

# Richtlinie



## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung**

### **(Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte)**

in der Fassung vom 14. August 2007  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 185 (S. 7673) vom 2. Oktober 2007  
in Kraft getreten am 1. Oktober 2007

zuletzt geändert am 16. Juni 2016  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 06.09.2016 B2)  
in Kraft getreten am 7. September 2016

## Inhalt

§ 1	Allgemeines .....	3
§ 2	Zweck und Regelungsbereich .....	3
§ 3	Festsetzung der Planungsbereiche.....	3
§ 4	Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung.....	4
§ 5	Ermittlung und Beurteilung des Bedarfs an zahnärztlicher Versorgung.....	4
§ 6	Kriterien und Verfahren zur Feststellung einer eingetretenen oder drohenden zahnärztlichen Unterversorgung .....	6
§ 6a	Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V).....	7
§ 7	Zahnärztliche Überversorgung .....	8
§ 8	Planungsblätter.....	8
Anlage 1	Planungsblatt A.....	9
Anlage 2	Planungsblatt B.....	11
Anlage 3	Planungsblatt C.....	12
Anlage 4	unbesetzt.....	17
Anlage 5	unbesetzt.....	17
Anlage 6	zu § 5 in der Fassung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17. November 2006 .....	18

## **§ 1 Allgemeines**

<sup>1</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. <sup>2</sup>Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber die Verständlichkeit und die Klarheit der Richtlinie erheblich einschränken. <sup>3</sup>Die in dieser Richtlinie verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

## **§ 2 Zweck und Regelungsbereich**

(1) <sup>1</sup>Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Nummer 9 und § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dient der Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit dem Ziele, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige zahnärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfasst, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen. <sup>2</sup>Die Richtlinie gewährleistet einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren über die

Festsetzung der Planungsbereiche (§ 3),

Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung (§ 4),

Ermittlung und Beurteilung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades in der zahnärztlichen Versorgung (§ 5),

Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Unterversorgung oder einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung (§ 6) und

zahnärztliche Überversorgung (§ 7).

(2) Im Rahmen des Zusammenwirkens von Zahnärzten und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung stellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an zahnärztlicher Versorgung darstellen sowie die Kriterien für die Feststellung einer Unterversorgung enthalten.

## **§ 3 Festsetzung der Planungsbereiche**

(1) <sup>1</sup>Im Rahmen des für den Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder im Falle des § 12 Absatz 2 Satz 2 der Zulassungsordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) für den Bereich mehrerer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen aufzustellenden Bedarfsplanes setzen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die einzelnen Planungsbereiche fest. <sup>2</sup>Die regionalen Planungsbereiche sollen den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder Kreisregionen in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung entsprechen. <sup>3</sup>Bei der Abgrenzung sind Abweichungen zulässig. <sup>4</sup>Es sind Planungsbereiche für die zahnärztliche Versorgung und für die kieferorthopädische Versorgung zu bilden.

(2) <sup>1</sup>Die kleinste Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die zahnärztliche Versorgung. <sup>2</sup>Bei seiner Festsetzung ist von der kommunalen Gliederung auszugehen. <sup>3</sup>Die Untergliederung von

Gemeinden, insbesondere von Großstädten, ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Absatz 4 gestellten Anforderung notwendig machen. <sup>4</sup>Eine Zusammenfassung von Gemeinden ist möglich, soweit die in Absatz 4 gestellte Anforderung nicht beeinträchtigt wird.

(3) <sup>1</sup>Die nächst größere Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die kieferorthopädische Versorgung. <sup>2</sup>Im Regelfall umfasst er den Bereich eines Stadt- oder Landkreises. <sup>3</sup>Eine weitere Untergliederung ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Absatz 4 gestellten Anforderung notwendig machen. <sup>4</sup>Eine Zusammenfassung von Kreisen kann angezeigt sein, wenn der Einzugsbereich von Kieferorthopäden den Bereich eines Stadt- oder Landkreises überschreitet.

(4) Bei der Festlegung der Planungsbereiche nach den Absätzen 2 und 3 ist zu berücksichtigen, dass die zahnärztliche Praxis oder das medizinische Versorgungszentrum für den Patienten in zumutbarer Entfernung liegt.

#### **§ 4 Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung**

(1) Zum Zwecke der Bedarfsplanung sind von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten über den Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres, und zwar jeweils bis zum 30. Juni des folgenden Jahres, zu erstellen.

(2) Inhalt und Form der Übersichten bestimmen sich für die zahnärztliche Versorgung nach den Planungsblättern A und B (Anlagen 1 und 2), für die kieferorthopädische Versorgung nach dem Planungsblatt C (Anlage 3), jeweils einschließlich der dazugehörigen Hinweise.

#### **§ 5 Ermittlung und Beurteilung des Bedarfs an zahnärztlicher Versorgung**

(1) <sup>1</sup>Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist von Verhältniszahlen auszugehen. <sup>2</sup>Sie werden getrennt für die zahnärztliche und für die kieferorthopädische Versorgung festgelegt. <sup>3</sup>Zu diesem Zweck wird die Zahl der Einwohner durch die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte bzw. der Kieferorthopäden geteilt. <sup>4</sup>Bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die kieferorthopädische Versorgung wird berücksichtigt, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der Versorgung teilhaben. <sup>5</sup>Dabei kann auch eine von dem Berechnungsergebnis abweichende Verhältniszahl festgesetzt werden, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten dies erfordert. <sup>6</sup>Soweit es für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, können für verschiedene Regionen der Bundesrepublik unterschiedliche Verhältniszahlen festgesetzt werden. <sup>7</sup>Dabei sollen die Morbidität, die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie die Ziele und Erfordernisse der Raumplanung berücksichtigt werden. <sup>8</sup>Werden für verschiedene Regionen unterschiedliche Verhältniszahlen festgelegt, so sind bei ihrer Ermittlung die Zahl der Einwohner bzw. der Zahnärzte in diesen Regionen zugrunde zu legen. <sup>9</sup>Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wird unter Beachtung von § 101 Absatz 1 Satz 4 SGB V erstmals vom Stand vom 31. Dezember 1990 ausgegangen. <sup>10</sup>Die Verhältniszahlen werden im Abstand von höchstens drei Jahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft. <sup>11</sup>Dabei ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen und der Zahnärtezahlen zu berücksichtigen.

(2) <sup>1</sup>Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind dabei mit dem Faktor 1,0 zu berücksichtigen, hälftig zugelassene Zahnärzte mit dem Faktor 0,5. <sup>2</sup>Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Mit dem Antrag

auf Genehmigung ist dem Zulassungsausschuss der schriftliche Arbeitsvertrag über die Beschäftigung als angestellter Zahnarzt vorzulegen.

(3) <sup>1</sup>Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit

Anrechnungsfaktor

bis 10 Stunden pro Woche 0,25

über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5

über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75

über 30 Stunden pro Woche 1,0.

<sup>2</sup>Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

(4) <sup>1</sup>Kommt es bei einem angestellten Zahnarzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors, so ist zuvor die Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich. <sup>2</sup>Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

(5) Im Falle einer gleichzeitigen Tätigkeit als (vollzeitig oder hälftig) zugelassener Zahnarzt und/oder als angestellter Zahnarzt darf bei der Bemessung des Versorgungsgrades der Faktor 1,0 nicht überschritten werden.

(6) Die Bestimmungen in den Absätzen 2 bis 5 gelten gleichermaßen in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V.

(7) <sup>1</sup>Entsprechend Absatz 1 werden für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung folgende Verhältniszahlen festgelegt:

Für die alten Bundesländer

1:1.280 für die in Anlage 6 aufgeführten Gebiete

und

1:1.680 für die übrigen Gebiete der alten Bundesländer.

<sup>2</sup>Für die neuen Bundesländer werden die Verhältniszahlen nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 1993 um 100 auf 1:1.180 bzw. 1:1.580 abgesenkt.

(8) <sup>1</sup>Entsprechend Absatz 1 wird für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:4.000 festgelegt, wobei die Bezugsgröße die Bevölkerungsgruppe der 0 bis 18-Jährigen ist. <sup>2</sup>Zur Beurteilung des Standes der kieferorthopädischen Versorgung in einem Planungsbereich ist festzustellen, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teilhaben. <sup>3</sup>Dabei ist der Leistungsanteil der allgemein tätigen Zahnärzte an der Zahl der abgerechneten Fälle des III. Quartals eines jeden Jahres zu ermitteln. <sup>4</sup>Der Versorgungsgrad wird in diesem Falle in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 errechnet (Planungsblatt C).

(9) Für die Beurteilung des sich unter Anwendung der Verhältniszahl ergebenden Versorgungsgrades sind nach Maßgabe der Planungsblätter insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- a) auf Seiten der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte: deren Tätigkeitsgebiet, Alters- und Organisationsstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, Medizinisches

Versorgungszentrum, Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V) sowie die Anzahl der angestellten Zahnärzte;

- b) auf Seiten der Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der zahnärztlichen Leistungen.

(10) <sup>1</sup>Zur Feststellung des Versorgungsgrades sind zum 31. Dezember eines jeden Jahres unter Zugrundelegung der Übersichten nach § 4 für jeden Planungsbereich

- a) Bedarfspläne für die zahnärztliche Versorgung,
- b) Bedarfspläne für die kieferorthopädische Versorgung zu erstellen.

<sup>2</sup>Bei der Erstellung dieser Bedarfspläne sind für die allgemein Zahnärztliche Versorgung das Planungsblatt B (Anlage 2), für die kieferorthopädische Versorgung das Planungsblatt C (Anlage 3) jeweils einschließlich der dazugehörigen Hinweise zu verwenden.

(11) Auf Grund der in den Planungsblättern enthaltenen Daten ist einmal jährlich ein Bedarfsplan für den Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder im Falle des § 12 Absatz 2 ZV-Z für den Bereich mehrerer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen.

## **§ 6 Kriterien und Verfahren zur Feststellung einer eingetretenen oder drohenden zahnärztlichen Unterversorgung**

(1) <sup>1</sup>Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks Vertragszahnarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung anderer Zahnärzte und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen nicht behoben werden kann. <sup>2</sup>Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet. <sup>3</sup>Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere auf Grund der Altersstruktur der Zahnärzte eine Verminderung der Zahl der Vertragszahnärzte in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.

(2) <sup>1</sup>Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung im Sinne des Absatzes 1 in einem bestimmten Gebiet vor, so ist auf Veranlassung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der zahnärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. <sup>2</sup>Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist, die zwei Monate nicht überschreiten darf, durchzuführen. <sup>3</sup>Ergibt die Prüfung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung, für einen Landesverband der Krankenkassen oder einen Verband der Ersatzkassen, dass nach den in Absatz 1 genannten Kriterien eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in dem bestimmten Gebiet anzunehmen ist, so ist der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen unter Mitteilung der für diese Feststellung maßgebenden Tatsachen und unter Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu benachrichtigen.

(3) <sup>1</sup>Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Gebiet eine zahnärztliche Unterversorgung besteht oder in absehbarer Zeit droht. <sup>2</sup>Die Prüfung, ob die in Absatz 1 hierfür genannten Kriterien vorliegen, ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern A bis C enthaltenen

Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. <sup>3</sup>Hält der Landesausschuss diese Unterlagen nicht für ausreichend, so hat er in eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem bestimmten Gebiet einzutreten oder ergänzende Unterlagen bzw. Angaben von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen anzufordern.

(4) Die auf Grund der Feststellung über eine eingetretene oder unmittelbar drohende Unterversorgung erforderlichen weiteren Maßnahmen des Landesausschusses richten sich nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches V und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte.

#### **§ 6a Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)**

(1) <sup>1</sup>Nach § 100 Absatz 3 SGB V trifft der jeweilige Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen auf Veranlassung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbands der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse nach Prüfung die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. <sup>2</sup>Die nachstehenden Bestimmungen geben den Landesausschüssen die dazu notwendigen Beurteilungsmaßstäbe vor. <sup>3</sup>Bei der Prüfung sind die in einer Region bereits auf Grundlage des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 12 Absatz 3 Satz 2 Zahnärzte-ZV erfolgten Anpassungen der Bedarfspläne zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Soll § 6a aufgrund des wiederholten Einsatzes derselben Kriterien zur Anwendung kommen, ist dies gesondert zu begründen. <sup>5</sup>Diese Begründung beinhaltet auch Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen.

(2) <sup>1</sup>Der jeweilige Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregion er innerhalb eines Planungsbereichs die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf trifft. <sup>2</sup>Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Struktur, Verkehrsanbindung und Lage eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist. <sup>3</sup>Dabei sollte die jeweilige Verhältniszahl des Planungsbereichs als Anhaltspunkt dienen. <sup>4</sup>Darüber hinaus kann bei der Festlegung der Bezugsregion Art und Umfang des Versorgungsbeitrags der dort bereits tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte berücksichtigt werden.

(3) Der jeweilige Landesausschuss hat das Vorliegen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs zu prüfen, soweit in der nach Absatz 2 festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 6 Absatz 1 erfüllt sind.

(4) <sup>1</sup>Auf Veranlassung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der zahnärztlichen Versorgung in der Bezugsregion auch dann vorzunehmen, wenn die Kriterien nach Absatz 3 in der Bezugsregion nicht erfüllt sind. <sup>2</sup>Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist durchzuführen, der Zeitraum von 6 Monaten soll nicht überschritten werden.

(5) <sup>1</sup>Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die regionale Demografie sowie die Morbidität, sofern hierzu entsprechend belastbare Daten verfügbar sind,
2. sozioökonomische Faktoren,
3. die Versorgungsstrukturen,

4. räumliche Faktoren,
5. infrastrukturelle Besonderheiten.

<sup>2</sup>Die Prüfung kann sich insbesondere auf folgende Versorgungskonstellationen beziehen:

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

(6) Die Feststellungen nach Absatz 1 sind auf maximal 5 v.H. der Zahnärztinnen/Zahnärzte in einer KZV-Region zu beziehen.

(7) <sup>1</sup>Der Landesausschuss begründet seine Feststellungen und gibt diese bekannt. <sup>2</sup>Die Feststellung des Vorliegens eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist im Bedarfsplan zeitnah auszuweisen.

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

## **§ 7 Zahnärztliche Überversorgung**

Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (Verhältniszahlen gemäß § 5 Absatz 7 und 8 dieser Richtlinie) um 10 v. H. überschritten ist.

## **§ 8 Planungsblätter**

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Planungsblätter (Anlagen 1 bis 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) der geänderten Richtlinienfassung anzupassen.

## Anlage 1 Planungsblatt A

### ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

PB-Nr.:	Planungsbereich

Planungsblatt		A
Strukturdaten		Blatt _____
Angelegt am:	Stand am:	von _____ Blättern
_____	_____	_____

Zulassungs- status	Gemeinde / Stadtteil im Planungsbereich	Ab- rechn.- Nr.	Geburts- jahr	Anzahl der angestellt en Zahnärzte	Anzahl der Assistente n	Behandlungsfälle gesetzl. Krankenkassen (3. Qu. 20..)		Praxis- besonder- heiten	Organisations- struktur
						Kons-Fälle	Kfo-Fälle		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19 Übertrag von Vorblatt C /									
20 Insgesamt Übertrag									





## **Erläuterungen zu den Planungsblättern A, B und C (Anlagen 1, 2, 3)**

### **Planungsblatt A**

#### **Strukturdaten**

Kopfspalte: Nummer und Name des festgelegten Planungsbereichs

Allgemeiner

Hinweis: Falls für die Darstellung der Strukturdaten mehrere Planungsblätter A benötigt werden, ist auf jedem der dem Blatt 1 nachfolgenden Blätter in Zeile 19 jeweils die Summe vom vorhergehenden Blatt aus Zeile 20 als Übertrag aufzuführen.

- Sp. 1: Zulassungsstatus  
Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind mit dem Faktor 1,0 anzusetzen, hälftig zugelassene mit dem Faktor 0,5
- Sp. 2: Gemeinden und Stadtteile innerhalb des in der Kopfspalte aufgeführten Planungsbereichs
- Sp. 3: Abrechnungs-Nummer der Zahnärzte des aufgeführten Planungsbereichs in der Reihenfolge der einzelnen Gemeinden und Stadtteile des Planungsbereichs
- Sp. 4: vierstelliges Geburtsjahr
- Sp. 5: Zahl der angestellten Zahnärzte gemäß § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand.  
Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:  
Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit  
Anrechnungsfaktor  
bis 10 Stunden pro Woche 0,25  
über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5  
über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75  
über 30 Stunden pro Woche 1,0  
Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.  
Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.
- Sp. 6: Zahl der Entlastungsassistenten gemäß § 32 Abs. 1 ZV-Z,  
Zahl der Vorbereitungsassistenten gemäß § 3 Abs. 3 ZV-Z,  
Zahl der Weiterbildungsassistenten, soweit nicht bereits bei den angestellten Zahnärzten gemäß § 32b ZV-Z berücksichtigt,  
nach dem jeweiligen Stand
- Sp. 7-8: Zahl der Abrechnungsfälle im Bereich KONS und Kfo aus dem zuletzt abgerechneten III. Quartal sämtlicher Krankenkassen.  
Das Jahr ist im Spaltenkopf anzugeben.
- Sp. 9: Praxisbesonderheiten

- Sp. 10: Einzelpraxis  
Berufsausübungsgemeinschaft  
Praxisgemeinschaft  
Medizinisches Versorgungszentrum  
Einrichtung nach § 311 Absatz 2 SGB V

## **Planungsblatt B**

### **Zahnärztliche Versorgung**

Sp. 3: Aktuelle Einwohnerzahl

Sp. 4: Bereinigte Einwohnerzahl; Einwohnerzahl (Sp. 3) +/- Pendler.

Die Ermittlung des Pendlersaldos erfolgt im Einvernehmen zwischen der KZV und den Verbänden der Krankenkassen.

Sp. 5: Feststellung des Zahnarztbedarfs (Versorgungsgrad 100 %) aus dem Rechen-  
ergebnis:

$$\frac{\text{Bereinigte Einwohnerzahl (Sp.4)}}{\text{Verhältniszahl}} = \text{Rechnerischer Zahnarztbedarf (kaufm. auf eine Nachkommastelle gerundet)} \\ \text{gemäß § 5 Abs. 7 der Richtlinie}$$

Sp. 6: Zahl der Vertragszahnärzte zum jeweiligen Stand.

Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind mit dem Faktor 1,0 anzusetzen, hälftig zugelassene Zahnärzte mit dem Faktor 0,5.

Sp. 7: Zahl der angestellten Zahnärzte gemäß § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand.

Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit  
Anrechnungsfaktor

bis 10 Stunden pro Woche 0,25

über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5

über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75

über 30 Stunden pro Woche 1,0

Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1/4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.

Sp. 8: Zahl der Zahnärzte einschließlich angestellte Zahnärzte  
(Spalte 6 und Spalte 7)

Sp. 9: Es ist anzugeben, in welchem Umfang Allgemeinzahnärzte kieferorthopädisch tätig sind.

Die Ermittlung erfolgt nach folgender Formel:

$$K \bullet \frac{Z_A \cdot F_A}{Z_K \cdot F_K} \text{ gerundet auf ganze Zahlen}$$

Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Z<sub>A</sub> = Zahl der Zahnärzte aus Spalte 8

Z<sub>K</sub> = Zahl der Zahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F<sub>A</sub> = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F<sub>K</sub> = Zahl der Kfo-Fälle aller Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Soweit das Kfo-Honorarvolumen ermittelt werden kann, ist es zulässig, dieses anstelle der Kfo-Fälle der Berechnung zugrunde zu legen.

Soweit eine Berechnung anhand konkreter Abrechnungswerte noch nicht möglich ist, ist eine Schätzung zulässig.

Soweit in einem Planungsbereich keine Kieferorthopäden tätig sind, sind die Werte für einen vergleichbaren Bereich anzusetzen.

Sp. 10: Zahl der bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigenden Vertragszahnärzte (Zahnärzte-Ist)

(Sp. 8 - Sp. 9)

Sp. 11: Feststellung des Versorgungsgrades in % als Rechenergebnis aus

$\frac{\text{Sp. 10}}{\text{Sp. 5}} \times 100$

Sp. 5

## Planungsblatt C

### Kieferorthopädische Versorgung

Die Erläuterungen zum Planungsblatt B gelten entsprechend, wobei anstelle der Zahnärzte jeweils die zugelassenen und ermächtigten Kieferorthopäden (Spalte 6) bzw. die in Kfo-Praxen angestellten Zahnärzte (Spalte 7) zu berücksichtigen sind.

Die Verhältniszahl bei der Ermittlung des rechnerischen Bedarfs (Spalte 5) beträgt 1 : 16.000.

Sp. 9: Die Berechnung der Kfo-Anrechnung der Allgemeinzahnärzte in Spalte 9 erfolgt nach folgender Formel:

$$K \bullet \frac{F_A}{F_K} \text{ — gerundet auf ganze Zahlen}$$

Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

F<sub>A</sub> = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F<sub>K</sub> = Zahl der Kfo-Fälle aller Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Soweit das Kfo-Honorarvolumen ermittelt werden kann, ist es zulässig, dieses anstelle der Kfo-Fälle der Berechnung zugrunde zu legen.

Soweit eine Berechnung anhand konkreter Abrechnungswerte noch nicht möglich ist, ist eine Schätzung zulässig.

Soweit in einem Planungsbereich keine Kieferorthopäden tätig sind, sind die Werte für einen vergleichbaren Bereich anzusetzen.

Sp. 10: Zahl der bei der kieferorthopädischen Versorgung zu berücksichtigenden Fach-/Zahnärzte

(Sp. 8 + Sp. 9)

Sp. 11: Die Feststellung des Kfo-Versorgungsgrades in % erfolgt als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp. 10}}{\text{Sp. 5}} \times 100$$

**Anlage 4 unbesetzt**

**Anlage 5 unbesetzt**

**Anlage 6 zu § 5 in der Fassung des Beschlusses des Gemeinsamen  
Bundesausschusses vom 17. November 2006**

<p><b>KZV Baden-Württemberg</b>  <u>Bezirksdirektion Freiburg</u>            Freiburg, Stadt  <u>Bezirksdirektion Karlsruhe</u>            Karlsruhe, Stadt            Heidelberg, Stadt            Mannheim, Stadt            Pforzheim, Stadt  <u>Bezirksdirektion Stuttgart</u>            Stuttgart, Stadt            Heilbronn, Stadt  <u>Bezirksdirektion Tübingen</u>            Ulm, Stadt</p>	<p><b>KZV Bremen</b>            Bremen, Stadt            Bremerhaven, Stadt</p>
<p><b>KZV Bayerns</b>            München, Stadt            Regensburg, Stadt            Erlangen, Stadt            Fürth, Stadt            Nürnberg, Stadt            Würzburg, Stadt            Augsburg, Stadt            Ingolstadt, Stadt</p>	<p><b>KZV Hamburg</b>            Hamburg, Stadt</p>
<p><b>KZV Berlin</b>            Berlin, Stadt</p>	<p><b>KZV Hessen</b>            Darmstadt, Stadt            Frankfurt/Main, Stadt            Offenbach, Stadt            Wiesbaden, Stadt            Kassel, Stadt</p>
<p><b>KZV Brandenburg</b>            Cottbus, Stadt            Potsdam, Stadt</p>	<p><b>KZV Mecklenburg-Vorpommern</b>            Rostock, Stadt</p>
	<p><b>KZV Niedersachsen</b>            Braunschweig, Stadt            Göttingen, Stadt            Salzgitter, Stadt            Wolfsburg, Stadt            Hannover, Stadt            Oldenburg, Stadt            Osnabrück, Stadt</p>

<p><b>KZV Nordrhein</b></p> <p>Düsseldorf, Stadt  Krefeld, Stadt  Remscheid, Stadt  Solingen, Stadt  Wuppertal, Stadt  Aachen, Stadt  Bonn, Stadt  Köln, Stadt  Leverkusen, Stadt</p> <p><b>KZV Rheinland-Pfalz</b></p> <p><u>Regionaldirektion Koblenz-Trier</u>  Koblenz, Stadt</p> <p><u>Regionaldirektion Pfalz</u>  Kaiserslautern, Stadt  Ludwigshafen, Stadt</p> <p><u>Regionaldirektion Rheinhessen</u>  Mainz, Stadt</p> <p><b>KZV Saarland</b></p> <p>Stadtverband Saarbrücken</p>	<p><b>KZV Sachsen</b></p> <p>Chemnitz, Stadt  Dresden, Stadt  Leipzig, Stadt</p> <p><b>KZV Sachsen-Anhalt</b></p> <p>Halle/Saale, Stadt  Magdeburg, Stadt</p> <p><b>KZV Schleswig-Holstein</b></p> <p>Kiel, Stadt  Lübeck, Stadt</p> <p><b>KZV Thüringen</b></p> <p>Erfurt, Stadt  Gera, Stadt  Jena, Stadt</p> <p><b>KZV Westfalen-Lippe</b></p> <p>Münster, Stadt  Bielefeld, Stadt</p>
--	---