

# Bekanntmachungen

## Bundesministerium für Gesundheit

[1064 A]

**Bekanntmachung  
eines Beschlusses  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung  
der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte  
Vom 14. August 2007**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im schriftlichen Verfahren am 14. August 2007 beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung in der Fassung vom 12. März 1993, (Bekanntmachung vom 21. September 1999, BAnz. S. 19 721), zuletzt geändert am 17. November 2006 (BAnz. 2007 S. 1109), wie folgt zu ändern:

- I. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte wird durch die folgende Richtlinie ersetzt:

**Richtlinie  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Bedarfsplanung  
in der vertragszahnärztlichen Versorgung  
(Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte)  
Vom 14. August 2007**

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

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

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

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit

Anrechnungsfaktor

bis 10 Stunden pro Woche 0,25

über 10 bis 20 Stunden pro Woche 0,5

über 20 bis 30 Stunden pro Woche 0,75

über 30 Stunden pro Woche 1,0.

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

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

(5) Im Falle einer gleichzeitigen Tätigkeit als (vollzeitig oder häftig) 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 Abs. 2 SGB V.

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

Für die alten Bundesländer

1:1.280 für die in Anlage 6 aufgeführten Gebiete

und

1:1.680 für die übrigen Gebiete der alten Bundesländer.

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

(8) <sup>1</sup>Entsprechend Absatz 1 wird für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:16.000 festgelegt. <sup>2</sup>Zur Beurteilung des Standes der kieferorthopädischen Versorgung in einem Planungsbereich ist festzustellen, in welchem Umfang allgemein tätige Zahnärzte an der kieferorthopädischen Versorgung teilhaben. <sup>3</sup>Dabei ist der Leistungsanteil der allgemein tätigen Zahnärzte an der Zahl der abgerechneten Fälle des III. Quartals eines jeden Jahres zu ermitteln. <sup>4</sup>Der Versorgungsgrad wird in diesem Falle in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 errechnet (Planungsblatt C).

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

a) auf Seiten der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte: deren Tätigkeitsgebiet, Alters- und Organisationsstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V) sowie die Anzahl der angestellten Zahnärzte;

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

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

a) Bedarfspläne für die zahnärztliche Versorgung,

b) Bedarfspläne für die kieferorthopädische Versorgung zu erstellen.

<sup>2</sup>Bei der Erstellung dieser Bedarfspläne sind für die allgemeinärztliche 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 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.

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

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

Zahnärzte eine Verminderung der Zahl der Vertragszahnärzte in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.

(2) 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.

#### § 7 Zahnärztliche Überversorgung

Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (Verhältniszahlen gemäß § 5 Abs. 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.

#### § 9 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am 1. Oktober 2007 in Kraft.

Siegburg, den 14. August 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 Abs. 6 SGB V  
Der Vorsitzende  
G e n z e l

Anlagenverzeichnis  
Anlage 1 Planungsblatt A  
Anlage 2 Planungsblatt B  
Anlage 3 Planungsblatt C  
Anlage 4 nicht besetzt  
Anlage 5 nicht besetzt  
Anlage 6 Zu § 5 der Richtlinie

## Einschub: Nicht-XML 0 001 064 Teil: 02

### 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 Beschäftigungsumfanges 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. 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 Abs. 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:  
$$\frac{\text{Bereinigte Einwohnerzahl (Sp.4)}}{\text{Verhältniszahl}} = \text{Rechnerischer Zahnarztbedarf (kaufm. auf eine Nachkommastelle gerundet)}$$
  
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 Beschäftigungsumfanges 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:  
$$K \cdot \frac{Z_A}{Z_K} \cdot \frac{F_A}{F_K} \text{ gerundet auf ganze Zahlen}$$
  
Dabei bedeutet:  
K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich  
Z<sub>A</sub> = Zahl der Zahnärzte aus Spalte 8  
Z<sub>K</sub> = Zahl der Zahnärzte im Kfo-Planungsbereich  
F<sub>A</sub> = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich  
F<sub>K</sub> = Zahl der Kfo-Fälle aller Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich  
Soweit das Kfo-Honorarvolumen ermittelt werden kann, ist es zulässig, dieses anstelle der Kfo-Fälle der Berechnung zugrunde zu legen.  
Soweit eine Berechnung anhand konkreter Abrechnungswerte noch nicht möglich ist, ist eine Schätzung zulässig.  
Soweit in einem Planungsbereich keine Kieferorthopäden tätig sind, sind die Werte für einen vergleichbaren Bereich anzusetzen.
- Sp. 10: Zahl der bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigenden Vertragszahnärzte (Zahnärzte-Ist) (Sp. 8—Sp. 9)
- Sp. 11: Feststellung des Versorgungsgrades in % als Rechenergebnis aus  
$$\frac{\text{Sp. 10}}{\text{Sp. 5}} \times 100$$

#### Planungsblatt C

##### Kieferorthopädische Versorgung

- Die Erläuterungen zum Planungsblatt B gelten entsprechend, wobei anstelle der Zahnärzte jeweils die zugelassenen und ermächtigten Kieferorthopäden (Spalte 6) bzw. die in Kfo-Praxen angestellten Zahnärzte (Spalte 7) zu berücksichtigen sind.
- Die Verhältniszahl bei der Ermittlung des rechnerischen Bedarfs (Spalte 5) beträgt 1 : 16 000.
- Sp. 9: Die Berechnung der Kfo-Anrechnung der Allgemeinzahnärzte in Spalte 9 erfolgt nach folgender Formel:  
$$K \cdot \frac{F_A}{F_K} \text{ gerundet auf ganze Zahlen}$$
  
Dabei bedeutet:  
K = Zahl der Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich  
F<sub>A</sub> = Zahl der Kfo-Fälle aller Allgemeinzahnärzte im Kfo-Planungsbereich  
F<sub>K</sub> = Zahl der Kfo-Fälle aller Kieferorthopäden im Kfo-Planungsbereich  
Soweit das Kfo-Honorarvolumen ermittelt werden kann, ist es zulässig, dieses anstelle der Kfo-Fälle der Berechnung zugrunde zu legen.  
Soweit eine Berechnung anhand konkreter Abrechnungswerte noch nicht möglich ist, ist eine Schätzung zulässig.  
Soweit in einem Planungsbereich keine Kieferorthopäden tätig sind, sind die Werte für einen vergleichbaren Bereich anzusetzen.

Sp. 10: Zahl der bei der kieferorthopädischen Versorgung zu berücksichtigenden Fach-/Zahnärzte  
(Sp. 8 + Sp. 9)

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

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

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

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

II. Die Richtlinie tritt zum 1. Oktober 2007 in Kraft.

III. Mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinie gemäß Beschluss vom 14. August 2007 tritt die Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte in der Fassung vom 12. März 1993 (Bekanntmachung vom 21. September 1999, BAnz. S. 19 721), zuletzt geändert am 17. November 2006 (BAnz. 2007 S. 1109), außer Kraft.

Siegburg, den 14. August 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 Abs. 6 SGB V  
Der Vorsitzende  
G e n z e l