

**Honorarverteilungsmaßstab der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin
gemäß § 85 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)**

**beschlossen durch die Vertreterversammlung der KZV Berlin
am 03.12.2012, geändert mit Beschluss der Vertreterversammlung
am 31.08.2020**

Inhaltsübersicht

Präambel

§ 1 Geltungsbereich

§ 2 Gegenstand des Honorarverteilungsmaßstabes

§ 3 Honorarverteilung

§ 4 Ergänzende Bestimmungen

§ 5 Härtefälle

§ 6 Zuständigkeiten, Rechtsmittel

§ 7 Inkrafttreten

Anlage 1: Konservierend-chirurgische, PAR- und Kieferbruchleistungen

Anlage 2: Kieferorthopädische Leistungen

Präambel

Dieser Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt die Verteilung der von den Krankenkassen auf gesetzlicher und vertraglicher Grundlage an die KZV Berlin gezahlten Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 1 und 4 SGB V).

Der HVM hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden und dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes¹ – entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V – verhindert wird. Die vertragszahnärztliche Versorgung ist sicherzustellen.

§ 1 Geltungsbereich

(1) An der Honorarverteilung nehmen im Bereich der KZV Berlin als Anspruchsberechtigte teil:

- Vertragszahnärzte in Einzelpraxen,
- Berufsausübungsgemeinschaften (BAG),
- überörtliche BAG (ÜBAG),
- KZV-bezirksübergreifende BAG (KÜBAG) mit Wahl-KZV Berlin,
- ermächtigte Zahnärzte,
- zugelassene medizinische Versorgungszentren,
- ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen,
- ermächtigte Zweigpraxen gemäß § 24 Abs. 3 Satz 6 Zahnärzte-ZV.

Dieser HVM wird auf alle Anspruchsberechtigten unter Beachtung des Gleichbehandlungsgrundsatzes angewendet.

(2) Im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgt die Honorarverteilung aus der Gesamtvergütung gemäß den einschlägigen Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Regelung der Fremdkassenabrechnung).

§ 2 Gegenstand des Honorarverteilungsmaßstabes

- (1) Gegenstand des HVM sind die in zulässiger Weise erbrachten vertragszahnärztlichen Behandlungsleistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen (BEMA) der Teile 1 bis 4, einschließlich der Nebenleistungen, wie z. B. zahntechnische Leistungen (nachfolgend „Leistungen“), soweit gesetzlich, vertraglich, durch Beschluss der Vertreterversammlung oder des Vorstandes nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Diese Leistungen müssen für Berechtigte von Kostenträgern erbracht werden, für die verbindliche vertragliche Regelungen gegenüber der KZV Berlin bestehen. Die Durchführung der überbezirklichen vertragszahnärztlichen Versorgung nach den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V bleibt unberührt.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und zur Vereinfachung wird für alle Personen ungeachtet des Geschlechts nur einheitlich die männliche Bezeichnung verwendet.

§ 3 Honorarverteilung

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die der KZV Berlin zufließenden Gesamtvergütungen aus Vereinbarungen mit den Partnern der Gesamtverträge gemäß § 85 SGB V.
- (2) Die Vergütung erfolgt nach Einzelleistungen in Höhe des jeweils gültigen Punktwertes.
- (3) Für Abrechnungszeiträume, in denen die Gesamtvergütung begrenzt ist, haben die Anspruchsberechtigten in den betreffenden Leistungsbereichen gegenüber der KZV Berlin nur Vergütungsansprüche nach Maßgabe der Anlagen 1 und 2 zu diesem Honorarverteilungsmaßstab, im Übrigen gelten dessen Regelungen fort.
- (4) In keinem Fall stehen dem Anspruchsberechtigten weitergehende Leistungsansprüche gegenüber der KZV Berlin zu, als diese im Einzelfall gegenüber den Kostenträgern besitzt.
- (5) Eine vorläufige Honorarabrechnung und Vornahme eventueller Einbehalte nach den Anlagen 1 und 2 ist möglich, soweit rechtsverbindliche Verträge bzw. Schiedssprüche für den maßgeblichen Abrechnungszeitraum noch nicht vorliegen.

§ 4 Ergänzende Bestimmungen

Gesetzlich geregelte oder vertraglich vereinbarte Verfahren zur nachträglichen Überprüfung der Behandlungsweise nach §§ 106 ff. SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung) und Abrechnung nach § 106d SGB V (Rechtmäßigkeit, sachlich-rechnerische Richtigkeit und Plausibilität) des Anspruchsberechtigten wirken sich auf die Berechnung von eventuellen HVM-Einbehalten nach den Anlagen 1 und 2 nicht aus.

§ 5 Härtefälle

Auf Antrag des Anspruchsberechtigten kann die KZV Berlin bei Nachweis eines besonderen Härtefalles hinsichtlich der Anwendung der Anlagen 1 und 2 eine abweichende Einzelfallregelung treffen.

§ 6 Zuständigkeiten, Rechtsmittel

- (1) Die nach diesem HVM und seinen Anlagen notwendigen Berechnungen und Feststellungen werden von der KZV Berlin vorgenommen.
- (2) Über Widersprüche gegen Verwaltungsakte auf Grundlage des HVM entscheidet der Vorstand der KZV Berlin oder eine von ihm beauftragte Widerspruchsstelle.

§ 7 Inkrafttreten

Die Neufassung des HVM mit seinen Anlagen 1 und 2 ist am 01.01.2013 in Kraft getreten und wurde mit Veröffentlichung gem. § 16 der Satzung mit Wirkung zum 24.09.2020 geändert.

HVM- Anlage 1

Konservierend-chirurgische, PAR- und Kieferbruchleistungen

I. Voraussetzungen für die Honorarverteilung nach dieser Anlage

Die in dieser Anlage genannten Regeln finden Anwendung:

1. für die von der begrenzten Gesamtvergütung betroffenen konservierend und chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen nach Teil 1 Bema-Z, Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) nach Teil 2 Bema-Z und systematische Behandlungen von Parodontopathien nach Teil 4 Bema-Z,
2. nur solange die Abrechnung im Rahmen einer höchstzulässigen Gesamtvergütung erfolgen muss.

II. Ausnahmen

1. Der Honorarverteilung nach dieser Anlage unterfallen nicht Leistungen, die durch Gesetz (Individualprophylaxe, Kinderuntersuchungen) oder vertragliche Regelungen von der begrenzten Gesamtvergütung ausgenommen sind; diese Leistungen werden ohne Begrenzungsmaßstab nach erbrachten Einzelleistungen zum jeweils geltenden Punktwert vergütet.
2. Bei Abrechnungen von Vertragszahnärzten mit Sitz außerhalb Berlins (Fremdzahnarzt abrechnung) erfolgt die Vergütung gemäss den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur überbezirklichen Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 75 Abs. 7 SGB V).
3. Die Fremdkassenabrechnung erfolgt gemäß den obengenannten Richtlinien.
4. Die im Rahmen des Sicherstellungsauftrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB V durch die KZV Berlin eingeteilten nächtlichen zahnärztlichen Notfalldienstes erbrachten Leistungen werden auf der Basis eines quotierten Punktwertes entsprechend der prozentualen Überschreitung der rechtlich zulässigen Gesamtvergütung pro Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband vergütet.

III. Veränderung der Vergütung bei Veränderung des Fallwertes

1. Bis zu einem individuellen Praxisgrenzwert (Punktmenge/Fall) werden die Leistungen des Bema-Z, Teile 1, 2 und 4 mit den festgelegten Punktwerten vergütet. Jenseits der individuellen Praxisgrenzwerte wird der Punktwert für die überschreitende Punktmenge gekürzt.

2. Die Basisgrenzwerte werden wie folgt bestimmt:

- a) Grundlage für die erstmalige Ermittlung der Basisgrenzwerte ist die durchschnittliche Punktmenge je Fall der Berliner Vertragszahnärzte im Jahre 1997.
- b) Es ist die durchschnittliche Punktmenge je kons.-chir. Behandlungsfall für den Abrechnungszeitraum 1997, getrennt nach Zahnärzten, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen/Oralchirurgen und Kieferorthopäden, sowie getrennt nach Berliner Primärkassen und Ersatzkassen zu ermitteln.
- c) Zur Ermittlung der durchschnittlichen Punktmenge pro Fall wird die Gesamtpunktmenge aus den Bereichen Par und Kbr durch die Gesamtzahl der abgerechneten kons.-chir. Fälle geteilt. Die sich daraus ergebende Punktmenge wird der Punktmenge je Fall nach b) hinzugerechnet. Die Berechnung erfolgt nach Fachgruppen und nach Primär- und Ersatzkassen.
- d) Für Zahnärzte werden die Basisgrenzwerte unter Vornahme eines Einbehalts in prozentualer Höhe - orientiert an der abgerechneten Leistungsmenge im Jahr 1997 (Budgetüberschreitung, Praxisneugründungen, Steigerung der Fallzahlen u.ä.) - errechnet. Für Kieferorthopäden und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen/Oralchirurgen erhöhen sich die Basisgrenzwerte um den Faktor, der sich aus der Division der Basisgrenzwerte ergibt, die sich einerseits auf die Durchschnittsfallzahlen der Zahnärzte und andererseits auf die der Kieferorthopäden sowie die der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen/Oralchirurgen beziehen.
- e) Die Basisgrenzwerte werden durch die Verwaltung ermittelt, durch den Vorstand festgestellt und rechtzeitig in Rundschreiben der KZV bekannt gegeben.
- f) Der Vorstand kann die nach III. Absatz 2 dieser Anlage ermittelten Basisgrenzwerte quartalsweise gleichmäßig über alle Fachgruppen anpassen. Dieser Wert ist kaufmännisch auf volle Punktzahlen zu runden.

3. Die Leistungen nach Bema-Z, Teil 1 werden ohne Individualprophylaxeleistungen nach § 22 SGB V sowie Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V berücksichtigt.

4. Die Basisgrenzwerte nach Absatz 2 (Punktmenge/Fall) für die Gruppe der Zahnärzte werden je Quartal nach Fallzahlen gestaffelt mit einem prozentualen Zu- oder Abschlag festgesetzt. Danach ergeben sich je Fallgruppe die nachfolgenden individuellen Praxisgrenzwerte:

Fälle	1 bis 60	170 %
Fälle	61 bis 80	150 %
Fälle	81 bis 100	130 %
Fälle	101 bis 120	110 %
Fälle	121 bis 140	90 %
Fälle	141 bis 180	80 %
Fälle	181 bis 220	75 %
Fälle	221 bis 280	70 %
Fälle	281 bis 360	65 %
Fälle	361 bis 440	60 %
Fälle	441 bis 540	55 %
Fälle	541 bis 800	50 %
Fälle	ab 801	40 %.

5. Die Basisgrenzwerte nach Absatz 2 (Punktmenge/Fall) für die Fachgruppender Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen und Zahnärzte für Oralchirurgie werden je Quartal nach Fallzahlen gestaffelt mit einem prozentualen Zu- oder Abschlag festgesetzt. Danach ergeben sich je Fallgruppe die nachfolgenden individuellen Praxisgrenzwerte:

Fälle	1 bis 60	170 %
Fälle	61 bis 80	150 %
Fälle	81 bis 100	130 %
Fälle	101 bis 120	110 %
Fälle	121 bis 140	90 %
Fälle	141 bis 180	80 %
Fälle	181 bis 220	75 %
Fälle	221 bis 280	70 %
Fälle	281 bis 360	65 %
Fälle	361 bis 440	60 %
Fälle	441 bis 540	55 %
Fälle	541 bis 800	50 %
Fälle	ab 801	40 %.

6. Die Basisgrenzwerte nach Absatz 2 (Punktmenge/Fall) für die Fachgruppe der Kieferorthopäden werden je Quartal nach Fallzahlen gestaffelt mit einem prozentualen Zu- oder Abschlag festgesetzt. Danach ergeben sich je Fallgruppe die nachfolgenden individuellen Praxisgrenzwerte:

Fälle	1 bis 45	170 %
Fälle	46 bis 60	150 %
Fälle	61 bis 75	130 %
Fälle	76 bis 90	110 %
Fälle	91 bis 105	90 %
Fälle	106 bis 135	80 %
Fälle	136 bis 165	75 %
Fälle	166 bis 210	70 %
Fälle	211 bis 270	65 %
Fälle	271 bis 330	60 %
Fälle	331 bis 405	55 %
Fälle	406 bis 600	50 %
Fälle	ab 601	40 %.

7.

a) Fachzahnärzte für Oralchirurgie und Fachärzte für Mund-, Kiefer-,Gesichts-chirurgie, deren abgerechnete KCH-Punktmenge aus dem Vergleichszeitraum zu wenigstens 30 % aus chirurgischen Leistungen gem. Bema-Nrn.: Ä 161, 36 – 38, 43 – 48 und 51a – 63 besteht, werden der entsprechenden Fachgruppe zugeordnet. Der prozentuale Anteil der genannten chirurgischen Leistungen wird von Amts wegen ermittelt.

b) Zahnärzte und kieferorthopädische Mischpraxen, deren Kfo-Begleitleistungen 80% der kons.-chir. Leistungen oder mehr ausmachen, werden der Fachgruppe der Kieferorthopäden zugeordnet. Der prozentuale Anteil der Kfo-Begleitleistungen wird von Amts wegen ermittelt.

8. Die über die jeweiligen individuellen Praxisgrenzwerte (Punktmenge/Fall) hinausgehenden Punkte werden pro Quartal mit einem niedrigeren Punktwert vergütet. Die Absenkung des Punktwertes erfolgt in Stufen bei einer Punktmengenüberschreitung von:

0,01	bis	9,99 %	um 20 %
10	bis	19,99 %	um 30 %
20	bis	29,99 %	um 40 %
30	bis	39,99 %	um 50 %
40	bis	49,99 %	um 60 %
50	bis	59,99 %	um 70 %
	ab	60,00 %	um 80 %.

Bei einer anhand dieses Verfahrens absehbaren Überschreitung der Gesamtpunktmengen kann der Vorstand diese Überschreitungsvergütungen weiter absenken.

IV. Praxisstatus

1. Die Fallpunktmenge nach III wird einem Praxisinhaber zugeordnet (Praxisfaktor).

2. Weitere Praxisfaktoren ergeben sich wie folgt:

- je Praxispartner: 1,0
- je teilzugelassenen Zahnarzt: 0,5
- je vollzeitbeschäftigten angestellten Zahnarzt: 1,0
- je vollzeitbeschäftigten Assistenten zur Vorbereitung und Weiterbildung: 0,25

3. Bei Teilzeit von angestellten Zahnärzten ändert sich der Praxisfaktor entsprechend der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit:

bis 10 Stunden pro Woche auf 0,25,
über 10 bis 20 Stunden pro Woche auf 0,5,
über 20 bis 30 Stunden pro Woche auf 0,75 und
über 30 Stunden pro Woche auf 1,0

Bei nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich der Praxisfaktor entsprechend.

4. Die der KZV nicht rechtzeitig mitgeteilten praxisfaktor erhöhenden Statusänderungen finden bei der Honorarverteilung rückwirkend keine Berücksichtigung. Diese Statusänderungen werden mit dem Tag der Mitteilung wirksam. Statusänderungen, die den Praxisfaktor senken, werden rückwirkend - also mit Eintritt der faktischen Statusänderung - berücksichtigt.

V. Anrechnung von Honorarkürzungen

Behandlungsfälle und Punkte aus rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigungen werden in dem Quartal berücksichtigt, in dem sie verrechnet werden.

VI. Jahresausgleichsverfahren

Einbehaltene oder zurückzuzahlende Beträge sind wie folgt zu verwenden:

1. Bei festgestellter Unterschreitung des Budgets werden die nach den Bestimmungen dieser Anlage einbehaltenen Beträge anteilig an die Zahnärzte zurückgezahlt, die von der Kürzung betroffen waren, sobald die Krankenkassen die Nachzahlungen geleistet haben. Kleinbeträge bis zu 25,00 € pro Praxis werden nicht zurückgezahlt, sie stehen für die Honorarverteilung nach Absatz 2 zur Verfügung.

2. Stehen weitere Beträge zur Honorarverteilung zur Verfügung, sind diese Beträge anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen für Leistungen, die der Begrenzung nach dieser Anlage unterliegen, nachzuvergüten.

3. Reichen die einbehaltenen Beträge nicht aus, um die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen zu befriedigen, wird die ermittelte prozentuale Überschreitung anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen, einbehalten.

HVM-Anlage 2

Kieferorthopädische Leistungen

I. Allgemeines

1. Diese Anlage nach Ziffer 4.4. HVM gilt für die Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen nach Teil 3 Bema-Z, für Abrechnungszeiträume ab 01.07.2004. Mit ihr wird eine vom Gesetz geforderte gleichmäßige Verteilung der in diesem Leistungsbereich insgesamt verfügbaren zahnärztlichen Vergütung auf das gesamte Jahr angestrebt.

2. Die Honorarbescheide und Auszahlungen der KZV Berlin bei Anwendung dieser Anlage erfolgen unter dem Vorbehalt der nachträglichen Änderung oder anderweitigen Festsetzung der Vergütungsansprüche für jeden abrechnenden Vertragszahnarzt, insbesondere durch die Schlussabrechnung für die Leistungszeiträume mit begrenzter zahnärztlicher Vergütung. Honorarüberzahlungen sind an die KZV Berlin zurückzuerstatten.

3. Die Honorarauszahlungen der KZV Berlin sind in jedem Fall auf die von den Krankenkassen nach Maßgabe der Gesamtverträge gezahlten zahnärztlichen Vergütungen für den obengenannten Leistungsbereich begrenzt. Die Begrenzung erfasst jede gesetzliche oder vertraglich vereinbarte Art der Gesamtvergütungsberechnung.

II. Ausnahmen von der Anwendung dieser Anlage

1. Der Honorarverteilung nach dieser Anlage unterfallen nicht Leistungen, die nach gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen (z. B. Bundesmantelvertrag und Gesamtvertrag) von der begrenzten zahnärztlichen Vergütung ausgenommen sind.

2. Bei Abrechnungen von Vertragszahnärzten mit Sitz außerhalb Berlins (Fremdzahnarzt abrechnung) erfolgt die Vergütung gemäss den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur überbezirklichen Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 75 Abs. 7 SGB V).

3. Die auf Kfo-Abrechnungsformularen bzw. Berechtigungsscheinen als Begleitleistungen abgerechneten konservierend-chirurgischen Leistungen werden nach der Anlage 1 vergütet.

III. Vergütung kieferorthopädischer Leistungen

1. Im Rahmen des verfügbaren Ausgabenvolumens für den kieferorthopädischen Leistungsbereich erfolgt grundsätzlich eine vollständige Vergütung der von den Zahnärzten für Kieferorthopädie und kieferorthopädisch tätigen Vertragszahnärzten erbrachten kieferorthopädischen Einzelleistungen, gemäß den geltenden Punktwerten.
2. Wird die kassenverbandsbezogen verfügbare zahnärztliche Vergütung für den Bereich kieferorthopädischer Leistungen überschritten, erfolgt für diesen Leistungsbereich eine quotierte Honorarauszahlung an die abrechnenden Zahnärzte. Die Auszahlungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis der für den jeweiligen Krankenkassenverband verfügbaren zahnärztlichen Vergütung zum Umfang der für diesen Krankenkassenverbandsbereich tatsächlich abgerechneten kieferorthopädischen Leistungen.
3. Bei möglicher Überschreitung der für den Abrechnungszeitraum verfügbaren zahnärztlichen Vergütung für kieferorthopädische Leistungen ist die KZV Berlin berechtigt, schon die Teilzahlungen soweit zu kürzen, dass eine solche Überschreitung möglichst vermieden wird.