

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

beschlossen durch die Vertreterversammlung der KZV Berlin  
am 13.10.2025

## Inhaltsübersicht

Präambel

§ 1 Geltungsbereich

§ 2 Gegenstand des Honorarverteilungsmaßstabes

§ 3 Anwendungsbereiche, Allgemeine Grundsätze

§ 4 Kassenarten

§ 5 Ergänzende Bestimmungen

§ 6 Härtefälle

§ 7 Zuständigkeiten, Rechtsmittel

§ 8 Schlussbestimmungen

§ 9 Inkrafttreten

Anlage 1: Konservierend-chirurgische, PAR- und Kieferbruchleistungen

Anlage 2: Kieferorthopädische Leistungen und „Kleine“ Kassenarten

## Präambel

Dieser Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt die Verteilung der von den Krankenkassen auf gesetzlicher und vertraglicher Grundlage an die KZV Berlin gezahlten Gesamtvergütungen (§ 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 Vertragszahnarztes / der Vertragszahnärztin<sup>1</sup> – entsprechend des Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V – verhindert wird. Die vertragszahnärztliche Versorgung ist sicherzustellen.

## § 1 Geltungsbereich

(1) <sup>1</sup>An der Honorarverteilung nehmen im Bereich der KZV Berlin als Anspruchsberechtigte teil:

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

<sup>2</sup>Dieser HVM wird auf alle Anspruchsberechtigten unter Beachtung des Gleichbehandlungsgrundsatzes angewendet.

(2) Zur Honorarverteilung gelangen alle der KZV Berlin zufließenden Gesamtvergütungen, soweit sie nach Gesetz oder vertraglicher Vereinbarung über die KZV abgerechnet werden, sowie die sonstigen Zahlungen der Krankenkassen aus Vereinbarungen mit den Partnern der Gesamtverträge, einschließlich der Zahlung anderer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen, für vertragszahnärztliche Leistungen.

## § 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) <sup>1</sup>Diese Leistungen müssen für Berechtigte von Kostenträgern erbracht werden, für die verbindliche vertragliche Regelungen gegenüber der KZV Berlin bestehen.

---

<sup>1</sup> Mangels sprachlicher Alternative schließt die Verwendung weiblicher und männlicher Bezeichnungen auch Personen ein, die sich keinem dieser beiden Geschlechter zugehörig fühlen.

<sup>2</sup>Die Verteilung der von anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingehenden Honorarbeträge aus den Gesamtvergütungen anderer Kassen erfolgt nach den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (sog. Fremdkassenabrechnung).

### § 3 Anwendungsbereiche, Allgemeine Grundsätze

- (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) <sup>1</sup>Soweit mit einer Krankenkasse kein Punktwert vereinbart ist, gilt der vom Vorstand nach billigem Ermessen festgesetzte Punktwert als vertraglich vereinbarter Punktwert. <sup>2</sup>Dieser Vorstandsbeschluss soll vor Beginn des jeweiligen Abrechnungszeitraums veröffentlicht werden.
- (5) In keinem Fall stehen dem Anspruchsberechtigten weitergehende Leistungsansprüche gegenüber der KZV Berlin zu, als diese im Einzelfall gegenüber den Kostenträgern besitzt.
- (6) 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 Kassenarten

- (1) Das Verfahren nach diesem HVM ist entsprechend der jeweiligen Vertragssituation mit den Krankenkassen - krankenkassenartenübergreifend, auf einzelne Krankenkassenarten oder einzelne Krankenkassen bezogen - durchzuführen.
- (2) Die Verteilung der Gesamtvergütungen erfolgt getrennt nach folgenden Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten:
  - Ersatzkassen
  - Allgemeine Ortskrankenkassen
  - Betriebskrankenkassen
  - Innungskrankenkassen
  - KNAPPSCHAFT
  - SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten u. Gartenbau)

## § 5 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.

## § 6 Härtefälle

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

## § 7 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.

## § 8 Schlussbestimmungen

- (1) Soweit sich einzelne Regelungen als unwirksam erweisen sollten, sollen die übrigen Bestimmungen davon nicht berührt werden.
- (2) Der Honorarverteilungsmaßstab sowie seine Änderungen werden durch Rundschreiben der KZV Berlin bzw. in elektronischer Form veröffentlicht.

## § 9 Inkrafttreten

Der HVM mit seinen Anlagen 1 und 2 tritt am 01.01.2026 in Kraft.

HVM- Anlage 1  
„Stufen-HVM“  
Konservierend-chirurgische, PAR- und Kieferbruchleistungen

**§ 1 Voraussetzungen für die Honorarverteilung nach dieser Anlage**

- (1) Die in dieser Anlage genannten Regeln für die Honorarverteilung, welche die Verteilung der Gesamtvergütung und die Honorierung der Einzelleistung für jede Praxis unter den Bedingungen der Budgetierung voraussehbar machen sollen, werden quartalsweise für die
  - konservierend-chirurgischen Leistungen ohne Individualprophylaxe und FU-Leistungen einschl. KFO-Sachleistungen (sog. KFO-Begleitleistungen) nach BEMA Teil 1 (KCH),
  - Leistungen bei Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels nach BEMA Teil 2 (KB),
  - Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien nach BEMA Teil 4 (PAR),soweit diese Leistungen der Gesamtvergütung unterliegen (ohne Material- und Laborkosten), angewandt.
- (2) Der kassenartbezogene Honorarverteilung nach dieser Anlage unterfallen nicht Leistungen, die durch Gesetz oder vertragliche Regelungen (z.B. Bundesmantelvertrag, Gesamtvertrag, Vergütungsvereinbarung) von der begrenzten Gesamtvergütung ausgenommen oder vorübergehend ausgenommen sind; diese Leistungen werden ohne Begrenzungsmaßstab nach erbrachten Einzelleistungen zum jeweils geltenden Punktwert vergütet.
- (3) Kassenarten mit weniger als 1 Prozent des Jahresdurchschnitts an Versicherten des Vorvorjahres (sog. „Kleine“ Kassenarten), beginnend mit 2024, unterliegen der Anlage 2.
- (4) Die Vergütungen von Fremdkassenfällen und Fremdzahnarztleistungen richten sich nach den entsprechenden Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

**§ 2**

**Grundlage des Patientengrenzwertes (Punktmenge pro Fall) und  
Veränderung der Vergütung bei Überschreiten des Patientengrenzwertes**

- (1) <sup>1</sup>Bis zu einem kassenartspezifischen Patientengrenzwert multipliziert mit der Patientenfallzahl werden die Leistungen des Bema-Z Teile 1, 2 und 4 quartalsweise mit den jeweils kassenartspezifischen festgelegten Punktwerten vergütet (0-Stufe). <sup>2</sup>Jenseits der kassenartspezifischen Patientengrenzwerte wird die überschreitende Punktmenge in bis zu drei Stufen (1-Stufe, 2-Stufe und 3-Stufe) gekürzt.
- (2) Die kassenartspezifischen Patientengrenzwerte werden wie folgt bestimmt:

- a) <sup>1</sup>Grundlage für die erstmalige Ermittlung ist der Basispatientengrenzwert als durchschnittliche kassenartspezifische Punktmenge je Patientenfall (KCH-Fälle, IP/FU-Fälle ohne KCH-Fall im gleichen Quartal sowie UPTc ohne KCH-Fall im gleichen Quartal), getrennt nach den Gruppen der „Zahnärzte“ und „Chirurgen“ im Jahre 2024. <sup>2</sup>Die Kieferorthopäden sowie kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte sind bezüglich der KFO-Sachleistungen (sog. KFO-Begleitleistungen) der Gruppe der Zahnärzte zugeordnet.
- b) <sup>1</sup>Zur Ermittlung der durchschnittlichen Punktmenge je Patientenfall wird die Gesamtpunktmenge aus den Bereichen KCH, PAR und KB des Vorjahres, beginnend mit dem Jahr 2024, durch die Gesamtzahl der abgerechneten Patientenfälle des selbigen Jahres geteilt. <sup>2</sup>Die Berechnung erfolgt nach Gruppen und nach den Kassenarten. <sup>3</sup>Die Gruppenzuordnung erfolgt wie folgt:
- <sup>4</sup>Zahnärzte, deren gesamt abgerechnete Leistungspunktmenge der Bema-Z Teile 1, 2 und 4 im gegenständlichen Quartal, zu wenigstens 30 % aus chirurgischen Leistungen gemäß Bema-Z-Nrn.: Ä 161, 36 – 38, 43 – 48, 51a – 63, CPTa und CPTb besteht, werden der Gruppe „Chirurgen“ zugeordnet; alle anderen der Gruppe der „Zahnärzte“. <sup>5</sup>Der prozentuale Anteil der genannten chirurgischen Leistungen wird von Amts wegen ermittelt.
- c) <sup>1</sup>Aus diesen Basispatientengrenzwerten werden die fachgruppen- und kassenartspezifischen Patientengrenzwerte unter Berücksichtigung der Abrechnungszahlen aus 2024 sowie der vertraglichen Gesamtvergütungs- bzw. Budgetsituation in 2025 mittels Vornahme eines Zu- oder Abschlages ermittelt. <sup>2</sup>Ausgehend von der Gruppe der „Zahnärzte“ mit 100 Prozent Patientengrenzwert erhält die Gruppe „Chirurgen“ einen Zuschlag von 40 Prozent.
- d) <sup>1</sup>Der Vorstand kann die ermittelten Patientengrenzwerte quartalsweise auf Grundlage der jeweiligen kassenartspezifischen Gesamtvergütungssituation und -prognosen für die jeweiligen Kassenarten anpassen. <sup>2</sup>Dieser Wert ist kaufmännisch auf volle Punktzahlen zu runden und rechtzeitig bekannt zu geben.
- e) <sup>1</sup>Die ermittelten und ggf. angepassten sowie bekannt gegebenen Patientengrenzwerte sind vorläufige Patientengrenzwerte. <sup>2</sup>Die Festlegung der endgültigen Grenzwerte erfolgt nach Abschluss der Abrechnung für das 4. Quartal des Jahres gemäß dem in § 3 geregelten Verfahren.
- (3) <sup>1</sup>Die über die jeweiligen kassenartspezifischen sowie fachgruppenspezifischen Patientengrenzwerte hinausgehenden Punkte werden pro Quartal vermindert vergütet. <sup>2</sup>Die Absenkung der Vergütung erfolgt in drei Stufen bei einer Punktmengenüberschreitung von:
- a) 1-Stufe: 1 bis 15 Punkte über Patientengrenzwert um 30 %  
b) 2-Stufe: 16 bis 30 Punkte über Patientengrenzwert um 50%  
c) 3-Stufe: ab 31 Punkte über Patientengrenzwert um 70%

<sup>3</sup>Die Punktmengenüberschreitung wird quartalsweise mit dem jeweiligen kassenartspezifischen Punktwert in Euro gerechnet. <sup>4</sup>Beträge bis zu € 75,- pro Praxis und Quartal werden nicht gefordert.

- (4) <sup>1</sup>Auf Antrag finden für neu gegründete Praxen innerhalb der ersten 24 Monate die Patientengrenzwerte der „Chirurgen“ nach § 4 Abs. 2 Bst. c) Anwendung. <sup>2</sup>Neu gegründete Praxen sind solche Praxen, die an einem neuen Standort durch einen bisher im Bereich der KZV Berlin noch nicht zugelassenen Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin gegründet werden. <sup>3</sup>Über die jeweiligen Anträge entscheidet der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen.

### § 3 Jahresausgleichsverfahren

Zum Ausgleich der jährlichen Gesamtvergütung ist wie folgt zu verfahren:

- (1) Zuerst erfolgt ein Abgleich zwischen den jeweils krankenkassenseitig vorläufig geleisteten jährlichen Gesamtvergütungszahlungen mit den jeweils endgültigen jährlichen Gesamtvergütungen.
- (2) Bei festgestellter Unterschreitung der jeweils vereinbarten jährlichen Gesamtvergütung werden die Honorareinbehalte an die Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen, die von den jeweiligen kassenartbezogenen Einbehalten betroffen waren, zurückgezahlt. Beträge bis € 75,- pro Praxis pro Jahr werden nicht zurückgezahlt.
- (3) Bei festgestellter Überschreitung der jeweils vereinbarten jährlichen Gesamtvergütung sind vorerst die notwendigen Rückzahlungen an die jeweiligen Kassen zu ermitteln.
- (4) <sup>1</sup>Zur Festlegung der endgültigen kassenartbezogenen Einbehalte werden zunächst die nach § 3 der Anlage 2 einbehaltenen Beträge auf den kassenartbezogenen Fehlbetrag angerechnet. <sup>2</sup>Der nunmehr verbleibende Fehlbetrag wird mit den vorläufigen kassenartbezogenen Einbehalten nach der Anlage 1 aufgerechnet. <sup>3</sup>Der den Fehlbetrag übersteigende vorläufige Einbehalt wird anteilig an die Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen zurückgezahlt, die von den jeweiligen kassenartbezogenen Honorareinbehalten betroffen waren. <sup>4</sup>Die Rückzahlung erfolgt in ganzen Stufen beginnend mit der 1-Stufe. <sup>5</sup>Beträge aus vorläufigen Einbehalten von Stufen, welche nicht vollständig zurückgeführt werden können, sowie Beträge bis zu € 75,- pro Praxis pro Jahr werden nicht zurückgezahlt. <sup>6</sup>Sie stehen für die künftige Honorarverteilung zur Verfügung. <sup>7</sup>Bei Überschreitungen innerhalb einer Kassenart, bei welcher die Auszahlung einer Stufe einen Betrag unter € 50.000,- erfordert, kann der Vorstand diesen Fehlbetrag aus Rücklagen ausgleichen, um diese jeweilige Stufe vollständig zurückzuzahlen.
- (5) Reichen dagegen die vorläufig einbehaltenen Honorarbeträge nicht aus, um die berechtigten Rückzahlungsansprüche der jeweiligen Kassenart zu erfüllen, werden die vorläufigen Patientengrenzwerte nach unten zu endgültigen Patientengrenzwerten korrigiert und es erfolgt eine Neuberechnung der Honorareinbehalte.

HVM-Anlage 2  
„Quotierung“  
Kieferorthopädische Leistungen und „Kleine“ Kassenarten

§ 1 Allgemeines

- (1) Diese Anlage findet jahresbezogen und kassenartbezogen Anwendung.
- (2) <sup>1</sup>Diese Anlage gilt für die Leistungen der BEMA-Teile 1 (ohne Individualprophylaxe und FU-Leistungen), 2, 3 und 4 bei „Kleinen“ Kassenarten mit weniger als 1 Prozent an Versicherten des Vorvorjahres beginnend mit 2024, soweit diese Leistungen der Gesamtvergütung unterliegen (ohne Material- und Laborkosten); nicht dagegen für Leistungen, die durch Gesetz oder vertragliche Regelungen (z.B. Bundesmantelvertrag, Gesamtvertrag, Vergütungsvereinbarung) von der begrenzten Gesamtvergütung ausgenommen oder vorübergehend ausgenommen sind. <sup>2</sup>Diese Leistungen werden ohne Begrenzungsmaßstab nach erbrachten Einzelleistungen zum jeweils geltenden Punktwert vergütet.
- (3) Diese Anlage gilt für die Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen nach BEMA Teil 3 (KFO) (Kassenanteile für Honorar aus kieferorthopädischer Behandlung - ohne Material- und Laborkosten) bei Kassenarten mit mehr als ein Prozent an Versicherten des Vorvorjahres beginnend mit 2024.
- (4) Die als Begleitleistungen abgerechneten konservierend-chirurgischen Leistungen werden bei Kassenarten mit mehr als ein Prozent an Versicherten des Vorvorjahres beginnend mit 2024 nach der Anlage 1 vergütet.

§ 2 Vergütung von Leistungen bei „Kleinen“ Kassenarten

- (1) Im Rahmen des verfügbaren Ausgabenvolumens für die Leistungen der BEMA-Teile 1, 2, 3 und 4 der „Kleinen“ Kassenarten erfolgt grundsätzlich zunächst eine vollständige Vergütung der von Vertragszahnärzten erbrachten Einzelleistungen gemäß den geltenden jeweiligen kassenartspezifischen Punktwerten.
- (2) <sup>1</sup>Für den Fall, dass die jährliche kassenartbezogene verfügbare Vergütung überschritten wird, erfolgt für diesen Leistungen eine kassenartbezogene quotierte Honorarzahlung an die abrechnenden Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen. <sup>2</sup>Die Auszahlungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis der für die jeweilige Krankenkassenart verfügbaren zahnärztlichen Vergütung zum Umfang der für diese Krankenkassenart tatsächlich abgerechneten Leistungen. <sup>3</sup>Beträge bis zu € 75,- pro Praxis pro Jahr werden nicht zurückgefordert. <sup>4</sup>Bei Überschreitungen innerhalb einer Kassenart bis maximal € 50.000,- im betreffenden Jahr kann der Vorstand auf die Anwendung der HVM-Anlagen verzichten und den Fehlbetrag aus Rücklagen ausgleichen.

- (3) Bei möglicher Überschreitung der für den Abrechnungszeitraum verfügbaren zahnärztlichen Vergütung ist die KZV Berlin berechtigt, schon die Teilzahlungen soweit zu kürzen, dass eine solche Überschreitung möglichst vermieden wird.

### § 3 Vergütung kieferorthopädischer Leistungen

- (1) Für den kieferorthopädischen Leistungsbereich erfolgt grundsätzlich zunächst eine vollständige Vergütung der von den Zahnärzten/Zahnärztinnen für Kieferorthopädie und kieferorthopädisch tätigen Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen erbrachten kieferorthopädischen Einzelleistungen gemäß den geltenden jeweiligen kassenartenspezifischen Punktwerten.
- (2) <sup>1</sup>Für den Fall, dass die jährliche kassenartenbezogene verfügbare Vergütung überschritten wird, erfolgt für diesen Leistungsbereich eine kassenartenbezogene quotierte Honorarauszahlung an die abrechnenden Zahnärzte/Zahnärztinnen. <sup>2</sup>Die Auszahlungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis der für die jeweilige Krankenkassenart verfügbaren zahnärztlichen Vergütung zum Umfang der für diese Krankenkassenart tatsächlich abgerechneten Leistungen. <sup>3</sup>Beträge bis zu € 75,- pro Praxis pro Jahr werden nicht zurückgefordert. <sup>4</sup>Die kassenartbezogenen Einbehalte nach der Anlage 2 mindern die im Jahresausgleichsverfahren einbehaltene Beträge je Kassenart nach Anlage 1. <sup>5</sup>Bei Überschreitungen innerhalb einer Kassenart bis maximal € 50.000,- im betreffenden Jahr kann der Vorstand auf die Anwendung der HVM-Anlagen verzichten und den Fehlbetrag aus Rücklagen ausgleichen.
- (3) Bei möglicher Überschreitung der für den Abrechnungszeitraum verfügbaren zahnärztlichen Vergütung ist die KZV Berlin berechtigt, schon die Teilzahlungen soweit zu kürzen, dass eine solche Überschreitung möglichst vermieden wird.