

**Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses**

über

**die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur
Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung
in der vertragsärztlichen Versorgung**

(Bedarfsplanungs-Richtlinie)

in der Neufassung vom 15. Februar 2007,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S. 3491,
in Kraft getreten am 1. April 2007

zuletzt geändert am 18. August 2011
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 S. 3 810
in Kraft getreten am 29. Oktober 2011

Inhaltsverzeichnis:

1. Abschnitt: Allgemeines

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

2. Abschnitt: Bedarfsplanung und Feststellung der Planungsbereiche

§ 2 Bedarfsplan und Planungsbereich

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

§ 3 Maßstäbe für die Bestimmung der Arztgruppen

§ 4 Arztgruppen

§ 5 Bestimmung der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen

§ 6 Planungskategorien

§ 7 Bestimmung der Planungskategorien

§ 8 Feststellung der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen

§ 8a Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor

Rechenbeispiel

4. Abschnitt: Feststellung von Überversorgung

§ 9 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung

§ 10 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

§ 11 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

§ 12 Anrechnungsfaktoren für Vertragspsychotherapeuten

§ 13 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen für Hausärzte und für Internisten

§ 14 Feststellung von Überversorgung (ohne Korrekturfaktoren)

§ 15 Feststellung von Überversorgung für Hausärzte

§ 16 Feststellung von Überversorgung für psychotherapeutisch tätige Ärzte

§ 17 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

§ 18 Berechnung des regionalen Versorgungsgrades mit Korrekturfaktor

§ 19 Berechnungsformeln

§ 20 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

- § 21 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad für Vertragspsychotherapeuten
- § 22 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad
- § 23 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

5. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

- § 23a Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen
- § 23b Fachidentität
- § 23c Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens
- § 23d Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen
- § 23e Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage
- § 23f Berechnung der Anpassungsfaktoren
- § 23g Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung
- § 23h Psychotherapeuten und Jobsharing

6. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten

- § 23i Anstellungsvoraussetzungen
- § 23j Fachidentität
- § 23k Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens
- § 23l Anstellung von Psychotherapeuten
- § 23m Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung

7. Abschnitt: Maßstäbe für qualitätsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen

- § 24 Zulassungstatbestände
- § 25 Wegfall von zulassungsbeschränkenden Auflagen
- § 26 Fachgebietswechsel

8. Abschnitt: Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung

- § 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung
- § 28 Definition der Unterversorgung
- § 29 Definition von zu vermutender oder drohender Unterversorgung
- § 30 Prüfung auf Unterversorgung
- § 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung
- § 32 Benachrichtigung des Landesausschusses
- § 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss
- § 34 Maßnahmen des Landesausschusses
- § 34a Feststellung eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen

9. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur im Sinne des § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

- § 35 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung
- § 36 Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte
- § 37 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur

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

- § 38 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren
- § 39 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing
- § 40 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung
- § 41 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung
- § 42 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen
- § 43 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung
- § 44 Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V
- § 45 Übergangsbestimmung

11. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

§ 46 Inkrafttreten

§ 47 Übergangsregelung zu § 22 Abs. 1 Nr. 3

Übersicht der Anlagen

1. Abschnitt: Allgemeines

§ 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 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 sowie § 99 SGB V; § 12 Abs. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV),
 2. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades und von Überversorgung in den einzelnen Arztgruppen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 101 Abs. 5, § 103 Abs. 1 SGB V; § 16 b Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV),
 3. Maßstäbe für qualitätsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen als Voraussetzungen für Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
 4. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung (§ 104 Abs. 1 SGB V; § 16 Abs. 1 Ärzte-ZV),
 5. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur (§ 73 SGB V),
 6. Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie der Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse,
 7. die Voraussetzungen für die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V),
 8. die besondere Überversorgungsfeststellung und Durchführung von Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 4 SGB V).

2. Abschnitt: Bedarfsplanung und Feststellung der Planungsbereiche

§ 2 Bedarfsplan und Planungsbereich

- (1) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. ²Zu diesem Zweck werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Zeitabständen von drei Jahren, beginnend mit dem Stand vom 31. Dezember 1993, umfassende und vergleichbare Übersichten über den Stand der vertragsärztlichen Versorgung erstellt.
- (2) ¹Inhalt und Form der Übersichten nach § 2 Abs. 1 Satz 2 bestimmen sich für die vertragsärztliche Versorgung nach den Mustertabellen in Anlage 1. ²Für jeden Planungsbereich werden jährlich, beginnend mit dem Stand 31. Dezember 1993, Planungsblätter erstellt, deren Inhalt sich nach den Anlagen 2 2.1 und 2.2 bestimmt. ³Für die Feststellung des qualitätsbezogenen Sonderbedarfs nach § 24 teilen die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Anfrage dem Zulassungsausschuss Angaben über den durchschnittlichen Behandlungsfallwert (bezogen auf die Arztgruppe und das Vorjahr) und Angaben über die Ärzte im Einzelnen mit, soweit diese Mitteilung für die Entscheidung des Zulassungsausschusses im Einzelfall erforderlich ist.
- (3) ¹Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum allgemeinen Stand der vertragsärztlichen Versorgung und zum jeweiligen örtlichen Stand der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung, ehemals Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, (Planungsbereiche). ²Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich. ³Planungsbereich für Berlin ist Gesamtberlin. ⁴Abweichend von § 7 kann der Landesausschuss mit 2/3 Mehrheit im Fall einer Gebietsreform beschließen, dass die Planungsbereiche hiervon unberührt bleiben und in ihrer bisherigen Form fortbestehen.
- (4) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 101 Abs. 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Abs. 2 SGB V in dem Verfahren nach den §§ 4 bis 8 bestimmt werden.
- (5) ¹Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für die Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung durch Vertragsärzte und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des § 101 Abs. 4 SGB V. ²Maßgeblich ist die Mustertabelle Psychotherapeutische Versorgung in der Anlage 2.4.

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

§ 3 Maßstäbe für die Bestimmung der Arztgruppen

Die Bestimmung der Arztgruppen in § 4 erfolgt nach ihrer Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung.

§ 4 Arztgruppen

(1) Allgemeine Verhältniszahlen werden für folgende Arztgruppen bestimmt:

1. Anästhesisten;
2. Augenärzte;
3. Chirurgen;
4. Frauenärzte;
5. HNO-Ärzte;
6. Hautärzte;
7. An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten (gemäß § 101 Abs. 5 SGB V);
8. Kinderärzte;
9. Nervenärzte;
10. Orthopäden;
11. Psychotherapeuten;
12. Fachärzte für diagnostische Radiologie;
13. Urologen;
14. Hausärzte (gemäß § 101 Abs. 5 SGB V).

(2) Es gelten folgende Definitionen:

1. Zur Arztgruppe der Hausärzte nach § 101 Abs. 5 SGB V gehören¹⁾

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

und

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

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

¹⁾ *Anmerkung:*

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

2. ¹Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß § 101 Abs. 5 Satz 3 SGB V gehören Internisten ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit Schwerpunktbezeichnung und die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie sowie die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie. ²Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
3. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Psychiater und Psychotherapeuten, wobei bei überwiegend psychotherapeutischer Tätigkeit die §§ 11 und 12 gelten.

4. ¹Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. ²Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Abs. 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind; die Einzelheiten regelt § 11 Abs. 1. ³Die Erteilung einer Zulassung als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird. ⁴Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte berührt, unbeschadet der Regelung in § 15 Abs. 2, den Status als Hausarzt nicht, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 5 SGB V vorliegt.
 5. 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.
 6. ¹Zur Arztgruppe der Chirurgen gehören die Fachärzte für Chirurgie, die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, die Fachärzte für Kinderchirurgie, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Gefäßchirurgie sowie die Fachärzte für Visceralchirurgie. ²Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie, die Fachärzte für Thoraxchirurgie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
 7. Zur Arztgruppe der Orthopäden gehören die Fachärzte für Orthopädie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
 8. Zur Arztgruppe der Anästhesisten gehören die Fachärzte für Anästhesiologie und die Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie.
 9. 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.
 10. Zur Arztgruppe der Kinderärzte gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.
- (3) Fachärzte mit Facharztbezeichnungen, welche nach den geltenden Weiterbildungsordnungen nicht mehr erworben werden können, werden der Arztgruppe zugeordnet, der das Gebiet nach dem geltenden Recht zugeordnet ist (z. B. Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zum Gebiet der Internisten).

- (4) Die gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 5 SGB V ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemein- / Praktischen Ärzte, die nicht unter die Regelungen nach den §§ 11 und 12 fallen, werden bedarfsplanungsrechtlich dem Fachgebiet zugeordnet, dem die ausgeführten fachärztlichen Leistungen nach geltendem Weiterbildungsrecht vorrangig zuordbar sind.
- (5) ¹Für Arztgruppen, bei denen nach dem Stand vom 31. Dezember 1990 bundesweit eine Zahl von weniger als 1 000 Vertragsärzten an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat, werden Allgemeine Verhältniszahlen nicht bestimmt (§ 101 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). ²Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung (§ 101 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) in die Planung einbezogen werden.
- (6) ¹Führen Vertragsärzte, die nach ihrer bisherigen Bezeichnung einer der Arztgruppen nach § 4 zugeordnet worden sind, aufgrund von Änderungen des Weiterbildungsrechts in weiterbildungsrechtlich zulässigen Fällen eine Bezeichnung für ein Gebiet, dessen Definition zwei Arztgruppen nach § 4 betrifft, bleiben sie der Arztgruppe zugeordnet, in deren Versorgungsauftrag die Praxis überwiegend ärztliche Leistungen erbringt. ²Besondere Regelungen für den Fall der Umwandlung von Bezeichnungen oder Änderungen von Gebieten im Rahmen dieser Richtlinie bleiben unberührt.
- (7) Im Falle der Praxisnachfolge gilt, dass die Praxis auch für Ärzte ausgeschrieben werden kann, welche ganz oder teilweise in einem Gebiet tätig sind, welches mit dem alten Gebiet übereinstimmt.

§ 5 Bestimmung der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen

- (1) Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen) nach Maßgabe des Absatzes 2 zu bestimmen.
- (2) Die Verhältniszahlen werden unbeschadet der besonderen Regelungen in den Absätzen 3 bis 6 für die Arztgruppen grundsätzlich einheitlich
 - 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 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)

sowie

- jeweils aus allen denjenigen Planungsbereichen, welche derselben raumordnungsspezifischen Planungskategorie nach dem Muster des § 6 zugeordnet werden,

ermittelt.

- (3) Bei der Arztgruppe der Anästhesisten wird die Zahl der Anästhesisten zum Stand vom 31. Dezember 1997 unter Einbezug aller Bundesländer zugrunde gelegt.
- (4) Für die Arztgruppen der Hausärzte und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten werden die Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 101 Abs. 5 in Verbindung mit § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V im folgenden Verfahren (§ 5 Abs. 4 und 5) erstmalig festgestellt:
 1. ¹Die Arztgruppe der Internisten wird zum Stichtag des 31. Dezember 1995 gemäß § 13 unter Einbezug aller Bundesländer erfasst. ²Hierbei wird die Arztgruppe der Lungenärzte der Arztgruppe der Internisten zugeordnet. ³Für Internisten mit ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit gelten die §§ 11 und 12; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztabrechnungsnummer.
 2. Die nach Absatz 4 erfassten Internisten werden in die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt.
 3. ¹Die Arztgruppe der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ergibt sich aus den Hausarztentscheidungen von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche gemäß dem Hausarztvertrag (Anlage BMV-Ä / EKV) spätestens bis zum 31. März 1996 getroffen worden sind. ²Nicht einbezogen werden Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt und Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung.
 4. ¹Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten sowie Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. ²Die unter § 5 Abs. 4 Nr. 3 Satz 2 genannten Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt werden der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet.
- (5) Weiterhin gelten für die Bestimmung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte sowie die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten folgende Regelungen:

1. ¹Die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten werden getrennt je Planungsbereich festgestellt und in die Planungskategorien (Kreistypen) nach § 7 Abs. 2 additiv zusammengefasst. ²Je Planungskategorie wird das Verhältnis der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten zueinander zum Stand vom 31. Dezember 1995 festgestellt und in Faktoren (jeweiliger Anteil an allen Internisten) ausgedrückt (z. B. Raumtyp 1 mit 0,7 hausärztlichem Faktor zu 0,3 fachärztlichem Faktor).
2. ¹Je Planungskategorie werden auf die Einwohnerzahlen nach § 13 zum Stichtag des 31. Dezember 1995 die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nr. 12 (jetzt: § 8) der bisherigen Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BANz. 2000 S. 4 603) angewandt, und zwar zur Ermittlung von Soll-Arztzahlen (rechnerisches Soll) zum Stichtag des 31. Dezember 1995. ²Die so ermittelten Soll-Arztzahlen für Internisten werden mit den nach § 5 Abs. 5 Nr. 1 Satz 2 festgestellten Faktoren bewertet. ³Daraus werden getrennte Soll-Arztzahlen für die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten festgelegt.
3. ¹Für die Arztgruppe der Hausärzte werden die Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt ermittelt: ²Je Planungskategorie werden die nach § 5 Abs. 5 Nr. 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. ³Dies ergibt die Soll-Arztzahlen für Hausärzte. ⁴Abschließend werden die Einwohnerzahlen nach § 13 zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahlen dividiert, woraus sich die Allgemeinen Verhältniszahlen für Hausärzte ergeben (Tabelle Einwohner/Arztrelation nach § 8).
4. ¹Für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird entsprechend verfahren: ²Die Einwohnerzahlen nach § 13 zum Stichtag des 31. Dezember 1995 werden durch die unter § 5 Abs. 5 Nr. 2 Satz 3 ermittelten Soll-Arztzahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Allgemeinen Verhältniszahlen für fachärztlich tätige Internisten ergeben (Tabelle Einwohner/Arztrelation nach § 8).

Rechenbeispiel zu § 5 Abs. 5:

Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 (vormals: Nr. 12 der bisherigen Fassung der Richtlinie) werden zur Berechnung wie folgt herangezogen:

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

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

(6) Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten wird die Verhältniszahl wie folgt ermittelt:

1. ¹Es werden die am 1. Januar 1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. ²Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte werden mit dem Faktor 1 gezählt; überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte werden unabhängig von ihrem tatsächlichen Leistungsanteil psychotherapeutischer Leistungen mit dem Faktor 0,7 gezählt. ³Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind zugelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, sowie Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. überschreiten. ⁴Als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 v. H., jedoch nicht mehr als 90 v. H. ihrer ärztlichen Leistungen umfassen. ⁵Als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne zählten bis zum 31. März 2005 die Leistungen der Kapitel G IV und V des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie die Leistungsnummern 855 bis 858 in Kapitel G III des EBM mit Stand vom 12. April 1999; ab dem 1. April 2005 zählen als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne die Leistungen der Abschnitte 35.2 und 35.3 sowie die Leistungen nach den Nrn. 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 des EBM mit Stand vom 1. April 2005.

⁶Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt.

⁷Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1. Januar 1999 zugelassene Vertragsarzt nicht über diesen gesamten Zeitraum tätig, wird der Leistungsanteil anhand der tatsächlichen Tätigkeitsdauer im Jahre 1998 ermittelt.

2. ¹Für die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten werden darüber hinaus alle gemäß § 95 Abs. 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst. ²Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.
3. Bei der Feststellung der Verhältniszahl werden die Einwohnerzahlen des Bundesgebietes nach dem Stand vom 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt.
4. § 5 Abs. 7 findet keine Anwendung.

(6a) ¹Als Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten*) sowie diejenigen Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. erreichen bzw. überschreiten. ²Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die Leistungen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110, die an Kindern und Jugendlichen (bis 21 Jahre) erbracht wurden. ³Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt.

(7) ¹Für die Feststellung des Versorgungsgrades zur Beurteilung von Überversorgung und Unterversorgung im Beitrittsgebiet (Artikel 3 des Einigungsvertrages) werden die nach dem vorgenannten Verfahren in § 5 Abs. 1 ermittelten Verhältniszahlen mit folgender Modifikation zugrunde gelegt:

1. Es wird jeweils der Versorgungsgrad der Arztgruppe sowohl anhand der Zahl der Ärzte der Arztgruppe nach dem Stand zum 31. Dezember 1990 und der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt ohne das Beitrittsgebiet auf der Basis einer einheitlichen Bundesverhältniszahl als auch anhand der Zahl der Ärzte der entsprechenden Arztgruppe und der Einwohner zum Stand vom 31. Dezember 1991 nur im Beitrittsgebiet auf der Grundlage einer einheitlichen Gebietsverhältniszahl ermittelt.

*) Die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit einer weiteren Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut werden unbeschadet dessen mit dem Faktor 0,5 bei der Berechnung gezählt.

2. Es wird festgestellt, ob der so ermittelte Versorgungsgrad im Beitrittsgebiet den Versorgungsgrad in der Bundesrepublik (ohne Beitrittsgebiet) unterschreitet.
3. Nur in diesem Fall ist der Unterschied durch einen Prozentsatz festzustellen.
4. Um diesen Prozentsatz ist die jeweils anwendbare Allgemeine Verhältniszahl nach § 5 Abs. 2 nach den Kategorien 1 bis 9 des § 8 durch entsprechende Erhöhung der Einwohnergröße in der jeweiligen Arzt-Einwohner-Relation zu verändern, jedoch um nicht mehr als 30 Prozent.

²Die so ermittelten Verhältniszahlen gelten als Allgemeine Verhältniszahlen (Ost) für die Jahre 1993 und 1994. Für 1995 und 1996 werden sie um ein Drittel, für 1997 und 1998 um ein weiteres Drittel durch entsprechende Verringerung der Einwohnergröße in der Arzt-Einwohner-Relation geändert. ³Ab 1999 gelten die Verhältniszahlen nach § 5 Abs. 2 auch im Beitrittsgebiet.²⁾ ⁴Der zuständige Landesausschuss kann einmalig unmittelbar nach Inkrafttreten dieser Richtlinie bestimmen, dass die Anpassung nach den vorgenannten Stufen vorgezogen werden kann.

²⁾ *Fiktives Rechenbeispiel nach § 5 Abs. 7 :*

1. Allgemeine Verhältniszahl nach § 5 Abs. 1 (z. B. Kategorie 1)	z. B. 1 : 2 700
2. Bundesweite Vergleichsverhältniszahl (West)	1 : 2 500
3. Gebietsweite Vergleichsverhältniszahl (Ost)	1 : 3 000
4. Differenzfeststellung = Unterschreitung (Ost)	Prozentsatz 20 v. H.

In diesem Falle:

5. *Veränderung der Allgemeinen Verhältniszahl für das Beitrittsgebiet:*

z. B. 1 : 2 700 (Kategorie 1)	1. Stufe:	1 : 3 240
	2. Stufe:	1 : 3 060
	3. Stufe:	1 : 2 880
	ab 1999	1 : 2 700

§ 6 Planungskategorien

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

1. Regionstyp 1 (Agglomerationsräume)

¹Im Regionstyp 1 werden Regionen zusammengefasst, die Oberzentren mit einer Größenordnung von über 300 000 Einwohnern – oder eine Bevölkerungsdichte um oder über 300 E/qkm haben. ²Im Einzelnen werden folgende Regionen untergliedert:

- Ordnungs-Nr. 1 Kernstädte im Regionstyp 1:
Dies sind kreisfreie Städte mit mehr als 100 000 Einwohnern.
- Ordnungs-Nr. 2 Hochverdichtete Kreise im Regionstyp 1:
Dies sind solche mit einer Dichte von 300 E/qkm und mehr.
- Ordnungs-Nr. 3 Verdichtete Kreise im Regionstyp 1:
Dies sind Kreise mit einer Dichte von 150 E/qkm und mehr, jedoch unter 300 E/qkm.
- Ordnungs-Nr. 4 Ländliche Kreise im Regionstyp 1:
Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte unter 150 E/qkm.

2. Regionstyp 2 (verstädterte Räume):

¹Der Regionstyp 2 umfasst Regionen mit Oberzentren über 100 000 Einwohnern – oder einer Bevölkerungsdichte von über 150 E/qkm bei einer Mindestdichte von 100 E/qkm, die nicht Agglomerationsräume sind.
²Diese Regionen werden gegliedert in:

- Ordnungs-Nr. 5 Kernstädte im Regionstyp 2:
Dies sind kreisfreie Städte von über 100 000 Einwohnern.
- Ordnungs-Nr. 6 Verdichtete Kreise im Regionstyp 2:
Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte von 150 E/qkm und mehr.
- Ordnungs-Nr. 7 Ländliche Kreise im Regionstyp 2:
Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte unter 150 E/qkm.

3. Regionstyp 3 (ländliche Räume):

¹Der Regionstyp 3 umfasst Regionen mit einer Bevölkerungsdichte von weniger als 150 E/qkm und ohne Oberzentren von über 100 000 Einwohnern sowie Regionen mit Oberzentren von über 100 000 Einwohnern und einer Dichte um oder unter 100 E/qkm. ²Diese Regionen werden gegliedert in:

- Ordnungs-Nr. 8 Ländliche Kreise höherer Dichte:
Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte von 100 E/qkm und mehr.
- Ordnungs-Nr. 9 Ländliche Kreise geringerer Dichte:
Dies sind Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte von unter 100 E/qkm.

4. Sonderregionen:

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

§ 7 Bestimmung der Planungskategorien

- (1) Die Planungskategorien nach § 6 sind nach den von dem Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung für die Raumordnungsberichterstattung entwickelten Siedlungsstrukturtypen wie folgt bestimmt:
1. ¹Die Fläche der Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen unterteilt. ²Dies sind großräumige funktional abgegrenzte Analyseeinheiten entsprechend der Raumberichterstattung. ³Kriterien zur Bestimmung eines Regionstyps sind Zentralität, d. h. die zentralörtliche Bedeutung des größten Zentrums innerhalb der Region, sowie die Einwohnerdichte.
 2. ¹Die Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen der Bundesrepublik Deutschland werden verschiedenen Kreistypen zugeordnet. ²Die Zuordnung erfolgt nach den Kriterien:
 - a) Unterscheidung von Kernstädten und Landkreisen oder Kreisregionen; Kernstädte: kreisfrei, ab 100 000 Einwohnern;
 - b) Unterscheidung von Kernstädten, Landkreisen und Kreisregionen je nach siedlungsstrukturellem Grundtyp (= Typ, in dem sich der Kreis befindet; = Lage im Grundtyp);
 - c) Unterscheidung von Kreisen und Kreisregionen innerhalb der Regionsgrundtypen je nach Bevölkerungsdichte.
- (2) Die Einzelzuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und der Kreisregionen zu den verschiedenen Planungskategorien – entsprechend auch grundsätzlich die Zuordnung der Planungsbereiche der vertragsärztlichen Versorgung – ergibt sich aus der Zusammenstellung der Kreiszuordnungen nach den Analysen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (Anlage 3.1).

§ 8 Feststellung der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen

Gemäß der Berechnungsweise in den §§ 4 und 5 ergeben sich danach für folgende Arztgruppen die folgenden Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad als Ausgangsrelationen für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung (Allgemeine Verhältniszahlen); siehe nachfolgende Tabelle Einwohner/Arztrelation.

§ 8a Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor

- (1) ¹Liegt in einem Planungsbereich bei einer Arztgruppe gemäß § 4 die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle (ambulant/kurativ) der letzten vier Quartale über dem arztgruppenspezifischen Bundesdurchschnitt des gleichen Zeitraums, so wird – mit Ausnahme der Arztgruppe der Kinderärzte – die Verhältniszahl durch Multiplikation mit einem Demografiefaktor modifiziert. ²Der Demografiefaktor wird durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor gemäß den Absätzen (2) bis (4) berechnet.
- (2) ¹Die Altersfaktoren sind die Anteile der unter 60-jährigen bzw. 60-jährigen und älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Prozent. ²Sie werden für die Frauenärzte auf der Basis der Frauen berechnet. ³Bei den anderen Arztgruppen gemäß § 4 werden Frauen und Männer gezählt. ⁴Die Altersfaktoren werden in allgemeine Altersfaktoren nach Nr. 1 und regionale Altersfaktoren nach Nr. 2 unterschieden.
1. Die allgemeinen Altersfaktoren werden auf der Basis der in § 5 festgelegten Bevölkerungsstände berechnet.

Daraus ergeben sich folgende allgemeine Altersfaktoren:

Arztgruppe	Allgemeiner Altersfaktor unter 60	Allgemeiner Altersfaktor 60 und älter
Anästhesisten	78,2	21,8
Augenärzte	79,2	20,8
Chirurgen	79,2	20,8
Fachärztlich tätige Internisten	79,0	21,0
Frauenärzte	74,9	25,1
HNO-Ärzte	79,2	20,8
Hautärzte	79,2	20,8
Kinderärzte	–	–
Nervenärzte	79,2	20,8
Orthopäden	79,2	20,8
Psychotherapeuten	78,2	21,8
Radiologen	79,2	20,8
Urologen	79,2	20,8
Hausärzte	79,0	21,0

2. Die regionalen Altersfaktoren werden auf der Basis des letzten amtlichen Standes der Wohnbevölkerung im Planungsbereich berechnet.
- (3) ¹Der Leistungsbedarfsfaktor wird auf der Basis der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung berechnet. ²Es ist der Leistungsbedarf in Punkten für die vier letzten Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß § 4 und für die Altersgruppen der Versicherten unter 60 Jahren bzw. 60 Jahre und älter zu ermitteln. ³Die ermittelten Punktzahlen sind durch die Anzahl der Versicherten der jeweiligen Altersgruppe zu teilen. ⁴Bei der Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. ⁵In jeder Arztgruppe wird nun der Leistungsbedarf je Versicherten der 60-Jährigen und älteren durch den Leistungsbedarf je Versicherten der unter 60-Jährigen geteilt. ⁶Das Ergebnis ist der Leistungsbedarfsfaktor. ⁷Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der 60-jährigen und älteren Bevölkerung zu dem der bis 60 Jährigen aus.
- (4) ¹Der Demografiefaktor wird je Arztgruppe aus den Altersfaktoren und dem Leistungsbedarfsfaktor der jeweiligen Arztgruppe bestimmt:

¹Es wird die Summe aus dem allgemeinen Altersfaktor unter 60 und dem Produkt von allgemeinem Altersfaktor der 60-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor gebildet. ²Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus regionalem Altersfaktor unter 60 und dem Produkt von regionalem Altersfaktor größer/gleich 60 mal Leistungsbedarfsfaktor.
- (5) Die Berechnungen der Absätze (1) bis (4) werden einmal pro Jahr von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt.
- (6) Die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni ~~oder 31. Dezember~~ eines Jahres.
- (7) Liegen die Voraussetzungen des Absatzes eins nicht mehr vor, so kommt der Demografiefaktor nicht weiter zur Anwendung.
- (8) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die Regelungen nach Absatz 1 bis 7 jährlich auf ihre Auswirkungen und Geeignetheit, ihre Zielsetzung zu erreichen, erstmals spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung und passt ggf. die Richtlinie auf Grundlage der Überprüfung an. ²Zu diesem Zweck werden Neuzulassungen aufgrund der Regelungen nach Absatz 1 bis 7 erfasst, gegliedert nach Arztgruppen und Planungsbereichen und soweit möglich einschließlich ihrer kleinräumigen Verteilung.
- (9) Bei der Besetzung von Arztsitzen, die aufgrund des Demografiefaktors ausgeschrieben werden, hat der Zulassungsausschuss darauf hinzuwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologisch/geriatrische Qualifikation verfügen.

Rechenbeispiel

Ausgangslage

Planungsbereich:	XY	
Planungsbereichstyp:	7	
Bevölkerung im PB:	342.140	(2008)
Arztgruppe:	Orthopäden	
Allgemeine Verhältniszahl:	34.214	
Ärzte:	10	
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	100 %	
Fallzahldurchschnitt Orthopäden Planungsbereich XY (1. bis 4. Quartal 2008):	5.000	
Fallzahldurchschnitt Orthopäden BUND (1. bis 4. Quartal 2008):	4.500	
Allgemeine Altersfaktoren Arztgruppe Orthopäden:	79,2 % (<60 J.); 20,8 % (60 J u.ä.)	(1990)
Regionale Altersfaktoren PB X:	70 % (<60 J.); 30 % (60 J u.ä.)	(2008)
Leistungsbedarfsfaktor:	2,5	

Berechnung

Da der Fallzahldurchschnitt der Orthopäden im Planungsbereich XY über dem Bundesdurchschnitt liegt, wird der demografische Korrekturfaktor berücksichtigt.

Die allgemeinen Alterfaktoren für die Arztgruppe der Orthopäden ergeben sich gem. § 5 aus den Bevölkerungsdaten aus dem Jahr 1990 (West). Gemäß § 8a Abs. 2 Nr. 1 betrug der Anteil der unter 60-Jährigen im Basisjahr 79,2 Prozent, der 60-jährigen und älteren Bevölkerung 20,8 Prozent.

Aus der Abrechnungsstatistik der KBV geht für das Jahr 2008 ein Leistungsbedarfsfaktor für die 60-jährige und ältere Bevölkerung von 2,5 hervor.

Ermittlung des Demografiefaktors:

$$\frac{\text{Anteil in \% <60 Bevölkerung West 1990} + (\text{Anteil in \% >60 West 1990} * \text{LBF für AG})}{\text{Anteil in \% <60 Planungsbereich XY 2008} + (\text{Anteil in \% >60 Planungsbereich XY 2008} * \text{LBF für AG})}$$

$$\frac{79,2 + (20,8 * 2,5)}{70 + (30 * 2,5)}$$

Demografiefaktor: 0,90482759

Korrigierte Verhältniszahl: 34.214 * 0,90482759 = 30.957,7

Berechnung des Versorgungsgrades:
$$\frac{30.957,7 * 10 * 100}{342.140}$$

Versorgungsgrad nach Berücksichtigung des Demografiefaktors: 90,5 Prozent

Die Berücksichtigung eines demografischen Faktors „korrigiert“ den Versorgungsgrad von vormals 100 auf 90,5 Prozent.

**Einwohner / Arztrelation (Allgemeine Verhältniszahlen)
für die nach dem 3. Abschnitt, § 6 definierten Raumgliederungen**

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

Quelle: Statistik der KBV und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) Berechnungsgrundlage: BBR-Typisierung 1997, Bevölkerungsstand und Arztzahlen: Bundesländer West zum 31. Dezember 1990, Anästhesisten (31. Dezember 1997), Psychotherapeuten (Einw.: 31. Dezember 1997, Psy.: 1. Januar 1999), Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (gültig ab 1. Januar 2001, Einwohner- und Arztzahlen zum 31. Dezember 1995 in der Regionalstruktur vom 31. Dezember 1998): Bundesgebiet insgesamt

4. Abschnitt: Feststellung von Überversorgung

§ 9 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung

Bei der Feststellung von Überversorgung hat der Landesausschuss auf der Grundlage der Zuordnung des zu prüfenden Planungsbereiches gemäß § 7 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 3 sowie auf der Grundlage der danach gemäß § 8 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt zu verfahren:

1. Für die Arztgruppe ist die örtliche (planungsbereichsbezogene) Verhältniszahl nach dem Verfahren nach den §§ 10 und 11 festzustellen;
2. Gegebenenfalls sind Korrekturfaktoren nach den §§ 14 bis 17 zu berücksichtigen;
3. Eine eventuelle Überversorgung durch Vergleich der beiden Verhältniszahlen ist gemäß § 18 festzustellen.

§ 10 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

- (1) ¹Die örtliche Verhältniszahl wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Feststellung im Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt. ²Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.
- (2) ¹Bei der erstmaligen Feststellung des Landesausschusses gemäß Artikel 33 § 3 Abs. 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes sind in die Zahl der im Planungsbereich zugelassenen Vertragsärzte auch solche Ärzte einzubeziehen, die bis zum 31. Januar 1993 einen Antrag auf Zulassung gestellt haben und deren Antrag am 1. April 1993 noch anhängig war, es sei denn, der Antrag auf Arztregistereintragung oder auf Zulassung ist zum Zeitpunkt der Feststellung rechtswirksam abgelehnt. ²Die Anrechnung erfolgt mit dem Faktor 1.

§ 11 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

- (1) Zur Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für die Arztgruppe der Psychotherapeuten sind folgende zum Zeitpunkt der Feststellung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende psychotherapeutische Leistungserbringer zu zählen:

1. Zugelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin;
 2. Gemäß § 95 Abs. 13 SGB V als ausschließlich psychotherapeutisch tätig zugelassene Vertragsärzte; dasselbe gilt für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, welche gemäß § 24 im Wege des Sonderbedarfs zugelassen sind;
 3. Vertragsärzte, welche entsprechend dem Umfang ihres psychotherapeutischen Leistungsanteils am Gesamtumfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit nach den nachstehenden Vorschriften in § 12 als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten;
 4. Vertragsärzte, die vom Zulassungsausschuss gemäß § 95 Abs. 13 SGB V auf der Grundlage einer gleichzeitigen Zulassung für ihr Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte zugelassen sind;
 5. Vertragsärzte, die entsprechend ihrem psychotherapeutischen Leistungsanteil am Gesamtumfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den nachfolgenden Vorschriften in § 12 gelten;
 6. Zugelassene Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten;
 7. Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, welche gemäß § 95 Abs. 11 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.
- (2) ¹Für die erstmalige Bestimmung der Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte nach Absatz 1 Nr. 3 bis 5 gilt § 5 Abs. 6 Nr. 1 entsprechend; für die künftigen Feststellungen des Versorgungsgrades wird jeweils auf den 31. Dezember des vorausgegangenen Jahres auf der Grundlage einer durchschnittlichen Berechnung des ersten bis dritten Quartals des Vorjahres und des vierten Quartals des vor dem Vorjahr liegenden Jahres abgestellt. ²Wird der Zeitraum von vier Quartalen wegen der Dauer der vorausgegangenen Tätigkeit des Arztes nicht ausgefüllt, ist auf der Grundlage der tatsächlichen Tätigkeitsdauer der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtanteil der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. ³Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen oder als solche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte werden auch beim örtlichen Versorgungsgrad ungeachtet ihres tatsächlichen Leistungsanteils mit dem Faktor 0,7 angerechnet.

§ 12 Anrechnungsfaktoren für Vertragspsychotherapeuten

¹Bei nach dem 1. Januar 1999 im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 zugelassenen Vertragsärzten, welche nicht als Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin zugelassen sind oder nicht als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 13 SGB V zugelassen sind, wird der Status des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes oder des überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes (Anrechnungsfaktor 1 oder 0,7) auf der Grundlage der Feststellungen der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen des Landesausschusses für die erstmalige Feststellung nach Maßgabe des § 11 Abs. 2 festgelegt. ²Der Status wird jährlich erneut zum Stichtag des 31. Dezember, insoweit erstmals zum 31. Dezember 2000, überprüft, wobei auf den Durchschnitt anhand der arztbezogenen Abrechnungsdaten der jeweils letzten vier verfügbaren Quartale (erstes bis drittes Quartal im Stichtags-Jahr und das vierte Quartal des Vorjahres zum Stichtags-Jahr) abgestellt wird. ³Stehen für die Beurteilung des Status eines Vertragsarztes vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang für die Berechnung des Anrechnungsfaktors anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu berechnen oder zu ermitteln.

§ 13 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen für Hausärzte sowie für Internisten

Für die erstmalige Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte sowie die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten zum Stichtag des 31. Dezember 1995 sind die Arzt- und Einwohnerzahlen zu diesem Stichtag in Verbindung mit der Regionalstruktur (kreisfreie Städte und Landkreise sowie Kreisregionen) zum Stichtag des 31. Dezember 1998 heranzuziehen.³⁾

§ 14 Feststellung von Überversorgung (ohne Korrekturfaktoren)

Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten örtlichen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v. H. (die Allgemeine Verhältniszahl ist um 10 Prozentpunkte größer als die örtliche Einwohner/Arztrelation), so ist grundsätzlich von Überversorgung auszugehen, sofern nicht nach den Nrn. 16⁴⁾ und 17⁵⁾ der bisherigen Fassung oder nach den §§ 15 bis 17 eine entsprechende Korrektur vorzunehmen ist.

- 16.⁴⁾ *1Bei Feststellungen zum örtlichen Versorgungsgrad in der Arztgruppe der Allgemeinmedizin sind Anteile der Arztgruppe der Internisten für denselben Planungsbereich wie folgt zu berücksichtigen: 2Ein über 110 v. H. der Allgemeinen Verhältniszahl liegender Versorgungsgradanteil der internistischen Versorgung ist der allgemeinmedizinischen Versorgung mit einem Faktor von 0,8 zuzurechnen. 3Die so erhöhte örtliche Verhältniszahl der Arztgruppe der Allgemeinmedizin ist der Vergleichsmaßstab zur Allgemeinen Verhältniszahl.*
- 17.⁵⁾ *Bei Feststellungen in der Arztgruppe der Internisten gilt Nummer 16 entsprechend mit der Maßgabe, dass Versorgungsgradanteile über 110 v. H. in der allgemeinmedizinischen Versorgung der internistischen Arztgruppe mit dem Faktor 0,8 zuzurechnen sind.*
-

³⁾ *Anmerkung zu § 13:*

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

Anmerkung zu den Nummern 16 und 17:

⁴⁾ *Nummer 16 tritt mit Wirkung zum 31. Dezember 2000 außer Kraft.*

⁵⁾ *Nummer 17 tritt mit Wirkung zum 31. Dezember 2000 außer Kraft.*

§ 15 Feststellung von Überversorgung für Hausärzte

- (1) Bei der erstmaligen Feststellung des regionalen Versorgungsgrades in der Arztgruppe der Hausärzte werden die der Arztgruppe der Hausärzte gemäß § 4 zuzuordnenden Ärzte zum Stand vom 31. Dezember 2000 erfasst.
- (2) Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden nicht, Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Arztgruppe der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden mit dem Faktor 0,3 erfasst.
- (3) Hausärzte, welche neben der Hausarztfunktion eine fachärztliche Tätigkeit unter einer weiteren Facharztbezeichnung wahrnehmen, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

§ 16 Feststellung von Überversorgung für psychotherapeutisch tätige Ärzte

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 der regionalen Verhältniszahl der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet.

§ 17 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

- (1) Ärzte, welche als Vertragsarzt für zwei Gebiete zugelassen sind, werden bei Feststellungen zum örtlichen Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe mit dem Faktor 0,5 zugerechnet.
- (2) Ärzte, welche durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte gemäß § 19 a Abs. 2 Ärzte-ZV beschränkt haben oder bei denen der Zulassungsausschuss die hälftige Entziehung der Zulassung beschlossen hat, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.
- (3) Angestellte Ärzte eines Vertragsarztes nach § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V und die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte werden entsprechend ihrer Arbeitszeit mit den Anrechnungsfaktoren nach §§ 23 i und 38 auf den Versorgungsgrad angerechnet.
- (4) Endet die Leistungsbegrenzung nach § 23 bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen durch die Anordnung des Landesausschusses nach § 16 b Abs. 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.

§ 18 Berechnung des regionalen Versorgungsgrades mit Korrekturfaktor

Überschreitet der nach den vorstehenden Bestimmungen korrigierte örtliche Versorgungsgrad als örtliche Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. – dies ist der Fall, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10 Prozentpunkte größer ist als die örtliche Einwohner/Arztrelation – , so liegt Überversorgung vor.

§ 19 Berechnungsformeln

¹Für die Berechnungen nach den §§ 9 bis 18 können die Formeln in der Anlage 5 verwendet werden. ²Das Verfahren der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen richtet sich nach § 103 SGB V.

§ 20 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

¹Der Landesausschuss hat auf der Grundlage von Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Zulassungen im Planungsbereich in geeigneten Zeitabständen den Stand der Versorgung zu überprüfen. ²Die Mitteilung erstreckt 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. ³Die Kassenärztliche Vereinigung verwendet bei ihren Mitteilungen das in der Anlage 4 vorgesehene Übersichtsblatt.

§ 21 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad für Vertragspsychotherapeuten

¹Über den regionalen Versorgungsgrad in der Arztgruppe der Psychotherapeuten hat der Landesausschuss erstmalig spätestens zum 31. Oktober 1999 Feststellungen zu treffen. ²Zu diesem Zweck teilen die Kassenärztlichen Vereinigungen die dafür notwendigen Angaben in Entsprechung zu § 20 spätestens zum 15. September 1999 mit.

§ 22 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad

- (1) Bei der Feststellung nach § 21 hat der Landesausschuss für jeden Planungsbereich gemäß § 101 Abs. 4 SGB V folgende Feststellungen zu treffen:
1. Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand der Allgemeinen Verhältniszahl zu ermitteln und in Psychotherapeuten-Zahlen auszudrücken.
 2. Anhand der Psychotherapeutenzahl nach Nummer 1 ist ein 25 prozentiger Anteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen.
 3. Anhand der Psychotherapeutenzahl nach Nummer 1 ist ein 20 prozentiger Anteil für die Leistungserbringer festzustellen, die gem. § 5 Abs. 6a der Bedarfsplanungs-Richtlinie ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch zu behandeln.
 4. Bei der Beurteilung von Überversorgung sind die Versorgungsanteile nach den Nummern 2 und 3 mit den zahlenmäßig voll in Betracht kommenden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugrunde zu legen, auch soweit der Versorgungsanteil durch eine entsprechende Zahl der Psychotherapeuten nicht ausgeschöpft ist (§ 101 Abs. 4 Satz 5 und 6 SGB V).
 5. Stellt der Landesausschuss Überversorgung fest, hat er zugleich eine Feststellung zu treffen, in welchem Umfang gemäß § 101 Abs. 4 SGB V – ausgedrückt in Psychotherapeutenzahlen – in jedem Versorgungsanteil Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen werden können, wenn die Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind.
 6. ¹Die Feststellungen nach den Nummern 2 bis 5 sind auf der Grundlage der Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 20 zu treffen. ²Die letztmalige Feststellung ist spätestens am 30. November 2007 mit Wirkung für das Jahr 2008 zu treffen.⁶⁾

⁶⁾ Rechenbeispiel zu § 22 Abs. 1 Nummer 6:

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

100 %-Soll-Versorgungsgrad: 44 Psychotherapeuten (210 000 : 4 773 = 43,997 ~ 44),
Grenze zur Überversorgung: 49 Psychotherapeuten (210 000 : 4 773 x Faktor 1,1 = 48,397 ~ 49)

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

Nach der 40 %-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil für jede der beiden Berufsgruppen bei 18 Personen. (210 000 : 4 773 x Faktor 0,4 = 17,598 ~ 18).

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

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

Im vorliegenden Beispiel hat dies folgende Auswirkung:

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

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

-
- (2) ¹Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, darf der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach Absatz 1 Nummer 5 festgestellten nicht ausgeschöpften Psychotherapeutenzahlen Zulassungen erteilen. ²Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 23. ³Im Falle von Zulassungsbeschränkungen geht der Antrag auf Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt im Hinblick auf die Ausschöpfung des Versorgungsanteils der Ärzte einem Antrag auf Zulassung als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt vor, wenn so viele Anträge von Ärzten vorliegen, dass der Versorgungsanteil ausgeschöpft wird.

§ 23 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

- (1) Kommt der Landesausschuss nach einer erstmaligen Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist.
- (2) ¹Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V in beschränkter Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung zugelassen sind, und die nach den §§ 23 g oder 23 h in gesperrten Planungsbereichen nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 im Fachgebiet, dass für solche Ärzte oder Psychotherapeuten die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbegrenzung für die Gemeinschaftspraxis nur nach Maßgabe der Bestimmung zum Umfang des Aufhebungsbeschlusses enden, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung. ²Die Beendigung der Beschränkung der Zulassung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach zehnjähriger gemeinsamer Berufsausübung bleibt unberührt (§ 101 Abs. 3 Satz 2 SGB V).
- (2a) 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nach Maßgabe der Bestimmung des Umfangs des Aufhebungsbeschlusses, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der Jahre der Anstellung.
- (3) ¹Über 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. ¹In der Veröffentlichung sind die Entscheidungskriterien nach Nummer 3 und die Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) bekannt zu machen, innerhalb der potentielle Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beizubringen haben. ²Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.
 3. ¹Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:
 - berufliche Eignung,
 - Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
 - Approbationsalter,
 - Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

2Bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern soll die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung in Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten berücksichtigt werden.

- (4) Über die Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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.

5. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

§ 23 a Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

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

1. Der antragstellende Arzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung (im Folgenden Antragsteller).
2. Der Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung stellt einen Vertrag zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis dar, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV erfüllt.
3. Der Antragsteller gehört derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt an, wobei im Einzelnen die Regelungen nach § 23 b zu beachten sind.
4. Der Vertragsarzt und der Antragsteller erklären sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, und erkennen die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an; soll der Antragssteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so sind die Erklärungen von allen Vertragsärzten abzugeben.

§ 23 b Fachidentität

- (1) ¹Bei der gemeinsamen Berufsausübung ist eine Fachidentität im Sinne des § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V erforderlich. ²Fachidentität liegt vor, wenn die Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, die Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. ³Einer Übereinstimmung steht nicht entgegen, wenn nur einer der Ärzte über eine Schwerpunktbezeichnung oder Schwerpunktkompetenz verfügt. ⁴Sind mehrere Vertragsärzte bereits in gemeinsamer Berufsausübung (Gemeinschaftspraxis) zugelassen, genügt die Übereinstimmung des Gebietes oder der Facharztkompetenz des Antragstellers mit einem der in gemeinsamer Berufsausübung verbundenen Vertragsärzte; im Übrigen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend. ⁵Nimmt der Vertragsarzt an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, ist die Zulassung eines Antragstellers, welcher gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V wahlberechtigt ist, nur mit der Maßgabe zulässig, dass der Antragsteller sich für dieselbe Versorgungsfunktion entscheidet, welche der Vertragsarzt wahrnimmt, und beide Ärzte die Verpflichtung eingehen, Wahlentscheidungen für die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nur gemeinsam zu treffen. ⁶Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des Antragstellers als Auflage zu verbinden.
- (2) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 besteht auch, solange der Vertragsarzt an der hausärztlichen Versorgung nach § 101 Abs. 5 SGB V teilnimmt und sich als Allgemein- / Praktischer Arzt oder als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) mit einem Internisten mit Hausarztentscheidung oder als Internist mit Hausarztentscheidung mit einem Allgemein- / Praktischen Arzt oder einem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zur gemeinsamen hausärztlichen Berufsausübung zusammenschließt.
- (3) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch,
 1. wenn sich ein Facharzt für Anästhesiologie mit einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivtherapie zusammenschließt oder
 2. wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit einem Facharzt für Allgemeine Chirurgie zusammenschließt oder
 3. wenn sich ein Facharzt für Orthopädie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt oder
 4. wenn sich ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie mit einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen zusammenschließt oder
 5. wenn sich ein Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde (Lungenarzt) mit einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde zusammenschließt oder

6. wenn sich ein Facharzt für Kinderheilkunde mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zusammenschließt oder
 7. wenn sich ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammenschließt oder
 8. wenn sich ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zusammenschließt oder
 9. wenn sich ein Facharzt für Psychiatrie mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zusammenschließt oder
 10. wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt.
- (4) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Radiologie zusammenschließen.
- (5) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, deren Schwerpunkt Bestandteil der Gebietsbezeichnung ist, mit Internisten mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen.
- (6) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Chirurgie, deren Gebietsbezeichnung aus einer Schwerpunktbezeichnung hervorgegangen ist, mit Chirurgen mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen; dies gilt nicht für die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- (7) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde (Nervenarzt) mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt.
- (8) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Laborarzt mit einem Arzt aus dem Gebiet der Mikrobiologie zusammenschließt, sofern die Tätigkeit des Mikrobiologen auf die Labortätigkeit beschränkt wird.

§ 23 c Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

¹Vor der Zulassung des Antragstellers legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen min

destens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina⁷⁾ fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). ²Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten werden. ³Das Überschreitungsvolumen von 3 v. H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. ⁴Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungsvolumen) wird nach § 23 f durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. ⁵Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. ⁶Im Übrigen gilt für Anpassungen § 23 e. ⁷Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben außer Betracht; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. ⁸Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben.

⁷⁾ *Anmerkung:*

Anstelle der Gesamtpunktzahlvolumina kann die Obergrenze auch auf der Basis von Euro und Punktzahlen gebildet werden.

§ 23 d Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen

¹Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragsarztes ein Vergleich über einen längeren Zeitraum nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Punktzahlvolumen für die einzelnen Quartale nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes als Obergrenze fest. ²Hat ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. ³Soll der Antragsteller in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so hat der Zulassungsausschuss die Berechnungen nach § 23 c entsprechend der Zahl der bereits tätigen Vertragsärzte in der Gemeinschaftspraxis zu mindern; handelt es sich um eine fachverschiedene Gemeinschaftspraxis, so ist für die Leistungsbeschränkung Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes.

§ 23 e Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage

¹Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach § 23 c ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. ²Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. ³Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung / Benachteiligung darstellen würde.

§ 23 f Berechnung der Anpassungsfaktoren

¹Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). ²Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. ³Die dafür maßgebliche Rechenformel ⁸⁾ lautet:

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

⁴Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. ⁵Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach § 23 c Satz 6 bleibt hiervon unberührt). ⁶Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren ⁹⁾ mit.

⁸⁾ *Legende zur Rechenformel:*

PzVol = Quartalsbezogenes Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis

PzFg = Quartalsbezogener Punktzahlvolumendurchschnitt der jeweiligen Fachgruppe

Fakt = Quartalsbezogener Anpassungsfaktor

⁹⁾ *Fiktives Rechenbeispiel zu § 23 f:*

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

Berechnung:

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

Annahme (Punkte in 1 000):

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

Rechengang:

$1\,250 \text{ Punkte} + 0,03 \times 1\,314 \text{ Punkte} = 1\,289 \text{ Punkte}$

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

Berechnung:

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

Annahme (Punkte in 1 000):

Gesamtpunktzahlvolumen = 1 289 Punkte, Fachgruppendurchschnitt = 1 321 Punkte

Rechengang:

$1\,289 \text{ Punkte} : 1\,321 \text{ Punkte} = \text{Faktor } 0,976 \text{ entsprechend } 97,6 \%$

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

Berechnung:

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

Annahme (Punkte in 1 000):

Anpassungsfaktor = 0,976 , Fachgruppendurchschnitt = 1 330 Punkte

Rechengang:

$0,976 \times 1\,330 \text{ Punkte} = 1\,298 \text{ Punkte}$

§ 23 g Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung

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

§ 23 h Psychotherapeuten und Jobsharing

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

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

6. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten

§ 23 i Anstellungsvoraussetzungen

- (1) Der Vertragsarzt kann in seiner Praxis mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Abs. 9 SGB V anstellen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 1. Antrag des Vertragsarztes an den Zulassungsausschuss nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 32 b Ärzte-ZV;
 2. Im Falle des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen Fachidentität des anstellenden Vertragsarztes und des anzustellenden Arztes gemäß § 23 j sowie eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes gemäß Absatz 5;
 3. Vorlage des schriftlichen Arbeitsvertrages unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes.
- (2) ¹Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. ²Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach § 4. ³Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des örtlichen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. ⁴Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

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

- (3) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.
- (4) ¹Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des Vertragsarztes im Sinne des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV in einem anderen Planungsbereich tätig, sind die Arbeitszeiten an diesem Ort nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 anteilig im Hinblick auf die Tätigkeit in der Betriebsstätte zu berücksichtigen. ²Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des nach § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV ermächtigten Arztes ausschließlich tätig, sind die Arbeitszeiten in dem Planungsbereich, in dem die Zweigpraxis liegt, nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 zu berücksichtigen. ³Beantragt eine Berufsausübungsgemeinschaft eine Genehmigung zur Tätigkeit eines angestellten Arztes an mehreren Vertragsarztsitzen, gilt Satz 1 entsprechend.
- (5) ¹Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, ist Voraussetzung für die Beschäftigung eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes, durch die er eine Leistungsbeschränkung, welche der Zulassungsausschuss bei der Genehmigung im Verfahren nach § 23 k festzusetzen hat, anerkennt. ²Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 finden in diesem Fall keine Anwendung.
- (6) Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arzt, so gilt § 42 entsprechend.
- (7) Die Regelungen in den Absätzen 1 bis 6 gelten für die Anstellung von Psychotherapeuten bei Vertragsärzten entsprechend.

§ 23 j Fachidentität

¹Fachidentität im Sinne des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 § 23 b Abs. 2 bis 7 gelten entsprechend. ²Dabei genügt eine übereinstimmende Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen führt. ³Soll ein angestellter Arzt durch Vertragsärzte beschäftigt werden, die sich gemäß § 33 Ärzte-ZV zur gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossen haben, genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines der Vertragsärzte. ⁴Auf das Führen einer Schwerpunktbezeichnung hat der anzustellende Arzt für die Dauer der Anstellung zu verzichten, es sei denn, dass die Schwerpunktbezeichnungen übereinstimmen.

§ 23 k Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

- (1) ¹Der Zulassungsausschuss legt die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. ²Für die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens gelten die Regelungen nach den §§ 23 c bis 23 f entsprechend mit der Maßgabe, dass der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des (der) angestellten Arztes (Ärzte) zu bestimmen ist.

- (2) ¹Eine vom Zulassungsausschuss festgestellte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Arzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Arztes erneut einen Arzt anstellt. ²Ist für den Vertragsarzt aufgrund von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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.

§ 23 I Anstellung von Psychotherapeuten

Die Bestimmungen der §§ 23 i bis 23 k gelten entsprechend für Anträge von zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Anstellung von Psychotherapeuten, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Abs. 9 SGB V mit folgender Maßgabe:

1. In Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist auch eine gegenseitige Anstellung zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässig. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt die Regelung in Nummer 2 mit der Folge, dass ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 23 i Abs. 1 nur unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits zulässig ist.
2. Fachidentität im Sinne des § 23 i Abs. 1 Nr. 2 und des § 23 j ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

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

In zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt oder der Anstellung bei unterschiedlichen Arbeitgebern ist die Tätigkeit entsprechend der Anrechnungsfaktoren gemäß § 17 Abs. 2 und 3 vom Zulassungsausschuss zu erfassen oder diesem anhand der vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten mitzuteilen, damit eine entsprechende Erfassung in der Bedarfsplanung erfolgen kann.

7. Abschnitt: Maßstäbe für qualitätsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen

§ 24 Zulassungstatbestände

Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes der betroffenen Arztgruppe entsprechen, wenn eine der nachstehenden Ausnahmen vorliegt:

- a) Nachweislicher lokaler Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises.
- b) ¹Es liegt besonderer Versorgungsbedarf vor, wie er durch den Inhalt des Schwerpunkts, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist. ²Ein besonderer Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß § 4 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. ³Voraussetzung für eine 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. ⁴Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. ⁵ Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt außer Betracht.
- c) ¹Eine qualitätsbezogene Ausnahme kann gestattet werden, wenn durch die Zulassung eines Vertragsarztes, der spezielle ärztliche Tätigkeiten ausübt, die Bildung einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis mit spezialistischen Versorgungsaufgaben ermöglicht wird (z. B. kardiologische oder onkologische Schwerpunktpraxen). ²Buchstabe a gilt entsprechend.
- d) ¹Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind gegeben, wenn unbeschadet der festgestellten Überversorgung in einer Arztgruppe, welche nach ihrer Gebietsbeschreibung auch ambulante Operationen einschließt, diese Versorgungsform nicht in ausreichendem Maße angeboten wird. ²Voraussetzung für eine Ausnahme ist, dass der Vertragsarzt, der sich um die Zulassung bewirbt, schwerpunktmäßig ambulante Operationen aufgrund der dafür erforderlichen Einrichtungen ausübt. ³Dasselbe gilt im Falle einer Gemeinschaftspraxisbildung mit dem Schwerpunkt ambulante Operationen. ⁴Bei der Bedarfsfeststellung bleibt das Leistungsangebot von zu ambulanten Operationen bereiten Krankenhäusern gemäß § 115 b SGB V außer Betracht.

- e) ¹Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind gegeben, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung
1. zur Sicherstellung der wohnortnahen Dialyseversorgung einem Vertragsarzt oder
 2. aufgrund der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V einem weiteren Arzt in der Dialysepraxis (vgl. § 7 Abs. 1 und 2 der Anlage 9.1 der Bundesmantelverträge)
- die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung der von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffenen Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Abs. 7 der Bundesmantelverträge erteilt werden soll, der Zulassung jedoch Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin zur Teilnahme an der fachärztlich-internistischen Versorgung entgegenstehen. ²Die Zulassung in den Fällen der Buchstaben a bis d setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. ³Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.
- f) Die Deckung des Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.

§ 25 Wegfall von zulassungsbeschränkenden Auflagen

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

§ 26 Fachgebietswechsel

Die Bestimmungen in § 24 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, das Gebiet, unter welchem er zugelassen ist, in ein Gebiet zu ändern, für welches Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind.

8. Abschnitt: Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung

§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung

Bei der Feststellung von Unterversorgung für einen vertragsärztlichen Planungsbereich ist von der Allgemeinen Verhältniszahl für die jeweilige Arztgruppe nach § 8 als Allgemeine Verhältniszahl auszugehen.

§ 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 Definition von zu vermutender oder drohender Unterversorgung

¹Das Vorliegen einer Unterversorgung ist zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v. H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v. H. unterschreitet. ²Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.

§ 30 Prüfung auf Unterversorgung

¹Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in einem Planungsbereich vor, so ist auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung

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

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

(2) Ergibt sich aufgrund der vorgenannten Kriterien in den Nummern 1 bis 3, dass trotz Unterschreitens von Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den Verhältniszahlen vorgegebenen Größenordnung erforderlich sind, so ist aufgrund der Prüfung vor Ort der tatsächliche Bedarf auszuweisen.

§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses

Ergibt die Prüfung für die Kassenärztliche Vereinigung oder für einen Landesverband der Krankenkassen oder für einen Verband der Ersatzkassen, dass eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in dem Planungsbereich anzunehmen ist, so ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Mitteilung der für diese Feststellung maßgebenden Tatsachen und der Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu benachrichtigen.

§ 33 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 unmittelbar droht.
- (2) ¹Die Prüfung, ob die hierfür genannten Kriterien vorliegen, ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. ²Hält der Landesausschuss diese Unterlagen für nicht ausreichend, so hat er eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem Planungsbereich vorzunehmen oder ergänzende Unterlagen und Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen anzufordern.

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses

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

§ 34a Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen

- (1) Der Landesausschuss kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereiches in der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, auch wenn in diesem Planungsbereich keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 bis 33 vorliegt. ²Die Prüfung auf einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf erfolgt auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse durch den Landesausschuss.
- (2) ¹Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregion innerhalb eines Planungsbereiches er die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf trifft. ²Als Bezugsregion können Altkreise, einzelne Verwaltungsgemeinschaften, Städte, Gemeinden oder andere Bezugsregionen gewählt werden. ³Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist.
- (3) ¹Das Vorliegen eines lokalen Versorgungsbedarfs ist zu prüfen, soweit in der durch den Landesausschuss nach Absatz 2 festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 erfüllt sind.
- (4) ¹Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung auch dann vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 3 nicht erfüllt sind. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.

- (5) §§ 32 und 33 gelten entsprechend.
- (6) Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:
1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Altersstruktur (inklusive des Abgabeadressanten und der zu erwartenden Neuzugänge), ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion, Berücksichtigung ambulanter Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich auf die Bezugsregion erstreckt;
 2. bei der Wohnbevölkerung ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen. Die Feststellung der tatsächlichen Inanspruchnahme kann auf der Grundlage einer geeigneten Stichprobe erfolgen. Bei der Interpretation dieses Kriteriums kann berücksichtigt werden, dass die empirisch ermittelte Inanspruchnahme auch durch das tatsächlich vorhandene Angebot mitbestimmt wird;
 3. Qualität der infrastrukturellen Anbindung.

9. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur im Sinne des § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 35 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

Für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung sollten folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Innerhalb der einzelnen Planungsbereiche für die fachärztliche Versorgung sollte ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den in der hausärztlichen Versorgung und den in der fachärztlichen Versorgung tätigen Ärzten bestehen, wobei der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte 60 v. H. der Gesamtzahl der im Planungsbereich tätigen Ärzte betragen sollte.
2. Auch innerhalb der hausärztlichen Versorgung sollte ein ausgewogenes Verhältnis der dafür vorgesehenen einzelnen Arztgruppen unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur bestehen.

§ 36 Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte

Bei der Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte sind nur die Arztgruppen zu erfassen, welche gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

§ 37 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur

¹Weicht der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte in einem Planungsbereich wesentlich von dem nach § 35 Buchstabe a festgelegten Anteil ab, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Niederlassungsberatung auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken. ²Das gleiche gilt, wenn ein unausgewogenes Verhältnis unter den in der hausärztlichen Versorgung tätigen Arztgruppen besteht.

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

§ 38 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren

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

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

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

§ 39 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing

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

§ 40 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung

- (1) Für die Aufnahme von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 24 und 25 mit folgenden Maßgaben entsprechend:
 1. Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Zulassung eines weiteren Vertragsarztes, ist die Zulassung an die Person des Arztes und an den Vertragsarztsitz (die Betriebsstätte) des medizinischen Versorgungszentrums gebunden.
 2. 1Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. 2Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Abs. 4 a Satz 5 SGB V nach § 25 bedarf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.
- (2) Für die in medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzte nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt § 26 entsprechend.

§ 41 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 § 23 m entsprechend.

§ 42 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen

1Kommt es bei einem in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors nach § 38, so ist zuvor die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. 2Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

§ 43 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

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

§ 44 Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V

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

§ 45 Übergangsbestimmung

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

11. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

§ 46 Inkrafttreten

Die Richtlinie tritt zum 1. April 2007 in Kraft.¹⁰⁾

§ 47 Übergangsregelung zu § 22 Abs. 1 Nr. 3

- (1) Die Neuregelung zu § 22 Abs. 1 Nr. 3 tritt am 18. November 2009 in Kraft.
- (2) ¹Der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheidet erstmalig nach dem Inkrafttreten der Richtlinienänderung gemäß Absatz 1 über die Versorgungsverhältnisse gemäß § 22 Absatz 1 Nr. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie. ²Er wendet dabei für eine Übergangszeit von zwei Jahren folgendes Verfahren an:

³Planungsbereiche innerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung, in welchen bereits ein Versorgungsanteil von 10 von Hundert ausgeschöpft ist, bleiben für die Ausschöpfung des Versorgungsanteils von 20 von Hundert solange außer Betracht, bis in den übrigen Planungsbereichen des Bezirks ein Versorgungsanteil von mindestens 10 von Hundert erreicht wird.

- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft ein Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung gem. Abs. 1 die Auswirkungen des laufenden Feststellungsverfahrens gem. Abs. 2 auf seine zwischenzeitlichen Auswirkungen.
- (4) ¹Anträge auf Zulassung von Leistungserbringern, die bereits in einem Planungsbereich zugelassen sind, und nach Wegzug aus dem Planungsbereich eine erneute Zulassung beantragen, können erst - unbeschadet der sonstigen zulassungsrechtlichen Voraussetzungen - weitere sechs Monate ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Landesausschusses gemäß Abs. 2 beschieden werden. ²Dasselbe gilt für Genehmigungen zur Verlegung des Vertragsarztsitzes gem. § 24 Abs. 7 der Ärzte-Zulassungsverordnung.
-

¹⁰⁾ *Übergangsbestimmungen zu Beschlüssen über Richtlinienänderungen*

Übergangsbestimmung zum Beschluss vom 15. November 2005:

Die Änderungen gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. November 2005 in Nummer 25 Satz 1 der bisherigen Fassung (jetzt: § 25 Abs. 1 Satz 1) gilt nicht für Vertragsärzte, denen eine Sonderbedarfszulassung gemäß Nummer 24 Satz 1 Buchstabe a bis d der bisherigen Fassung (jetzt: § 24 Satz 1 Buchstabe a bis d) bis vor Inkrafttreten dieser Richtlinienänderung erteilt worden ist.

Übergangsbestimmung zum Beschluss vom 6. Februar 2001:

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

Übergangsbestimmung zum Beschluss vom 16. Oktober 2000:

¹In Nummer 15 (jetzt: § 14) in der Fassung des Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16. Oktober 2000 (BANz. 241 vom 22. Dezember 2000) sind die Übergangsbestimmungen zu den Regelungen nach § 101 Abs. 5 SGB V (neue Allgemeine Verhältniszahlen für die Arztgruppen der Hausärzte sowie fachärztlich tätigen Internisten) festgelegt. ²Unter Bezug auf den hier niedergelegten Gesamttext regeln diese Übergangsbestimmungen folgendes:

- 1. Die im 3. Abschnitt Nr. 7 Satz 1 der bisherigen Fassung (jetzt: § 4 Abs. 1) nach den Regelungen des § 101 Abs. 5 SGB V neu definierten Arztgruppen Fachärztlich tätige Internisten sowie Hausärzte treten am 1. Januar 2001 in Kraft.*
- 2. Die im 3. Abschnitt Nr. 7 Satz 1 (jetzt: § 4 Abs. 1) in der Fassung der Änderung vom 10. Dezember 1999 (BANz. 2000 S. 4 603) dargestellten Arztgruppen Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte sowie Internisten treten am 31. Dezember 2000 außer Kraft.*
- 3. Die Tabelle nach Nr. 12 (jetzt: § 8) in der Fassung der Änderung vom 10. Dezember 1999 (BANz. 2000 S. 4603) tritt am 31. Dezember 2000 außer Kraft.*
- 3.1 Für Zulassungsanträge von Ärzten für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Internisten ab 1. Januar 2001 gelten bis zur Feststellung des Landesausschusses nach § 101 Abs. 5 Satz 5 SGB V die bisherige Zuordnung zu den Arztgruppen sowie die dafür geltenden Allgemeinen Verhältniszahlen in den Planungsbereichen weiter.*

4. *Die nach den Regelungen des § 101 Abs. 5 SGB V geänderte Tabelle nach Nr. 12 der bisherigen Fassung (jetzt: § 8) tritt am 1. Januar 2001 in Kraft; sie ist für die vorbereitenden Berechnungen der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen jedoch mit Inkrafttreten des Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen anzuwenden.*
 5. *Die Nummern 16 und 17 der Richtlinien in der bisherigen Fassung treten am 31. Dezember 2000 außer Kraft.*
 6. *Die Tabellen in Anlage 1, 2.1, 2.2 und 4.1 bis 4.10 der Richtlinien in der bisherigen Fassung treten am 31. Dezember 2000 außer Kraft.*
 7. *Die nach den Regelungen des § 101 Abs. 5 SGB V geänderten Tabellen in Anlage 1, 2.1, 2.2 und 4.1 bis 4.10 treten am 1. Januar 2001 in Kraft.*
-

Übersicht der Anlagen

Anlage 1

- Tabelle 1: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus
- Tabelle 1.1: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktsbezeichnung
- Tabelle 2: In der vertragsärztlichen Praxis tätige ausländische Ärzte
- Tabelle 3: Altersstruktur der Vertragsärzte
- Tabelle 4: Vertragsärzte in der haus- sowie fachärztlichen Versorgung
- Tabelle 5: Ärzte in Gemeinschaftspraxen (einschließlich Jobsharing-Praxen)
- Tabelle 6: Ärzte mit belegärztlicher Anerkennung
- Tabelle 7: Zugänge und Abgänge an Vertragsärzten im Berichtsjahr

- Anlage 1.1** An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten

- Anlage 2.1** Planungsblatt für die hausärztliche Versorgung

- Anlage 2.2** Planungsblatt für die fachärztliche Versorgung

- Anlage 2.3** Darstellung der in den Planungsbereichen tätigen Psychotherapeuten

- Anlage 2.4** Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten-Versorgungsgrades

- Anlage 3.1** Zuordnung der Planungsbereiche zu den Kreistypen des BBR vom 1. Dezember 2005

- Anlage 3.2** zu Abschnitt 3 § 7 Abs. 2 der Richtlinie
Verzeichnis der zur Sonderregion der Kategorie 10 zuzuordnenden Städte und Landkreise

- Anlage 4.1** Planungsblatt Typ 1 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.2** Planungsblatt Typ 2 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.3** Planungsblatt Typ 3 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.4** Planungsblatt Typ 4 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.5** Planungsblatt Typ 5 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.6** Planungsblatt Typ 6 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.7** Planungsblatt Typ 7 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.8** Planungsblatt Typ 8 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.9** Planungsblatt Typ 9 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 4.10** Planungsblatt Typ 10 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades

- Anlage 5** zu Abschnitt 4 § 19 der Richtlinie Liste der verwendeten Formeln

- Anlage 6.1** Planungsblatt Typ 1 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors

- Anlage 6.2** Planungsblatt Typ 2 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors
- Anlage 6.3** Planungsblatt Typ 3 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors
- Anlage 6.4** Planungsblatt Typ 4 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors
- Anlage 6.5** Planungsblatt Typ 5 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors
- Anlage 6.6** Planungsblatt Typ 6 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors
- Anlage 6.7** Planungsblatt Typ 7 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors
- Anlage 6.8** Planungsblatt Typ 8 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors
- Anlage 6.9** Planungsblatt Typ 9 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors
- Anlage 6.10** Planungsblatt Typ 10 zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors

- Anlage 7** Planungsblatt: korrigierte Werte bei Anwendung des Demografiefaktors bei Psychotherapeuten