

# **Richtlinie**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses**

### **über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung**

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

vom 12. März 1993,  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 1999, S. 19 721  
in Kraft getreten am 9. Dezember 1999

zuletzt geändert am 14. Oktober 2005,  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 14 08  
in Kraft getreten am 4. März 2006

Diese Richtlinien-Verschrift ist nicht mehr in Kraft.

## **A. Allgemeines**

1. Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 9 und § 101 SGB V dienen 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.

Die Richtlinien gewährleisten einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren über die

Festsetzung der Planungsbereiche (Abschnitt B),

Feststellung des Standes der zahnärztlichen Versorgung (Abschnitt C),

Ermittlung und Beurteilung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades in der zahnärztlichen Versorgung (Abschnitt D),

Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Unterversorgung oder einer unmittelbar drohenden Unterversorgung (Abschnitt E),

Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Überversorgung (Abschnitt F),

Gemeinsame Berufsausübung in einer Gemeinschaftspraxis und Beschäftigung von angestellten Zahnärzten (Abschnitt G)

und die

Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätigen Zahnärzte bei der Bedarfsplanung (Abschnitt H).

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 bzw. Überversorgung enthalten.

## **B. Festsetzung der Planungsbereiche**

1. Im Rahmen des für den Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder im Falle des § 12 Abs. 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. Die regionalen Planungsbereiche sollen den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder Kreisregionen in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung entsprechen. Bei der Abgrenzung sind Abweichungen zulässig.

Es sind Planungsbereiche für die zahnärztliche Versorgung und für die kieferorthopädische Versorgung zu bilden.

2. Die kleinste Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die zahnärztliche Versorgung. Bei seiner Festsetzung ist von der kommunalen Gliederung auszugehen. Die Untergliederung von Gemeinden, insbesondere von Großstädten, ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Nummer 4 gestellten Anforderung notwendig machen. Eine Zusammenfassung von Gemeinden ist möglich, soweit die in Nummer 4 gestellte Anforderung nicht beeinträchtigt wird.
3. Die nächst größere Planungseinheit innerhalb des Bereiches einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist der Planungsbereich für die kieferorthopädische Versorgung. Im Regelfall umfasst er den Bereich eines Stadt- oder Landkreises. Eine weitere Untergliederung ist angezeigt, wenn die örtlichen Verhältnisse dies unter Berücksichtigung der in Nummer 4 gestellten Anforderung notwendig machen. 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 Nummern 2 und 3 ist zu berücksichtigen, dass die zahnärztliche Praxis oder das medizinische Versorgungszentrum für den Patienten in zumutbarer Entfernung liegt.

### **C. 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.

### **D. Ermittlung und Beurteilung des Bedarfs an zahnärztlicher Versorgung**

1. Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist von Verhältniszahlen auszugehen. Sie werden getrennt für die zahnärztliche und für die kieferorthopädische Versorgung festgelegt. Zu diesem Zweck wird die Zahl der Einwohner durch die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte bzw. der Kieferorthopäden geteilt. Bei der Festlegung der Verhältniszahlen

für die kieferorthopädische Versorgung wird berücksichtigt, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der Versorgung teilhaben. Halbtags beschäftigte angestellte Zahnärzte werden mit dem Faktor 0,5 angesetzt. Dabei kann auch eine von dem Berechnungsergebnis abweichende Verhältniszahl festgesetzt werden, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten dies erfordert.

Soweit es für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, können für verschiedene Regionen der Bundesrepublik unterschiedliche Verhältniszahlen festgesetzt werden. Dabei sollen die Morbidität, die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie die Ziele und Erfordernisse der Raumplanung berücksichtigt werden. 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.

Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wird unter Beachtung von § 101 Satz 3 SGB V erstmals vom Stand vom 31.12.90 ausgegangen. Die Verhältniszahlen werden im Abstand von höchstens drei Jahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft. Dabei ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen und der Zahnärztezahlen zu berücksichtigen.

2. Entsprechend Abschnitt D1 werden für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung folgende Verhältniszahlen festgelegt:
  - 2.1 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.
  - 2.2 Für die neuen Bundesländer werden die Verhältniszahlen nach D 2.1 bis zum 31. 12. 93 um 100 auf 1:1.180 bzw. 1:1.580 abgesenkt.
3. Entsprechend Abschnitt D1 wird für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:16.000 festgelegt.  
Zur Beurteilung des Standes der kieferorthopädischen Versorgung in einem Planungsbereich ist festzustellen, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teilhaben. Dabei ist der Leistungsanteil der allgemein tätigen Zahnärzte an der Zahl der abgerechneten Fälle des III. Quartals eines jeden Jahres zu ermitteln. Der Versorgungsgrad wird in diesem Falle in entsprechender Anwendung der Nummer 1 errechnet (Planungsblatt C).
4. Für die Beurteilung des sich unter Anwendung der Verhältniszahl ergebenden Versorgungsgrades sind nach Maßgabe der Planungsblätter insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:
  - 4.1 auf Seiten der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte: deren Tätigkeitsgebiet, Alters- und Organisationsstruktur (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, medizinisches Versorgungszentrum) sowie die Anzahl der angestellten Zahnärzte;

- 4.2 auf Seiten der Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der zahnärztlichen Leistungen.
5. Zur Feststellung des Versorgungsgrades sind zum 31. Dezember eines jeden Jahres unter Zugrundelegung der Übersichten des Abschnitts C für jeden Planungsbereich  
Bedarfspläne a) für die zahnärztliche Versorgung,  
Bedarfspläne b) für die kieferorthopädische Versorgung  
zu erstellen.  
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.
6. Auf Grund der in den Planungsblättern enthaltenen Daten ist einmal jährlich ein Bedarfsplan für den Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder im Falle des § 12 Abs. 2 ZV-Z für den Bereich mehrerer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen.

#### **E. Kriterien und Verfahren zur Feststellung einer eingetretenen oder drohenden zahnärztlichen Unterversorgung**

1. 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. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet.  
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. Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung im Sinne der Nummer 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. Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist, die zwei Monate nicht überschreiten darf, durchzuführen.  
Ergibt die Prüfung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung, für einen Landesverband der Krankenkassen oder einen Verband der Ersatzkassen, dass

nach den unter Nummer 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. Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Gebiet eine zahnärztliche Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht. Die Prüfung, ob die unter Nummer 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. 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.

#### **F. Feststellung und Beurteilung einer zahnärztlichen Überversorgung**

1. Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (Verhältniszahlen gem. Abschnitt D 2 und 3 dieser Richtlinien) um 10 v. H. überschritten ist. Die Feststellung, ob eine Überversorgung vorliegt, obliegt dem Landesausschuss gem. 16 b Abs. 1 ZV-Z. Abschnitt E 3 gilt entsprechend.
2. Der Zulassungsausschuss kann in Planungsbereichen, für die eine Überversorgung festgestellt worden ist, zusätzliche Vertragszahnarztsitze besetzen, soweit diese entweder zur Wahrung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung unerlässlich sind oder soweit ein lokaler Versorgungsbedarf in Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises nachgewiesen ist. Das gilt entsprechend für die Genehmigung der gemeinsamen Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit gem. § 33 Abs. 2 ZV-Z sowie für die Genehmigung als angestellter Zahnarzt gem. § 32 b ZV-Z. Zusätzliche Vertragszahnarztsitze sind insbesondere dann unerlässlich, wenn die Bewerber über Qualifikationen in bestimmten Tätigkeitsbereichen verfügen, die für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten erforderlich sind. Das ist der Fall, wenn der Bewerber um den Vertragszahnarzt-sitz Qualifikationen aufweist, die in dem betreffenden Planungsbereich nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Zulassungen wegen lokalen Sonderbedarfs nach Satz 1, 2. Alt. sind an den Ort der Niederlassung gebunden.

3. Kommt der Landesausschuss nach einer erstmaligen Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis Überversorgung eingetreten ist. Die Auflage hat ferner die Bestimmung zu enthalten, dass über die Anträge nach Maßgabe der Reihenfolge ihres Einganges beim Zulassungsausschuss zu entscheiden ist.

#### **G. Gemeinsame Berufsausübung in einer Gemeinschaftspraxis und Beschäftigung von angestellten Zahnärzten**

1. Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss einen Zahnarzt in einem Planungsbereich, für dessen Fachgebiet Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Zahnarzt (Vertragszahnarzt) in einer Gemeinschaftspraxis mit den Rechtswirkungen des § 101 Abs. 3 SGB V zuzulassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
  - 1.1 Der antragstellende Zahnarzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung.
  - 1.2 Der schriftliche Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung in einer Gemeinschaftspraxis gemäß § 33 Abs. 2 ZV-Z ist vorzulegen.
  - 1.3 Der antragstellende Zahnarzt sowie bei Gemeinschaftspraxen auch die übrigen zugelassenen Praxisinhaber geben gegenüber dem Zulassungsausschuss eine schriftliche Erklärung zur Leistungsmengenbegrenzung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V nach näherer Maßgabe von Nummer 4 ab.
  - 1.4 Ist der Vertragszahnarzt allgemein zahnärztlich tätig, so kann der antragstellende Zahnarzt nur zur allgemein zahnärztlichen Tätigkeit zugelassen werden. Zur allgemein zahnärztlichen Tätigkeit gehört auch die Tätigkeit auf dem Weiterbildungsgebiet der zahnärztlichen Chirurgie (Oralchirurgie) und gegebenenfalls der Parodontologie. Ist der Vertragszahnarzt zur kieferorthopädischen Versorgung zugelassen, so kann der antragstellende Zahnarzt nur zur kieferorthopädischen Versorgung zugelassen werden.
2. Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss einem Vertragszahnarzt die Genehmigung zur Beschäftigung eines ganztags beschäftigten Zahnarztes oder bis zu zwei halbtags beschäftigten Zahnärzten als angestellte Zahnärzte im Sinne von § 32 b ZV-Z zu erteilen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
  - 2.1 Der Antrag des Vertragszahnarztes sowie der Anstellungsvertrag erfüllen die Voraussetzungen des § 32 b ZV-Z.
  - 2.2 Der schriftliche Arbeitsvertrag über die Beschäftigung als angestellter Zahnarzt ist vorzulegen.

- 2.3 Der anstellende Vertragszahnarzt gibt gegenüber dem Zulassungsausschuss eine schriftliche Erklärung zur Leistungsmengenbegrenzung gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V nach näherer Maßgabe von Nummer 4 ab.
- 2.4 Ist der Vertragszahnarzt allgemein zahnärztlich tätig, so kann der ganz- oder halbtags beschäftigte Zahnarzt nur allgemein zahnärztlich angestellt werden. Ist der Vertragszahnarzt zur kieferorthopädischen Versorgung zugelassen, so kann der ganz- oder halbtags beschäftigte Zahnarzt nur kieferorthopädisch angestellt werden.
3. Nummern 1.4 und 2.4 finden nur Anwendung, wenn alle Vertragszahnärzte einer Gemeinschaftspraxis entweder zur allgemein zahnärztlichen Tätigkeit oder zur kieferorthopädischen Tätigkeit zugelassen sind.
4. Vor der Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bzw. der Genehmigung der Anstellung haben die in der Praxis bereits tätigen Vertragszahnärzte bzw. der anstellende Vertragszahnarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss eine schriftliche Verpflichtungserklärung abzugeben, dass sie während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller bzw. während der Anstellung des Zahnarztes den bisherigen Leistungsumfang nicht wesentlich überschreiten werden und die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen vom Zulassungsausschuss festgelegten Leistungsbeschränkungen anerkennen. Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des antragstellenden Zahnarztes bzw. der Genehmigung der Anstellung des Zahnarztes als Auflage zu verbinden.
5. Vor der Zulassung bzw. der Genehmigung der Anstellung legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs das Gesamtpunktzahlvolumen fest, das bei der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen durch den Vertragszahnarzt nach der Bildung bzw. Erweiterung der Gemeinschaftspraxis bzw. der Anstellung des Zahnarztes als Leistungsbegrenzung maßgeblich ist und nicht wesentlich überschritten werden darf (Obergrenze). Der Festsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens sind die Abrechnungen zugrunde zu legen, die in den letzten vier abgerechneten Quartalen über die KZV vorgenommen worden sind. Der Zulassungsausschuss legt fest, welche Quartale herangezogen werden. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und bei kieferorthopädischer Behandlung sind jeweils die vollen Punktzahlen der abgerechneten Leistungen zugrunde zu legen. Die im entsprechenden Vergleichszeitraum vom Vertragszahnarzt abgerechneten Punkte dürfen das festgesetzte Gesamtpunktzahlvolumen um nicht mehr als 3 % v. H. überschreiten. Außergewöhnliche Entwicklungen im Vergleichszeitraum werden gemäß Nummer 6 berücksichtigt. Der Zulassungsausschuss trifft seine Feststellungen auf der Grundlage der ihm durch die KZV übermittelten Angaben. Das Gesamtpunktzahlvolumen wird durch die KZV nach näherer Maßgabe der Nummer 7 angepasst.

*Protokollnotiz:*

*Durch die Einführung des befundbezogenen Festzuschusssystemes zum 1. Januar 2005 bleiben bei der Bestimmung des Gesamtpunktzahlvolumens die Punktzahlen für prothetische Leistungen unberücksichtigt.*

6. Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragszahnarztes ein Vergleich über vier Quartale nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Gesamtpunktzahlvolumen nach Maßgabe des Durchschnitts der von den allgemein tätigen Zahnärzten bzw. der Kieferorthopäden im KZV-Bereich abgerechneten Gesamtpunktzahlvolumina als Obergrenze fest. Bei längeren Unterbrechungen (wie z. B. Krankheit, Schwangerschaft, Betreuung und Erziehung von Kindern) kann der Zulassungsausschuss das Gesamtpunktzahlvolumen nach Maßgabe der von dem Vertragszahnarzt in den zuletzt abgerechneten vier Quartalen vor der Unterbrechung abgerechneten Gesamtpunkte als Obergrenze festlegen.  
Soll der antragstellende bzw. der zu beschäftigende Zahnarzt in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so erfolgt die Berechnung des Gesamtpunktzahlvolumens auf der Grundlage des Punktzahlvolumens, das im Vergleichszeitraum durchschnittlich auf jeden der schon bisher tätigen Partner der Gemeinschaftspraxis entfallen ist. Im übrigen ist der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des antragstellenden bzw. zu beschäftigenden Zahnarztes zu bestimmen.
7. Auf Antrag des Vertragszahnarztes ist das Gesamtpunktzahlvolumen neu zu bestimmen, wenn Änderungen des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen oder vertragliche Vereinbarungen bzw. gesetzliche Bestimmungen Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. Die KZVen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können eine Neufestsetzung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine Veränderung bewirken und die Beibehaltung des durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumens eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung oder Benachteiligung darstellen würde.
8. Die zugelassenen bzw. genehmigten Zahnärzte werden für die Dauer ihrer Beschäftigung sowie nach Maßgabe von § 101 Abs. 3 SGB V nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.
9. Eine vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Zahnarzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erneut einen Zahnarzt anstellt. Ist für den Vertragszahnarzt aufgrund von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V nach Aufnahme eines weiteren Vertragszahnarztes im Rahmen einer ausnahmsweisen Gemeinschaftspraxisbildung bereits eine Leistungsbeschränkung durch den Zulassungsausschuss festgelegt worden, so darf diese im Falle der Anstellung von Zahnärzten – auch hinsichtlich entsprechender Anteile bei Anstellung eines Zahnarztes – nicht erweitert werden.
10. Übergangsregelung  
Die erstmaligen Festlegungen der Obergrenzen gemäß Nummer 5, die bis zum 30.06.2000 erfolgen, sind vorläufig. Bei ihnen werden die durchschnittlichen Gesamtpunktzahlvolumina aller Zahnärzte zugrunde gelegt.  
Bei der erstmaligen Festlegung der Obergrenzen, die bis zum 31.12.1999 erfolgen, werden die Abrechnungen für das 1. Halbjahr 1999 verdoppelt.

Bei der erstmaligen Festlegung der Obergrenzen, die bis zum 31.03.2000 erfolgen, werden die Abrechnungen für das 1. bis 3. Quartal 1999 um ein Drittel erhöht.

Bei der erstmaligen Festlegung der Obergrenzen, die bis zum 30.06.2000 erfolgen, werden die Abrechnungen des Jahres 1999 herangezogen.

Die vorläufigen Festlegungen der Obergrenzen werden nach Vorliegen der Abrechnungen für die Quartale III/1999 bis II/2000 durch endgültige verbindliche Festsetzungen der Gesamtpunktzahlvolumina auf der Grundlage von Nummer 5 ersetzt.

## **H. Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätigen Zahnärzte bei der Bedarfsplanung**

1. Bei der Feststellung des Versorgungsgrades sind zugelassene Zahnärzte mit dem Faktor 1,0 und genehmigte angestellte Zahnärzte nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. Für die Berücksichtigung genehmigter angestellter Zahnärzte gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit  
Anrechnungs-Faktor

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.

2. Für die Anstellung von Zahnärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die Nummern 1 bis 10 des Abschnitts G entsprechend. Die Zulassungsbeschränkungen gelten nicht für den Fall einer Nachbesetzung im Sinne des § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V, wobei die Nachbesetzung nur im zeitlichen Umfang der Beschäftigung des ausgeschiedenen Zahnarztes möglich ist.
3. Für die Aufnahme von Zahnärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen nach Nr. 2 des Abschnitts F mit folgenden Maßgaben entsprechend:

bei Zulassung eines weiteren Vertragszahnarztes ist die Zulassung an die Person des Zahnarztes und an den Vertragszahnarztsitz (die Betriebsstätte) des medizinischen Versorgungszentrums gebunden;

bei der Anstellung eines weiteren Zahnarztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Zahnärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. Eine Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V be-

darf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung erteilt werden.

4. In zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragszahnarzt außerhalb eines und als angestellter Zahnarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bezieht sich die Bedarfsplanungs-Anrechnung nur auf den Vertragszahnarztsitz des Zahnarztes.
5. Kommt es bei einem in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Zahnarzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungs-Faktors nach Nr. 1 des Abschnitts H, so ist zuvor die Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich. Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.
6. Beantragt ein Zahnarzt nach Maßgabe des § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V nach Beendigung seiner Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum in demselben Planungsbereich die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung, so ist die Zulassung unbeschadet bestehender Zulassungsbeschränkungen in demselben Planungsbereich bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen zu erteilen, wenn der angestellte Zahnarzt im zurückliegenden Zeitraum von fünf Jahren mindestens mit dem Faktor 0,75 bei einer Wochenarbeitszeit von 30 Stunden auf den Versorgungsgrad angerechnet worden ist. Dies gilt nicht für Zahnärzte, die auf Grund einer Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig waren.
7. Die Bestimmungen dieses Abschnittes gelten für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V entsprechend.

## **I. Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer**

1. *gestrichen aufgrund des Beschlusses des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vom 24.07.98.*
2. Über die Regelung von Abschnitt F 2 hinaus können Zahnärzte aus Gesundheitseinrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V ausnahmsweise als Vertragszahnarzt in Gebieten zugelassen werden, für die eine Überversorgung festgestellt worden ist, wenn die Gesundheitseinrichtung aufgelöst wird. Die Zulassung nach Satz 1 kann nur in dem Planungsbereich erfolgen, in dem die Gesundheitseinrichtung ihren Sitz hat.

## **J. Planungsblätter**

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

## **K. Inkrafttreten**

Diese Richtlinien treten am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Köln, 12. 3. 93

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen  
Der Vorsitzende  
MinDir a. D. Heinz Ströer

### Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Planungsblatt A
- Anlage 2 Planungsblatt B
- Anlage 3 Planungsblatt C
- Anlage 4 nicht besetzt
- Anlage 5 nicht besetzt
- Anlage 6 Zu Abschnitt D der Richtlinien

*Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.*

ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

<b>Planungsblatt</b>		<b>A</b>
<b>Strukturdaten</b>		Blatt _____ von _____ Blättern
Angelegt am:	Stand am:	

PB-Nr.:	Planungsbereich
---------	-----------------

Gemeinde / Stadtteil im Planungsbereich	Abrechn.-Nr. des Zahnarztes	Geburts- jahr	Anzahl der angestellten Zahnärzte	Anzahl der Assistenten	Behandlungsfälle gesetzl. Krankenkassen (3. Qu. 20__)		Praxisbe- sonder- heiten	Organisati- onsstruktur
					Kons-Fälle	Kfo-Fälle		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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:

Gemeinden und Stadtteile innerhalb des in der Kopfspalte aufgeführten Planungsbereichs

Sp. 2:

Abrechnungs-Nummer der Zahnärzte des aufgeführten Planungsbereichs in der Reihenfolge der einzelnen Gemeinden und Stadtteile des Planungsbereichs

Sp. 3:

vierstelliges Geburtsjahr

Sp. 4:

Zahl der angestellten Zahnärzte gem. § 32b ZV-Z zum jeweiligen Stand. Halbtags beschäftigte Zahnärzte sind mit dem Faktor 0,5 anzusetzen. Für die neuen Bundesländer sind die in den Gesundheitseinrichtungen nach § 311 SGB V beschäftigten Fachzahnärzte und die vom Zulassungsausschuss genehmigten Zahnärzte anzusetzen.

Sp. 5:

Zahl der Entlastungsassistenten gem. § 32 Abs. 1 ZV-Z,  
Zahl der Vorbereitungsassistenten gem. § 3 Abs. 3 ZV-Z,  
Zahl der Weiterbildungsassistenten, soweit nicht bereits bei den angestellten Zahnärzten gem. § 32 b ZV-Z berücksichtigt, nach dem jeweiligen Stand

Sp.6-7:

Zahl der Abrechnungsfälle im Bereich KONS und Kfo aus dem zuletzt abgerechneten III. Quartal sämtlicher Krankenkassen. Das Jahr ist im Spaltenkopf anzugeben.

Sp. 8:

Praxisbesonderheiten

Sp. 9

Einzelpraxis  
Gemeinschaftspraxis  
Praxisgemeinschaft  
Medizinisches Versorgungszentrum



Dabei bedeutet:

K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich

Z<sub>A</sub> = Zahl der Zahnärzte aus Spalte 9

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. 11:

Zahl der bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigenden Vertragszahnärzte (Zahnärzte-Ist)

(Sp. 9 - Sp. 10)

Sp. 12:

Feststellung des Versorgungsgrades in % als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp. 11}}{\text{Sp. 5}} \times 100$$

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## Planungsblatt C

### Kieferorthopädische Versorgung

Die Erläuterungen zum Planungsblatt B gelten entsprechend, wobei anstelle der Zahnärzte jeweils die zugelassenen und ermächtigten Kieferorthopäden (Spalte 7) bzw. die in Kfo-Praxen angestellten Zahnärzte (Spalte 8) zu berücksichtigen sind.

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

Sp. 10:

Die Berechnung der Kfo-Anrechnung der Allgemeinzahnärzte in Spalte 10 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. 11:

Zahl der bei der kieferorthopädischen Versorgung zu berücksichtigenden Fach-/Zahnärzte

(Sp. 9 + Sp. 10)

Sp. 12:

Die Feststellung des Kfo-Versorgungsgrades in % erfolgt als Rechenergebnis aus

$$\frac{\text{Sp. 11}}{\text{Sp. 5}} \times 100$$

Sp. 5

**Anlage 6 zu Abschnitt D in der Fassung des Beschlusses des Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen vom 24.07.1998, gültig ab 01.01.1999**

- KZV Bayerns**  
München, Stadt  
Regensburg, Stadt  
Erlangen, Stadt  
Fürth, Stadt  
Nürnberg, Stadt  
Würzburg, Stadt  
Augsburg, Stadt  
Ingolstadt, Stadt
- KZV Berlin**  
Berlin, Stadt
- KZV Brandenburg**  
Cottbus, Stadt  
Potsdam, Stadt
- KZV Bremen**  
Bremen, Stadt  
Bremerhaven, Stadt
- KZV Freiburg**  
Freiburg, Stadt
- KZV Hamburg**  
Hamburg, Stadt
- KZV Hessen**  
Darmstadt, Stadt  
Frankfurt/Main, Stadt  
Offenbach, Stadt  
Wiesbaden, Stadt  
Kassel, Stadt
- KZV Karlsruhe**  
Karlsruhe, Stadt  
Heidelberg, Stadt  
Mannheim, Stadt  
Pforzheim, Stadt
- KZV Sachsen-Anhalt**  
Halle/Saale, Stadt  
Magdeburg, Stadt
- KZV Schleswig-Holstein**  
Kiel, Stadt  
Lübeck, Stadt
- KZV Koblenz-Trier**  
Koblenz, Stadt
- KZV Mecklenburg-Vorpommern**  
Rostock, Stadt
- KZV Niedersachsen**  
Braunschweig, Stadt  
Salzgitter, Stadt  
Wolfsburg, Stadt  
Hannover, Stadt  
Oldenburg, Stadt  
Osnabrück, Stadt
- KZV Nordrhein**  
Düsseldorf, Stadt  
Krefeld, Stadt  
Mönchengladbach, Stadt  
Remscheid, Stadt  
Solingen, Stadt  
Wuppertal, Stadt  
Aachen, Stadt  
Bonn, Stadt  
Köln, Stadt  
Leverkusen, Stadt
- KZV Pfalz**  
Kaiserslautern, Stadt  
Ludwigshafen, Stadt
- KZV Rheinhessen**  
Mainz, Stadt
- KZV Saarland**  
Stadtverband Saarbrücken
- KZV Sachsen**  
Chemnitz, Stadt  
Dresden, Stadt  
Leipzig, Stadt  
Zwickau, Stadt
- KZV Thüringen**  
Erfurt, Stadt  
Gera, Stadt  
Jena, Stadt
- KZV Tübingen**  
Ulm, Stadt

**KZV Stuttgart**  
Stuttgart, Stadt  
Heilbronn, Stadt

**KZV Westfalen-Lippe**  
Münster, Stadt  
Bielefeld, Stadt

*Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.*