



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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 20. Dezember 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 19.03.2019 B4)
in Kraft getreten am 20. März 2019

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

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

§ 2 Zweck und Regelungsbereich

(1) ¹Die 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. ²Die 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) ¹Im 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. ²Die regionalen Planungsbereiche sollen den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder Kreisregionen in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung entsprechen. ³Bei der Abgrenzung sind Abweichungen zulässig. ⁴Es sind Planungsbereiche für die zahnärztliche Versorgung und für die kieferorthopädische Versorgung zu bilden.

(2) ¹Die kleinste Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die zahnärztliche Versorgung. ²Bei seiner Festsetzung ist von der kommunalen Gliederung auszugehen. ³Die Untergliederung von Gemeinden, insbesondere von Großstädten, ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Absatz 4 gestellten Anforderung notwendig machen. ⁴Eine

Zusammenfassung von Gemeinden ist möglich, soweit die in Absatz 4 gestellte Anforderung nicht beeinträchtigt wird.

(3) ¹Die nächst größere Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die kieferorthopädische Versorgung. ²Im Regelfall umfasst er den Bereich eines Stadt- oder Landkreises. ³Eine weitere Untergliederung ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Absatz 4 gestellten Anforderung notwendig machen. ⁴Eine 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) ¹Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist von Verhältniszahlen auszugehen. ²Sie werden getrennt für die zahnärztliche und für die kieferorthopädische Versorgung festgelegt. ³Zu diesem Zweck wird die Zahl der Einwohner durch die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte bzw. der Kieferorthopäden geteilt. ⁴Bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die kieferorthopädische Versorgung wird berücksichtigt, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der Versorgung teilhaben. ⁵Dabei kann auch eine von dem Berechnungsergebnis abweichende Verhältniszahl festgesetzt werden, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten dies erfordert. ⁶Soweit es für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, können für verschiedene Regionen der Bundesrepublik unterschiedliche Verhältniszahlen festgesetzt werden. ⁷Dabei sollen die Morbidität, die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie die Ziele und Erfordernisse der Raumplanung berücksichtigt werden. ⁸Werden für verschiedene Regionen unterschiedliche Verhältniszahlen festgelegt, so sind bei ihrer Ermittlung die Zahl der Einwohner bzw. der Zahnärzte in diesen Regionen zugrunde zu legen. ⁹Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wird unter Beachtung von § 101 Absatz 1 Satz 4 SGB V erstmals vom Stand vom 31. Dezember 1990 ausgegangen. ¹⁰Die Verhältniszahlen werden im Abstand von höchstens drei Jahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft. ¹¹Dabei ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen und der Zahnärztezahlen zu berücksichtigen.

(2) ¹Vollzeitig zugelassene Zahnärzte sind dabei mit dem Faktor 1,0 zu berücksichtigen, hälftig zugelassene Zahnärzte mit dem Faktor 0,5. ²Genehmigte angestellte Zahnärzte sind nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges zu berücksichtigen. ³Mit dem Antrag auf Genehmigung ist dem Zulassungsausschuss der schriftliche Arbeitsvertrag über die Beschäftigung als angestellter Zahnarzt vorzulegen.

(3) ¹Für 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.

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

(4) ¹Kommt 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. ²Kommt 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) ¹Entsprechend 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.

²Für 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) ¹Entsprechend 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. ²Zur Beurteilung des Standes der kieferorthopädischen Versorgung in einem Planungsbereich ist festzustellen, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teilhaben. ³Dabei ist der Leistungsanteil der allgemein tätigen Zahnärzte an der Zahl der abgerechneten Fälle des III. Quartals eines jeden Jahres zu ermitteln. ⁴Der 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, Praxismgemeinschaft, 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) ¹Zur 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.

²Bei 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) ¹Eine 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. ²Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet. ³Eine 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) ¹Liegt 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. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist, die zwei Monate nicht überschreiten darf, durchzuführen. ³Ergibt 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) ¹Der 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. ²Die 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. ³Hält 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) ¹Nach § 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. ²Die nachstehenden Bestimmungen geben den Landesausschüssen die dazu notwendigen Beurteilungsmaßstäbe vor. ³Bei 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. ⁴Soll § 6a aufgrund des wiederholten Einsatzes derselben Kriterien zur Anwendung kommen, ist dies gesondert zu begründen. ⁵Diese Begründung beinhaltet auch Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen.

(2) ¹Der jeweilige Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregion er innerhalb eines Planungsbereichs die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf trifft. ²Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Struktur, Verkehrsanbindung und Lage eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist. ³Dabei sollte die jeweilige Verhältniszahl des Planungsbereichs als Anhaltspunkt dienen. ⁴Darüber 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) ¹Auf 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. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist durchzuführen, der Zeitraum von 6 Monaten soll nicht überschritten werden.

(5) ¹Bei 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.

²Die 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 Leistungsumfanges, 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) ¹Der Landesausschuss begründet seine Feststellungen und gibt diese bekannt. ²Die Feststellung des Vorliegens eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist im Bedarfsplan zeitnah auszuweisen.

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

§ 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 angestell-ten Zahnärzte	Anzahl der Assistenten	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 Rechenergebnis:

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

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:

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

Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Z_A = Zahl der Zahnärzte aus Spalte 8

Z_K = Zahl der Zahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F_A = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F_K = 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

Sp. 10 x 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 : 4.000.

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_A = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich

F_K = 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

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

Sp. 5

Anlage 4 unbesetzt

Anlage 5 unbesetzt

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

<p>KZV Baden-Württemberg <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>KZV Bremen Bremen, Stadt Bremerhaven, Stadt</p>
<p>KZV Bayerns München, Stadt Regensburg, Stadt Erlangen, Stadt Fürth, Stadt Nürnberg, Stadt Würzburg, Stadt Augsburg, Stadt Ingolstadt, Stadt</p>	<p>KZV Hamburg Hamburg, Stadt</p>
<p>KZV Berlin Berlin, Stadt</p>	<p>KZV Hessen Darmstadt, Stadt Frankfurt/Main, Stadt Offenbach, Stadt Wiesbaden, Stadt Kassel, Stadt</p>
<p>KZV Brandenburg Cottbus, Stadt Potsdam, Stadt</p>	<p>KZV Mecklenburg-Vorpommern Rostock, Stadt</p>
	<p>KZV Niedersachsen Braunschweig, Stadt Göttingen, Stadt Salzgitter, Stadt Wolfsburg, Stadt Hannover, Stadt Oldenburg, Stadt Osnabrück, Stadt</p>

KZV Nordrhein

Düsseldorf, Stadt
Krefeld, Stadt
Remscheid, Stadt
Solingen, Stadt
Wuppertal, Stadt
Aachen, Stadt
Bonn, Stadt
Köln, Stadt
Leverkusen, Stadt

KZV Rheinland-PfalzRegionaldirektion Koblenz-Trier

Koblenz, Stadt

Regionaldirektion Pfalz

Kaiserslautern, Stadt
Ludwigshafen, Stadt

Regionaldirektion Rheinhessen

Mainz, Stadt

KZV Saarland

Stadtverband Saarbrücken

KZV Sachsen

Chemnitz, Stadt
Dresden, Stadt
Leipzig, Stadt

KZV Sachsen-Anhalt

Halle/Saale, Stadt
Magdeburg, Stadt

KZV Schleswig-Holstein

Kiel, Stadt
Lübeck, Stadt

KZV Thüringen

Erfurt, Stadt
Gera, Stadt
Jena, Stadt

KZV Westfalen-Lippe

Münster, Stadt
Bielefeld, Stadt