

# Beschluss



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Änderungen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Vom 16. Mai 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Mai 2019 beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20. Dezember 2012 (BANz AT 31.12.2012 B 7), zuletzt geändert am 18. Oktober 2018 (BANz AT 16.01.2019 B4) wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 2 werden in Nummer 11 nach dem Wort „Übergangsregelungen“ die Wörter „für die Anpassung der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie (nachfolgend Richtlinie 2007 genannt) an die Anforderungen der Neuregelung (nachfolgend Richtlinie 2012 genannt)“ gestrichen.
2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Versorgungsgrade je Planungsregion“ die Wörter „und Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung“ angefügt.
  - b) In Satz 5 werden nach den Wörtern „von drei bis fünf Jahren“ die Wörter „erstmalig spätestens zum 30. Juni 2013“ gestrichen.
  - c) In Satz 6 werden nach den Wörtern „in der Regel halbjährlich“ die Wörter „erstmalig spätestens zum 30. Juni 2013“ gestrichen.
  - d) Nach Satz 10 wird folgender Satz 11 angefügt:

„Die Bedarfspläne weisen auch Beschlüsse nach § 103 Absatz 2 Satz 4 ff. SGB V aus.“
3. In § 7 wird Satz 3 gestrichen.
4. § 8 wird wie folgt gefasst:

„§ 8 Verhältniszahlen

  - (1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische regionale Verhältniszahlen ausgedrückt, die auf der Grundlage der Regelungen nach den Absätzen 2 und 3 bestimmt werden.
  - (2) Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach den §§ 11 – 14 im Sinne dieser Richtlinie werden durch die Anpassungen gemäß den Vorgaben nach § 9 Absätze 4 bis 7 bezogen auf die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 ermittelt.

(3) Durch Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach den §§ 11 – 14 dieser Richtlinie gemäß den Vorgaben nach § 9 Absätze 8 bis 10 ergeben sich die regionalen Verhältniszahlen.

(4) <sup>1</sup>Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung sowie sonstiger Beschlüsse des Landesausschusses im Planungsbe-  
reich sind die arztgruppenspezifischen regionalen Verhältniszahlen für den allgemeinen  
bedarfsgerechten Versorgungsgrad (regionale Verhältniszahlen) nach Maßgabe der Ab-  
sätze 2 und 3 zu verwenden. <sup>2</sup>Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Absatz  
1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren des § 9 i.V.m. §§ 11 bis 14 arztgruppen-  
spezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszah-  
len (regional angepasste Verhältniszahlen) den allgemeinen bedarfsgerechten Versor-  
ungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.“

5. § 9 wird wie folgt gefasst:

„§ 9 Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor

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

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

(3) Die Modifikation der Basis-Verhältniszahlen erfolgt in zwei Schritten. Die Ermittlung  
der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 2 erfolgt nach den Absätzen 4 bis 7.  
Die Ermittlung der regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 erfolgt nach den Absät-  
zen 8 bis 10.

(4) <sup>1</sup>In einem ersten Schritt werden die Basis-Verhältniszahlen aufgrund der bundes-  
weiten Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur im Zeitverlauf angepasst. <sup>2</sup>Dazu  
werden die Einwohnerzahlen des Statistischen Bundesamtes bundesweit jeweils nach 4  
Altersgruppen (<20, 20 bis <45, 45 bis < 75, 75 und älter) und dem Geschlecht (m, w) in  
insgesamt 8 Alters- und Geschlechtsgruppen eingeteilt. <sup>3</sup>Sie bilden die Bevölkerungsan-  
teile der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe ab und werden als allgemeine Alters-  
und Geschlechtsfaktoren bezeichnet. <sup>4</sup>Sie werden für die Arztgruppe der Frauenärzte auf  
der Basis der Frauen berechnet. <sup>5</sup>Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Män-  
ner gezählt. <sup>6</sup>Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugend-  
psychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf Minderjährige, d.h. Personen bis zur Voll-  
endung des 18. Lebensjahres, differenziert nach Geschlecht. <sup>7</sup>Die Alters- und Ge-  
schlechtsfaktoren werden in stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren nach  
Nummer 1 und aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren nach Nummer 2 unterschieden.

1. Es gelten die stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktoren nach Anlage 4.1.  
Sie werden zum Stichtag 31.12.2010 ermittelt.

2. Die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden gemäß Anlage 4.2 jeweils für  
2 Jahre ermittelt, erstmals auf Basis der Daten zum Stand 31.12.2017.

(5) <sup>1</sup>Die Anpassung der Basis-Verhältniszahlen erfolgt mit Leistungsbedarfsfaktoren,  
die den Behandlungsaufwand der 8 Alters- und Geschlechtsgruppen innerhalb einer Arzt-  
gruppe widerspiegeln (AG-Leistungsbedarfsfaktoren) und die Abweichung der aktuellen  
Alters- und Geschlechtsstruktur vom Stichtag entsprechend gewichten. <sup>2</sup>Es gelten die AG-  
Leistungsbedarfsfaktoren nach Anlage 4.3. Sie werden auf der Basis der Abrechnungsda-  
ten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 12 Abrechnungsquartalen in Euro für  
sechs Jahre berechnet. <sup>3</sup>Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungs-  
maßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt. <sup>4</sup>Bei der Arztgruppe der Frauenärzte sind nur  
die Frauen zu zählen. <sup>5</sup>Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und

Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung (bis 18-Jährige).

(6) <sup>1</sup>Zur Anpassung der Basis-Verhältniszahlen je Arztgruppe wird die Summe aus jeweils der Multiplikation des stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktors einer jeden Alters- und Geschlechtsgruppe mit dem jeweiligen AG-Leistungsbedarfsfaktor für diese Alters- und Geschlechtsgruppe gebildet. <sup>2</sup>Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus jeweils der Multiplikation des aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktors einer jeden Alters- und Geschlechtsgruppe mit dem jeweiligen AG-Leistungsbedarfsfaktor für diese Alters- und Geschlechtsgruppe (siehe Anlage 4.8).

(7) Aus den Berechnungen nach den Absätzen 4 bis 6 ergeben sich die Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 2.

(8) <sup>1</sup>In einem zweiten Schritt löst ein Abweichen der aktuellen regionalen Morbiditätsstruktur vom aktuellen Bundesdurchschnitt arztgruppen- und planungsbereichsbezogen eine Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 2 zu den regionalen Verhältniszahlen nach § 8 Absatz 3 aus. <sup>2</sup>Morbidität wird dabei anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und der Krankheitslast berücksichtigt. <sup>3</sup>Dazu werden die Patienten aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils nach 4 Altersgruppen (<20, 20 bis <45, 45 bis <75, 75 und älter), dem Geschlecht (m, w) sowie dem Morbiditätsgrad (erhöht morbide, nicht erhöht morbide) in insgesamt 16 Morbiditätsgruppen eingeteilt. <sup>4</sup>Sie bilden die Anteile der Patientengruppe an der Gesamtzahl der Patienten in Prozent ab und werden als Differenzierungsfaktoren bezeichnet. <sup>5</sup>Sie werden für die Arztgruppe der Frauenärzte auf der Basis der Frauen berechnet. <sup>6</sup>Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. <sup>7</sup>Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf Minderjährige, d.h. Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres differenziert nach Geschlecht und Morbidität, sodass sich 4 Morbiditätsgruppen ergeben. <sup>8</sup>Die Differenzierungsfaktoren werden in allgemeine Differenzierungsfaktoren gemäß Anlage 4.4 und regionale Differenzierungsfaktoren gemäß Anlage 4.5 unterschieden und jeweils auf Grundlage eines Abrechnungsjahres berechnet. <sup>9</sup>Die allgemeinen und regionalen Differenzierungsfaktoren werden analog der aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren alle zwei Jahre ermittelt.

(9) <sup>1</sup>Die arztgruppen- und planungsbereichsbezogene Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl erfolgt mit Leistungsbedarfsfaktoren, die den Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegeln (Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren) und die regionale Abweichung der Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt entsprechend gewichten. <sup>2</sup>Es gelten die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren nach Anlage 4.6. Sie werden auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 12 Abrechnungsquartalen in Euro für fünf Jahre berechnet. <sup>3</sup>Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt. <sup>4</sup>Bei der Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. <sup>5</sup>Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt die Berechnung bezogen auf die minderjährige Bevölkerung (bis 18-Jährige).

(10) <sup>1</sup>Zur Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl wird diese je Planungsbereich mit dem regionalen Verteilungsfaktor der jeweiligen Arztgruppe multipliziert. <sup>2</sup>Die regionalen Verteilungsfaktoren bestimmen sich aus den Differenzierungsfaktoren und den Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren der jeweiligen Arztgruppe: Es wird die Summe aus jeweils der Multiplikation des allgemeinen Differenzierungsfaktors einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen Morbi-Leistungsbedarfsfaktor für diese Morbiditätsgruppe gebildet. <sup>3</sup>Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus jeweils der Multiplikation des regionalen Differenzierungsfaktors einer jeden Morbiditätsgruppe mit dem jeweiligen Morbi-Leistungsbedarfsfaktor für diese Morbiditätsgruppe (siehe Anlage 4.8). <sup>4</sup>Die regionalen Verteilungsfaktoren werden alle zwei Jahre jeweils zum 1.7. beschlossen und in Anlage 4.7 veröffentlicht.

(11) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen nach den Absätzen 3 bis 10 sicher.

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

(13) Die Berechnungen nach den Absätzen 3 - 10 werden durch Beschlüsse des G-BA wie folgt aktualisiert:

1. Die Aktualisierung der Basis-Verhältniszahlen nach Absatz 5 sowie die Ermittlung der arztgruppen- und planungsbereichsbezogenen Verteilungsfaktoren nach Absatz 10 erfolgt alle zwei Jahren jeweils zum 01.07.. Erstmals wieder zum 01.07.2021.
  2. Die Aktualisierung der AG-Leistungsbedarfsfaktoren nach Absatz 6 sowie der Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren nach Absatz 9 erfolgt alle sechs Jahre jeweils zum 01.07.. Erstmals wieder zum 01.07.2025.
  3. Die Aktualisierungen nach den Nummern 1 und 2 sind jeweils spätestens zum 1.1. des Folgejahres in den Beschlüssen des Landesauschusses anzuwenden.“
6. In § 11 Absatz 4 wird Satz 1 wie folgt gefasst:  
„Die Allgemeine Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1.609 Einwohnern festgelegt.
7. § 12 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nummer 9 wird das Wort „Kinderärzte“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Nummer 9 wird das Wort „Kinderärzte“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.
  - c) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Allgemeinen“ durch das Wort „Basis-“ ersetzt. Die Wörter „und die Überversorgung“ werden gestrichen.
  - d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
    - aa) Satz 1 wird vor dem Wort „Verhältniszahlen“ das Wort „Allgemeinen“ eingefügt.

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

bb) Die Tabelle wird wie folgt gefasst:

”

	Typ 1 (stark mit- versorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitver- sorgend)	Typ 3 (stark mit- versorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigenver- sorgt)	Typ 6 (polyzentri- scher Ver- flechtungs- raum)
Augenärzte	12.463	18.817	23.003	20.605	19.221	19.013
Chirurgen und Ortho- päden	9.071	14.007	16.864	15.903	14.632	13.466
Frauenärzte	3.853	5.800	6.819	6.576	6.237	6.734
Hautärzte	21.205	34.886	41.839	40.963	39.124	34.917
HNO-Ärzte	17.371	26.480	33.878	32.503	31.222	24.898
Nervenärzte	13.454	20.613	24.773	23.561	22.307	20.201
Psycho- therapeuten	3.171	5.313	6.385	6.073	5.750	5.207
Urologen	26.206	41.597	48.633	45.621	43.427	34.248
Kinder- und Jugendärzte	2.043	2.862	2.862	2.862	2.862	2.862

”

cc) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendärzte bezieht sich auf die minderjährige Bevölkerung.“

e) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) <sup>1</sup>Für die folgenden Arztgruppen werden Quoten nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V festgelegt: <sup>2</sup>Es ist sicherzustellen, dass mindestens jeweils 50 Prozent der Differenz aus dem Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der regionalen Verhältniszahl und der tatsächlichen Anzahl der Nervenärzte sowie der Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie im Planungsbereich einerseits den Neurologen und andererseits den Psychiatern sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten ist. <sup>3</sup>Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl den Nervenärzten sowie Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie vorbehalten ist.“

Rechenbeispiel:

Fall 1: Der Planungsbereich ist gesperrt; die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der regionalen Verhältniszahl aus: Keine Quotensitze.

Fall 2: Die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil unter 100 Prozent der regionalen Verhältniszahl aus; der Planungsbereich ist gesperrt; innerhalb der Differenz machen die Psychiater einen Anteil unter 50 Prozent aus: Sollzahl Ärzte = 100, Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie = 80, Psychiater = 5, Neurologen = 30

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

Fall 3: Die Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie machen einen Versorgungsanteil 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl aus; der Planungsbereich ist gesperrt; innerhalb der Differenz machen die Psychiater einen Anteil unter 50 Prozent aus: Sollzahl Ärzte = 100, Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie = 20, Psychiater = 34, Neurologen = 61

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

8. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

Anästhesisten	45.974
Radiologen	48.688
Fachinternisten	14.437
Kinder- und Jugendpsychiater	16.895

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

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

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

1. Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 8 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie vorbehalten ist. Der G-BA prüft diese Regelung und strebt eine Anhebung der Mindestquote für Rheumatologen auf 10 v.H. der regionalen Verhältniszahl bis zum 31.12.2024 an, soweit die Überprüfung einen entsprechenden Versorgungsbedarf ergibt.

2. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 33 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie handelt.

3. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 19 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie handelt.

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

5. Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie handelt.“

9. § 14 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

Humangenetiker	564.074
Laborärzte	92.104
Neurochirurgen	143.612
Nuklearmediziner	105.788
Pathologen	108.676
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	152.775
Strahlentherapeuten	151.557
Transfusionsmediziner	1.198.806

„

10. In § 16 wird folgender Satz 3 angefügt:

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

11. § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

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

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

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

12. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 4 wie folgt gefasst:

„Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der Faktor entsprechend angepasst.“

b) In Absatz 2 Satz 6 werden die Wörter „Kindern und Jugendlichen“ durch die Wörter „Minderjährigen und Heranwachsenden“ ersetzt.

13. § 20 wird wie folgt gefasst:

<sup>1</sup>Vertragsärzte, welche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind oder als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfasst und in der Arztgruppe der Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,7 angerechnet werden, werden bei der Bestimmung des im Planungsbereich bestehenden Arzt/Einwohner-Verhältnisses der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet. <sup>2</sup>Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem reduzierten Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV werden die Faktoren entsprechend angepasst.“

14. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird folgender Satz 2 angefügt:



- „Erfolgt die Beschränkung auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag oder der Entzug eines Viertels einer ganzen Zulassung, werden diese Ärzte mit dem Faktor 0,75 erfasst.“
- b) In Absatz 3 Satz 2 werden nach den Wörtern „Ärzte in Eigeneinrichtungen“ die Angabe „nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V“ gestrichen.
- c) In Absatz 5 wird folgender Satz 3 angefügt:  
„Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,75 erfolgt die drei Viertel Zulassung (mit dem Faktor 0,75 angerechnet).“
15. In § 22 Absatz 3 Satz 3 wird das Wort „Kinderärzten“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendärzten“ ersetzt.
16. § 23 wird wie folgt geändert:
- a) Nach der Angabe „gemäß § 8“ wird die Angabe „Absatz 3“ eingefügt.
- b) Das Wort „Allgemeinen“ wird durch das Wort „regionalen“ ersetzt.
- c) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:  
„2. Eine eventuelle Überversorgung ist durch Vergleich der regionalen Verhältniszahl mit dem bestehenden Arzt/Einwohner-Verhältnis gemäß § 24 festzustellen.“
17. In § 24 wird Satz 1 wie folgt gefasst:  
„<sup>1</sup>Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen regionalen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich bestehende Arzt/Einwohner-Verhältnis eine Überschreitung von 10 v.H. (das bestehende Arzt/Einwohner-Verhältnis übersteigt um 10 v.H. das allgemeine Arzt/Einwohner-Verhältnis der regionalen Verhältniszahl), so ist Überversorgung anzunehmen.“
18. § 25 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird die Nummer 1 wie folgt gefasst:  
„Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand des im Planungsbereich bestehenden Arzt/Einwohner-Verhältnisses zu ermitteln.“; die Nummern 2 bis 5 werden die Nummern 1 bis 4.
- b) In den (neuen) Nummern 1 und 2 wird die Angabe „Nummer 1“ jeweils durch die Wörter „der regionalen Verhältniszahl“ ersetzt.
- c) In der (neuen) Nummer 3 werden nach den Wörtern „in jedem Versorgungsanteil Ärzte“ die Wörter „, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ eingefügt.
- d) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:  
„Innerhalb der Quote nach Absatz 1 Nummer 2 ist ein 50 %-Anteil für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorzuhalten und festzustellen und in die Beurteilung nach Absatz 1 Nummer 4 gesondert einzubeziehen. Absatz 1 Nummer 5 gilt für den Anteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entsprechend.“
19. Nach § 25 wird folgender § 25a eingefügt:  
„§ 25a Feststellungen des Landesausschusses zu Quotensitzen  
<sup>1</sup>Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, hat der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach §§ 25 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2, § 12 Absatz 5 und § 13 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 festgestellten nicht ausgeschöpften Zahlen an Ärzten

Zulassungen für Ärzte zu erteilen. <sup>2</sup>Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26.“

20. § 26 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die folgenden Wörter angefügt:

„;dabei sind die Quotenregelungen nach den §§ 12, 13 und 25 zu befolgen.“

- b) In Absatz 4 Nummer 2 wird im letzten Spiegelstrich das Wort „Barrierefreiheit“ gestrichen, der Punkt durch ein Komma ersetzt und

nach dem letzten Spiegelstrich der folgende Spiegelstrich angefügt:

„- Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.“

21. In § 29 Satz 1 wird nach der Angabe „fachärztliche Versorgung (§ 13)“ die Angabe „sowie der gesonderten fachärztlichen Versorgung (§ 14)“ eingefügt.

22. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird Nummer 1 wie folgt gefasst:

„1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistenten nach 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V), und – soweit möglich – der Versorgungsbeitrag;“

- b) In Absatz 1 Nummer 3 wird das Wort „Kinderärzte“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.

- c) In Absatz 2 wird das Wort „Allgemeinen“ jeweils durch das Wort „regionalen“ ersetzt und die Angabe „§§ 11 bis 14“ durch die Angabe „§ 8 Absatz 3“ ersetzt.“

23. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 wird nach den Wörtern „Dabei sollte die“ das Wort „Allgemeine“ eingefügt.

- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 angefügt:

„7. Erreichbarkeit“

bb) Nach Nummer 7 werden die folgenden Sätze 2 bis 4 eingefügt:

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

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

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

3. die Augenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und die Frauenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in durchschnittlich weniger als 40 Minuten,

erreichen und die Anzahl der betroffenen Einwohner die Allgemeinen Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet und die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann.

<sup>3</sup>Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend. <sup>4</sup>Bei den Kinder- und Jugendärzten gilt als Einwohner die minderjährige Bevölkerung.“

cc) In Satz 5 (neu) wird nach Nummer 4 „Förderung des Leistungsumfangs, der durch die vorhandenen Ärzte in der Bezugsregion nach Absatz 2 erbracht wird.“ folgende Nummern 5 und 6 angefügt:

„5. Förderung mobiler oder telemedizinischer Versorgungsangebote für Ärzte der Bezugsregionen nach Absatz 2.

6. Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung.“

24. In § 36 Absatz 4 Satz 2 wird nach den Wörtern „von geografischen Informationen“ die Angabe „nach Anlage 7“ eingefügt.

25. In § 43 wird Absatz 3 wie folgt gefasst:

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

26. In § 44 Satz 2 werden nach den Wörtern „Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlage haben“ die folgenden Wörter angefügt:

„, sowie bei der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten i.V.m. § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV“

27. Die Überschrift zu § 63 wird wie folgt gefasst:

„§ 63 [unbesetzt]“

28. In § 63 werden die Absätze 1 bis einschließlich 7 gestrichen.

29. In § 65 wird die Tabelle wie folgt gefasst:

Jahre	Allgemeine Verhältniszahl
2018 und 2019	1.926
2020 und 2021	1.830
2022 und 2023	1.782
2024 und 2025	1.733
2026 und 2027	1.685

”

30. § 66 wird wie folgt gefasst:

„§ 66 Beschlüsse der Landesausschüsse

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

31. § 67 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „ab erstmaliger Anwendung dieser Richtlinie gemäß § 63 Absatz 3“ gestrichen und nach der Angabe „von 3 Jahren“ die Wörter „nach dem 30.06.2019“ eingefügt.

In Satz 2 werden die Wörter „im Planungsbereich geltenden“ durch das Wort „regionalen“ ersetzt und wird das Wort „Demografiefaktors“ durch das Wort „Morbiditysfaktors“ ersetzt.

32. Nach § 67 wird folgender § 68 angefügt:

„§ 68 Überprüfung

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

II. Die Anlagen werden wie folgt geändert:

- 33. In Tabelle 1.0 B wird die Fußnote 3 gestrichen.
- 34. In Tabelle 3 B wird die Fußnote 2 gestrichen.
- 35. In Tabelle 4 B wird die Fußnote 2 gestrichen.
- 36. In Tabelle 5 B wird die Fußnote 6 gestrichen.
- 37. In Tabelle 7 B wird die Fußnote 4 gestrichen.

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

38. Tabelle 1.1 wird wie folgt gefasst: „

Beschluss

Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)									Tabelle 1.1 KV-Region insgesamt Blatt 1	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte <sup>1)</sup>	Angestellte Ärzte in Ein- richtungen <sup>2)</sup>	Angestellte Ärzte bzw. Psychothera- peuten in freier Praxis			Ermäch- tigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Verände- rung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leis- tungsbeschränkung <sup>3)</sup>		
				Anzahl	in Prozent	Anzahl		ohne Leis- tungsbe- schrän- kung	mit Leis- tungsbe- schrän- kung	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>1</b>	<b>Chirurgie und Orthopädie</b>									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
<b>11</b>	<b>Frauenheilkunde</b>									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
<b>15</b>	<b>HNO-Heilkunde</b>									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
<b>17</b>	<b>Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)<sup>4) 5)</sup></b>									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/Internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

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

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

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

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

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

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

In die...

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Zählung nach Personen)<sup>1)</sup>

Tabelle 1.1  
KV-Region insgesamt  
Blatt 2  
Stand:

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte <sup>1)</sup>	Angestellte Ärzte in Einrichtungen <sup>2)</sup>	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung <sup>3)</sup>		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	<b>Kinder- und Jugendmedizin</b>									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderrheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	<b>Laboratoriumsmedizin</b>									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	<b>Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie</b>									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
25	<b>Pathologie</b>									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
27	<b>Radiologie</b>									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.  
 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.  
 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 63 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.  
 Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

In dieser Fassung...

39. Tabelle 1.1 B wird wie folgt gefasst: „

Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)											Tabelle 1.1.B KV-Region insgesamt Blatt 1 Stand:	
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Summe Ärzte			Vertragsärzte		Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Ein- richtungen <sup>1)</sup>		Angestellte Ärzte in freier Praxis		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Spalten 4+6+8+10	Verände- rung zum Vorjahr	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich	Insgesamt	Darunter weiblich
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	<b>Chirurgie und Orthopädie</b>											
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie											
3	FA/SP Kinderchirurgie											
4	FA Orthopädie											
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie											
6	FA/SP Plastische Chirurgie											
7	SP Rheumatologie											
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovasku- larchirurgie											
9	SP Unfallchirurgie											
10	FA/SP Viszeralchirurgie											
11	<b>Frauenheilkunde</b>											
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Re- produktionsmedizin											
13	SP Gynäkologische Onkologie											
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedi- zin											
15	<b>HNO-Heilkunde</b>											
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörun- gen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Au- diologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudio- logie											
17	<b>Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internis- ten)<sup>2)3)</sup></b>											
18	davon: FA/SP Angiologie											
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie											
20	FA/SP Gastroenterologie											
21	FA/SP Geriatrie											
22	FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie											
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedi- zin											
24	FA/SP Kardiologie											
25	FA/SP Nephrologie											
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchial- heilkunde											
27	FA/SP Rheumatologie											

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

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

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

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

In dieser Facharztgruppe

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

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

“

In dieser Fassung nicht



40. Tabelle 1.1 W wird wie folgt gefasst: „

Weibliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)								Tabelle 1.1.W KV-Region insgesamt Blatt 1		
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte <sup>1)</sup>	Angestellte Ärzte in Einrichtungen <sup>2)</sup>	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung <sup>3)</sup>		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	<b>Chirurgie und Orthopädie</b>									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	<b>Frauenheilkunde</b>									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	<b>HNO-Heilkunde</b>									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	<b>Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)<sup>4) 5)</sup></b>									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/Internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

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

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

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

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

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

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

In dieser Facharztgruppe

Zusatz

**Weibliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen  
(Zählung nach Personen)**

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

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte <sup>1)</sup>	Angestellte Ärzte in Einrichtungen <sup>2)</sup>	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung <sup>3)</sup>		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>1</b>	<b>Kinder- und Jugendmedizin</b>									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderrheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
<b>13</b>	<b>Laboratoriumsmedizin</b>									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
<b>19</b>	<b>Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie</b>									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
<b>25</b>	<b>Pathologie</b>									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
<b>27</b>	<b>Radiologie</b>									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

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

In dieser Fassung

41. Tabelle 1.1.M wird wie folgt gefasst: „

Männliche Ärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Facharztbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)								Tabelle 1.1.M KV-Region insgesamt Blatt 1		
Stand:										
Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte <sup>1)</sup>	Angestellte Ärzte in Einrichtungen <sup>2)</sup>	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung <sup>3)</sup>		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	<b>Chirurgie und Orthopädie</b>									
2	davon: FA/SP Gefäßchirurgie									
3	FA/SP Kinderchirurgie									
4	FA Orthopädie									
5	FA Orthopädie und Unfallchirurgie									
6	FA/SP Plastische Chirurgie									
7	SP Rheumatologie									
8	SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie									
9	SP Unfallchirurgie									
10	FA/SP Viszeralchirurgie									
11	<b>Frauenheilkunde</b>									
12	davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin									
13	SP Gynäkologische Onkologie									
14	SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin									
15	<b>HNO-Heilkunde</b>									
16	davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen/FA Phoniatrie und Pädaudiologie/SP Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie									
17	<b>Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten)<sup>4) 5)</sup></b>									
18	davon: FA/SP Angiologie									
19	FA/SP Diabetologie/Endokrinologie									
20	FA/SP Gastroenterologie									
21	FA/SP Geriatrie									
22	FA/SP Hämatologie/Internistische Onkologie									
23	SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin									
24	FA/SP Kardiologie									
25	FA/SP Nephrologie									
26	FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde									
27	FA/SP Rheumatologie									

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

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

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

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

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

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

In dieser Publikation

5

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

Lfd. Nr.	Arztgruppe bzw. Psychotherapeutengruppe	Teilnehmende Ärzte		Vertragsärzte	Partner-Ärzte <sup>1)</sup>	Angestellte Ärzte in Einrichtungen <sup>2)</sup>	Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis			Ermächtigte Ärzte
		Insgesamt Spalten 3+4+5+6+9	Veränderung zum Vorjahr				Insgesamt	Davon mit/ohne Leistungsbeschränkung <sup>3)</sup>		
								ohne Leistungsbeschränkung	mit Leistungsbeschränkung	
		Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	<b>Kinder- und Jugendmedizin</b>									
2	davon: SP Infektiologie									
3	SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie									
4	SP Kindergastroenterologie									
5	SP Kinder-Hämatologie/Kinder-Onkologie									
6	SP Kinderkardiologie									
7	SP Kindernephrologie									
8	SP Kinderneuropsychiatrie									
9	SP Kinder-Pneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde									
10	SP Kinderrheumatologie									
11	SP Neonatologie									
12	SP Neuropädiatrie									
13	<b>Laboratoriumsmedizin</b>									
14	davon: FA Biochemie									
15	FA Immunologie									
16	FA Laboratoriumsmedizin									
17	FA Mikrobiologie									
18	SP Mikrobiologie									
19	<b>Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie</b>									
20	davon: FA Nervenheilkunde									
21	FA Neurologie									
22	FA Psychiatrie									
23	SP Forensische Psychiatrie									
24	SP Kinderneuropsychiatrie									
25	<b>Pathologie</b>									
26	davon: FA/SP Neuropathologie									
27	<b>Radiologie</b>									
28	davon: SP Kinderradiologie									
29	SP Neuroradiologie									
30	SP Strahlentherapie									

1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.  
 2) Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.  
 3) Leistungsbeschränkung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 58 Absatz 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.  
 Hinweis: Bei Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich"  
 “

In dieser Fassung

42. Tabelle 4 wird wie folgt gefasst: „

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

1) Seit dem 31. Dezember 2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.  
 2) Bei den hausärztlich tätigen Internisten, den fachärztlich tätigen Internisten und den Hausärzten sind keine ermächtigten Ärzte enthalten (siehe Tabelle 1.0)  
 3) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Hygieniker, Pharmakologen und Rechtsmediziner.  
 4) Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (zur Berechnung der Hausärzte nach § 73 Absatz 1a SGB V müssen noch die Kinderärzte hinzugezählt werden).

43. Anlage 2.1 wird wie folgt gefasst:

**„Anlage 2.1 Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie**

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

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

<sup>1</sup> Dabei sind auch die Ergebnisse der Umsetzung der §§ 103 Absatz 3a und 105 Absatz 3 SGB V arztgruppen- und planungsbezogen zu berücksichtigen.

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

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

44. Anlage 2.2 wird wie folgt gefasst:

**„Anlage 2.2 Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung**

KV-Region			...			...														
Einwohner - Stand			...			...														
Ärzte (Spalte 9, 9a) – Stand			...			...														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	9a	10	11	11a	12	13	14	15	16	17	18	19
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich <sup>1</sup>	Einwohner im Planungsbereich	Allg. Verhältniszahl im Planungsbereich	Regionale Verhältniszahl <sup>2</sup>	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen gemäß § 22 Absatz 1 und 2 BPL-RL im Planungsbereich, die in der Bedarfsplanung zählen	Gesamtzahl Ärzte (Spalten 6+7+8)	Gesamtzahl Ärzte ohne Ermächtigte (Spalten 6+7)	Sollzahl Ärzte <sup>3</sup>	Versorgungsgrad mit ermächtigten Ärzten und Einrichtungen	Versorgungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	Versorgungsgrad im Vorjahr <sup>1</sup>	Planungsbereich gesperrt <sup>1</sup> (1 = ja / 2 = nein)	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze (1 = ja / 2 = nein)	Unterversorgung <sup>1</sup> (1 = ja / 2 = nein)	drohende Unterversorgung <sup>1</sup> (1 = ja / 2 = nein)	Beschluss nach § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V (1 = ja / 2 = nein)	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt <sup>4</sup>
Planungsbereich 1																				
Planungsbereich 2																				
...																				

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

<sup>2</sup> Hier wird die Wirkung des Morbiditätsfaktors gem. § 9 Abs. 8 bis 10auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende regionale Verhältniszahl wird hier abgebildet. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese darzustellen.

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

<sup>4</sup> Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten 4 verfügbaren Quartale aktualisiert.

45. Anlage 2.4 wird wie folgt gefasst:

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

KV-Region	...					Stand der Beschlussfassung												
	...																	
Einwohner - Stand	...																	
Ärzte – Stand	...																	
Planungsbereich	Kreistyp (ggf. angepasster Kreistyp)	Regionale Verhältniszahl für Psychotherapeuten (Einwohner je Psychotherapeut)	Einwohner im Planungsbereich	Grenze zur Überversorgung rechnerisches Soll + 10 %	Sollzahl Psychotherapeuten <sup>1</sup>	Tatsächlich im Planungsbereich								Planungsbereich gesperrt – noch mögliche Zulassung				
						Ärztliche Psychotherapeuten				Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten				Versorgungsgrad mit ermächtigten Ärzten und Einrichtungen	Versorgungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	Ärztliche Psychotherapeuten ohne Psychosomatiker <sup>2</sup>	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	Psychosomatiker <sup>2</sup>
						Ärztliche Psychotherapeuten ohne Psychosomatiker <sup>2</sup>		Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten		Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten						
						ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	ohne nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten					
Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
Planungsbereich 1																		
Planungsbereich 2																		
Planungsbereich 3																		
Planungsbereich 4																		
Planungsbereich 5																		
Planungsbereich 6																		
...																		
Planungsbereich n																		

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

<sup>2</sup> Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.“

In dieser Fassung

Schluss



46. Anlage 2.5 wird wie folgt gefasst:

**„Anlage 2.5 Planungsblatt zur Feststellung des Nervenarzt-Versorgungsgrades**

KV-Region		Stand der Beschlussfassung											
Einwohner - Stand													
Ärzte - Stand													
Planungs- bereich	Kreistyp (ggf. ange- passter Kreistyp)	Regionale Verhältnis- zahl für Nerven- ärzte (Ein- wohner je Nervenarzt)	Einwoh- ner im Pla- nungs- bereich	Grenze zur Über-versor- gung rechne- risches Soll + 10 %	Sollzahl Nerven- ärzte <sup>1</sup>	Tatsächlich im Planungsbereich					Zulassungsmöglichkeiten aufgrund nicht ausgeschöpfter Versorgungsan- teile (Minimalquote)		
						Arztgruppe der Nervenärzte			Versorgungs- grad mit er- mächtigten Ärzten und Einrichtungen	Versorgungs- grad ohne er- mächtigte Ärzte und Ein- richtungen	Nerven- ärzte und Ärzte mit doppelter Facharzt- anerkennung (Neu- rologie und Psychiatrie)	Neurologen	Psychia- ter <sup>2</sup>
						Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharzt- anerkennung (Neu- rologie und Psychiatrie)	Neurolo- gen	Psychia- ter <sup>2</sup>					
0	1	2	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Planungs- bereich 1													
Planungs- bereich 2													
Planungs- bereich 3													
Planungs- bereich 4													
Planungs- bereich 5													
Planungs- bereich 6													
...													
Planungs- bereich n													

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

<sup>2</sup> Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.“

47. Anlage 2.6 wird wie folgt gefasst:

„Anlage 2.6 Planungsblatt zur Feststellung des Fachinternisten-Versorgungsgrades

KV-Region	...					Stand der Beschlussfassung								...				
	Einwohner - Stand	...					Tatsächlich im Planungsbereich						Zulassungsmöglichkeiten aufgrund nicht ausgeschöpfter Versorgungsanteile (Minimalquote)		Berücksichtigung festgelegter maximaler Versorgungsanteile im Nachbesetzungsverfahren (Maximalquote)			
Ärzte – Stand		Kreis- typ (ggf. angepas- ster Kreis- typ)	Regi- o- nale Ver- hält- nis- zahl für Fach inter- nis- ten (Ein- woh- ner je Fach inter- nist)	Ein- woh- ner im Pla- nungs- be- reich	Grenze zur Über- versor- gung rechneri- sches Soll + 10 %	Soll- zahl Fach inter- nis- ten <sup>1</sup>	Fachinternisten						Versor- gungs- grad mit er- mächtig- ten Ärz- ten und Einrich- tungen	Versor- gungs- grad ohne er- mächtig- te Ärzte und Ein- rich- tungen	Rheumatologen <sup>2</sup>	Kardio- logen <sup>3</sup>	Gastro- enterolo- gen <sup>4</sup>	Pneumo- logen <sup>5</sup>
	ge- samt						Rheu- matolo- gen <sup>2</sup>	Kardio- logen <sup>3</sup>	Gastro- entero- logen <sup>4</sup>	Pneu- molo- gen <sup>5</sup>	Ne- phrolo- gen <sup>6</sup>	Prozent						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Planungs bereich 1																		
Planungs bereich 2																		
Planungs bereich 3																		
Planungs bereich 4																		
Planungs bereich 5																		
Planungs bereich 6																		
...																		
Planungs bereich n																		

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

<sup>2</sup> Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie.

<sup>3</sup> Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie.

<sup>4</sup> Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie.

<sup>5</sup> Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde, sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde.

<sup>6</sup> Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie.“

In diese Fassung

ISS

48. Anlage 3 wird wie folgt gefasst:

”

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

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

(Gebietsstand: 31.12.2017)

Unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) steht die Referenz Gemeinden zu Mittelbereiche als Download bereit.

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

<b>MBSchlüssel</b>	<b>MBName</b>	<b>MBSchlüssel</b>	<b>MBName</b>
10108	Geesthacht	40001	Bremen
20001	Hamburg	40002	Bremerhaven

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

<b>MBSchlüssel</b>	<b>MBName</b>	<b>MBSchlüssel</b>	<b>MBName</b>
2100000	Geesthacht_SH	2400000	Bremen_HB
2200000	Hamburg_HH	2400001	Bremerhaven_HB
2300000	Geesthacht_NS	2300001	Hamburg_NS
2300002	Bremen_NS	2300003	Bremerhaven_NS

Mittelbereiche in weiterer Abweichung zur BBSR-Abgrenzung:

<b>MBSchlüssel</b>	<b>MBName</b>	<b>MBSchlüssel</b>	<b>MBName</b>
2300004	Lüneburg exkl. Amt Neuhaus	3300000	Hagenow inkl. Amt Neuhaus

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

(Gebietsstand: 31.12.2017)

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
<b>KV Schleswig-Holstein</b>				
10020	Kiel, Stadt	1	0	
10030	Lübeck, Stadt	1	0	
10510	Dithmarschen	5	0	
10530	Herzogtum Lauenburg	3	0	
10540	Nordfriesland	5	0	
10550	Ostholstein	4	0	
10560	Pinneberg	3	0	
10570	Plön	3	0	
10580	Rendsburg-Eckernförde/Neumünster	4	1	
10590	Schleswig-Flensburg/Flensburg	5	1	
10600	Segeberg	5	0	
10610	Steinburg	4	0	
10620	Stormarn	2	0	
<b>KV Hamburg</b>				
20000	Hamburg, Stadt	1	0	
<b>KV Bremen</b>				
40110	Bremen, Stadt	1	0	
40120	Bremerhaven, Stadt	1	0	
<b>KV Niedersachsen</b>				
31010	Braunschweig, Stadt	1	0	
31020	Salzgitter, Stadt	3	0	
31030	Wolfsburg, Stadt	1	0	
31510	Gifhorn	3	0	
31530	Goslar	5	0	
31540	Helmstedt	3	0	
31550	Northeim	4	0	
31570	Peine	3	0	
31580	Wolfenbüttel	4	0	
31590	Göttingen	5	0	
32410	Region Hannover	2	0	
32510	Diepholz/Delmenhorst	5	1	
32520	Hamel-Pyrmont	5	0	
32540	Hildesheim	5	0	
32550	Holz Minden	5	0	
32560	Nienburg (Weser)	5	0	
32570	Schaumburg	4	0	
33510	Celle	4	0	
33520	Cuxhaven	3	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
33530	Harburg	3	0	
33540	Lüchow-Dannenberg	5	0	
33550	Lüneburg	4	0	exkl. Amt Neuhaus
33560	Osterholz	3	0	
33570	Rotenburg (Wümme)	4	0	
33580	Heidekreis	5	0	
33590	Stade	4	0	
33600	Uelzen	5	0	
33610	Verden	4	0	
34030	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	1	0	
34040	Osnabrück, Stadt	1	0	
34510	Ammerland	3	0	
34520	Aurich/Emden	5	1	
34530	Cloppenburg	5	0	
34540	Emsland	5	0	
34550	Friesland/Wilhelmshaven	5	1	
34560	Grafschaft Bentheim	5	0	
34570	Leer	5	0	
34580	Oldenburg (Oldenburg)	3	0	
34590	Osnabrück	4	0	
34600	Vechta	5	0	
34610	Wesermarsch	4	0	
34620	Wittmund	5	0	
<b>KV Westfalen-Lippe</b>				
55120	Bottrop, Stadt	6	0	
55130	Gelsenkirchen, Stadt	6	0	
55150	Münster, Stadt	1	0	
55540	Borken	5	0	
55580	Coesfeld	3	0	
55620	Recklinghausen	6	0	
55660	Steinfurt	4	0	
55700	Warendorf	4	0	
57110	Bielefeld, Stadt	1	0	
57540	Gütersloh	4	0	
57580	Herford	2	0	
57620	Höxter	4	0	
57660	Lippe	4	0	
57700	Minden-Lübbecke	5	0	
57740	Paderborn	5	0	
59110	Bochum, Stadt	6	0	
59130	Dortmund, Stadt	6	0	
59140	Hagen, Stadt	6	0	
59150	Hamm, Stadt	6	0	
59160	Herne, Stadt	6	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
59540	Ennepe-Ruhr-Kreis	6	0	
59580	Hochsauerlandkreis	5	0	
59620	Märkischer Kreis	5	0	
59660	Olpe	5	0	
59700	Siegen	5	0	
59740	Soest	4	0	
59780	Unna	6	0	
<b>KV Nordrhein</b>				
51110	Düsseldorf, Stadt	1	0	
51120	Duisburg, Stadt	6	0	
51130	Essen, Stadt	6	0	
51140	Krefeld, Stadt	1	0	
51160	Mönchengladbach, Stadt	1	0	
51170	Mülheim an der Ruhr, Stadt	6	0	
51190	Oberhausen, Stadt	6	0	
51200	Remscheid, Stadt	2	0	
51220	Solingen, Stadt	2	0	
51240	Wuppertal, Stadt	1	0	
51540	Kleve	5	0	
51580	Mettmann	2	0	
51620	Neuss	2	0	
51660	Viersen	2	0	
51700	Wesel	6	0	
53140	Bonn, Stadt	1	0	
53150	Köln, Stadt	1	0	
53160	Leverkusen, Stadt	2	0	
53340	Städteregion Aachen	2	0	
53580	Düren	3	0	
53620	Erfdkreis	2	0	
53660	Euskirchen	4	0	
53700	Heinsberg	4	0	
53740	Oberbergischer Kreis	5	0	
53780	Rheinisch-Bergischer Kreis	2	0	
53820	Rhein-Sieg-Kreis	4	0	
<b>KV Hessen</b>				
64110	Darmstadt, Stadt	1	0	
64120	Frankfurt am Main, Stadt	1	0	
64130	Offenbach am Main, Stadt	2	0	
64140	Wiesbaden, Stadt	1	0	
64310	Bergstraße	3	0	
64320	Darmstadt-Dieburg	3	0	
64330	Groß-Gerau	2	0	
64340	Hochtaunuskreis	2	0	
64350	Main-Kinzig-Kreis	4	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
64360	Main-Taunus-Kreis	2	0	
64370	Odenwaldkreis	4	0	
64380	Offenbach	2	0	
64390	Rheingau-Taunus-Kreis	3	0	
64400	Wetteraukreis	4	0	
65310	Gießen	5	0	
65320	Lahn-Dill-Kreis	5	0	
65330	Limburg-Weilburg	4	0	
65340	Marburg-Biedenkopf	5	0	
65350	Vogelsbergkreis	5	0	
66110	Kassel, Stadt	1	0	
66310	Fulda	5	0	
66320	Hersfeld-Rotenburg	5	0	
66330	Kassel	3	0	
66340	Schwalm-Eder-Kreis	4	0	
66350	Waldeck-Frankenberg	5	0	
66360	Werra-Meißner-Kreis	5	0	
<b>KV Rheinland-Pfalz</b>				
71110	Koblenz, Stadt	1	0	
71310	Ahrweiler	4	0	
71320	Altenkirchen (Westerwald)	5	0	
71330	Bad Kreuznach	5	0	
71340	Birkenfeld	5	0	
71350	Cochem-Zell	4	0	
71370	Mayen-Koblenz	4	0	
71380	Neuwied	4	0	
71400	Rhein-Hunsrück-Kreis	4	0	
71410	Rhein-Lahn-Kreis	4	0	
71430	Westerwaldkreis	5	0	
72110	Trier, Stadt	1	0	
72310	Berncastel-Wittlich	5	0	
72320	Eifelkreis Bitburg-Prüm	5	0	
72330	Vulkaneifel	5	0	
72350	Trier-Saarburg	3	0	
73140	Ludwigshafen am Rhein, Stadt	1	0	
73150	Mainz, Stadt	1	0	
73310	Alzey-Worms/Worms	3	1	
73320	Bad Dürkheim/Neustadt	3	1	
73330	Donnersbergkreis	5	0	
73340	Germersheim	3	0	
73350	Kreis u. Stadt Kaiserslautern	5	1	
73360	Kusel	5	0	
73370	Südliche Weinstraße/Landau	4	1	
73380	Ludwigshafen/Frankenthal/Speyer	2	1	
73390	Mainz-Bingen	3	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
73400	Südwestpfalz/Pirmasens/Zweibrücken	5	1	
<b>KV Baden-Württemberg</b>				
81110	Stuttgart, Stadt	1	0	
81150	Böblingen	2	0	
81160	Esslingen	2	0	
81170	Göppingen	4	0	
81180	Ludwigsburg	2	0	
81190	Rems-Murr-Kreis	2	0	
81210	Heilbronn, Stadt	1	0	
81250	Heilbronn	3	0	
81260	Hohenlohekreis	5	0	
81270	Schwäbisch Hall	5	0	
81280	Main-Tauber-Kreis	5	0	
81350	Heidenheim	5	0	
81360	Ostalbkreis	5	0	
82120	Karlsruhe, Stadt	1	0	
82150	Karlsruhe	4	0	
82160	Rastatt/Baden-Baden	4	1	
82210	Heidelberg, Stadt	1	0	
82220	Mannheim, Stadt	1	0	
82250	Neckar-Odenwald-Kreis	5	0	
82260	Rhein-Neckar-Kreis	2	0	
82310	Pforzheim, Stadt	1	0	
82350	Calw	4	0	
82360	Enzkreis	3	0	
82370	Freudenstadt	5	0	
83110	Freiburg im Breisgau, Stadt	1	0	
83150	Breisgau-Hochschwarzwald	4	0	
83160	Emmendingen	4	0	
83170	Ortenaukreis	5	0	
83250	Rottweil	5	0	
83260	Schwarzwald-Baar-Kreis	5	0	
83270	Tuttlingen	5	0	
83350	Konstanz	5	0	
83360	Lörrach	5	0	
83370	Waldshut	5	0	
84150	Reutlingen	2	0	
84160	Tübingen	4	0	
84170	Zollernalbkreis	5	0	
84210	Ulm, Stadt	1	0	
84250	Alb-Donau-Kreis	3	0	
84260	Biberach	5	0	
84350	Bodenseekreis	5	0	
84360	Ravensburg	5	0	
84370	Sigmaringen	5	0	

In dieser Entscheidung ist kein Widerspruch in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss



KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
<b>KV Bayerns</b>				
91610	Ingolstadt, Stadt	1	0	
91620	München, Stadt	1	0	
91710	Altötting	5	0	
91720	Berchtesgadener Land	5	0	
91730	Bad Tölz-Wolfratshausen	4	0	
91740	Dachau	3	0	
91750	Ebersberg	3	0	
91760	Eichstätt	3	0	
91770	Erding	3	0	
91780	Freising	3	0	
91790	Fürstenfeldbruck	2	0	
91800	Garmisch-Partenkirchen	5	0	
91810	Landsberg a. Lech	4	0	
91820	Miesbach	4	0	
91830	Mühldorf a. Inn	5	0	
91840	München	2	0	
91850	Neuburg-Schrobenhausen	4	0	
91860	Pfaffenhofen a. d. Ilm	3	0	
91870	Kreis u. Stadt Rosenheim	5	1	
91880	Starnberg	3	0	
91890	Traunstein	5	0	
91900	Weilheim-Schongau	4	0	
92710	Deggendorf	5	0	
92720	Freyung-Grafenau	5	0	
92730	Kelheim	4	0	
92740	Kreis u. Stadt Landshut	5	1	
92750	Kreis u. Stadt Passau	5	1	
92760	Regen	5	0	
92770	Rottal-Inn	5	0	
92780	Straubing-Bogen/Straubing	5	1	
92790	Dingolfing-Landau	5	0	
93620	Regensburg, Stadt	1	0	
93710	Amberg-Sulzbach/Amberg	5	1	
93720	Cham	5	0	
93730	Neumarkt i. d. Opf.	4	0	
93740	Neustadt a. d. Waldnaab/Weiden	5	1	
93750	Regensburg	3	0	
93760	Schwandorf	5	0	
93770	Tirschenreuth	5	0	
94710	Kreis u. Stadt Bamberg	5	1	
94720	Kreis u. Stadt Bayreuth	5	1	
94730	Kreis u. Stadt Coburg	5	1	
94740	Forchheim	3	0	
94750	Kreis u. Stadt Hof	5	1	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
94760	Kronach	5	0	
94770	Kulmbach	5	0	
94780	Lichtenfels	5	0	
94790	Wunsiedel i.Fichtelgebirge	5	0	
95620	Erlangen, Stadt	2	0	
95630	Fürth, Stadt	2	0	
95640	Nürnberg, Stadt	1	0	
95710	Kreis u. Stadt Ansbach	5	1	
95720	Erlangen-Höchstadt	3	0	
95730	Fürth	2	0	
95740	Nürnberger Land	4	0	
95750	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windshe	4	0	
95760	Roth/Schwabach	4	1	
95770	Weißenburg-Gunzenhausen	5	0	
96630	Würzburg, Stadt	1	0	
96710	Kreis u. Stadt Aschaffenburg	2	1	
96720	Bad Kissingen	5	0	
96730	Rhön-Grabfeld	5	0	
96740	Haßberge	5	0	
96750	Kitzingen	4	0	
96760	Miltenberg	4	0	
96770	Main-Spessart	4	0	
96780	Kreis u. Stadt Schweinfurt	5	1	
96790	Würzburg	3	0	
97610	Augsburg, Stadt	1	0	
97710	Aichach-Friedberg	3	0	
97720	Augsburg	3	0	
97730	Dillingen a.d.Donau	5	0	
97740	Günzburg	5	0	
97750	Neu-Ulm	2	0	
97760	Lindau (Bodensee)	5	0	
97770	Ostallgäu/Kaufbeuren	5	1	
97780	Unterallgäu/Memmingen	5	1	
97790	Donau-Ries	5	0	
97800	Oberallgäu/Kempten	5	1	
<b>KV Berlin</b>				
110000	Berlin, Stadt	1	0	
<b>KV Saarland</b>				
100410	Regionalverband Saarbrücken	1	0	
100420	Merzig-Wadern	4	0	
100430	Neunkirchen	2	0	
100440	Saarlouis	3	0	
100450	Saar-Pfalz-Kreis	4	0	
100460	Sankt Wendel	4	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
<b>KV Mecklenburg-Vorpommern</b>				
130030	Rostock, Stadt	1	0	
130580	Nordwestmecklenburg/Schwerin	4	1	
130710	Mecklenburgische Seenplatte	5	0	
130720	Landkreis Rostock	4	0	
130730	Vorpommern-Rügen	5	0	
130750	Vorpommern-Greifswald	5	0	
130760	Ludwigslust-Parchim	5	0	inkl. Amt Neuhaus
<b>KV Brandenburg</b>				
120540	Potsdam, Stadt	1	0	
120600	Barnim	4	0	
120610	Dahme-Spreewald	5	0	
120620	Elbe-Elster	5	0	
120630	Havelland	4	0	
120640	Märkisch Oderland	5	0	
120650	Oberhavel	3	0	
120660	Oberspreewald-Lausitz	5	0	
120670	Oder-Spree/Frankfurt	5	1	
120680	Ostprignitz-Ruppin	5	0	
120690	Potsdam-Mittelmark/Brandenburg	4	1	
120700	Prignitz	5	0	
120710	Spree-Neiße/Cottbus	5	1	
120720	Teltow-Fläming	4	0	
120730	Uckermark	5	0	
<b>KV Sachsen-Anhalt</b>				
150020	Halle (Saale), Stadt	1	0	
150030	Magdeburg, Landeshauptstadt	1	0	
150810	Altmarkkreis Salzwedel	5	0	
150820	Anhalt-Bitterfeld/Dessau-Roßlau	4	1	
150830	Börde	4	0	
150840	Burgenlandkreis	4	0	
150850	Harz	5	0	
150860	Jerichower Land	4	0	
150870	Mansfeld-Südharz	5	0	
150880	Saalekreis	4	0	
150890	Salzlandkreis	4	0	
150900	Stendal	5	0	
150910	Wittenberg	5	0	
<b>KV Thüringen</b>				
160510	Erfurt, Stadt	1	0	
160530	Jena, Stadt	1	0	
160610	Eichsfeld	4	0	

KRS-Schlüssel	KRS_Name	Typ	KRS-Reg*	Kommentar
160620	Nordhausen	5	0	
160630	Wartburgkreis/Eisenach	5	1	
160640	Unstrut-Hainich-Kreis	5	0	
160650	Kyffhäuserkreis	5	0	
160660	Schmalkalden-Meiningen/Suhl	5	1	
160670	Gotha	5	0	
160680	Sömmerda	4	0	
160690	Hildburghausen	5	0	
160700	Ilm-Kreis	4	0	
160710	Weimarer Land/Weimar	4	1	
160720	Sonneberg	5	0	
160730	Saalfeld-Rudolstadt	5	0	
160740	Saale-Holzland-Kreis	4	0	
160750	Saale-Orla-Kreis	5	0	
160760	Greiz/Gera	5	1	
160770	Altenburger Land	5	0	
<b>KV Sachsen</b>				
145110	Chemnitz, Stadt	1	0	
145210	Erzgebirgskreis	4	0	
145220	Mittelsachsen	4	0	
145230	Vogtlandkreis	5	0	
145240	Zwickau	5	0	
146120	Dresden, Stadt	1	0	
146250	Bautzen	5	0	
146260	Görlitz	5	0	
146270	Meißen	5	0	
146280	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	4	0	
147130	Leipzig, Stadt	1	0	
147290	Leipzig	4	0	
147300	Nordsachsen	4	0	

\* Kennzeichen Kreisregion (1=ja)

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

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

(Gebietsstand: 31.12.2017)

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

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert

weiterer Beschluss

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
<b>KV Hamburg</b>				
201	Hamburg	2000	Hamburg	
<b>KV Bremen</b>				
401	Bremen	4011	Bremen	
24000	Bremerhaven_HB	4012	Bremerhaven	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen
<b>KV Niedersachsen</b>				
301	Braunschweig	3101	Braunschweig	
301	Braunschweig	3102	Salzgitter	
301	Braunschweig	3103	Wolfsburg	
301	Braunschweig	3151	Gifhorn	
301	Braunschweig	3153	Goslar	
301	Braunschweig	3154	Helmstedt	
301	Braunschweig	3157	Peine	
301	Braunschweig	3158	Wolfenbüttel	
302	Bremen-Umland	3251	Diepholz	
302	Bremen-Umland	3356	Osterholz	
302	Bremen-Umland	3361	Verden	
302	Bremen-Umland	3401	Delmenhorst	
304	Emsland	3454	Emsland	

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten / geändert durch weiteren Beschluss

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
304	Emsland	3456	Grafschaft Bentheim	
305	Göttingen	3152	Göttingen	
305	Göttingen	3155	Northeim	
305	Göttingen	3255	Holz Minden	
306	Hamburg-Umland-Süd	3353	Harburg	
306	Hamburg-Umland-Süd	3357	Rotenburg	
306	Hamburg-Umland-Süd	3359	Stade	
307	Hannover	3241	Region Hannover	
307	Hannover	3256	Nienburg	
307	Hannover	3257	Schaumburg	
308	Hildesheim	3252	Hameln-Pyrmont	
308	Hildesheim	3254	Hildesheim	
310	Oldenburg	3403	Oldenburg	
310	Oldenburg	3451	Ammerland	
310	Oldenburg	3453	Cloppenburg	
310	Oldenburg	3458	Oldenburg	
311	Osnabrück	3404	Osnabrück	
311	Osnabrück	3459	Osnabrück	
311	Osnabrück	3460	Vechta	
312	Ost-Friesland	3402	Emden	
312	Ost-Friesland	3405	Wilhelmshaven	

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weitere Beschluss

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
312	Ost-Friesland	3452	Aurich	
312	Ost-Friesland	3455	Friesland	
312	Ost-Friesland	3457	Leer	
312	Ost-Friesland	3462	Wittmund	
313	Südheide	3351	Celle	
313	Südheide	3358	Heidekreis	
23000	Bremerhaven_NS	3352	Cuxhaven	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen
23000	Bremerhaven_NS	3461	Wesermarsch	Die ROR Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Nieders. und Bremerhaven_Bremen
23001	Lüneburg	3354	Lüchow-Dannenberg	
23001	Lüneburg	3355	Lüneburg	exkl. Amt Neuhaus
23001	Lüneburg	3360	Uelzen	
<b>KV Westfalen-Lippe</b>				
502	Arnsberg	5958	Hochsauerlandkreis	
502	Arnsberg	5974	Soest	
503	Bielefeld	5711	Bielefeld	
503	Bielefeld	5754	Gütersloh	
503	Bielefeld	5758	Herford	



ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
503	Bielefeld	5766	Lippe	
503	Bielefeld	5770	Minden-Lübbecke	
504	Bochum/Hagen	5911	Bochum	
504	Bochum/Hagen	5914	Hagen	
504	Bochum/Hagen	5916	Herne	
504	Bochum/Hagen	5954	Ennepe-Ruhr-Kreis	
504	Bochum/Hagen	5962	Märkischer Kreis	
506	Dortmund	5913	Dortmund	
506	Dortmund	5915	Hamm	
506	Dortmund	5978	Unna	
509	Emscher-Lippe	5512	Bottrop	
509	Emscher-Lippe	5513	Gelsenkirchen	
509	Emscher-Lippe	5562	Recklinghausen	
511	Münster	5515	Münster	
511	Münster	5554	Borken	
511	Münster	5558	Coesfeld	
511	Münster	5566	Steinfurt	
511	Münster	5570	Warendorf	
512	Paderborn	5762	Höxter	
512	Paderborn	5774	Paderborn	
513	Siegen	5966	Olpe	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
513	Siegen	5970	Siegen-Wittgenstein	
<b>KV Nordrhein</b>				
501	Aachen	5334	Städteregion Aachen	
501	Aachen	5358	Düren	
501	Aachen	5366	Euskirchen	
501	Aachen	5370	Heinsberg	
505	Bonn	5314	Bonn	
505	Bonn	5382	Rhein-Sieg-Kreis	
507	Duisburg/Essen	5112	Duisburg	
507	Duisburg/Essen	5113	Essen	
507	Duisburg/Essen	5117	Mülheim a.d.R.	
507	Duisburg/Essen	5119	Oberhausen	
507	Duisburg/Essen	5154	Kleve	
507	Duisburg/Essen	5170	Wesel	
508	Düsseldorf	5111	Düsseldorf	
508	Düsseldorf	5114	Krefeld	
508	Düsseldorf	5116	Mönchengladbach	
508	Düsseldorf	5120	Remscheid	
508	Düsseldorf	5122	Solingen	
508	Düsseldorf	5124	Wuppertal	
508	Düsseldorf	5158	Mettmann	

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

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

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
604	Rhein-Main	6413	Offenbach a.M.	
604	Rhein-Main	6414	Wiesbaden	
604	Rhein-Main	6434	Hochtaunuskreis	
604	Rhein-Main	6435	Main-Kinzig-Kreis	
604	Rhein-Main	6436	Main-Taunus-Kreis	
604	Rhein-Main	6438	Offenbach	
604	Rhein-Main	6439	Rheingau-Taunus-Kreis	
604	Rhein-Main	6440	Wetteraukreis	
605	Starkenburg	6411	Darmstadt	
605	Starkenburg	6431	Bergstraße	
605	Starkenburg	6432	Darmstadt-Dieburg	
605	Starkenburg	6433	Groß-Gerau	
605	Starkenburg	6437	Odenwaldkreis	
<b>KV Rheinland-Pfalz</b>				
701	Mittelrhein-Westerwald	7111	Koblenz	
701	Mittelrhein-Westerwald	7131	Ahrweiler	
701	Mittelrhein-Westerwald	7132	Altenkirchen	
701	Mittelrhein-Westerwald	7135	Cochem-Zell	
701	Mittelrhein-Westerwald	7137	Mayen-Koblenz	
701	Mittelrhein-Westerwald	7138	Neuwied	
701	Mittelrhein-Westerwald	7140	Rhein-Hunsrück-Kreis	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
701	Mittelrhein-Westerwald	7141	Rhein-Lahn-Kreis	
701	Mittelrhein-Westerwald	7143	Westerwaldkreis	
702	Rheinhessen-Nahe	7133	Bad Kreuznach	
702	Rheinhessen-Nahe	7134	Birkenfeld	
702	Rheinhessen-Nahe	7315	Mainz	
702	Rheinhessen-Nahe	7319	Worms	
702	Rheinhessen-Nahe	7331	Alzey-Worms	
702	Rheinhessen-Nahe	7339	Mainz-Bingen	
703	Rheinpfalz	7311	Frankenthal	
703	Rheinpfalz	7313	Landau i.d.P.	
703	Rheinpfalz	7314	Ludwigshafen	
703	Rheinpfalz	7316	Neustadt an der Weinstraße	
703	Rheinpfalz	7318	Speyer	
703	Rheinpfalz	7332	Bad Dürkheim	
703	Rheinpfalz	7334	Germersheim	
703	Rheinpfalz	7337	Südliche Weinstraße	
703	Rheinpfalz	7338	Rhein-Pfalz-Kreis	
704	Trier	7211	Trier	
704	Trier	7231	Bernkastel-Wittlich	
704	Trier	7232	Eifelkreis Bitburg-Prüm	
704	Trier	7233	Vulkaneifel	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
704	Trier	7235	Trier-Saarburg	
705	Westpfalz	7312	Kaiserslautern	
705	Westpfalz	7317	Pirmasens	
705	Westpfalz	7320	Zweibrücken	
705	Westpfalz	7333	Donnersbergkreis	
705	Westpfalz	7335	Kaiserslautern	
705	Westpfalz	7336	Kusel	
705	Westpfalz	7340	Südwestpfalz	
<b>KV Baden-Württemberg</b>				
801	Bodensee-Oberschwaben	8435	Bodenseekreis	
801	Bodensee-Oberschwaben	8436	Ravensburg	
801	Bodensee-Oberschwaben	8437	Sigmaringen	
802	Donau-Iller (BW)	8421	Ulm	
802	Donau-Iller (BW)	8425	Alb-Donau-Kreis	
802	Donau-Iller (BW)	8426	Biberach	
803	Franken	8121	Heilbronn	
803	Franken	8125	Heilbronn	
803	Franken	8126	Hohenlohekreis	
803	Franken	8127	Schwäbisch Hall	
803	Franken	8128	Main-Tauber-Kreis	
804	Hochrhein-Bodensee	8335	Konstanz	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
804	Hochrhein-Bodensee	8336	Lörrach	
804	Hochrhein-Bodensee	8337	Waldshut	
805	Mittlerer Oberrhein	8211	Baden-Baden	
805	Mittlerer Oberrhein	8212	Karlsruhe	
805	Mittlerer Oberrhein	8215	Karlsruhe	
805	Mittlerer Oberrhein	8216	Rastatt	
806	Neckar-Alb	8415	Reutlingen	
806	Neckar-Alb	8416	Tübingen	
806	Neckar-Alb	8417	Zollernalbkreis	
807	Nordschwarzwald	8231	Pforzheim	
807	Nordschwarzwald	8235	Calw	
807	Nordschwarzwald	8236	Enzkreis	
807	Nordschwarzwald	8237	Freudenstadt	
808	Ostwürttemberg	8135	Heidenheim	
808	Ostwürttemberg	8136	Ostalbkreis	
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8325	Rottweil	
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8326	Schwarzwald-Baar-Kreis	
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	8327	Tuttlingen	
810	Stuttgart	8111	Stuttgart	
810	Stuttgart	8115	Böblingen	
810	Stuttgart	8116	Esslingen	

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten / geändert durch weitere Beschlüsse

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



ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
902	Augsburg	9779	Donau-Ries	
903	Bayerischer Untermain	9661	Aschaffenburg	
903	Bayerischer Untermain	9671	Aschaffenburg	
903	Bayerischer Untermain	9676	Miltenberg	
904	Donau-Iller (BY)	9764	Memmingen	
904	Donau-Iller (BY)	9774	Günzburg	
904	Donau-Iller (BY)	9775	Neu-Ulm	
904	Donau-Iller (BY)	9778	Unterallgäu	
905	Donau-Wald	9262	Passau	
905	Donau-Wald	9263	Straubing	
905	Donau-Wald	9271	Deggendorf	
905	Donau-Wald	9272	Freyung-Grafenau	
905	Donau-Wald	9275	Passau	
905	Donau-Wald	9276	Regen	
905	Donau-Wald	9278	Straubing-Bogen	
906	Industrieregion Mittelfranken	9562	Erlangen	
906	Industrieregion Mittelfranken	9563	Fürth	
906	Industrieregion Mittelfranken	9564	Nürnberg	
906	Industrieregion Mittelfranken	9565	Schwabach	
906	Industrieregion Mittelfranken	9572	Erlangen-Höchstadt	
906	Industrieregion Mittelfranken	9573	Fürth	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
906	Industrieregion Mittelfranken	9574	Nürnberger Land	
906	Industrieregion Mittelfranken	9576	Roth	
907	Ingolstadt	9161	Ingolstadt	
907	Ingolstadt	9176	Eichstätt	
907	Ingolstadt	9185	Neuburg-Schrobenhausen	
907	Ingolstadt	9186	Pfaffenhofen a.d.Ilm	
908	Landshut	9261	Landshut	
908	Landshut	9274	Landshut	
908	Landshut	9277	Rottal-Inn	
908	Landshut	9279	Dingolfing-Landau	
909	Main-Rhön	9662	Schweinfurt	
909	Main-Rhön	9672	Bad Kissingen	
909	Main-Rhön	9673	Rhön-Grabfeld	
909	Main-Rhön	9674	Haßberge	
909	Main-Rhön	9678	Schweinfurt	
910	München	9162	München	
910	München	9174	Dachau	
910	München	9175	Ebersberg	
910	München	9177	Erding	
910	München	9178	Freising	
910	München	9179	Fürstenfeldbruck	

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weitere Beschluss

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
910	München	9181	Landsberg am Lech	
910	München	9184	München	
910	München	9188	Starnberg	
911	Oberfranken-Ost	9462	Bayreuth	
911	Oberfranken-Ost	9464	Hof	
911	Oberfranken-Ost	9472	Bayreuth	
911	Oberfranken-Ost	9475	Hof	
911	Oberfranken-Ost	9477	Kulmbach	
911	Oberfranken-Ost	9479	Wunsiedel i.F.	
912	Oberfranken-West	9461	Bamberg	
912	Oberfranken-West	9463	Coburg	
912	Oberfranken-West	9471	Bamberg	
912	Oberfranken-West	9473	Coburg	
912	Oberfranken-West	9474	Forchheim	
912	Oberfranken-West	9476	Kronach	
912	Oberfranken-West	9478	Lichtenfels	
913	Oberland	9173	Bad Tölz-Wolfratshausen	
913	Oberland	9180	Garmisch-Partenkirchen	
913	Oberland	9182	Miesbach	
913	Oberland	9190	Weilheim-Schongau	
914	Oberpfalz-Nord	9361	Amberg	

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten / geändert durch weiteren Beschluss

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
914	Oberpfalz-Nord	9363	Weiden i.d.OPf.	
914	Oberpfalz-Nord	9371	Amberg-Sulzbach	
914	Oberpfalz-Nord	9374	Neustadt a.d.W.	
914	Oberpfalz-Nord	9376	Schwandorf	
914	Oberpfalz-Nord	9377	Tirschenreuth	
915	Regensburg	9273	Kelheim	
915	Regensburg	9362	Regensburg	
915	Regensburg	9372	Cham	
915	Regensburg	9373	Neumarkt i.d.OPf.	
915	Regensburg	9375	Regensburg	
916	Südostoberbayern	9163	Rosenheim	
916	Südostoberbayern	9171	Altötting	
916	Südostoberbayern	9172	Berchtesgadener Land	
916	Südostoberbayern	9183	Mühldorf a.Inn	
916	Südostoberbayern	9187	Rosenheim	
916	Südostoberbayern	9189	Traunstein	
917	Westmittelfranken	9561	Ansbach	
917	Westmittelfranken	9571	Ansbach	
917	Westmittelfranken	9575	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	
917	Westmittelfranken	9577	Weißenburg-Gunzenhausen	
918	Würzburg	9663	Würzburg	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
918	Würzburg	9675	Kitzingen	
918	Würzburg	9677	Main-Spessart	
918	Würzburg	9679	Würzburg	
<b>KV Berlin</b>				
1101	Berlin	11000	Berlin	
<b>KV Saarland</b>				
1001	Saar	10041	RV Saarbrücken	
1001	Saar	10042	Merzig-Wadern	
1001	Saar	10043	Neunkirchen	
1001	Saar	10044	Saarlouis	
1001	Saar	10045	Saarpfalz-Kreis	
1001	Saar	10046	St. Wendel	
<b>KV Mecklenburg-Vorpommern</b>				
1301	Mecklenburgische Seenplatte	13071	Mecklenburgische Seenplatte	
1302	Mittleres Mecklenburg/Rostock	13003	Rostock	
1302	Mittleres Mecklenburg/Rostock	13072	Landkreis Rostock	
1303	Vorpommern	13073	Vorpommern-Rügen	
1303	Vorpommern	13075	Vorpommern-Greifswald	
33000	Westmecklenburg	13004	Schwerin	
33000	Westmecklenburg	13074	Nordwestmecklenburg	
33000	Westmecklenburg	13076	Ludwigslust-Parchim	inkl. Amt Neuhaus

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
<b>KV Brandenburg</b>				
1201	Havelland-Fläming	12051	Brandenburg a.d.H.	
1201	Havelland-Fläming	12054	Potsdam	
1201	Havelland-Fläming	12063	Havelland	
1201	Havelland-Fläming	12069	Potsdam-Mittelmark	
1201	Havelland-Fläming	12072	Teltow-Fläming	
1202	Lausitz-Spreewald	12052	Cottbus	
1202	Lausitz-Spreewald	12061	Dahme-Spreewald	
1202	Lausitz-Spreewald	12062	Elbe-Elster	
1202	Lausitz-Spreewald	12066	Oberspreewald-Lausitz	
1202	Lausitz-Spreewald	12071	Spree-Neiße	
1203	Oderland-Spree	12053	Frankfurt	
1203	Oderland-Spree	12064	Märkisch-Oderland	
1203	Oderland-Spree	12067	Oder-Spree	
1204	Prignitz-Oberhavel	12065	Oberhavel	
1204	Prignitz-Oberhavel	12068	Ostprignitz-Ruppin	
1204	Prignitz-Oberhavel	12070	Prignitz	
1205	Uckermark-Barnim	12060	Barnim	
1205	Uckermark-Barnim	12073	Uckermark	
<b>KV Sachsen-Anhalt</b>				
1501	Altmark	15081	Altmarkkreis Salzwedel	

ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1501	Altmark	15090	Stendal	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15001	Dessau-Roßlau	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15082	Anhalt-Bitterfeld	
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	15091	Wittenberg	
1503	Halle/S.	15002	Halle	
1503	Halle/S.	15084	Burgenlandkreis	
1503	Halle/S.	15087	Mansfeld-Südharz	
1503	Halle/S.	15088	Saalekreis	
1504	Magdeburg	15003	Magdeburg	
1504	Magdeburg	15083	Börde	
1504	Magdeburg	15085	Harz	
1504	Magdeburg	15086	Jerichower Land	
1504	Magdeburg	15089	Salzlandkreis	
<b>KV Thüringen</b>				
1601	Mittelthüringen	16051	Erfurt	
1601	Mittelthüringen	16055	Weimar	
1601	Mittelthüringen	16067	Gotha	
1601	Mittelthüringen	16068	Sömmerda	
1601	Mittelthüringen	16070	Ilm-Kreis	
1601	Mittelthüringen	16071	Weimarer Land	
1602	Nordthüringen	16061	Eichsfeld	

ROR_Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1602	Nordthüringen	16062	Nordhausen	
1602	Nordthüringen	16064	Unstrut-Hainich-Kreis	
1602	Nordthüringen	16065	Kyffhäuserkreis	
1603	Ostthüringen	16052	Gera	
1603	Ostthüringen	16053	Jena	
1603	Ostthüringen	16073	Saalfeld-Rudolstadt	
1603	Ostthüringen	16074	Saale-Holzland-Kreis	
1603	Ostthüringen	16075	Saale-Orla-Kreis	
1603	Ostthüringen	16076	Greiz	
1603	Ostthüringen	16077	Altenburger Land	
1604	Südthüringen	16054	Suhl	
1604	Südthüringen	16056	Eisenach	
1604	Südthüringen	16063	Wartburgkreis	
1604	Südthüringen	16066	Schmalkalden-Meiningen	
1604	Südthüringen	16069	Hildburghausen	
1604	Südthüringen	16072	Sonneberg	
<b>KV Sachsen</b>				
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14612	Dresden	
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14627	Meißen	
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	14628	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	
1402	Oberlausitz-Niederschlesien	14625	Bautzen	



ROR_ Schlüssel 31.12.2017	ROR_Name	Kreis_ Schlüssel 31.12.2017	Kreis_Name	Kommentar
1402	Oberlausitz-Niederschlesien	14626	Görlitz	
1403	Südsachsen	14511	Chemnitz	
1403	Südsachsen	14521	Erzgebirgskreis	
1403	Südsachsen	14522	Mittelsachsen	
1403	Südsachsen	14523	Vogtlandkreis	
1403	Südsachsen	14524	Zwickau	
1404	Westsachsen	14713	Leipzig	
1404	Westsachsen	14729	Leipzig	
1404	Westsachsen	14730	Nordsachsen	

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weitere Beschluss

49. Die Anlage 4 wird wie folgt gefasst:

”

**Anlage 4 Morbiditätsfaktor**

**Anlage 4.1 Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 4 Satz 7 Nummer 1**

	Anteil m, <20	Anteil m, 20-44	Anteil m, 45-74	Anteil m, ≥75	Anteil w, <20	Anteil w, 20-44	Anteil w, 45-74	Anteil w, ≥75
<i>Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater</i>	9,56%	16,12%	19,71%	3,39%	9,08%	15,83%	20,50%	5,82%
<i>Frauenärzte</i>					17,73%	30,90%	40,02%	11,36%

	Anteil m, <18	Anteil w, <18
<i>Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater</i>	51,29%	48,71%

Stichtag: 31.12.2010

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

m, w = männlich, weiblich

Anmerkung: Die stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

In dieser Fassung nicht in Kraft treten – geändert durch weiteren Beschluss

**Anlage 4.2 Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 4 Satz 7 Nummer 2**

	Anteil m, <20	Anteil m, 20-44	Anteil m, 45-74	Anteil m, ≥75	Anteil w, <20	Anteil w, 20-44	Anteil w, 45-74	Anteil w, ≥75
<b>Arztgruppen außer Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater</b>	9,51%	15,59%	19,66%	4,58%	8,91%	14,78%	20,21%	6,76%
<b>Frauenärzte</b>					17,59%	29,18%	39,89%	13,34%

	Anteil m, <18	Anteil w, <18
<b>Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater</b>	51,47%	48,53%

Stichtag: 31.12.2017

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

m, w = männlich, weiblich

Anmerkung: Die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch we... Beschluss

#### Berechnung der Alters- und Geschlechtsfaktoren nach § 9 Absatz 4

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

1. Die stichtagsbezogenen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden auf Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes zum Stichtag 31.12.2010 wie folgt ermittelt:

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

2. Die aktuellen Alters- und Geschlechtsfaktoren werden auf Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes zum aktuellsten verfügbaren Stichtag (erstmalig zum 31.12.2017) für 2 Jahre wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Einwohner Alters- und Geschlechtsgruppe 20XX}}{\text{Einwohner 20XX}}$$

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

### Anlage 4.3 Die AG-Leistungsbedarfsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 5

Für das 1. Quartal 2015 bis zum 4. Quartal 2017 (die 12 letzten verfügbaren Abrechnungsquartale) betragen die AG-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-LBF):

Arztgruppe	AG-LBF m, <18	AG-LBF w, <18	AG-LBF m, <20	AG-LBF m, 20-44	AG-LBF m, 45-74	AG-LBF m, ≥75	AG-LBF w, <20	AG-LBF w, 20-44	AG-LBF w, 45-74	AG-LBF w, ≥75
Hausärzte			0,253	0,554	1,092	2,285	0,281	0,739	1,265	2,667
Augenärzte			0,454	0,154	0,929	3,537	0,516	0,236	1,225	3,842
Chirurgen und Orthopäden			0,387	0,660	1,111	1,292	0,330	0,736	1,627	1,713
Frauenärzte							0,261	2,164	0,704	0,314
HNO-Ärzte			0,980	0,685	0,935	1,752	0,860	0,908	1,075	1,599
Hautärzte			0,341	0,622	0,979	2,325	0,436	1,072	1,318	1,597
Kinder- und Jugendärzte	1,028	0,971								
Nervenärzte			0,053	0,608	1,109	1,682	0,070	0,914	1,608	2,052
Psychotherapeuten			0,775	0,738	0,577	0,048	1,021	1,997	1,492	0,115
Urologen			0,178	0,445	0,969	6,370	0,050	0,218	0,576	1,211
Fachinternisten			0,056	0,349	1,497	2,864	0,071	0,492	1,476	2,031
Anästhesisten			0,752	0,574	1,005	1,656	0,558	0,788	1,407	1,840
Kinder- und Jugendpsychiater	1,210	0,777								
Radiologen			0,144	0,584	1,098	1,214	0,176	0,764	2,031	1,252
PRM-Mediziner			0,187	0,467	0,969	1,171	0,217	0,779	1,986	1,917
Nuklearmediziner			0,086	0,380	1,168	1,684	0,127	0,829	1,908	1,573
Strahlentherapeuten			0,007	0,081	1,263	2,662	0,006	0,296	2,178	1,953
Neurochirurgen			0,016	0,476	1,428	1,521	0,022	0,571	1,825	1,759
Humangenetiker			1,465	0,743	0,450	0,350	1,182	1,962	1,095	0,348
Laborärzte			0,432	0,585	0,924	1,489	0,562	1,518	1,228	1,408
Pathologen			0,111	0,426	1,067	1,775	0,177	1,335	1,642	1,287
Transfusionsmediziner			0,271	0,463	0,932	1,571	0,382	1,953	1,184	1,255

m, w = männlich, weiblich

LBF = Leistungsbedarfsfaktoren

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

### Berechnung der AG-Leistungsbedarfsfaktoren nach § 9 Absatz 5

Es ist der Leistungsbedarf in Euro für die 12 letzten verfügbaren Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11 bis 14 dieser Richtlinie, und jeweils für die 8 Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln. Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt.

Die ermittelten Leistungsbedarfe sind durch die Anzahl der Einwohner der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe zu teilen. In jeder Arztgruppe wird nun dieser Leistungsbedarf pro Alters- und Geschlechtsgruppe durch den Gesamtleistungsbedarf dieser Arztgruppe pro Einwohner geteilt. Das Ergebnis sind die AG-Leistungsbedarfsfaktoren. Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe zum Durchschnitt des Leistungsbedarfs der Arztgruppe aus.

Die AG-Leistungsbedarfsfaktoren einer Alters- und Geschlechtsgruppe werden wie folgt ermittelt:

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

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch Weiterer Beschluss

#### Anlage 4.4 Allgemeine Differenzierungsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 8

	Anteil hm, m, <20	Anteil hm, m, 20-44	Anteil hm, m, 45-74	Anteil hm, m, ≥75	Anteil hm, w, <20	Anteil hm, w, 20-44	Anteil hm, w, 45-74	Anteil hm, w, ≥75	Anteil nhm, m, <20	Anteil nhm, m, 20-44	Anteil nhm, m, 45-74	Anteil nhm, m, ≥75	Anteil nhm, w, <20	Anteil nhm, w, 20-44	Anteil nhm, w, 45-74	Anteil nhm, w, ≥75
<b>Arztgruppen au- ßer Frauenärzte, Kinder- und Ju- gendärzte, Kinder- und Ju- gendpsychiater</b>	0,40%	1,01%	7,12%	3,77%	0,38%	2,28%	9,77%	5,97%	9,01%	12,77%	10,44%	1,22%	8,66%	14,00%	11,37%	1,85%
<b>Frauenärzte</b>					0,70%	4,21%	18,00%	10,99%					15,95%	25,80%	20,94%	3,41%

	Anteil hm, m, <18	Anteil hm, w, <18	Anteil nhm, m, <18	Anteil nhm, w, <18
<b>Kinder- und Jugendärzte, Kin- der- und Jugendpsychiater</b>	2,20%	1,83%	48,93%	47,04%

Stichtag: 31.12.2017

Quelle: KBV-Abrechnungsdaten.

hm = erhöht morbide

nhm = nicht erhöht morbide

m, w = männlich, weiblich

Anmerkung: Die allgemeinen Differenzierungsfaktoren werden auf 2 Nachkommastellen gerundet.

### Berechnung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 8

Zur Ermittlung der allgemeinen Differenzierungsfaktoren werden die Patienten der jeweiligen Morbiditätsgruppe auf die Gesamtpatientenzahl bezogen. Sie werden auf Grundlage der Daten des aktuellsten verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) für zwei Jahre wie folgt ermittelt:

$$\frac{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe}} 20\text{xx}}{\text{Patienten } 20\text{xx}}$$

Zur Identifikation der erhöht morbiditen Patienten werden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des Jahres 2017 sowie die Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA) der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2017 herangezogen. Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbid, wenn in einem Jahr mind. 6 Krankheiten der BVA-Liste aufgetreten sind. Eine Krankheit liegt vor, wenn mindestens eine gesicherte Diagnose (ICD Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste der jeweiligen Krankheit zugeordnet wird, in den ambulanten Abrechnungsdaten in mind. 2 Quartalen (sogenanntes "M2Q-Kriterium") kodiert wurde.

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss



#### Anlage 4.5 Berechnung der regionalen Differenzierungsfaktoren nach § 9 Absatz 8

Zur Ermittlung der regionalen Differenzierungsfaktoren werden die Patienten der Morbiditätsgruppe pro Planungsbereich auf die Patienten pro Planungsbereich bezogen. Sie werden auf Grundlage der Daten des aktuellsten verfügbaren Abrechnungsjahres (erstmalig 2017) für zwei Jahre wie folgt berechnet:

$$\frac{\text{Patienten}_{\text{Morbiditätsgruppe, Planungsbereich}} 20xx}{\text{Patienten}_{\text{Planungsbereich}} 20xx}$$

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

## Anlage 4.6 Die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren des Morbiditätsfaktors nach § 9 Absatz 9

Für das 1. Quartal 2015 bis zum 4. Quartal 2017 (die 12 letzten verfügbaren Abrechnungsquartale) betragen die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren:

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

Arztgruppe	Morbi-LBF hm, m, <18	Morbi-LBF hm, w, <18	Morbi-LBF nhm, m, <18	Morbi-LBF nhm, w, <18
Kinder- und Jugendärzte	2,314	2,006	0,977	0,923
Kinder- und Jugendpsychiater	3,203	3,044	1,129	0,683

hm = erhöht morbide

nhm = nicht erhöht morbide

m, w = männlich, weiblich

LBF = Leistungsbedarfsfaktoren

Anmerkung: Die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren werden auf 3 Nachkommastellen gerundet

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

### Berechnung der Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren nach § 9 Abs. 9

Es ist der Leistungsbedarf in Euro für die 12 letzten Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11 bis 14 dieser Richtlinie, und jeweils für die 16 Morbiditätsgruppen zu ermitteln. Abrechnungen gemäß Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bleiben hierbei unberücksichtigt.

Die ermittelten Leistungsbedarfe sind durch die Anzahl der Patienten der jeweiligen Morbiditätsgruppe zu teilen. In jeder Arztgruppe wird nun dieser Leistungsbedarf pro Morbiditätsgruppe durch den Gesamtleistungsbedarf dieser Arztgruppe pro Patient geteilt. Das Ergebnis sind die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren. Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der jeweiligen Morbiditätsgruppe zum Durchschnitt des Leistungsbedarfs der Arztgruppe aus.

Die Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren einer Morbiditätsgruppe werden wie folgt ermittelt:

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

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

#### **Anlage 4.7 Die regionalen Verteilungsfaktoren nach § 9 Absatz 10**

Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf der Webseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/> veröffentlicht. Die Excel-Tabelle „Anlage 4.7\_Regionale Verteilungsfaktoren\_pro Planungsbereich“ stellt pro Planungsbereich (gemäß den Zuschnitten der Anlage 3) die regionalen Verteilungsfaktoren pro Arztgruppe dar. Die Excel-Tabelle „Anlage 4.7\_Regionale Verteilungsfaktoren\_pro PLZ“ enthält darüber hinaus eine Auflistung der regionalen Verteilungsfaktoren pro PLZ (Datenstand 31.12.2017) und Arztgruppe sowie die regionalen Differenzierungsfaktoren pro PLZ (Berechnung analog Anlage 4.5). Die Aufstellung pro PLZ erlaubt eine Berechnung der regionalen Verteilungsfaktoren im Falle von regionalen Abweichungen von den Planungsbereichen gemäß Anlage 3.

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch Weiteren Beschluss

**Anlage 4.8 Rechenbeispiele für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Morbiditätsfaktors nach § 9 Bedarfsplanung-Richtlinie**

**1. Hausärzte; Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter und erhöht Morbider**

**1.1 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 – 7 BPL-RL)**

Basis-Verhältniszahl: 1.671

EW-Verteilung 2010:

	Anteil m, <20	Anteil m, 20-44	Anteil m, 45-74	Anteil m, ≥75	Anteil w, <20	Anteil w, 20-44	Anteil w, 45-74	Anteil w, ≥75
<b>Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren</b>	9,56%	16,12%	19,71%	3,39%	9,08%	15,83%	20,50%	5,82%

EW-Verteilung 2017:

	Anteil m, <20	Anteil m, 20-44	Anteil m, 45-74	Anteil m, ≥75	Anteil w, <20	Anteil w, 20-44	Anteil w, 45-74	Anteil w, ≥75
<b>Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren</b>	9,51%	15,59%	19,66%	4,58%	8,91%	14,78%	20,21%	6,76%

AG-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-LBF) Hausärzte:

	AG-LBF m, <20	AG-LBF m, 20-44	AG-LBF m, 45-74	AG-LBF m, >75	AG-LBF w, <20	AG-LBF w, 20-44	AG-LBF w, 45-74	AG-LBF w, >75
<b>AG-Leistungsbedarfsfaktoren Hausärzte</b>	0,253	0,554	1,092	2,285	0,281	0,739	1,265	2,667

Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl für Hausärzte

$$\frac{((9,56 \cdot 0,253) + (16,12 \cdot 0,554) + (19,71 \cdot 1,092) + (3,39 \cdot 2,285) + (9,08 \cdot 0,281) + (15,83 \cdot 0,739) + (20,50 \cdot 1,265) + (5,82 \cdot 2,667))}{((9,51 \cdot 0,253) + (15,59 \cdot 0,554) + (19,66 \cdot 1,092) + (4,58 \cdot 2,285) + (8,91 \cdot 0,281) + (14,78 \cdot 0,739) + (20,21 \cdot 1,265) + (6,76 \cdot 2,667))} = 0,96325^1$$

Allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte:  $1.671 \times 0,96325 = 1.609^2$

## 1.2 Berechnung der regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 –10 BPL-RL)

Einwohner im Mittelbereich: 78.677

Allgemeine Verhältniszahl: 1.609

Ärzte: 42

Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: 85,8%<sup>3</sup>

Faktor	hm, m, <20	hm, m, 20-44	hm, m, 45-74	hm, m, ≥75	hm, w, <20	hm, w, 20-44	hm, w, 45-74	hm, w, ≥75	nhm, m, <20	nhm, m, 20-44	nhm, m, 45-74	nhm, m, ≥75	nhm, w, <20	nhm, w, 20-44	nhm, w, 45-74	nhm, w, ≥75
<b>Allgemeine Differenzierungsfaktoren</b>	0,40 %	1,01%	7,12%	3,77%	0,38%	2,28%	9,77%	5,97%	9,01%	12,77%	10,44%	1,22%	8,66%	14,00%	11,37%	1,85%
<b>Regionale Differenzierungsfaktoren</b>	0,29 %	1,14%	7,91%	5,90%	0,32%	2,38%	12,36%	9,85%	7,16%	9,08%	10,41%	2,03%	6,74%	9,67%	11,66%	3,08%
<b>Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren</b>	0,469	1,528	1,823	2,419	0,692	1,408	1,718	2,616	0,247	0,555	0,814	1,114	0,259	0,551	0,773	1,321

<sup>1</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

<sup>2</sup> Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

<sup>3</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors:

$$\begin{aligned} & ( (0,40 \cdot 0,469) + (1,01 \cdot 1,528) + (7,12 \cdot 1,823) + (3,77 \cdot 2,419) + (0,38 \cdot 0,692) + (2,28 \cdot 1,408) + (9,77 \cdot 1,718) + (5,97 \cdot 2,616) + (9,01 \cdot 0,247) + (12,77 \cdot 0,555) \\ & + (10,44 \cdot 0,814) + (1,22 \cdot 1,114) + (8,66 \cdot 0,259) + (14,00 \cdot 0,551) + (11,37 \cdot 0,773) + (1,85 \cdot 1,321) ) / \\ & ( (0,29 \cdot 0,469) + (1,14 \cdot 1,528) + (7,91 \cdot 1,823) + (5,90 \cdot 2,419) + (0,32 \cdot 0,692) + (2,38 \cdot 1,408) + (12,36 \cdot 1,718) + (9,85 \cdot 2,616) + (7,16 \cdot 0,247) + (9,08 \cdot 0,555) \\ & + (10,41 \cdot 0,814) + (2,03 \cdot 1,114) + (6,74 \cdot 0,259) + (9,67 \cdot 0,551) + (11,66 \cdot 0,773) + (3,08 \cdot 1,321) ) = 0,84200^4 \end{aligned}$$

Regionale Verhältniszahl:  $1.609 \times 0,84200 = 1.354^5$

Korrigierter Versorgungsgrad:  $\frac{1.354 \times 42 \times 100}{78.677} = 72,2\%^6$

Fazit: Da die bundesweite Bevölkerung seit 2010 älter geworden ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Hausärzte von 1.671 Einwohnern je Arzt auf 1.609 abgesenkt und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da der Planungsbereich vergleichsweise alt und morbide ist, sinkt die regionale Verhältniszahl für Hausärzte von 1.609 Einwohnern je Arzt auf 1.354; Der Versorgungsgrad sinkt von 85,8% auf 72,2%.

<sup>4</sup> Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

<sup>5</sup> Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

<sup>6</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.



## 2. Frauenärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil erhöht morbider Frauen

### 2.1 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 – 7 BPL-RL)

Basis-Verhältniszahl Planungsbereichstyp 1: 3.733

EW-Verteilung 2010 (Frauen):

	Anteil w, <20	Anteil w, 20-44	Anteil w, 45-74	Anteil w, ≥75
<b>Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren</b>	17,73%	30,90%	40,02%	11,36%

EW-Verteilung 2017 (Frauen):

	Anteil w, <20	Anteil w, 20-44	Anteil w, 45-74	Anteil w, ≥75
<b>Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren</b>	17,59%	29,18%	39,89%	13,34%

AG-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-LBF) Frauenärzte:

	AG-LBF w, <20	AG-LBF w, 20-44	AG-LBF w, 45-74	AG-LBF w, >75
<b>AG-Leistungsbedarfsfaktoren Frauenärzte</b>	0,261	2,164	0,704	0,314

Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl für Frauenärzte

$$((17,73 \cdot 0,261) + (30,90 \cdot 2,164) + (40,02 \cdot 0,704) + (11,36 \cdot 0,314)) / ((17,59 \cdot 0,261) + (29,18 \cdot 2,164) + (39,89 \cdot 0,704) + (13,34 \cdot 0,314)) = 1,03228^7$$

Allgemeine Verhältniszahl für Frauenärzte:  $3.733 \times 1,03228 = 3.853^8$

<sup>7</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

<sup>8</sup> Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

## 2.2 Berechnung der regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 – 10 BPL-RL)

Einwohner im Kreis: 122.410 Frauen  
 Planungsbereichstyp: 1  
 Allgemeine Verhältniszahl je Frau: 3.853  
 Ärzte: 40  
 Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: 125,9%<sup>9</sup>

Faktor	hm, w, <20	hm, w, 20-44	hm, w, 45-74	hm, w, ≥75	nhm, w, <20	nhm, w, 20-44	nhm, w, 45-74	nhm, w, ≥75
Allgemeine Differenzierungsfaktoren	0,70%	4,21%	18,00%	10,99%	15,95%	25,80%	20,94%	3,41%
Regionale Differenzierungsfaktoren	0,72%	6,07%	21,45%	12,33%	17,19%	22,62%	16,68%	2,93%
Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren	0,780	3,062	0,868	0,340	0,254	1,947	0,595	0,136

Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors

$$\frac{((0,70 \cdot 0,780) + (4,21 \cdot 3,062) + (18,00 \cdot 0,868) + (10,99 \cdot 0,340) + (15,95 \cdot 0,254) + (25,80 \cdot 1,947) + (20,94 \cdot 0,595) + (3,41 \cdot 0,136))}{((0,72 \cdot 0,780) + (6,07 \cdot 3,062) + (21,45 \cdot 0,868) + (12,33 \cdot 0,340) + (17,19 \cdot 0,254) + (22,62 \cdot 1,947) + (16,68 \cdot 0,595) + (2,93 \cdot 0,136))} = 0,99320^{10}$$

Regionale Verhältniszahl:  $3.853 \times 0,99320 = 3.826^{11}$

Korrigierter Versorgungsgrad:  $\frac{3.826 \times 40 \times 100}{122.410} = 125,0\%^{12}$

Fazit: Da die weibliche Bevölkerung mittleren Alters, die besonders hohe Leistungsbedarfe bei den Frauenärzten aufweist, seit 2010 gesunken ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Frauenärzte von 3.733 Frauen je Arzt auf 3.853 angehoben und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da der Planungsbereich vergleichsweise morbid ist, sinkt die regionale Verhältniszahl für Frauenärzte von 3.853 Frauen je Arzt auf 3.826; Der Versorgungsgrad sinkt von 125,9% auf 125,0%.

<sup>9</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

<sup>10</sup> Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

<sup>11</sup> Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

<sup>12</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

### 3. Kinder- und Jugendärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise geringem Anteil erhöht morbider Minderjähriger

#### 3.1 Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl (1. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 4 – 7 BPL-RL)

Basis-Verhältniszahl Planungsbereichstyp 1: 2.044

EW-Verteilung 2010 (Minderjährige):

	Anteil m, <18	Anteil w, <18
<b>Stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren</b>	51,29%	48,71%

EW-Verteilung 2017 (Minderjährige):

	Anteil m, <18	Anteil w, <18
<b>Aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren</b>	51,47%	48,53%

AG-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-LBF) Kinder- und Jugendärzte:

	AG-LBF m, <18	AG-LBF w, <18
<b>AG-Leistungsbedarfsfaktoren Kinder- und Jugendärzte</b>	1,028	0,971

Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte

$$((51,29 \cdot 1,028) + (48,71 \cdot 0,971)) / ((51,47 \cdot 1,028) + (48,53 \cdot 0,971)) = 0,99989^{13}$$

$$\text{Allgemeine Verhältniszahl Kinder- und Jugendärzte: } 2.044 \times 0,99989 = \mathbf{2.043}^{14}$$

<sup>13</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen.

<sup>14</sup> Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

### 3.2 Berechnung der regionalen Verhältniszahl (2. Schritt Morbiditätsfaktor nach § 9 Absatz 8 – 10 BPL-RL)

Einwohner im Kreis: 50.410 Minderjährige  
 Planungsbereichstyp: 1  
 Allgemeine Verhältniszahl je Minderjährigem: 2.043  
 Ärzte: 30  
 Versorgungsgrad ohne regionalen Verteilungsfaktor: 121,5%<sup>15</sup>

Faktor	hm, m, <18	hm, w, <18	nhm, m, <18	nhm, w, <18
Allgemeine Differenzierungsfaktoren	2,20%	1,83%	48,93%	47,04%
Regionale Differenzierungsfaktoren	2,07%	1,63%	49,84%	46,46%
Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren	2,314	2,006	0,977	0,923

Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors

$$\left( (2,20 \cdot 2,314) + (1,83 \cdot 2,006) + (48,93 \cdot 0,977) + (47,04 \cdot 0,923) \right) / \left( (2,07 \cdot 2,314) + (1,63 \cdot 2,006) + (49,84 \cdot 0,977) + (46,46 \cdot 0,923) \right) = 1,00350^{16}$$

Regionale Verhältniszahl:  $2.043 \times 1,00350 = 2.050^{17}$

Korrigierter Versorgungsgrad:  $\frac{2.050 \times 30 \times 100}{50.410} = 121,9\%^{18}$

Fazit: Da die männliche minderjährige Bevölkerung, die höhere Leistungsbedarfe bei den Kinder- und Jugendärzten aufweist, seit 2010 gestiegen ist, wird die Basis-Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte von 2.044 Minderjährige je Arzt auf 2.043 gesenkt und bildet die Allgemeine Verhältniszahl. Da die Minderjährigen im Planungsbereich vergleichsweise wenig morbide sind, steigt die regionale Verhältniszahl für Kinder- und Jugendärzte von 2.043 Minderjährige je Arzt auf 2.050; Der Versorgungsgrad steigt von 121,5% auf 121,9%.

<sup>15</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.

<sup>16</sup> Die regionalen Verteilungsfaktoren werden auf 5 Nachkommastellen gerundet.

<sup>17</sup> Die Verhältniszahlen werden auf 0 Nachkommastellen abgerundet.

<sup>18</sup> ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich einer Nachkommastelle.“

50. Anlage 5 wird wie folgt gefasst:

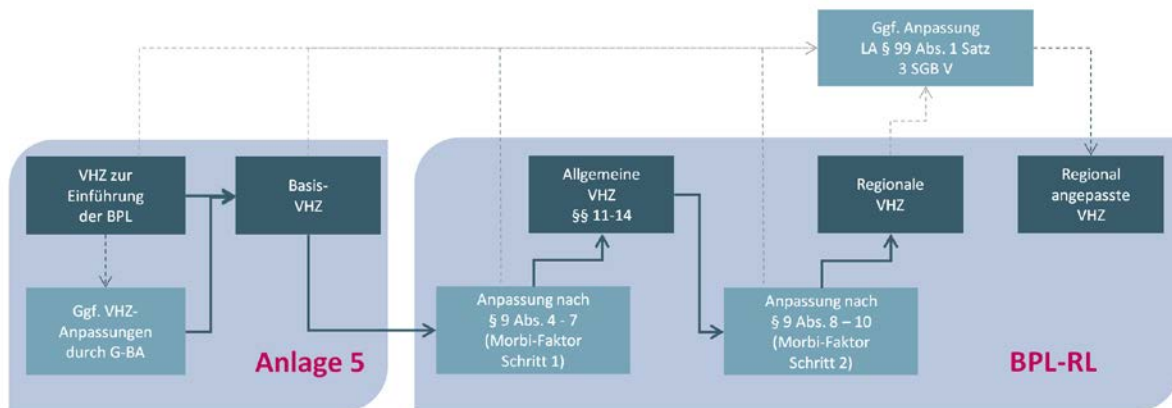
”

## Anlage 5 Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen

### § 1

#### Generelle Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen

- (1) Ausgangspunkt für die Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen bilden die Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung in der jeweiligen Arztgruppe. Dabei wird bei der Ermittlung der Verhältniszahlen der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Bundesgebiet Rechnung getragen. (Stichtag Verteilung der Einwohner 31. Dezember 2010, Stichtag Verteilung der Ärzte 30. Juni 2012).
- (2) Sind die nach Absatz 1 ermittelten Verhältniszahlen im Zuge von Anpassungen in der Richtlinie modifiziert worden, bilden diese die Basis-Verhältniszahlen. Satz 1 gilt entsprechend für künftige Verhältniszahlanpassungen.



#### Abschnitt 1: Ermittlung der bundesweit einheitlichen Basis-Verhältniszahlen

### § 2

#### Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten

- (1) Für die Arztgruppen der Hausärzte (vgl. § 11 Bedarfsplanungsrichtlinie) und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) werden die Basis-Verhältniszahlen gemäß § 101 Absatz 5 in Verbindung mit § 101 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V im folgenden Verfahren festgestellt:
  1. Die Arztgruppe der Internisten wird zum Stichtag des 31. Dezember 1995 unter Einbezug aller Bundesländer erfasst. Hierbei wird die Arztgruppe der Lungenärzte der Arztgruppe der Internisten zugeordnet. Für Internisten mit ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit gilt § 12 Absatz 2 Nummer 7 Bedarfsplanungsrichtlinie; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztrechnungsnummer.
  2. Die nach dieser Vorschrift erfassten Internisten werden in die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt.

3. Die Arztgruppe der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ergibt sich aus den Hausarztentscheidungen von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche gemäß dem Hausarztvertrag (Anlage BMV-Ä / EKV) spätestens bis zum 31. März 1996 getroffen worden sind. Nicht einbezogen werden Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt und Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung.
  4. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten sowie Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. Die unter Nummer 3 Satz 2 genannten Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt werden der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet.
- (2) Weiterhin gelten für die Bestimmung der Basis-Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte sowie die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten folgende Regelungen:
1. Die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten werden getrennt je Planungsbereich festgestellt und bundesweit additiv zusammengefasst. Bundesweit wird das Verhältnis der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten zueinander zum Stand vom 31. Dezember 1995 festgestellt und in Faktoren (jeweiliger Anteil an allen Internisten) ausgedrückt (z. B. 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor).
  2. Je Planungskategorie gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 werden auf die Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 die Basis-Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nummer 12 der Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) angewandt, und zwar zur Ermittlung von Soll-Arztzahlen (rechnerisches Soll) zum Stichtag des 31. Dezember 1995. Die so ermittelten Soll-Arztzahlen für Internisten werden mit den nach Nummer 1 Satz 2 festgestellten Faktoren bewertet. Daraus werden getrennte Soll-Arztzahlen für die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten festgelegt.
  3. Für die Arztgruppe der Hausärzte werden die Basis-Verhältniszahlen wie folgt ermittelt: Bundesweit werden die nach Nummer 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. Dies ergibt die Basissoll-Arztzahl für Hausärzte. Abschließend wird die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahl dividiert, woraus sich die Basis-Verhältniszahl für Hausärzte ergibt.
  4. Für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird wie folgt verfahren: Die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 wird durch die unter Nummer 2 Satz 3 ermittelte Basissoll-Arztzahl für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Verhältniszahl zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung für fachärztlich tätige Internisten ergibt.

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

## Rechenbeispiel zu § 2 zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung

Die Basis-Verhältniszahlen nach Nummer 12 der Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) werden zur Berechnung wie folgt herangezogen:

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

(16,3 Mio. Einw.: 2 269 = 7 186 Allgemein- / Praktische Ärzte).

2. Die Basis-Verhältniszahl für Internisten (3 679 für ebenfalls Raumtyp 1) wird auch auf die Einwohnerzahl des Jahres 1995 angewendet:

(16,3 Mio. Einw.: 3 679 = 4 432 Internisten).

3. Aus der Zuordnung der hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten im Jahre 1995 (hier: 70% hausärztlich zu 30% fachärztlich tätige Internisten entsprechend 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor im Raumtyp 1) kann die für 1995 berechnete Internistenanzahl gesplittet werden:

$4\,432 \times 0,7 = 3\,104$  hausärztlich tätige Internisten und

$4\,432 \times 0,3 = 1\,328$  fachärztlich tätige Internisten.

4. Nun wird die Summe der Hausärzte gebildet:

$7\,186$  Allgemein- / Praktische Ärzte +  $3\,104$  hausärztlich tätige Internisten =  $10\,290$  Hausärzte.

### § 3

#### Anästhesisten

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

### § 4

#### Radiologen

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

### § 5

#### Neu zu beplanende Gruppen

Bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, der PRM-Mediziner, der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen und der Transfusionsmediziner werden die Basis-Verhältniszahlen ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zum Stand 31. Dezember 2010 zur Zahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gewichtet nach ihrem Teilnahmeumfang zum Stand 31. Dezember 2010.

Die Ermittlung der Basis-Verhältniszahl in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt bezogen auf die minderjährige Bevölkerung.

## **Abschnitt 2: Ermittlung der Verhältniszahlen nach den 6 Typen**

### **§ 6**

#### **Ermittlung der Arztzahlen zur Einführung der Bedarfsplanung**

Für die Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Urologen wird die Zahl der zugelassenen Kassenärzte einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages) gezählt.

### **§ 7**

#### **Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen zur Einführung der Bedarfsplanung**

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

1. Es werden die am 1. Januar 1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Absatz 2 Nummer 7 Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1. Januar 1999 zugelassene Vertragsarzt nicht über diesen gesamten Zeitraum tätig, wird der Leistungsanteil anhand der tatsächlichen Tätigkeitsdauer im Jahre 1998 ermittelt.
2. Für die Verhältniszahlberechnung zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten werden darüber hinaus alle gemäß § 95 Absatz 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichepsychotherapeuten erfasst. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.

### **§ 8**

#### **Ermittlung der Einwohnerzahlen zur Einführung der Bedarfsplanung**

Bei den Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Urologen wird die Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zum Stand vom 31. Dezember 1990 gezählt. Für die Frauenärzte wird die weibliche Bevölkerung, für die Kinder- und Jugendärzte die minderjährige Bevölkerung ermittelt.

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

### **§ 9**

#### **Verteilung der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten**

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

Bei den Frauen- sowie den Kinder- und Jugendärzten wird nur die Verteilung der weiblichen bzw. der minderjährigen Bevölkerung berücksichtigt.



## § 10

### Ermittlung der Basis-Verhältniszahlen für die 6 Typen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Beispielrechnung:**

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

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

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

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

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

### Abschnitt 3: Basis-Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt)

#### § 11 Basis-Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt)

##### 1. Ärzte nach § 11

Hausärzte: 1.671

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

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

##### 2. Ärzte nach § 12

	Typ 1 (stark mit- versorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitver- sorgend)	Typ 3 (stark mit- versorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigenver- sorgt)	Typ 6 (polyzent- rischer Verflech- tungs- raum)	Bundes- durch- schnitt  (zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfs- planung)
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664	20.440	
Chirurgen und Orthopäden	9.202	14.210	17.108	16.133	14.844	13.661	
Frauenärzte <sup>1</sup>	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042	5.555	
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042	35.736	
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768	25.334	
Kinder- und Jugendärzte	2.044	2.863	2.863	2.863	2.863	2.863	3.369
Nervenärzte	13.745	21.058	25.308	24.070	22.789	20.637	23.005
Psycho- therapeuten	3.079	5.159	6.200	5.897	5.583	5.056	5.265 <sup>2</sup>
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189	37.215	

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

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

3. Ärzte nach § 13

Anästhesisten	46.917
Radiologen	49.095
Fachinternisten	15.055
Kinder- und Jugendpsychiater	16.909

4. Ärzte nach § 14

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

”

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

51. Anlage 7 wird wie folgt neu gefasst:

”

### **Anlage 7 Nutzung von Geoinformationen im Rahmen von Anträgen auf Sonderbedarf**

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

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

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

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

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

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

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

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

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss

## Exemplarische Indikatorenübersicht

### A) GLOBALE PERSPEKTIVE

#### I. Geeignetheit des Standorts

- Zentralörtliche Einordnung und siedlungsstrukturelle Prägung des Standorts des Sonderbedarfsantrags

### B) PATIENTENPERSPEKTIVE

#### I. Erreichbarkeit

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

#### II. Ärztepotenzial

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

#### III. Versorgungsrelation

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

### C) STANDORTPERSPEKTIVE

#### I. Patientenpotenzial

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

#### II. Einwohnererwartungswert je Arzt

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

III. Die Änderung der Richtlinie tritt zum 30.06.2019 in Kraft. Deren Umsetzung durch die Landesausschüsse erfolgt spätestens nach Ablauf von 6 Monaten seit Inkrafttreten.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 16. Mai 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten – geändert durch weiteren Beschluss