

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

**zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte:**

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

Vom 16. Juni 2016

## Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung .....	2
3. Würdigung der Stellungnahmen .....	6
3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V.....	6
3.2 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V.....	6
4. Bürokratiekostenermittlung.....	6
5. Verfahrensablauf .....	7
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	7

## **1. Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V Richtlinien über die vertragszahnärztliche Bedarfsplanung. Gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3a, Absatz 6 SGB V beschließt er allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Die Regelung des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V galt bis 31.12.2011 gem. § 101 Absatz 6 SGB V nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. Seit 01.01.2012 findet mit der Änderung des § 101 Absatz 6 SGB V durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Regelung des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V auch auf die vertragszahnärztliche Versorgung Anwendung.

Zur Umsetzung der Regelung von Kriterien zur Feststellung eines lokalen Sonderbedarfs gem. § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V in der zahnärztlichen Bedarfsplanungs-Richtlinie legt der Gemeinsame Bundesausschuss daher in § 6a (NEU) allgemeine Anforderungen fest, nach denen die Landesausschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können.

Ziel des § 6a (NEU) ist die ausnahmsweise Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs auf Grund des Bestehens von Versorgungslücken obwohl rein rechnerisch der Planungsbereich ausreichend versorgt ist. Die Absicht des Gesetzgebers war es dabei, mit dem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf das bestehende Instrumentarium zu ergänzen, um absehbare Versorgungsengpässe in ländlichen Gebieten, insbesondere der neuen Länder, beheben zu können.

Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung ist davon auszugehen, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nur in Ausnahmefällen in Frage kommt.

Denn eine heterogene Verteilung von Zahnärzten innerhalb eines Planungsbereiches begründet allein keinen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf.

Dies gilt auch für die Verteilung der unterschiedlichen Fachgruppen oder Schwerpunkte innerhalb einer gemeinsamen bedarfsplanerischen Zahnarztgruppe (Zahnärzte, Kieferorthopäden). Dennoch soll auch hier in den erforderlichen Einzelfällen die Möglichkeit bestehen, den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf als Instrument zur Verbesserung der Versorgung einzusetzen.

### **Absatz 1**

Der jeweilige Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereiches in der vertragszahnärztlichen Versorgung feststellen auch wenn in diesem Planungsbereich keine Unterversorgung im Sinne des § 6 Abs. 1 vorliegt. Die Prüfung auf das Vorliegen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes wird dabei auf Veranlassung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen angestoßen. Anpassungen auf Grundlage des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 12 Absatz 3 Satz 2 Zahnärzte-

ZV sind bei Entscheidungen nach § 6a zu berücksichtigen. Die mehrfache Anwendung desselben Kriteriums ist zu vermeiden und bei Verwendung in jedem Fall besonders zu begründen.

## **Absatz 2**

Der Landesausschuss hat zunächst nach Abs. 2 die Bezugsregion festzulegen, für die die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erfolgen soll. Hierbei kann der Landesausschuss als Bezugsregion je nach Versorgungsebene zum Beispiel Kreise, Mittelbereiche, Gemeindeverbände oder andere Bezugsregionen festlegen. Voraussetzung für die Bestimmung einer Bezugsregion ist weiterhin, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden und damit ein wirtschaftlicher Praxisbetrieb wahrscheinlich ist. Um eine sachgerechte Größe der Bezugsregion zu erreichen, soll dabei insbesondere die Verhältniszahl als Anhaltspunkt dienen. Sie stellen für diese Fragestellung einen belastbaren Anhaltspunkt dar, welche Bevölkerungsanzahl versorgt wird. Die Bezugsregionen sollten angemessen groß sein. Bei der Bildung der Bezugsregionen sind deren Struktur (z.B. ländliche Streusiedlung), deren Verkehrsanbindung (z.B. Busanbindung zum Mittelzentrum) und deren Lage (z.B. im Einzugsbereich einer Großstadt) oder besonderen Versorgungsstrukturen (z.B. zahnmedizinische Hochschulambulanzen) zu berücksichtigen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Bezugsregion für die jeweilige Fragestellung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes eine ausreichende Relevanz besitzt. Eine heterogene Verteilung von Zahnärzten innerhalb eines Planungsbereiches allein begründet i.d.R. keinen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf. Kleinere Regionen mit geringer Bevölkerungszahl können für die Prüfung auf lokalen Versorgungsbedarf dennoch in Betracht kommen, z.B. wenn dies aufgrund einer besonderen geografischen Lage oder aufgrund besonderer Versorgungskonstellationen sachgerecht erscheint. Der Versorgungsbeitrag, der in einer Region bereits tätigen Zahnärzte, ist ein wichtiger Indikator zur Beurteilung der regionalen Versorgungssituation und kann beispielsweise anhand der Fallzahlen und des Leistungsbedarfs überprüft werden. Beispielsweise können in schlecht versorgten Regionen, in denen wenige Zahnärzte die Versorgung sicherstellen, überdurchschnittliche Fallzahlen oder ein überdurchschnittlicher Leistungsbedarf Anhaltspunkt für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein.

## **Absatz 3**

Nachdem mit dem in Absatz 2 geregelten Verfahren die Bezugsregion abgegrenzt wurde, legt Absatz 3 fest, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf zu prüfen ist, soweit in der Bezugsregion die Kriterien für die Feststellung auf Unterversorgung nach § 6 Absatz 1 erfüllt sind.

Wenn also in der Bezugsregion Unterversorgung festgestellt wird, ist in jedem Fall auf Basis der Kriterien des Absatzes 4 auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu prüfen.

Durch den Verweis auf § 6 Abs. 1 findet das dort geregelte Verfahren zur Beurteilung von Unterversorgung entsprechende Anwendung.

#### **Absatz 4**

Die Regelungen in Absatz 4 finden Anwendung, wenn die Kriterien nach Absatz 3 nicht erfüllt sind. Auf Veranlassung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen kann eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der zahnärztlichen Versorgung in der Bezugsregion auch dann vorgenommen werden, wenn die Kriterien der Unterversorgung nach § 6 Abs. 1 in der Bezugsregion nicht erfüllt sind. Dies trifft insbesondere auf Konstellationen zu, in denen sich der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf z.B. nur auf eine bestimmte Leistung bezieht und nicht das komplette Leistungsspektrum einer Zahnarztgruppe umfasst. Da für ausgewählte Behandlungsspektren einer Zahnarztgruppe keine Verhältniszahl vorliegt, kann auch keine Prüfung der Kriterien auf Unterversorgung nach § 6 Abs. 1 erfolgen. Der Absatz 4 lässt in solchen Fällen einen etwas längeren Zeitraum für die Prüfung zu, die innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen hat.

#### **Absatz 5**

In Absatz 5 werden die Kriterien, die zur Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs insbesondere herangezogen werden, definiert. Dadurch wird klargestellt, dass Faktoren wie z.B. die Morbidität, sofern belastbare Zahlen vorliegen, soziodemografische Faktoren oder infrastrukturelle Besonderheiten Ursache für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein können.

Bei der Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sind alle Kriterien nach Absatz 5 zu prüfen. Dabei kann es allerdings auch Ergebnis der Prüfung sein, dass bestimmte Kriterien für den jeweils zu prüfenden Einzelfall des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs keine Rolle spielen. Weitere Kriterien können hinzugezogen werden. Die Kriterien sind dabei flexibel gewählt, um den Landesausschüssen einen ausreichend großen Spielraum für die Festlegung von regional bedeutsamen Kriterien zu geben.

Im Folgenden werden einige Beispiele genannt, um darzustellen, wie die Kriterien ausgestaltet werden könnten:

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen), und die regionale Morbidität, sofern hierzu entsprechend belastbare und insbesondere auch auf lokaler Ebene verlässlich erfass- und messbare Daten verfügbar sind,
2. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
3. die Versorgungsstrukturen (Berücksichtigung spezieller zahnärztlicher Tätigkeitsgebiete, Altersstruktur inklusive des Abgabealters und der zu erwartenden Neuzugänge),
4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randalagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten), sowie
5. infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/ Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragszahnarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

Die Prüfung auf das Vorliegen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes anhand der genannten Kriterien kann vor dem Hintergrund von bestimmten Versorgungskonstellationen erfolgen, die für die Anwendung dieser Maßnahme besonders geeignet erscheinen. Diese sind im zweiten Teil des Absatzes 5 beispielhaft dargestellt. Dadurch wird das mögliche Anwendungsspektrum des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs beschrieben. Die Aufzählung ist dabei nicht abschließend. Sie soll dem Landesausschuss lediglich als Orientierung und Unterstützung, sowie als Hilfestellung bei möglicherweise notwendigen Priorisierungen von verschiedenen förderungswürdigen Sachverhalten dienen. So soll der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf vorrangig eingesetzt werden, um die Versorgungssituation in Planungsbereichen zu verbessern, die noch nicht von Überversorgung betroffen sind. Ziel kann die gezielte Niederlassungsförderung in Gebieten sein, die davon unter Versorgungsgesichtspunkten in besonderem Maße profitieren würden. In schlecht versorgten Regionen für die eine Unterversorgung nach Abs. 2 festgestellt wurde, kann die Versorgung ggf. bereits dadurch verbessert werden, dass ein bereits niedergelassener Vertragszahnarzt eine Zweigpraxis gründet und dadurch tageweise eine Versorgung gewährleistet.

#### **Absatz 6**

Der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf ist ein Instrument, um in einer begrenzten Zahl von regionalen Einzelfällen gewünschte Versorgungsstrukturen zu fördern und/oder zu unterstützen. Sobald er als generelles Instrument in einer Vielzahl von Fällen zu Anwendung kommt, ist das mit ihm verbundene Ziel der Feinsteuerung nicht mehr zu erreichen.

Relative Attraktivitätssteigerungen von bedürftigen Regionen können keine Wirkung entfalten, wenn eine Vielzahl von Regionen dieselbe Attraktivitätssteigerung erfahren würden. Vor diesem Hintergrund wird in Absatz 6 der Umfang des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs klar begrenzt. Die Feststellung auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf darf sich in ihrer Summe auf maximal 5 % der Zahnärzte oder Kieferorthopäden in einer KZV-Region beziehen. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Häufigkeiten von Feststellungen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und der zu erwartenden Notwendigkeiten regionaler Steuerung bewertet der G-BA einen Grenzwert in Höhe von 5% als sachgerecht.

Die Regelung zwingt den Landesausschuss in bestimmten Fällen, zwischen unterschiedlichen Bezugsregionen und Versorgungskonstellationen zu priorisieren und ggf. bestehende Feststellungen nach § 6a zugunsten neuer Feststellungen aufzuheben.

Diese Priorisierung kann beispielsweise auf Grundlage einer Bewertung der Versorgungslage in den Bezugsregionen erfolgen oder sich auf Regionen konzentrieren, in denen der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der Konstellationen nach Absatz 6 ein erfolgversprechendes Instrument darstellt. Generell soll so sichergestellt werden, dass der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf ein Instrument für Sondersituationen bleibt. Wenn der Landesausschuss allgemeine Verwerfungen in der Versorgungslandschaft von großen Teilen der KZV Regionen beobachtet, sollten eher systematische Abweichungen gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 12 Absatz 3 Satz 2 Zahnärzte-ZV vereinbart werden.

## **Absatz 7**

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass auch beim zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf die Transparenz der Beschlüsse und Entscheidungen des Landesausschusses gewährleistet sein soll.

## **Absatz 8**

Der Absatz 8 stellt klar, dass der jeweilige Landesausschuss seine Entscheidungen nach Absatz 1 in regelmäßigen Zeitabständen zu überprüfen hat, um ggf. auf Änderungen zu reagieren und um sicherzustellen, dass die Voraussetzungen seiner Entscheidungen fortbestehen. Insbesondere hat der Landesausschuss bei jeder Zulassung, die mit einer nach Absatz 1 positiv beschiedenen Bezugsregion in Zusammenhang steht, anlassbezogen zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Entscheidungen nach Absatz 1 weiterhin vorliegen. Je nach Versorgungskonstellation und -ziel kann der Landesausschuss die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes auch von vornherein befristen. Insgesamt soll gewährleistet werden, dass die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der zur Verbesserung der Versorgung eingesetzten Instrumente sichergestellt wird.

## **3. Würdigung der Stellungnahmen**

### **3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V**

Das gesetzlich vorgesehene Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V wurde in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA durchgeführt. Das Stellungnahmeverfahren wurde am 11. März 2016 eingeleitet. Fristende war der 28. April 2016.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat mit Schreiben vom 28. April 2016 auf eine Stellungnahme verzichtet.

### **3.2 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V**

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V in Verbindung mit 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der VerfO ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Die BZÄK hat als einzige stellungnahmeberechtigte Organisation keine schriftliche Stellungnahme abgegeben und hat zudem auf die mündliche Stellungnahme bzw. Anhörung verzichtet (siehe Anlage 3).

## **4. Bürokratiekostenermittlung**

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne Anlage II zum 1. Kapitel der VerfO. Daher entstehen auch keine Bürokratiekosten.

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
11.03.2016	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
11.03.2016	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
13.05.2016	UA BPL	Auswertung der Stellungnahme bzw. Kenntnisnahme Verzicht
13.05.2016	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li> <li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)</li> </ul>
16.06.2016	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit/ <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 16. Juni 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Das Stellungnahmeverfahren ist in folgenden Anlagen dokumentiert:

- Anlage 1      Beschlussentwurf zur Änderung der BPL-RL ZÄ: § 6a (NEU) Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)
- Anlage 2      Tragende Gründe zum Beschlussentwurf
- Anlage 3      Schreiben der BZÄK zum Verzicht auf schriftliche und mündliche Stellungnahme