 1				
Planungs-bereich 2				
…				

Diese Druck-Version ist nicht rechtsverbindlich. Maßgeblich ist die Online-Version in Kraft.

[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 zum Beispiel auf die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, 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	…																		
Planungs-bereich	**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 ermächtigte Ärzte und Einrichtungen**	**Ärztliche Psycho-thera-peuten**	**nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psycho-therapeuten**	**Psycho-somatiker[3]**	**Ärztliche Psycho-thera-peuten**	**nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psycho-therapeuten**	**Psycho-somatiker[3]**
						Ärztliche Psychotherapeuten ohne Psychosomatiker[3]		**Psychosomatiker[3]**										
						ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psycho-therapeuten	**nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psycho-therapeuten**	**ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psycho-therapeuten**	**nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psycho-therapeuten**	**ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psycho-therapeuten**	**nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psycho-therapeuten**							
			An-zahl	An-zahl	An-zahl	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
Planungs-bereich 1																		
Planungs-bereich 2																		
Planungs-bereich 3																		
Planungs-bereich 4																		
Planungs-bereich 5																		
Planungs-bereich 6																		
…																		
Planungs-bereich n																		

Diese Richtlinie tritt mit Kraft.

[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 nicht als zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten zu interpretieren.
[3] Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin.

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			**Versorgungs-grad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen**	**Nervenärzte[3] und Ärzte mit doppelter Facharztanerken-nung (Neurologie und Psychiatrie)**	**Neurologen**	**Psychiater[4]**	**Nervenärzte[3] und Ärzte mit doppelter Facharzt-anerkennung (Neurologie und Psychiatrie)**	**Neurologen**	**Psychiater[4]**
						Nervenärzte[3] und Ärzte mit doppelter Facharzt-anerkennung (Neurologie und Psychiatrie)	Neurologen	Psychiater[4]							
			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
Planungs-bereich 1															
Planungs-bereich 2															
Planungs-bereich 3															
Planungs-bereich 4															
Planungs-bereich 5															
Planungs-bereich 6															
…															
Planungs-bereich n															

Diese Richtli

[1] Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der im Planungsbereich geltenden regionalen Verhältniszahl gemäß § 8 Absatz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie. 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 Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie.
[4] Fachärzte für Psychiatrie 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[7]							
		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
Planungsbereich 1																	
Planungsbereich 2																	
Planungsbereich 3																	
Planungsbereich 4																	
…																	
Planungsbereich n																	

Diese Richtlin

[1] Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der im Planungsbereich geltenden regionalen Verhältniszahl gemäß § 8 Absatz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie. 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 dieser Richtlinie

Abkürzungsverzeichnis

GemName - Name der Gemeinde
GemSchlüssel - Schlüssel der Gemeinden
KReg - Kennzeichen Kreisregion
KRegName - Name der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen
KRegSchlüssel - Schlüssel der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen
KRSName - Name des Kreises
KRSSchlüssel - Schlüssel der Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte
KRSTyp - Kreistyp
KVName - Name der Kassenärztlichen Vereinigung
KVSchlüssel - Schlüssel der Kassenärztlichen Vereinigung
MBName - Name des Mittelbereichs
MBSchlüssel - Mittelbereichsschlüssel
RORName - Name der Raumordnungsregion
RORSchlüssel - Schlüssel der Raumordnungsregion

Anlage 3.1 Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3 dieser Richtlinie in der Abgrenzung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung

(Gebietsstand: 31. Dezember 2017)

Unter www.g-ba.de steht als Anlage 3.1a die Referenz Gemeinden zu Mittelbereiche als Download bereit.

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

MBSchlüssel	MBName	MBSchlüssel	MBName
010108	Geesthacht	040001	Bremen
020001	Hamburg	040002	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 Abgrenzung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung:

MBSchlüssel	MBName	MBSchlüssel	MBName
2300004	Lüneburg exkl. Amt Neuhaus	3300000	Hagenow inklusive Amt Neuhaus

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

(Gebietsstand: 31. Dezember 2017)

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
KV Schleswig-Holstein				
010020	Kiel, Landeshauptstadt	1	0	
010030	Lübeck, Hansestadt	1	0	
010510	Dithmarschen	5	0	
010530	Herzogtum Lauenburg	3	0	
010540	Nordfriesland	5	0	
010550	Ostholstein	4	0	
010560	Pinneberg	3	0	
010570	Plön	3	0	
010580	Rendsburg-Eckernförde/Neumünster	4	1	
010590	Schleswig-Flensburg/Flensburg	5	1	
010600	Segeberg	5	0	
010610	Steinburg	4	0	
010620	Stormarn	2	0	
KV Hamburg				
020000	Hamburg, Freie und Hansestadt	1	0	
KV Bremen				
040110	Bremen, Stadt	1	0	
040120	Bremerhaven, Stadt	1	0	
KV Niedersachsen				
031010	Braunschweig, Stadt	1	0	
031020	Salzgitter, Stadt	3	0	
031030	Wolfsburg, Stadt	1	0	
031510	Gifhorn	3	0	
031530	Goslar	5	0	
031540	Helmstedt	3	0	
031550	Northeim	4	0	
031570	Peine	3	0	
031580	Wolfenbüttel	4	0	
031590	Göttingen	5	0	
032410	Region Hannover	2	0	
032510	Diepholz/Delmenhorst	5	1	
032520	Hameln-Pyrmont	5	0	
032540	Hildesheim	5	0	
032550	Holzminden	5	0	
032560	Nienburg (Weser)	5	0	
032570	Schaumburg	4	0	
033510	Celle	4	0	
033520	Cuxhaven	3	0	
033530	Harburg	3	0	
033540	Lüchow-Dannenberg	5	0	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
033550	Lüneburg	4	0	exkl. Amt Neuhaus
033560	Osterholz	3	0	
033570	Rotenburg (Wümme)	4	0	
033580	Heidekreis	5	0	
033590	Stade	4	0	
033600	Uelzen	5	0	
033610	Verden	4	0	
034030	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	1	0	
034040	Osnabrück, Stadt	1	0	
034510	Ammerland	3	0	
034520	Aurich/Emden	5	1	
034530	Cloppenburg	5	0	
034540	Emsland	5	0	
034550	Friesland/Wilhelmshaven	5	1	
034560	Grafschaft Bentheim	5	0	
034570	Leer	5	0	
034580	Oldenburg (Oldenburg)	3	0	
034590	Osnabrück	4	0	
034600	Vechta	5	0	
034610	Wesermarsch	4	0	
034620	Wittmund	5	0	
KV Westfalen-Lippe				
055120	Bottrop, Stadt	6	0	
055130	Gelsenkirchen, Stadt	6	0	
055150	Münster, Stadt	1	0	
055540	Borken	5	0	
055580	Coesfeld	3	0	
055620	Recklinghausen	6	0	
055660	Steinfurt	4	0	
055700	Warendorf	4	0	
057110	Bielefeld, Stadt	1	0	
057540	Gütersloh	4	0	
057580	Herford	2	0	
057620	Höxter	4	0	
057660	Lippe	4	0	
057700	Minden-Lübbecke	5	0	
057740	Paderborn	5	0	
059110	Bochum, Stadt	6	0	
059130	Dortmund, Stadt	6	0	
059140	Hagen, Stadt	6	0	
059150	Hamm, Stadt	6	0	
059160	Herne, Stadt	6	0	
059540	Ennepe-Ruhr-Kreis	6	0	
059580	Hochsauerlandkreis	5	0	
059620	Märkischer Kreis	5	0	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
059660	Olpe	5	0	
059700	Siegen-Wittgenstein	5	0	
059740	Soest	4	0	
059780	Unna	6	0	
KV Nordrhein				
051110	Düsseldorf, Stadt	1	0	
051120	Duisburg, Stadt	6	0	
051130	Essen, Stadt	6	0	
051140	Krefeld, Stadt	1	0	
051160	Mönchengladbach, Stadt	1	0	
051170	Mülheim an der Ruhr, Stadt	6	0	
051190	Oberhausen, Stadt	6	0	
051200	Remscheid, Stadt	2	0	
051220	Solingen, Stadt	2	0	
051240	Wuppertal, Stadt	1	0	
051540	Kleve	5	0	
051580	Mettmann	2	0	
051620	Rhein-Kreis Neuss	2	0	
051660	Viersen	2	0	
051700	Wesel	6	0	
053140	Bonn, Stadt	1	0	
053150	Köln, Stadt	1	0	
053160	Leverkusen, Stadt	2	0	
053340	Städteregion Aachen	2	0	
053580	Düren	3	0	
053620	Rhein-Erft-Kreis	2	0	
053660	Euskirchen	4	0	
053700	Heinsberg	4	0	
053740	Oberbergischer Kreis	5	0	
053780	Rheinisch-Bergischer Kreis	2	0	
053820	Rhein-Sieg-Kreis	4	0	
KV Hessen				
064110	Darmstadt, Stadt	1	0	
064120	Frankfurt am Main, Stadt	1	0	
064130	Offenbach am Main, Stadt	2	0	
064140	Wiesbaden, Landeshauptstadt	1	0	
064310	Bergstraße	3	0	
064320	Darmstadt-Dieburg	3	0	
064330	Groß-Gerau	2	0	
064340	Hochtaunuskreis	2	0	
064350	Main-Kinzig-Kreis	4	0	
064360	Main-Taunus-Kreis	2	0	
064370	Odenwaldkreis	4	0	
064380	Offenbach	2	0	
064390	Rheingau-Taunus-Kreis	3	0	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
064400	Wetteraukreis	4	0	
065310	Gießen	5	0	
065320	Lahn-Dill-Kreis	5	0	
065330	Limburg-Weilburg	4	0	
065340	Marburg-Biedenkopf	5	0	
065350	Vogelsbergkreis	5	0	
066110	Kassel, Stadt	1	0	
066310	Fulda	5	0	
066320	Hersfeld-Rotenburg	5	0	
066330	Kassel	3	0	
066340	Schwalm-Eder-Kreis	4	0	
066350	Waldeck-Frankenberg	5	0	
066360	Werra-Meißner-Kreis	5	0	
KV Rheinland-Pfalz				
071110	Koblenz, Stadt	1	0	
071310	Ahrweiler	4	0	
071320	Altenkirchen (Westerwald)	5	0	
071330	Bad Kreuznach	5	0	
071340	Birkenfeld	5	0	
071350	Cochem-Zell	4	0	
071370	Mayen-Koblenz	4	0	
071380	Neuwied	4	0	
071400	Rhein-Hunsrück-Kreis	4	0	
071410	Rhein-Lahn-Kreis	4	0	
071430	Westerwaldkreis	5	0	
072110	Trier, Stadt	1	0	
072310	Bernkastel-Wittlich	5	0	
072320	Eifelkreis Bitburg-Prüm	5	0	
072330	Vulkaneifel	5	0	
072350	Trier-Saarburg	3	0	
073140	Ludwigshafen am Rhein, Stadt	1	0	
073150	Mainz, Stadt	1	0	
073310	Alzey-Worms/Worms	3	1	
073320	Bad Dürkheim/Neustadt	3	1	
073330	Donnersbergkreis	5	0	
073340	Germersheim	3	0	
073350	Kreis u. Stadt Kaiserslautern	5	1	
073360	Kusel	5	0	
073370	Südliche Weinstraße/Landau	4	1	
073380	Rhein-Pfalz-Kreis/Frankenthal/Speyer	2	1	
073390	Mainz-Bingen	3	0	
073400	Südwestpfalz/Pirmasens/Zweibrücken	5	1	
KV Baden-Württemberg				
081110	Stuttgart, Landeshauptstadt	1	0	
081150	Böblingen	2	0	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
081160	Esslingen	2	0	
081170	Göppingen	4	0	
081180	Ludwigsburg	2	0	
081190	Rems-Murr-Kreis	2	0	
081210	Heilbronn, Stadt	1	0	
081250	Heilbronn	3	0	
081260	Hohenlohekreis	5	0	
081270	Schwäbisch Hall	5	0	
081280	Main-Tauber-Kreis	5	0	
081350	Heidenheim	5	0	
081360	Ostalbkreis	5	0	
082120	Karlsruhe, Stadt	1	0	
082150	Karlsruhe	4	0	
082160	Rastatt/Baden-Baden	4	1	
082210	Heidelberg, Stadt	1	0	
082220	Mannheim, Universitätsstadt	1	0	
082250	Neckar-Odenwald-Kreis	5	0	
082260	Rhein-Neckar-Kreis	2	0	
082310	Pforzheim, Stadt	1	0	
082350	Calw	4	0	
082360	Enzkreis	3	0	
082370	Freudenstadt	5	0	
083110	Freiburg im Breisgau, Stadt	1	0	
083150	Breisgau-Hochschwarzwald	4	0	
083160	Emmendingen	4	0	
083170	Ortenaukreis	5	0	
083250	Rottweil	5	0	
083260	Schwarzwald-Baar-Kreis	5	0	
083270	Tuttlingen	5	0	
083350	Konstanz	5	0	
083360	Lörrach	5	0	
083370	Waldshut	5	0	
084150	Reutlingen	2	0	
084160	Tübingen	4	0	
084170	Zollernalbkreis	5	0	
084210	Ulm, Universitätsstadt	1	0	
084250	Alb-Donau-Kreis	3	0	
084260	Biberach	5	0	
084350	Bodenseekreis	5	0	
084360	Ravensburg	5	0	
084370	Sigmaringen	5	0	
KV Bayerns				
091610	Ingolstadt, Stadt	1	0	
091620	München, Landeshauptstadt	1	0	
091710	Altötting	5	0	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
091720	Berchtesgadener Land	5	0	
091730	Bad Tölz-Wolfratshausen	4	0	
091740	Dachau	3	0	
091750	Ebersberg	3	0	
091760	Eichstätt	3	0	
091770	Erding	3	0	
091780	Freising	3	0	
091790	Fürstenfeldbruck	2	0	
091800	Garmisch-Partenkirchen	5	0	
091810	Landsberg a.Lech	4	0	
091820	Miesbach	4	0	
091830	Mühldorf a.Inn	5	0	
091840	München	2	0	
091850	Neuburg-Schrobenhausen	4	0	
091860	Pfaffenhofen a.d.Ilm	3	0	
091870	Kreis u. Stadt Rosenheim	5	1	
091880	Starnberg	3	0	
091890	Traunstein	5	0	
091900	Weilheim-Schongau	4	0	
092710	Deggendorf	5	0	
092720	Freyung-Grafenau	5	0	
092730	Kelheim	4	0	
092740	Kreis u. Stadt Landshut	5	1	
092750	Kreis u. Stadt Passau	5	1	
092760	Regen	5	0	
092770	Rottal-Inn	5	0	
092780	Straubing-Bogen/Straubing	5	1	
092790	Dingolfing-Landau	5	0	
093620	Regensburg, Stadt	1	0	
093710	Amberg-Sulzbach/Amberg	5	1	
093720	Cham	5	0	
093730	Neumarkt i.d.Opf.	4	0	
093740	Neustadt a.d.Waldnaab/Weiden	5	1	
093750	Regensburg	3	0	
093760	Schwandorf	5	0	
093770	Tirschenreuth	5	0	
094710	Kreis u. Stadt Bamberg	5	1	
094720	Kreis u. Stadt Bayreuth	5	1	
094730	Kreis u. Stadt Coburg	5	1	
094740	Forchheim	3	0	
094750	Kreis u. Stadt Hof	5	1	
094760	Kronach	5	0	
094770	Kulmbach	5	0	
094780	Lichtenfels	5	0	
094790	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	5	0	
095620	Erlangen, Stadt	2	0	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
095630	Fürth, Stadt	2	0	
095640	Nürnberg, Stadt	1	0	
095710	Kreis u. Stadt Ansbach	5	1	
095720	Erlangen-Höchstadt	3	0	
095730	Fürth	2	0	
095740	Nürnberger Land	4	0	
095750	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	4	0	
095760	Roth/Schwabach	4	1	
095770	Weißenburg-Gunzenhausen	5	0	
096630	Würzburg, Stadt	1	0	
096710	Kreis u. Stadt Aschaffenburg	2	1	
096720	Bad Kissingen	5	0	
096730	Rhön-Grabfeld	5	0	
096740	Haßberge	5	0	
096750	Kitzingen	4	0	
096760	Miltenberg	4	0	
096770	Main-Spessart	4	0	
096780	Kreis und Stadt Schweinfurt	5	1	
096790	Würzburg	3	0	
097610	Augsburg, Stadt	1	0	
097710	Aichach-Friedberg	3	0	
097720	Augsburg	3	0	
097730	Dillingen a.d.Donau	5	0	
097740	Günzburg	5	0	
097750	Neu-Ulm	2	0	
097760	Lindau (Bodensee)	5	0	
097770	Ostallgäu/Kaufbeuren	5	1	
097780	Unterallgäu/Memmingen	5	1	
097790	Donau-Ries	5	0	
097800	Oberallgäu/Kempten	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	
130710	Mecklenburgische Seenplatte	5	0	
130720	Landkreis Rostock	4	0	
130730	Vorpommern-Rügen	5	0	
130580	Nordwestmecklenburg/Schwerin	4	1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
130750	Vorpommern-Greifswald	5	0	
130760	Ludwigslust-Parchim	5	0	inklusive 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	
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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

KRegSchlüssel	KRegName	KRSTyp	KReg*	Kommentar
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	
146280	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	4	0	
147130	Leipzig, Stadt	1	0	
147290	Leipzig	4	0	
147300	Nordsachsen	4	0	

* (1=ja) (0=nein)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 3.3 Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen nach § 13 Absatz 3 dieser Richtlinie in der Abgrenzung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung

(Gebietsstand: 31. Dezember 2017)

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
KV Schleswig-Holstein				
0101	Schleswig-Holstein Mitte	01002	Kiel	
0101	Schleswig-Holstein Mitte	01004	Neumünster	
0101	Schleswig-Holstein Mitte	01057	Plön	
0101	Schleswig-Holstein Mitte	01058	Rendsburg-Eckernförde	
0102	Schleswig-Holstein Nord	01001	Flensburg	
0102	Schleswig-Holstein Nord	01054	Nordfriesland	
0102	Schleswig-Holstein Nord	01059	Schleswig-Flensburg	
0103	Schleswig-Holstein Ost	01003	Lübeck	
0103	Schleswig-Holstein Ost	01055	Ostholstein	
0104	Schleswig-Holstein Süd	01053	Herzogtum Lauenburg	
0104	Schleswig-Holstein Süd	01056	Pinneberg	
0104	Schleswig-Holstein Süd	01060	Segeberg	
0104	Schleswig-Holstein Süd	01062	Stormarn	
0105	Schleswig-Holstein Süd-West	01051	Dithmarschen	
0105	Schleswig-Holstein Süd-West	01061	Steinburg	
KV Hamburg				
0201	Hamburg	02000	Hamburg	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
KV Bremen				
0401	Bremen	04011	Bremen	
24000	Bremerhaven_HB	04012	Bremerhaven	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_NS und Bremerhaven_HB
KV Niedersachsen				
0301	Braunschweig	03101	Braunschweig	
0301	Braunschweig	03102	Salzgitter	
0301	Braunschweig	03103	Wolfsburg	
0301	Braunschweig	03151	Gifhorn	
0301	Braunschweig	03153	Goslar	
0301	Braunschweig	03154	Helmstedt	
0301	Braunschweig	03157	Peine	
0301	Braunschweig	03158	Wolfenbüttel	
0302	Bremen-Umland	03251	Diepholz	
0302	Bremen-Umland	03356	Osterholz	
0302	Bremen-Umland	03361	Verden	
0302	Bremen-Umland	03401	Delmenhorst	
0304	Emsland	03454	Emsland	
0304	Emsland	03456	Grafschaft Bentheim	
0305	Göttingen	03152	Göttingen	
0305	Göttingen	03155	Northeim	
0305	Göttingen	03255	Holzminden	
0306	Hamburg-Umland-Süd	03353	Harburg	
0306	Hamburg-Umland-Süd	03357	Rotenburg	
0306	Hamburg-Umland-Süd	03359	Stade	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0307	Hannover	03241	Region Hannover	
0307	Hannover	03256	Nienburg	
0307	Hannover	03257	Schaumburg	
0308	Hildesheim	03252	Hameln-Pyrmont	
0308	Hildesheim	03254	Hildesheim	
0310	Oldenburg	03403	Oldenburg	
0310	Oldenburg	03451	Ammerland	
0310	Oldenburg	03453	Cloppenburg	
0310	Oldenburg	03458	Oldenburg	
0311	Osnabrück	03404	Osnabrück	
0311	Osnabrück	03459	Osnabrück	
0311	Osnabrück	03460	Vechta	
0312	Ost-Friesland	03402	Emden	
0312	Ost-Friesland	03405	Wilhelmshaven	
0312	Ost-Friesland	03452	Aurich	
0312	Ost-Friesland	03455	Friesland	
0312	Ost-Friesland	03457	Leer	
0312	Ost-Friesland	03462	Wittmund	
0313	Südheide	03351	Celle	
0313	Südheide	03358	Heidekreis	
23000	Bremerhaven_NS	03352	Cuxhaven	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_NS und Bremerhaven_HB
23000	Bremerhaven_NS	03461	Wesermarsch	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_NS und Bremerhaven_HB
23001	Lüneburg	03354	Lüchow-Dannenberg	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
23001	Lüneburg	03355	Lüneburg	exkl. Amt Neuhaus
23001	Lüneburg	03360	Uelzen	
KV Westfalen-Lippe				
0502	Arnsberg	05958	Hochsauerlandkreis	
0502	Arnsberg	05974	Soest	
0503	Bielefeld	05711	Bielefeld	
0503	Bielefeld	05754	Gütersloh	
0503	Bielefeld	05758	Herford	
0503	Bielefeld	05766	Lippe	
0503	Bielefeld	05770	Minden-Lübbecke	
0504	Bochum/Hagen	05911	Bochum	
0504	Bochum/Hagen	05914	Hagen	
0504	Bochum/Hagen	05916	Herne	
0504	Bochum/Hagen	05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	
0504	Bochum/Hagen	05962	Märkischer Kreis	
0506	Dortmund	05913	Dortmund	
0506	Dortmund	05915	Hamm	
0506	Dortmund	05978	Unna	
0509	Emscher-Lippe	05512	Bottrop	
0509	Emscher-Lippe	05513	Gelsenkirchen	
0509	Emscher-Lippe	05562	Recklinghausen	
0511	Münster	05515	Münster	
0511	Münster	05554	Borken	
0511	Münster	05558	Coesfeld	
0511	Münster	05566	Steinfurt	
0511	Münster	05570	Warendorf	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0512	Paderborn	05762	Höxter	
0512	Paderborn	05774	Paderborn	
0513	Siegen	05966	Olpe	
0513	Siegen	05970	Siegen-Wittgenstein	
KV Nordrhein				
0501	Aachen	05334	Städteregion Aachen	
0501	Aachen	05358	Düren	
0501	Aachen	05366	Euskirchen	
0501	Aachen	05370	Heinsberg	
0505	Bonn	05314	Bonn	
0505	Bonn	05382	Rhein-Sieg-Kreis	
0507	Duisburg/Essen	05112	Duisburg	
0507	Duisburg/Essen	05113	Essen	
0507	Duisburg/Essen	05117	Mülheim a.d.R.	
0507	Duisburg/Essen	05119	Oberhausen	
0507	Duisburg/Essen	05154	Kleve	
0507	Duisburg/Essen	05170	Wesel	
0508	Düsseldorf	05111	Düsseldorf	
0508	Düsseldorf	05114	Krefeld	
0508	Düsseldorf	05116	Mönchengladbach	
0508	Düsseldorf	05120	Remscheid	
0508	Düsseldorf	05122	Solingen	
0508	Düsseldorf	05124	Wuppertal	
0508	Düsseldorf	05158	Mettmann	
0508	Düsseldorf	05162	Rhein-Kreis Neuss	
0508	Düsseldorf	05166	Viersen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0510	Köln	05315	Köln	
0510	Köln	05316	Leverkusen	
0510	Köln	05362	Rhein-Erft-Kreis	
0510	Köln	05374	Oberbergischer Kreis	
0510	Köln	05378	Rheinisch-Bergischer Kreis	
KV Hessen				
0601	Mittelhessen	06531	Gießen	
0601	Mittelhessen	06532	Lahn-Dill-Kreis	
0601	Mittelhessen	06533	Limburg-Weilburg	
0601	Mittelhessen	06534	Marburg-Biedenkopf	
0601	Mittelhessen	06535	Vogelsbergkreis	
0602	Nordhessen	06611	Kassel	
0602	Nordhessen	06633	Kassel	
0602	Nordhessen	06634	Schwalm-Eder-Kreis	
0602	Nordhessen	06635	Waldeck-Frankenberg	
0602	Nordhessen	06636	Werra-Meißner-Kreis	
0603	Osthessen	06631	Fulda	
0603	Osthessen	06632	Hersfeld-Rotenburg	
0604	Rhein-Main	06412	Frankfurt a.M.	
0604	Rhein-Main	06413	Offenbach a.M.	
0604	Rhein-Main	06414	Wiesbaden	
0604	Rhein-Main	06434	Hochtaunuskreis	
0604	Rhein-Main	06435	Main-Kinzig-Kreis	
0604	Rhein-Main	06436	Main-Taunus-Kreis	
0604	Rhein-Main	06438	Offenbach	
0604	Rhein-Main	06439	Rheingau-Taunus-Kreis	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0604	Rhein-Main	06440	Wetteraukreis	
0605	Starkenburg	06411	Darmstadt	
0605	Starkenburg	06431	Bergstraße	
0605	Starkenburg	06432	Darmstadt-Dieburg	
0605	Starkenburg	06433	Groß-Gerau	
0605	Starkenburg	06437	Odenwaldkreis	
KV Rheinland-Pfalz				
0701	Mittelrhein-Westerwald	07111	Koblenz	
0701	Mittelrhein-Westerwald	07131	Ahrweiler	
0701	Mittelrhein-Westerwald	07132	Altenkirchen	
0701	Mittelrhein-Westerwald	07135	Cochem-Zell	
0701	Mittelrhein-Westerwald	07137	Mayen-Koblenz	
0701	Mittelrhein-Westerwald	07138	Neuwied	
0701	Mittelrhein-Westerwald	07140	Rhein-Hunsrück-Kreis	
0701	Mittelrhein-Westerwald	07141	Rhein-Lahn-Kreis	
0701	Mittelrhein-Westerwald	07143	Westerwaldkreis	
0702	Rheinhessen-Nahe	07133	Bad Kreuznach	
0702	Rheinhessen-Nahe	07134	Birkenfeld	
0702	Rheinhessen-Nahe	07315	Mainz	
0702	Rheinhessen-Nahe	07319	Worms	
0702	Rheinhessen-Nahe	07331	Alzey-Worms	
0702	Rheinhessen-Nahe	07339	Mainz-Bingen	
0703	Rheinpfalz	07311	Frankenthal	
0703	Rheinpfalz	07313	Landau i.d.P.	
0703	Rheinpfalz	07314	Ludwigshafen	
0703	Rheinpfalz	07316	Neustadt an der Weinstraße	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0703	Rheinpfalz	07318	Speyer	
0703	Rheinpfalz	07332	Bad Dürkheim	
0703	Rheinpfalz	07334	Germersheim	
0703	Rheinpfalz	07337	Südliche Weinstraße	
0703	Rheinpfalz	07338	Rhein-Pfalz-Kreis	
0704	Trier	07211	Trier	
0704	Trier	07231	Bernkastel-Wittlich	
0704	Trier	07232	Eifelkreis Bitburg-Prüm	
0704	Trier	07233	Vulkaneifel	
0704	Trier	07235	Trier-Saarburg	
0705	Westpfalz	07312	Kaiserslautern	
0705	Westpfalz	07317	Pirmasens	
0705	Westpfalz	07320	Zweibrücken	
0705	Westpfalz	07333	Donnersbergkreis	
0705	Westpfalz	07335	Kaiserslautern	
0705	Westpfalz	07336	Kusel	
0705	Westpfalz	07340	Südwestpfalz	
KV Baden-Württemberg				
0801	Bodensee-Oberschwaben	08435	Bodenseekreis	
0801	Bodensee-Oberschwaben	08436	Ravensburg	
0801	Bodensee-Oberschwaben	08437	Sigmaringen	
0802	Donau-Iller (BW)	08421	Ulm	
0802	Donau-Iller (BW)	08425	Alb-Donau-Kreis	
0802	Donau-Iller (BW)	08426	Biberach	
0803	Franken	08121	Heilbronn	
0803	Franken	08125	Heilbronn	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0803	Franken	08126	Hohenlohekreis	
0803	Franken	08127	Schwäbisch Hall	
0803	Franken	08128	Main-Tauber-Kreis	
0804	Hochrhein-Bodensee	08335	Konstanz	
0804	Hochrhein-Bodensee	08336	Lörrach	
0804	Hochrhein-Bodensee	08337	Waldshut	
0805	Mittlerer Oberrhein	08211	Baden-Baden	
0805	Mittlerer Oberrhein	08212	Karlsruhe	
0805	Mittlerer Oberrhein	08215	Karlsruhe	
0805	Mittlerer Oberrhein	08216	Rastatt	
0806	Neckar-Alb	08415	Reutlingen	
0806	Neckar-Alb	08416	Tübingen	
0806	Neckar-Alb	08417	Zollernalbkreis	
0807	Nordschwarzwald	08231	Pforzheim	
0807	Nordschwarzwald	08235	Calw	
0807	Nordschwarzwald	08236	Enzkreis	
0807	Nordschwarzwald	08237	Freudenstadt	
0808	Ostwürttemberg	08135	Heidenheim	
0808	Ostwürttemberg	08136	Ostalbkreis	
0809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	08325	Rottweil	
0809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	08326	Schwarzwald-Baar-Kreis	
0809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	08327	Tuttlingen	
0810	Stuttgart	08111	Stuttgart	
0810	Stuttgart	08115	Böblingen	
0810	Stuttgart	08116	Esslingen	
0810	Stuttgart	08117	Göppingen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0810	Stuttgart	08118	Ludwigsburg	
0810	Stuttgart	08119	Rems-Murr-Kreis	
0811	Südlicher Oberrhein	08311	Freiburg im Breisgau	
0811	Südlicher Oberrhein	08315	Breisgau-Hochschwarzwald	
0811	Südlicher Oberrhein	08316	Emmendingen	
0811	Südlicher Oberrhein	08317	Ortenaukreis	
0812	Unterer Neckar	08221	Heidelberg	
0812	Unterer Neckar	08222	Mannheim	
0812	Unterer Neckar	08225	Neckar-Odenwald-Kreis	
0812	Unterer Neckar	08226	Rhein-Neckar-Kreis	
KV Bayerns				
0901	Allgäu	09762	Kaufbeuren	
0901	Allgäu	09763	Kempten	
0901	Allgäu	09776	Lindau	
0901	Allgäu	09777	Ostallgäu	
0901	Allgäu	09780	Oberallgäu	
0902	Augsburg	09761	Augsburg	
0902	Augsburg	09771	Aichach-Friedberg	
0902	Augsburg	09772	Augsburg	
0902	Augsburg	09773	Dillingen a.d.Donau	
0902	Augsburg	09779	Donau-Ries	
0903	Bayerischer Untermain	09661	Aschaffenburg	
0903	Bayerischer Untermain	09671	Aschaffenburg	
0903	Bayerischer Untermain	09676	Miltenberg	
0904	Donau-Iller (BY)	09764	Memmingen	
0904	Donau-Iller (BY)	09774	Günzburg	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0904	Donau-Iller (BY)	09775	Neu-Ulm	
0904	Donau-Iller (BY)	09778	Unterallgäu	
0905	Donau-Wald	09262	Passau	
0905	Donau-Wald	09263	Straubing	
0905	Donau-Wald	09271	Deggendorf	
0905	Donau-Wald	09272	Freyung-Grafenau	
0905	Donau-Wald	09275	Passau	
0905	Donau-Wald	09276	Regen	
0905	Donau-Wald	09278	Straubing-Bogen	
0906	Industrieregion Mittelfranken	09562	Erlangen	
0906	Industrieregion Mittelfranken	09563	Fürth	
0906	Industrieregion Mittelfranken	09564	Nürnberg	
0906	Industrieregion Mittelfranken	09565	Schwabach	
0906	Industrieregion Mittelfranken	09572	Erlangen-Höchstadt	
0906	Industrieregion Mittelfranken	09573	Fürth	
0906	Industrieregion Mittelfranken	09574	Nürnberger Land	
0906	Industrieregion Mittelfranken	09576	Roth	
0907	Ingolstadt	09161	Ingolstadt	
0907	Ingolstadt	09176	Eichstätt	
0907	Ingolstadt	09185	Neuburg-Schrobenhausen	
0907	Ingolstadt	09186	Pfaffenhofen a.d.Ilm	
0908	Landshut	09261	Landshut	
0908	Landshut	09274	Landshut	
0908	Landshut	09277	Rottal-Inn	
0908	Landshut	09279	Dingolfing-Landau	
0909	Main-Rhön	09662	Schweinfurt	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0909	Main-Rhön	09672	Bad Kissingen	
0909	Main-Rhön	09673	Rhön-Grabfeld	
0909	Main-Rhön	09674	Haßberge	
0909	Main-Rhön	09678	Schweinfurt	
0910	München	09162	München	
0910	München	09174	Dachau	
0910	München	09175	Ebersberg	
0910	München	09177	Erding	
0910	München	09178	Freising	
0910	München	09179	Fürstenfeldbruck	
0910	München	09181	Landsberg am Lech	
0910	München	09184	München	
0910	München	09188	Starnberg	
0911	Oberfranken-Ost	09462	Bayreuth	
0911	Oberfranken-Ost	09464	Hof	
0911	Oberfranken-Ost	09472	Bayreuth	
0911	Oberfranken-Ost	09475	Hof	
0911	Oberfranken-Ost	09477	Kulmbach	
0911	Oberfranken-Ost	09479	Wunsiedel i.F.	
0912	Oberfranken-West	09461	Bamberg	
0912	Oberfranken-West	09463	Coburg	
0912	Oberfranken-West	09471	Bamberg	
0912	Oberfranken-West	09473	Coburg	
0912	Oberfranken-West	09474	Forchheim	
0912	Oberfranken-West	09476	Kronach	
0912	Oberfranken-West	09478	Lichtenfels	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0913	Oberland	09173	Bad Tölz-Wolfratshausen	
0913	Oberland	09180	Garmisch-Partenkirchen	
0913	Oberland	09182	Miesbach	
0913	Oberland	09190	Weilheim-Schongau	
0914	Oberpfalz-Nord	09361	Amberg	
0914	Oberpfalz-Nord	09363	Weiden i.d.OPf.	
0914	Oberpfalz-Nord	09371	Amberg-Sulzbach	
0914	Oberpfalz-Nord	09374	Neustadt a.d.W.	
0914	Oberpfalz-Nord	09376	Schwandorf	
0914	Oberpfalz-Nord	09377	Tirschenreuth	
0915	Regensburg	09273	Kelheim	
0915	Regensburg	09362	Regensburg	
0915	Regensburg	09372	Cham	
0915	Regensburg	09373	Neumarkt i.d.OPf.	
0915	Regensburg	09375	Regensburg	
0916	Südostoberbayern	09163	Rosenheim	
0916	Südostoberbayern	09171	Altötting	
0916	Südostoberbayern	09172	Berchtesgadener Land	
0916	Südostoberbayern	09183	Mühldorf a.Inn	
0916	Südostoberbayern	09187	Rosenheim	
0916	Südostoberbayern	09189	Traunstein	
0917	Westmittelfranken	09561	Ansbach	
0917	Westmittelfranken	09571	Ansbach	
0917	Westmittelfranken	09575	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	
0917	Westmittelfranken	09577	Weißenburg-Gunzenhausen	
0918	Würzburg	09663	Würzburg	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
0918	Würzburg	09675	Kitzingen	
0918	Würzburg	09677	Main-Spessart	
0918	Würzburg	09679	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	inklusive Amt Neuhaus
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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
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	
1503	Halle/S.	15084	Burgenlandkreis	
1503	Halle/S.	15087	Mansfeld-Südharz	
1503	Halle/S.	15088	Saalekreis	
1504	Magdeburg	15003	Magdeburg	
1504	Magdeburg	15083	Börde	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
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	
1604	Südthüringen	16054	Suhl	
1604	Südthüringen	16056	Eisenach	
1604	Südthüringen	16063	Wartburgkreis	
1604	Südthüringen	16066	Schmalkalden-Meiningen	
1604	Südthüringen	16069	Hildburghausen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

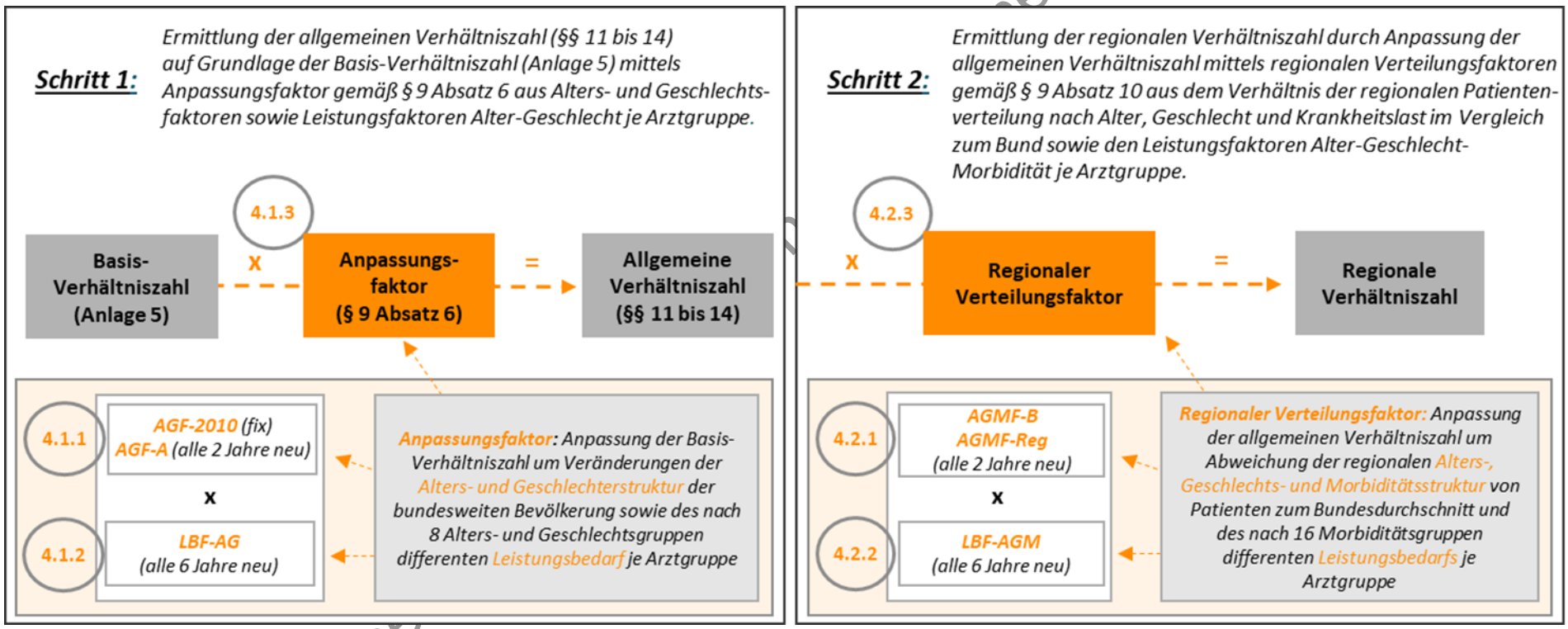
ROR Schlüssel 31. Dezember 2017	RORName	KRS Schlüssel 31. Dezember 2017	KRSName	Kommentar
1604	Südthüringen	16072	Sonneberg	
KV Sachsen				
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14612	Dresden	
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14627	Meißen	
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14628	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	
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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

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:



Diese Fassung ist nicht mehr in Kraft.

Abkürzungsverzeichnis

AGF	- Alters- und Geschlechtsfaktoren
AGF-A	- aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren
AGF-2010	- stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren; Referenzzeitpunkt 2010
AGMF	- Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
AGMF-B	- bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
AGMF-Reg	- regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren
LBF-AG	- Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht
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 J. Gemeint ist hier die Bevölkerung von 20 bis unter 45 Jahren.

Anlage 4.1 Berechnung der allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 9 Absatz 4 bis 7 dieser Richtlinie auf Grundlage der Basis-Verhältniszahlen

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

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 (vergleiche 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 (vergleiche in Nummer 4.1.1 Buchstabe a). Die Aktualisierung der AGF-A erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

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

gelten folgende AGF-2010 des Referenzjahres 2010:

Arztgruppe	AGF-2010									
	Anteil männliche Bevölkerung					Anteil weibliche Bevölkerung				
	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.
Alle Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater		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, Kinder- und Jugendpsychiater	51,29 %					48,71 %				

Stichtag Bevölkerung: 31. Dezember 2010
Quelle: Berechnungen auf Grundlage „Rückgerechnete und fortgeschriebene Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011, Statistisches Bundesamt 2016“
Anmerkung: Die AGF-2010 werden nicht gerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich zwei Nachkommastellen.

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

Die AGF-A ergeben sich auf Grundlage der Formel

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

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:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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, Kinder- und Jugendpsychiater		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, Kinder- und Jugendpsychiater	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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr gültig.

Anlage 4.1.2 Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht (LBF-AG) gemäß § 9 Absatz 5 dieser Richtlinie

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 Gemeinsamen Bundesausschuss 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 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 wird[1]. 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

$$\frac{Leistungsbedarf_{Alters-\ und\ Geschlechtergruppe,\ Arztgruppe}\ (Abrechnungsdaten\ 2015-2017)}{Einwohner_{Alters-\ und\ Geschlechtergruppe}\ (Bevölkerungsdaten\ 2017)} \Big/ \frac{Leistungsbedarf_{Arztgruppe}\ (Abrechnungsdaten\ 2015-2017)}{Einwohner\ (Bevölkerungsdaten\ 2017)}$$

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Arztgruppe	LBF-AG									
	männlich					weiblich				
	< 18	< 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
Physikalische- und Rehabilitations -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: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Quartale 1/2015 bis 4/2017
Anmerkung: Die LBF-AG werden auf 3 Nachkommastellen gerundet.

Diese Rich

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

Die allgemeinen Verhältniszahlen, ausgewiesen in §§ 11 bis 14 dieser Richtlinie, 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:

$$Anpassungsfaktor_{Arztgruppe} = \frac{\sum(\mathrm{AGF} - 2010_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AG}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\mathrm{AGF} - \mathrm{A}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AG}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

Anlage 4.2 Anpassung der allgemeinen Verhältniszahl zu den regionalen Verhältniszahlen gemäß § 9 Absatz 8 bis 10 dieser Richtlinie

Anlage 4.2.1 Patientenanteile nach Alter, Geschlecht und Morbidität (Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF)) gemäß § 9 Absatz 8 dieser Richtlinie

Für eine möglichst genaue regionale Bedarfsermittlung wird die in den einzelnen Alters- und Geschlechtergruppen differierende Krankheitslast herangezogen. Dazu werden auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmals 2017) die Patienten nach vier Alters- und zwei Geschlechtsfaktoren, zudem nach dem Morbiditätsgrad „erhöht morbide“/„nicht erhöht morbide“, in sechszehn Morbiditätsgruppen eingeteilt. Zur Identifikation der erhöht morbiden Patienten werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des jüngst verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmals 2017) sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Absatz 4 Satz 1 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung (Vollmodell) für das maßgebliche Ausgleichsjahr (erstmals 2017) herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr mindestens sechs Krankheiten der Liste des Bundesversicherungsamtes aufgetreten sind. Eine Krankheit liegt vor, wenn mindestens eine gesicherte Diagnose (ICD Codes nach ICD-10 2016), die in der Liste des Bundesversicherungsamtes 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 Gemeinsamen Bundesausschuss.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[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 Liste des Bundesversicherungsamtes zum Ausgleichsjahr 2017 unter Berücksichtigung der ICD Codes nach ICD-10-GM 2016 verwendet.

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

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

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

Die erstmalige Ermittlung der AGMF-B erfolgte auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2017 zum 1. Juli 2019. Die AGMF-B werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals zum 1. Juli 2021. Auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2021 ergeben sich für den Zeitraum 1. Juli 2023 bis 30. Juni 2025 folgende AGMF-B:

	AGMF-B																			
	Anteil erhöht morbide Patienten										Anteil nicht erhöht morbide Patienten									
	männlich					weiblich					männlich					weiblich				
Arztgruppe	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 18 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 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, Kinder- und Jugendpsychiater		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, Kinder- und Jugendpsychiater	1,60 %					1,29 %					49,62 %					47,49 %				

Stichtag: 31. Dezember 2021
Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Anmerkung: Die AGMF-B werden nicht gerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich zwei Nachkommastellen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

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

Die erstmalige Ermittlung der AGMF-Reg erfolgte auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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 Gemeinsamen Bundesausschusses unter https://www.g-ba.de/richtlinien/4/ als Anlage 4.2.3b: Regionale Verteilungsfaktoren pro PLZ veröffentlicht.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 4.2.2 Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM) gemäß § 9 Absatz 9 dieser Richtlinie

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 Gemeinsamen Bundesausschuss 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 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 wird[3]. 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

$$\frac{Leistungsbedarf_{Morbiditätsgruppe,\ \ Arztgruppe}\ (Abrechnungsdaten\ 2015-2017)}{Patienten_{Morbiditätsgruppe}\ (Abrechnungsdaten\ 2017)} \Big/ \frac{Leistungsbedarf_{Arztgruppe}\ (Abrechnungsdaten\ 2015-2017)}{Patienten\ (Abrechnungsdaten\ 2017)}$$

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

	LBF-AGM															
	erhöht morbide Patienten								nicht erhöht morbide Patienten							
	männlich				weiblich				männlich				weiblich			
Arztgruppe	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.	< 20 J.	20 - 44 J.	45 - 74 J.	≥ 75 J.
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
Physikalische- und Rehabilitations -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

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

Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Quartale 1/2015 bis 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 dieser Richtlinie

Die Erfassung der regionalen Morbiditätsstruktur der Patienten und des damit einhergehenden, vom bundesweiten Durchschnitt der jeweiligen Arztgruppe differenten 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:

$$Regionaler\ Verteilungsfaktor_{Arztgruppe,\ Planungsbereich} = \frac{\sum(\mathrm{AGMF} - \mathrm{B}_{\mathrm{Morbiditätsgruppe}}\ \mathrm{x\ LBF} - \mathrm{AGM}_{\mathrm{Morbiditätsgruppe,\ Arztgruppe}})}{\sum(\mathrm{AGMF} - \mathrm{Reg}_{\mathrm{Morbiditätsgruppe}}\ \mathrm{x\ LBF} - \mathrm{AGM}_{\mathrm{Morbiditätsgruppe,\ Arztgruppe}})}$$

Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf der Webseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter https://www.g-ba.de/richtlinien/4/ veröffentlicht.

- Die Excel-Tabelle „Anlage 4.2.3a_Regionale Verteilungsfaktoren_pro Planungsbereich“ stellt pro Planungsbereich (gemäß den Zuschnitten der Anlage 3) die regionalen Verteilungsfaktoren pro Arztgruppe dar;
- Die Excel-Tabelle „Anlage 4.2.3b_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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 4.3 Rechenbeispiele[4] für die Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrades mithilfe des Morbiditätsfaktors nach § 9 dieser Richtlinie

1. Hausärzte

1.1 Ermittlung der allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 bis 7 dieser Richtlinie)

1.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gemäß Formel (vergleiche Nummer 4.1.3)

$$Anpassungsfaktor_{Arztgruppe} = \frac{\sum(\mathrm{AGF} - 2010_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AG}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\mathrm{AGF} - \mathrm{A}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AG}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

	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

((9,56*0,253)+(16,12*0,554)+(19,71*1,092)+(3,39*2,285)+(9,08*0,281)+(15,83*0,739)+(20,50*1,265)+(5,82*2,667)) **/**
((9,49*0,253)+(15,68*0,554)+(19,50*1,092)+(4,69*2,285)+(8,95*0,281)+(14,84*0,739)+(20,07*1,265)+(6,81*2,667)) = **0,96197**[5]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[4] Die Rechenbeispiele der Anlage 4.3 dienen allein der Veranschaulichung der Methodik und werden nicht aktualisiert. Verwendet wurden die Werte dieser Richtlinie in der bis zum 15. Juli 2021 geltenden Fassung.
[5] Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

1.1.2 Berechnung der allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-Verhältniszahl (gemäß Anlage 5) mit Anpassungsfaktor**:** 1 671 x 0,96197 = **1 607**[6]

1.2 Ermittlung der regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 11 dieser Richtlinie)

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

$$Regionaler\ Verteilungsfaktor_{Arztgruppe,\ Planungsbereich} = \frac{\sum(\mathrm{AGMF} - \mathrm{B}_{\mathrm{Morbiditätsgruppe}}\ \mathrm{x}\ \mathrm{LBF} - \mathrm{AGM}_{\mathrm{Morbiditätsgruppe,\ Arztgruppe}})}{\sum(\mathrm{AGMF} - \mathrm{Reg}_{\mathrm{Morbiditätsgruppe}}\ \mathrm{x}\ \mathrm{LBF} - \mathrm{AGM}_{\mathrm{Morbiditätsgruppe,\ Arztgruppe}})}$$

	Anteil erhöht morbide Patienten								**Anteil nicht erhöht morbide Patienten**							
	männlich				**weiblich**				**männlich**				**weiblich**			
	< 20 J.	**20 - 44 J.**	**45 - 74 J.**	**≥ 75 J.**	**< 20 J.**	**20 - 44 J.**	**45 - 74 J.**	**≥ 75 J.**	**< 20 J.**	**20 - 44 J.**	**45 - 74 J.**	**≥ 75 J.**	**<20 J.**	**20 - 44 J.**	**45 - 74 J.**	**≥75 J.**
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*0,469)+(1,03*1,528)+(7,22*1,823)+(3,83*2,419)+(0,32*0,692)+(2,17*1,408)+(9,77*1,718)+(6,01*2,616)+(9,06*0,247)+(13,05*0,555)+(10,28*0,814)+(1,15*1,114)+(8,72*0,259)+(14,12*0,551)+(11,18*0,773)+(1,76*1,321)) **/**
((0,23*0,469)+(1,41*1,528)+(8,08*1,823)+(6,07*2,419)+(0,29*0,692)+(2,49*1,408)+(12,39*1,718)+(9,95*2,616)+(6,85*0,247)+(9,24*0,555)+ (10,07*0,814)+(1,75*1,114)+(6,96*0,259)+(10,00*0,551)+(11,27*0,773)+(2,95*1,321)) = **0,83689**[7]

[6] Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.
[7] Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1.2.2 Berechnung der regionalen Verhältniszahl

Multiplikation allgemeine Verhältniszahl (gemäß § 11 dieser Richtlinie) mit regionalem Verteilungsfaktor: 1 607 * 0,83689 = **1 344**[8]

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 x 42 x 100)/78 677 = 85,7 %[9]
Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor:	(1 344 x 42 x 100)/78 677 = 71,7 %[10]

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 Verhältniszahl (§ 11 dieser Richtlinie). 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 Prozent.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

[8] Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.
[9] Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.
[10] Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

2. FrauenärzteErmittlung der allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 bis 7 dieser Richtlinie)

2.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gemäß Formel (vergleiche Nummer 4.3)

$$Anpassungsfaktor_{Arztgruppe} = \frac{\sum(\mathrm{AGF} - 2010_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AG}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\mathrm{AGF} - \mathrm{A}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AG}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

	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*0,261)+(30,90*2,164)+(40,02*0,704)+(11,36*0,314))/((17,66*0,261)+(29,29*2,164)+(39,61*0,704)+(13,44*0,314)) = **1,03135**[11]

2.1.2 Berechnung der allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-Verhältniszahl (gemäß Anlage 5) mit Anpassungsfaktor: 3 733 x 1,03135 = **3 850**[12]

2.2 Ermittlung der regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 11 dieser Richtlinie)

2.2.1 Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors für einen Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil morbider Frauen gemäß Formel (vergleiche Nummer 4.2.3)

$$Regionaler\ Verteilungsfaktor_{Arztgruppe,\ Planungsbereich} = \frac{\sum(\mathrm{AGMF} - \mathrm{B}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\mathrm{AGMF} - \mathrm{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

[11] Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.
[12] Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Anteil erhöht morbide Patientinnen				Anteil nicht erhöht morbide Patientinnen			
	< 20 J.	**20 - 44 J.**	**45 - 74 J.**	**≥ 75 J.**	**< 20 J.**	**20 - 44 J.**	**45 - 74 J.**	**≥ 75 J.**
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

((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)) = **0,99252**[13]

2.2.2 Berechnung der regionalen Verhältniszahl

Multiplikation allgemeine Verhältniszahl (gemäß § 12 dieser Richtlinie) mit regionalem Verteilungsfaktor: 3 850 * 0,99252 = **3 821**[14]

2.2.3 Korrigierter Versorgungsgrad

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

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: (3 850 x 40 x 100)/122 410 = 125,8 %[15]
Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: (3 821 x 40 x 100)/122 410 = 124,8 %[16]

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 Prozent.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[13] Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.
[14] Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.
[15] Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.
[16] 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 dieser Richtlinie)

3.1.1 Berechnung Anpassungsfaktor gemäß Formel (vergleiche Nummer 4.1.3)

$$Anpassungsfaktor_{Arztgruppe} = \frac{\sum(\mathrm{AGF} - 2010_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AG}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\mathrm{AGF} - \mathrm{A}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AG}_{\text{Alters–und Geschlechtergruppe, Arztgruppe}})}$$

	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*1,028)+(48,71*0,971))/((51,40*1,028)+(48,60*0,971)) **= 0,99993**[17]

3.1.2 Berechnung der allgemeinen Verhältniszahl

Multiplikation Basis-Verhältniszahl (gemäß Anlage 5) mit Anpassungsfaktor**:** 2 044 x 0,99993 = **2 043**[18]

3.2 Ermittlung der regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 bis 11 dieser Richtlinie)

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

$$Regionaler\ Verteilungsfaktor_{Arztgruppe,\ Planungsbereich} = \frac{\sum(\mathrm{AGMF} - \mathrm{B}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}{\sum(\mathrm{AGMF} - \mathrm{Reg}_{\text{Morbiditätsgruppe}} \text{ x } \mathrm{LBF} - \mathrm{AGM}_{\text{Morbiditätsgruppe, Arztgruppe}})}$$

[17] Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.
[18] Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	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 Kinder- und Jugendärzte	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[19]

1.1.1 Berechnung der regionalen Verhältniszahl

Multiplikation allgemeine Verhältniszahl (gemäß § 12 dieser Richtlinie) mit regionalem Verteilungsfaktor: 2 043 x 1,00391 = 2 051[20]

1.1.2 Korrigierter Versorgungsgrad

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

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: (2 043 x 30 x 100)/50 410 = 121,5 %[21]
Korrigierter Versorgungsgrad mit regionalen Verteilungsfaktor: (2 051 x 30 x 100)/50 410 = 122,0 %[22]

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 Prozent.

[19] Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.
[20] Die Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.
[21] Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.
[22] Ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 5 Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen

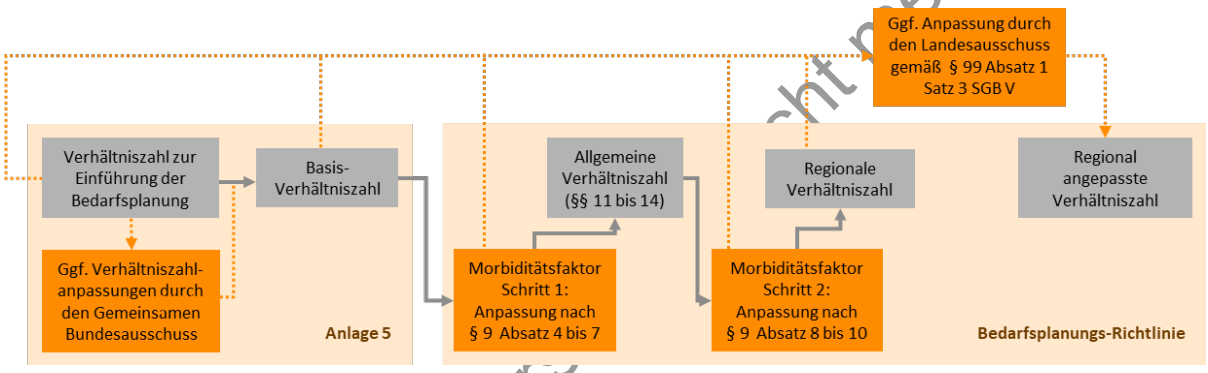
§ 1

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.

(3) Die Basis-Verhältniszahlen können gemäß § 8 dieser Richtlinie durch den Morbiditätsfaktor (§ 9 dieser Richtlinie) und den Landesauschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V angepasst werden.



Entstehung der Basis-Verhältniszahl je Arztgruppe und Modifikation zur maßgeblichen regionalen Verhältniszahl entsprechend § 8 dieser Richtlinie

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Abschnitt 1: Ermittlung der bundesweit einheitlichen Basis-Verhältniszahlen

§ 2

Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten

(1) Für die Arztgruppen der Hausärzte (vergleiche § 11 dieser Richtlinie) und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten (vergleiche § 13 dieser Richtlinie) 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 dieser Richtlinie; 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 Bundesmantelvertrag – Ärzte / Ersatzkassenvertrag) 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 (zum Beispiel 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor).

2. Je Planungskategorie gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der ab dem 1. April 2007 geltenden Fassung 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Prozent abgesenkt und bildet fortan die Basis-Verhältniszahl.

<u>Rechenbeispiel zu § 2 zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung</u>

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 Einwohner je Arzt, zum Beispiel 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 Einwohner je Arzt*

   (16,3 Millionen Einwohner: 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 Millionen Einwohner: 3 679 = 4 432 Internisten).

3. *Aus der Zuordnung der hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten im Jahre 1995 (hier: 70 Prozent hausärztlich zu 30 Prozent 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 x 0,7 = 3 104 hausärztlich tätige Internisten und

   4 432 x 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 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

Seit 2012 beplante Gruppen

(1) Bei der Arztgruppe der Physikalischen- und Rehabilitations-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 Prozent abgesenkt und bildet fortan die Basis-Verhältniszahl für diese Arztgruppe nach § 11.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 dieser Richtlinie ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des vierten Quartals 1997 und des ersten bis dritten 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 in der Fassung des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) 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 dieser Richtlinieerfolgt auf Basis der

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 beziehungsweise 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 (Verhältniszahl: 3 369) zuzüglich einer Absenkung der Verhältniszahl um 15 Prozent ermittelt werden. Für Regionen des Typs 1, deren Verhältniszahl nach § 6 ermittelt wird, wird ebenfalls eine Absenkung um 15 Prozent 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 Versorgungniveau 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 Prozent, bei den Nervenärzten um 15 Prozent abgesenkt. Diese neu festgelegten Verhältniszahlen bilden die Basis-Verhältniszahlen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

<u>Beispielrechnung:</u>

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 Prozent der Frauen bundesweit im Typ 4.

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

32 874 754 x 19,9345 % = 6 553 417,83613 Frauen

---------- = 6 371 Frauen je Frauenarzt im Typ 4

6 341 x 16,2207 % = 1 028,55459 Frauenärzte

Abschnitt 3: Basis-Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt)

§ 11

Basis-Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt)

1. Ärzte nach § 11 dieser Richtlinie

Hausärzte: 1 671

Abweichend von § 11 Absatz 4 Satz 1 dieser Richtlinie gelten ab dem 1. Januar 2018 in den Planungsbereichen, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

2. Ärzte nach § 12 dieser Richtlinie

	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	

3. Ärzte nach § 13 dieser Richtlinie

Anästhesisten	46 917
Radiologen	49 095
Fachinternisten	15 055
Kinder- und Jugendpsychiater	15 218

4. Ärzte nach § 14 dieser Richtlinie

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.

[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.

Anlage 6 Methodik der Typisierung der Kreise

Die Typisierung der Kreise nach § 12 dieser Richtlinieund Anlage 3.2 orientiert sich am Konzept der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zum Stand vom 31. Dezember 2010. Der Gemeinsame Bundesausschuss 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 Gemeinsame Bundesausschuss dies beschließt, erfolgt eine Anpassung der Typisierung der Kreise auf Basis aktuellerer Daten des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung 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 Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung 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 Prozent 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 (über 50 Prozent) 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 Prozent 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:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

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.

<u>Rechenbeispiel:</u>

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[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 zum Teil 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.

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	**Einwohner**	**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 %

Kalkuliertes Versorgungsniveau des Mischkreises 83 Prozent

Geringster Abstand zum Typen 4 (77 Prozent)

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 7 Nutzung von Geoinformationen im Rahmen von Anträgen auf Sonderbedarf

Die Feststellung von Sonderbedarf im Sinne 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 Fall einer ausnahmsweisen Zulassung abschätzen zu können, sollen die Zulassungsausschüsse auch geografische Informationen heranziehen.

Geoinformationssysteme beinhalten viele Verfahren, um räumliche Zusammenhänge aufzudecken, die sonst möglicherweise unsichtbar bleiben würden. Räumliche Rohdaten (zum Beispiel Einzelstandorte von Patienten und Ärzten, Geschwindigkeitsprofile einzelner Straßensegmente, et cetera) 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 (zum Beispiel 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 (zum Beispiel 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 Geoinformationssystemen 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

stochastische Modelle unterschieden. In Großbuchstabe B und C werden Beispiele für jeweils mögliche Indikatoren aufgeführt. Die Übersicht besitzt Empfehlungscharakter und ist dabei nicht abschließend.

Exemplarische Indikatorenübersicht

A) GLOBALE PERSPEKTIVE

Geeignetheit des Standorts (zentralörtliche Einordnung und siedlungsstrukturelle Prägung des Standorts des Sonderbedarfsantrags)

B) PATIENTENPERSPEKTIVE

I. Erreichbarkeit

1. Wegezeit zum nächstgelegen Vertragsarzt
2. Durchschnittliche Wegezeit zu den konkurrierenden Standorten

II. Ärztepotenzial

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

III. Versorgungsrelation

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

C) STANDORTPERSPEKTIVE

I. Patientenpotenzial

1. Summe aller Einwohner im Einzugsgebiet
2. 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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.