

Stand: 24.03.2016

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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 TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte) in der Fassung vom 14. August 2007 (BAnz. Nr. 185 S. 7673 vom 2. Oktober 2007), zuletzt geändert am 17. Juni 2010 (BAnz. Nr. 136 S. 3098 vom 9. September 2010), wie folgt zu ändern:

I. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 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 Landesverbandes 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 i.V.m. § 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 seines Planungsbereiches 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

KZBV	GKV-SV
und ein wirtschaftlicher Praxisbetrieb wahrscheinlich ist.	[keine Ergänzung]

³Dabei sollte die jeweilige Verhältniszahl des Planungsbereichs als Anhaltspunkt dienen.

⁴Darüber hinaus kann bei der Festlegung der Bezugsregion

KZBV	GKV-SV
Art und Umfang des Versorgungsbeitrags	der Versorgungsbeitrag

der dort bereits tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte berücksichtigt werden.

(3) ¹Der 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.

KZBV	GKV-SV
² 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 der Unterversorgung nach § 6 in der Bezugsregion nicht erfüllt sind. ³ Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist durchzuführen, der Zeitraum von 6 Monaten soll nicht überschritten werden.	(4) ¹ 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. ² Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist durchzuführen, der Zeitraum von 6 Monaten soll nicht überschritten werden

(4 KZBV/5 GKV-SV) ¹Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

KZBV	GKV-SV
1. die regionale Demografie sowie die Morbidität, sofern hierzu entsprechend belastbare Daten verfügbar sind,	1. die regionale Demografie und die Morbidität, sofern 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 Leistungsumfangs, der durch die vorhandenen Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Bezugsregion nach Absatz 2 erbracht wird.

GKV-SV

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

(5 KZBV/ 7 GKV-SV) ¹Der Landesausschuss begründet seine Feststellungen und gibt diese bekannt. ²Die Feststellung des Vorliegens eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist im Bedarfsplan zeitnah auszuweisen.

(6 KZBV/ 8 GKV-SV) 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.“

- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

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 TT. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Würdigung der Stellungnahmen	8
4. Bürokratiekostenermittlung.....	8
5. Verfahrensablauf	8
6. Dokumentation des Stellungsverfahren.....	9

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 zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs 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.

GKV-SV

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

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

Dies gilt auch für die Verteilung der unterschiedlichen Fachgruppen oder Schwerpunkte innerhalb einer gemeinsamen bedarfsplanerischen Arztgruppe. 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 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

KZBV	GKV-SV
<p>Der Landesausschuss hat zunächst nach Absatz 2 die Bezugsregion festzulegen, für die die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erfolgen soll. Hierbei kann der Landesausschuss als Bezugsregion 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 ist und damit ein wirtschaftlicher Praxisbetrieb wahrscheinlich ist. Um eine sachgerechte Größe der Bezugsregion zu erreichen, soll dabei insbesondere die jeweilige Verhältniszahl als Anhaltspunkt dienen. Sie stellen für diese Fragestellung einen belastbaren Anhaltspunkt dar, welche Bevölkerungsanzahl versorgt wird. Beispielsweise können in weniger versorgten Regionen, in denen wenige Zahnärzte die Versorgung sicherstellen, überdurchschnittliche Fallzahlen oder ein überdurchschnittlicher Leistungsbedarf Anhaltspunkt für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein.</p>	<p>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 ist. Um eine sachgerechte Größe der Bezugsregion zu erreichen, soll dabei insbesondere die Verhältniszahl der betreffenden Arztgruppe als Anhaltspunkt dienen. Sie stellen für diese Fragestellung einen belastbaren Anhaltspunkt dar, welche Bevölkerungsanzahl versorgt wird. Zum Beispiel könnte für bestimmte Versorgungskonstellationen im Bereich der die versorgungsrelevante Bevölkerungszahl auch das Dreifache der betreffenden Verhältniszahl betragen. 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. Praxisnetze gemäß § 87b SGB V) zu berücksichtigen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Bezugsregion für die jeweilige Fragestellung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes eine ausreichende Relevanz besitzt. Die in der Richtlinie festgelegten Planungsbereiche sind grundsätzlich sachgerecht und tragen den Versorgungsbeziehungen ausreichend Rechnung. Eine heterogene Verteilung von Ärzten innerhalb eines Planungsbereiches allein begründet i.d.R. keinen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf. Dies gilt auch für die Verteilung der unterschiedlichen Fachgruppen oder Schwerpunkte innerhalb einer gemeinsamen bedarfsplanerischen Arztgruppe. Kleinere Regionen mit geringer Bevölkerungszahl können für die Prüfung auf lokalen Versorgungsbedarf dennoch in Betracht kommen, z.B. wenn dies aufgrund</p>

	<p>einer besonderen geografischen Lage oder aufgrund besonderer Versorgungskonstellationen sachgerecht erscheint. Der Versorgungsbeitrag, der in einer Region bereits tätigen Ärzte, 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 Ärzte die Versorgung sicherstellen, überdurchschnittliche Fallzahlen oder ein überdurchschnittlicher Leistungsbedarf Anhaltspunkt für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein.</p>
--	---

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 findet das dort geregelte Verfahren zur Beurteilung von Unterversorgung entsprechende Anwendung.

KZBV	GKV-SV
<p>Darüber hinaus kann auf Veranlassung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen 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 in der Bezugsregion nicht erfüllt sind. Um eine sachgerechte Prüfung und Entscheidung zu gewährleisten, ist diese Prüfung in angemessener Frist durchzuführen, welche sechs Monate nicht überschreiten sollte.</p>	<p>Absatz 4</p> <p>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 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 Spektrum einer Arztgruppe umfasst. Da für ausgewählte Behandlungsspektren einer Arztgruppe keine Verhältniszahl vorliegt, kann auch keine Prüfung der Kriterien auf Unterversorgung nach § 29 erfolgen. Der Absatz 4 lässt in solchen Fällen einen etwas längeren Zeitraum für die Prüfung zu, die</p>

	innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen hat.
--	--

KZBV	GKV-SV
<p>Absatz 4</p> <p>Die Kriterien zur Prüfung des lokalen Versorgungsbedarfs in § 6a Absatz 4 Satz 1 Nr. 1-5 sind grundsätzlich aus § 35 der ärztlichen Bedarfsplanungs-Richtlinie übernommen. Diese Kriterien geben den Landesausschüssen der Zahnärzten und Krankenkassen Kriterien an die Hand, um flexibel die jeweils vorherrschenden lokalen Besonderheiten berücksichtigen zu können. Im Einzelnen sind dies:</p> <p>1. die regionale Demografie sowie die Morbidität, sofern hierzu entsprechend belastbare Daten verfügbar sind</p> <p>Berücksichtigt werden kann hierdurch ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen.</p> <p>2. sozioökonomische Faktoren</p> <p>z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf</p> <p>3. Versorgungsstrukturen</p> <p>Berücksichtigung spezieller zahnärztlicher Tätigkeitsgebiete, Altersstruktur inklusive des Abgabealters und der zu erwartenden Neuzugänge</p> <p>4. räumliche Faktoren</p> <p>z. B. Erreichbarkeit und Entfernung von vorhandenen Praxen, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten</p> <p>5. infrastrukturelle Besonderheiten</p> <p>u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/ Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Zahnarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche ggf. unter</p>	<p>Absatz 5</p> <p>In Absatz 5 werden die Kriterien, die zur Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs herangezogen werden, klar gefasst. Dadurch wird klargestellt, dass Faktoren wie z.B. die Morbidität, soziodemografische Faktoren oder infrastrukturelle Besonderheiten Ursache für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein können.</p> <p>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. Beispielsweise: Wenn die erhöhte Morbidität einer Bevölkerung innerhalb einer Bezugsregion Grundlage eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist, müssen nicht auch zwingend infrastrukturelle Besonderheiten vorliegen. Gleichwohl ist zu prüfen, ob diese für den jeweiligen zusätzlichen Versorgungsbedarf von Relevanz sind. 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.</p> <p>Im Folgenden werden einige Beispiele genannt, um darzustellen, wie die Kriterien ausgestaltet werden könnten:</p> <p>1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen), und die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),</p> <p>2. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),</p> <p>3. die Versorgungsstrukturen (bei Angehörigen der Arztgruppe deren Tätigkeitsgebiet, Altersstruktur inklusive des Abgabealters und der zu erwartenden Neuzugänge),</p>

KZBV	GKV-SV
<p>Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.</p> <p>Das Prüfkriterium der regionalen Morbidität kommt nur zur Anwendung, wenn für die diesem Kriterium zugrundeliegenden auffälligen Prävalenz- oder Inzidenzraten lokal verlässliche Daten verfügbar sind. Die Aufzählung des § 6a Absatz 4 Satz 1 Nr. 1-5 ist nicht abschließend. Den Landesausschüssen ist es also möglich, neben den in § 6a Absatz 4 Satz 1 Nr. 1-5 genannten Kriterien auch weitere oder andere Kriterien ihrer Entscheidung zugrunde zulegen, sollte dies notwendig sein.</p> <p>Den Landesausschüssen obliegt die Entscheidung, anhand welcher Kriterien sie eine Entscheidung zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs treffen. Die zu dieser Entscheidung notwendigen Daten beziehen sich dabei auf die jeweilige regionale Struktur, die naturgemäß je nach räumlichem Bezugfeld abweichen kann und auch weitere, über die in der Richtlinie geregelten hinausgehende Kriterien berücksichtigen kann.</p>	<p>4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten), sowie</p> <p>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.).</p> <p>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 Vertragsarzt eine Zweigpraxis gründet und dadurch tageweise eine Versorgung gewährleistet.</p>
<p><i>[keine Ergänzung]</i></p>	<p>Absatz 6</p> <p>Der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf ist ein Instrument, um in einer begrenzten Zahl</p>

KZBV	GKV-SV
	<p>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.</p> <p>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 Ärzte einer Arztgruppe einer KV-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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

KZBV	GKV-SV
Absatz 5	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 6	Absatz 8
Absatz 6	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

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]

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</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
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<i>Anhörung</i>
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe)
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
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 TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft
der Deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Berlin
BLZ 100 906 03
Kto.-Nr. 0 001 088 769

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

per E-Mail an: bedarfsplanung@g-ba.de

Ihre Nachricht vom
31.03.2016

Durchwahl
-140

Datum
28. April 2016

Stellungnahmerecht gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

hier: Änderung der Bedarfsplanung-Richtlinie Zahnärzte (BPL-RL ZÄ): § 6 (NEU) Voraussetzungen für die Feststellung eines zahnärztlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V)

Sehr geehrter Herr Hollstein,

die Bundeszahnärztekammer setzt sich für eine wohnortnahe und flächendeckende zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung durch freiberuflich tätige, niedergelassene Zahnärzte ein.

Mangels Zuständigkeit für die Bedarfsplanung sieht die Bundeszahnärztekammer von einer dezidierten Stellungnahme zu den geplanten Richtlinienänderungen ab.

Auf die Möglichkeit einer ergänzenden mündlichen Erörterung wird verzichtet.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Ass. jur. Sven Tschoepe, LL.M.
Leiter Abt. Versorgung und Qualität