

Honorarverteilungsmaßstab

der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

(§ 85 Abs. 4 SGB V)

HVM gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KZVS am 26.11.2025

Präambel

Die KZV Saarland vertritt die Ansicht, dass jegliche Budgetierung der Gesamtvergütung mit der Ausübung des freien Zahnarztberufes unvereinbar ist und die zahnärztliche Versorgung der Patienten gefährdet.

Die Verteilung der von den Krankenkassen gemäß § 85 Abs. 1 SGB V an die KZVS entrichteten Gesamtvergütung erfolgt nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) stellt sicher, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt und eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Zahnarztes verhindert wird (§ 85 Abs. 4 Satz 4 und 5 SGB V).

Der Zahnarzt hat gegen die KZVS keinen direkten Honoraranspruch auf eine bestimmte Summe Geldes. Ihm steht nur ein Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung nach diesem HVM zu.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit des HVM wurde die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im folgenden Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

§ 1

Geltungsbereich

- (1) An der Honorarverteilung nehmen teil die zugelassenen und ermächtigten Zahnärzte, die ermächtigten zahnärztlich geleiteten Einrichtungen und die zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie die in Notfällen tätig gewordenen Nichtvertragszahnärzte und Einrichtungen. Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), medizinische Versorgungszentren

(MVZ) und Einrichtungen gelten als Praxis, soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist. Die Teilnehmer an der Honorarverteilung werden im Folgenden kurz als „Praxis“ bezeichnet.

- (2) Zur Honorarverteilung gelangen alle der KZVS 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.
- (3) Nicht zur Honorarverteilung gelangt der prozentuale Anteil der Gesamtvergütung, der aufgrund der Beschlussfassung der Vertreterversammlung für die Verwendung im Rahmen des Strukturfonds vorgesehen ist. Gleiches gilt für die Zahlungen der Krankenkassen, die aus der Vereinbarung zur Umsetzung von § 105 Abs. 1a SGB V resultieren.

§ 2

Gegenstand des Honorarverteilungsmaßstabes

- (1) Über die KZVS sind die von den Zahnärzten persönlich oder unter Aufsicht und Verantwortlichkeit erbrachten vertragszahnärztlichen Behandlungsleistungen einschließlich der Nebenleistungen, wie z.B. zahntechnische Leistungen, abrechenbar, soweit gesetzlich, vertraglich oder durch Beschluss der Vertreterversammlung nichts anderes bestimmt ist. Dies gilt auch für Leistungen, die von einem Beschäftigten oder Vertreter (§§ 32, 32 b, Zahnärzte- ZV) in zulässiger Weise erbracht wurden.
- (2) Diese Leistungen müssen für Anspruchsberechtigte von Leistungsträgern erbracht sein, die entsprechende vertragliche Regelungen mit der KZVS vereinbart haben. 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) Die Vergütung erfolgt grundsätzlich nach Einzelleistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen in Höhe des jeweils vereinbarten Punktwertes (§ 87 Abs. 1 SGB V), soweit in den Anlagen 1 und 2 nichts Abweichendes geregelt ist.

- (2) Alle Vergütungszahlungen erfolgen jeweils unter dem Vorbehalt der Anerkennung der Vergütungsvereinbarungen durch die Aufsichtsbehörde (§ 71 Abs. 4 SGB V).
- (3) Soweit mit einer Krankenkasse kein Punktwert vereinbart ist, gilt der vom Vorstand nach billigem Ermessen festgesetzte Punktwert als vertraglich vereinbarter Punktwert. Dieser Vorstandsbeschluss soll vor Beginn des jeweiligen Abrechnungszeitraums veröffentlicht werden.
- (4) Soweit mit einer Krankenkasse keine kassenspezifische Gesamtvergütung differenziert für KCH- bzw. für KFO-Leistungen vereinbart ist, werden diese jährlich zum Zwecke der HVM-Umsetzung vom Vorstand nach billigem Ermessen auf Basis des zuletzt verfügbaren Budgetabrechnungsjahres festgesetzt.

§ 4

Verfahren, Rechtsmittel

- (1) Zuständig für Maßnahmen nach diesem HVM ist die KZVS.
- (2) Zuständig für Widerspruchsverfahren ist der Vorstand der KZVS, soweit nichts anderes bestimmt ist.

§ 5

Härtefälle

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

§ 6

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 KZVS bzw. in elektronischer Form veröffentlicht.

§ 7
Inkrafttreten

Der Honorarverteilungsmaßstab tritt am 01.01.2026 in Kraft.

Anlage 1 zum Honorarverteilungsmaßstab

Regelungen zu KCH, KBR und PAR

(Punktmengenbegrenzung pro Fall)

§ 1

Voraussetzungen für die Anwendbarkeit dieser Anlage zum HVM

- (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 nach BEMA Teil 1,
 - Leistungen bei Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels nach BEMA Teil 2,
 - Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien nach BEMA Teil 4,
- soweit diese Leistungen der Gesamtvergütung unterliegen (ohne Material- und Laborkosten), angewandt.
- (2) Ausgenommen von der Anwendung der Anlage 1 sind Leistungen, die im zahnärztlichen Notdienst gem. der Notfalldienstordnung erbracht werden. Die Gesamtvergütung ist vor der Anwendung der Anlage 1 um diese Beträge zu mindern.
- Ebenfalls ausgenommen von einer Anwendung der Anlage 1 sind Leistungen, die unter Vollnarkose erbracht werden bei:
- Kindern unter 12 Jahren, die nicht mit dem Zahnarzt zusammenarbeiten und deshalb nicht unter örtlicher Betäubung behandelt werden können,
 - Patienten, die wegen mangelnder Kooperation bei geistiger Behinderung oder schweren Bewegungsstörungen eine Vollnarkose benötigen.
- (3) Die Vergütungen von Fremdkassenfällen und Fremdzahnarztleistungen richten sich nach den entsprechenden Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

§ 2

Grundlage des Grenzwertes (Punkte pro Fall) und Veränderung der Vergütung bei Überschreiten des Grenzwertes

- (1) Bis zu einem Grenzwert (Punkte pro Fall) werden die Leistungen der Bema-Teile 1, 2 und 4 mit den vertraglich vereinbarten Punktwerten vergütet. Oberhalb der Grenzwerte wird die überschreitende Punktmenge vermindert vergütet. Grundlage für die Grenzwerte sind die Basisgrenzwerte der Gruppen der Zahnärzte, der Oralchirurgen und der MKG-Chirurgen.
- (2) Der Basisgrenzwert wird je Quartal und getrennt für die Gruppen der Zahnärzte, Oralchirurgen und MKG-Chirurgen für alle Kassenarten gemeinsam wie folgt bestimmt:
 - a) Grundlage des Basisgrenzwertes der Gruppe der Zahnärzte ist die Gesamtpunktmenge aus den Bereichen KCH, KBR und PAR der Zahnärzte und Oralchirurgen des entsprechenden Vorjahresquartals. Diese Gesamtpunktmenge wird geteilt durch die KCH-Fälle der Zahnärzte und Oralchirurgen des Vorjahresquartals und ergibt die durchschnittlichen Punkte je Fall der Gruppe der Zahnärzte (Basisgrenzwert Zahnärzte).
 - b) Grundlage des Basisgrenzwertes der Gruppe der MKG-Chirurgen ist die Gesamtpunktmenge aus den Bereichen KCH, KBR und PAR der Gruppe der MKG-Chirurgen des entsprechenden Vorjahresquartals. Diese Gesamtpunktmenge wird geteilt durch die KCH-Fälle der Gruppe der MKG-Chirurgen des Vorjahresquartals und ergibt die durchschnittlichen Punkte je Fall der Gruppe der MKG-Chirurgen (Basisgrenzwert MKG-Chirurgen).

Der Gruppe der MKG-Chirurgen gehören Fachzahnärzte für Oralchirurgie und Fachärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie an, deren abgerechnete KCH-Punktmenge zu mehr als 30 % aus chirurgischen Leistungen gemäß den Bema-Nrn. Ä 161, 36 bis 38, 43 bis 48 und 51a bis 63 (chirurgische Kernleistungen) besteht. Die Einstufung in die Gruppe der MKG-Chirurgen erfolgt für ein Kalenderjahr auf der Grundlage der letzten vier abgerechneten Quartale. Der prozentuale Anteil der genannten chirurgischen Leistungen wird von der KZVS ermittelt. Berufsausübungsgemeinschaften mit Oral- und MKG-Chirurgen gehören der Gruppe ebenfalls an, wenn die Berufsausübungsgemeinschaft die Voraussetzungen erfüllt. Der Gruppe der Oralchirurgen gehören Oral- und MKG-Chirurgen an, die aufgrund ihres Abrechnungsprofils nicht in die Gruppe der MKG-Chirurgen einzuordnen sind.

Der festgelegte Basisgrenzwert gilt für alle Praxen dieser Gruppe. Eine Anpassung des Basisgrenzwertes aufgrund der KCH-Fallzahlen nach § 2 Abs. 3 dieser Anlage erfolgt bei der Gruppe der MKG-Chirurgen nicht.

- c) Der Vorstand kann die ermittelten Basisgrenzwerte um einen Prozentsatz, der sich aus der Entwicklung der Gesamtvergütung ergibt, verändern. Dieser Wert ist kaufmännisch auf volle Punktzahlen zu runden.
- d) Die von Kieferorthopäden abgerechneten Sachleistungen werden nach Einzelleistungen vergütet. Das Abrechnungsvolumen in diesem Bereich ist begrenzt auf die Punktmenge des Vergleichsquartals aus dem Vorjahr. Der Vorstand legt den Prozentsatz einer möglichen Veränderung entsprechend der Entwicklung der Gesamtvergütung fest. Der Prozentsatz der Veränderung wird von der KZVS rechtzeitig in einem Rundschreiben bzw. in elektronischer Form bekannt gemacht. Bei einer Überschreitung des zur Verfügung stehenden gesonderten Abrechnungsvolumens für KFO-Sachleistungen wird der Prozentsatz der Überschreitung ermittelt. Um diesen Prozentsatz werden die von allen Kieferorthopäden abgerechneten KFO-Sachleistungen in diesem Quartal einheitlich vermindert.
- (3) Die Basisgrenzwerte für die Gruppe der Zahnärzte und die Gruppe der Oralchirurgen werden bei KCH-Fallzahlen je Abrechnungszeitraum (insgesamt für alle Kostenträger)

von 1 bis 350	um	8 %
von 351 bis 450	um	6 %
von 451 bis 550	um	4 %
von 551 bis 650	um	2 %

erhöht

von 751 bis 950	um	1 %
von 951 bis 1150	um	2 %
von 1151 bis 1350	um	3 %
ab 1351	um	4 %

abgesenkt.

Im Bereich des Basisgrenzwertes zwischen 651 bis 750 Fällen findet keine Veränderung des Grenzwertes statt. Die sich ergebenden Grenzwerttabellen werden von der KZVS rechtzeitig in einem Rundschreiben bzw. in elektronischer Form bekannt gemacht.

- (4) Die nach § 2 Abs. 3 ermittelten und bekannt gegebenen Grenzwerte sind vorläufige Grenzwerte. Die Festlegung der endgültigen Grenzwerte erfolgt nach Abschluss der Abrechnung für das 4. Quartal des Jahres gemäß dem in § 5 Nr. 3, 4 und 5 geregelten Ausgleichsverfahren.
- (5) Die Gruppe der Oralchirurgen erhält in Berücksichtigung ihrer Überweisungstätigkeit einen

Zuschlag von 5 % auf den Basisgrenzwert der Gruppe der Zahnärzte (Basisgrenzwert Oralchirurgen). Bei Praxen mit zwei oder mehr Behandlern, die nicht alle der Gruppe der Oralchirurgen zugeordnet werden, wird der Zuschlag anteilig erhoben. Sie können auf diesen Zuschlag verzichten und die Anzahl ihrer Überweisungsfälle anhand der Überweisung und des Arztbriefes gegenüber der KZVS dokumentieren. Für diese Fälle gilt der Grenzwert der Gruppe der MKG-Chirurgen auf der Grundlage der KCH-Gesamtpraxisfallzahl je Abrechnungszeitraum.

- (6) Werden die Grenzwerte überschritten, werden die darüberhinausgehenden Punkte vermindert vergütet. Der Überschreitungsprozentsatz, der sich aus dem Verhältnis der abgerechneten Punkte zur zulässigen Punktmenge je Quartal ergibt, hat eine Absenkung der Vergütung für die überschreitende Punktmenge mit dem gleichen Prozentsatz zur Folge bis zu einer maximalen Absenkung um 80 %.

Die KZVS kann für jedes Quartal die Geltung dieser Regelung aussetzen.

- (7) Vergütungen, die von Krankenhausträgern gem. § 120 SGB V abgerechnet werden, unterliegen einem prozentualen Ausgleichsverfahren, das sich aus der Überschreitung der Gesamtvergütungen aller Kostenträger im Bereich KCH ergibt. Im Übrigen gilt § 5 Nr. 2 dieser Anlage.

§ 3

Praxisstatus und zulässige Punktmenge

- (1) Für die Einordnung der Praxis in die Fallzahlstufen der Grenzwerttabellen wird die Gesamtsumme der abgerechneten Behandlungsfälle des Quartals zugrunde gelegt.
- (2) Die zulässige Punktmenge je Quartal bestimmt sich je Praxis unter Berücksichtigung der Gruppenzugehörigkeit wie folgt:
- a) Der sich für die Praxis aufgrund der in Abs. 1 ermittelten Fallzahlstufe ergebende Grenzwert wird mit der Anzahl HVM-relevanter Fälle aus der Gesamtsumme der abgerechneten Behandlungsfälle der Praxis multipliziert.
 - b) Die Anzahl HVM-relevanter Fälle im Sinne des Bst. a) ermittelt sich aus der Gesamtfallzahl einer Praxis abzüglich bereichsfremder KZV-Fälle und abzüglich der Fälle von Nicht-GKV-Kostenträgern (sog. „Sonstige Kostenträger“).

§ 4

Anrechnung von Honorarkürzungen

Die Kürzungen nach dieser Anlage zum HVM mindern Kürzungsbeträge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 5

Ausgleichsverfahren

Zum Ausgleich der Gesamtvergütung ist wie folgt zu verfahren:

1. Zunächst sind die notwendigen Rückzahlungen an die Krankenkassen bei einer festgestellten Überschreitung der vereinbarten Gesamtvergütung zu leisten.
2. Stehen Beträge zur Honorarverteilung zur Verfügung, werden diese anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen aller Zahnärzte, nachvergütet.
3. Reichen die einbehaltenen Beträge nicht aus, um die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen zu erfüllen, werden die vorläufigen Grenzwerte nach unten korrigiert.
4. Sind die einbehaltenen Beträge höher als die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, werden die vorläufigen Grenzwerte nach oben korrigiert.
5. Durch eine Grenzwertkorrektur im Sinne von Nr. 3 und 4 ist zu versuchen, eine größtmögliche Annäherung an das zur Verfügung stehende Gesamtbudget zu erreichen. Beträge, die sich durch eine Grenzwertkorrektur im Wesentlichen nicht weiter dem Gesamtbudget annähern lassen, werden auf das nächste Jahr übertragen. Unter Berücksichtigung der Gegebenheiten und Umstände können sich für die verschiedenen Quartale unterschiedliche Grenzwertkorrekturen ergeben.

Neu gegründete Praxen können Abschlagsfreiheit für die ersten 12 Monate auf bis zu 1400 Behandlungsfälle beantragen. Neu gegründete Praxen sind solche Praxen, die an einem neuen Standort durch einen bisher im Bereich der KZVS noch nicht zugelassenen Vertragszahnarzt gegründet werden. Über die jeweiligen Anträge entscheidet der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen.

6. Punktmengen bei Überschreitung der Grenzwerte werden quartalsweise mit einem für alle Kassen aus dem KCH-Abrechnungsvolumen ermittelten Mischpunktwert in Euro umgerechnet.

Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab

Regelungen zur Kieferorthopädie

§ 1

Voraussetzungen für die Anwendbarkeit dieser Anlage zum HVM

- (1) Die in dieser Anlage genannten Regelungen für die Honorarverteilung werden für die KFO-Leistungen nach BEMA Teil 3, soweit sie budgetiert sind (Kassenanteile für Honorar aus kieferorthopädischer Behandlung - ohne Material- und Laborkosten), angewandt.
- (2) Die Vergütungen von Fremdkassenfällen und Fremdzahnarztleistungen richten sich nach den entsprechenden Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.
- (3) Bis zu einer Fallzahl von 20 in einem Quartal sind Praxen mit kieferorthopädischer Abrechnung von der Anwendung dieser Anlage ausgenommen.

§ 2

Fallgrenzwerte

- (1) Bis zu einem Grenzwert €-Betrag pro Fall werden die Kassenanteile der Leistungen des Bema-Teils 3 voll vergütet. Oberhalb des Fallwerts wird der Kassenanteil vermindert vergütet. Grundlage für die Fallwerte sind die Durchschnittsfallwerte der Kieferorthopäden.
- (2) Der Durchschnittsfallwert wird je Quartal für alle Kassenarten gemeinsam wie folgt bestimmt:
Grundlage des Durchschnittsfallwerts ist die Summe der Kassenanteile aller abgerechneten KFO-Leistungen in einem Quartal. Dieser wird dividiert durch die Gesamtzahl aller Fälle mit KFO-Leistungen im entsprechenden Quartal.
- (3) Der Vorstand kann den Durchschnittsfallwert um einen Prozentsatz anpassen. Die Höhe der Anpassung ergibt sich aus einer eventuellen Über- oder Unterschreitung des KFO-Budgets aller eigenen Krankenkassen im Vorjahr und einem vom Vorstand nach billigem Ermessen festgelegten prozentualen Abschlag, um Mittel für Neupraxen, Veränderungen der Versichertenzahl der Krankenkassen sowie sonstige Umstände des Jahres zur Verfügung zu haben.

- (4) Der Durchschnittsfallwert wird bei Fallzahlen je Abrechnungszeitraum (insgesamt für alle Kostenträger)

	von 21 bis 200	um	4%
	von 201 bis 350	um	2%
erhöht,			
	von 551 bis 700	um	1%
	ab 701	um	2%
abgesenkt.			

Im Bereich zwischen 351 und 550 findet keine Veränderung des Durchschnittsfallwerts statt.

Die sich ergebenden Fallgrenzwerttabellen werden von der KZVS rechtzeitig in elektronischer Form bekannt gemacht.

- (5) Die nach § 2 Abs. 4 ermittelten und bekannt gegebenen Fallgrenzwerte sind vorläufige Fallgrenzwerte. Die Festlegung der endgültigen Fallgrenzwerte erfolgt nach Abschluss der Abrechnung für das 4. Quartal des Jahres gemäß dem in § 5 geregelten Ausgleichsverfahren.

§ 3

Praxisindividuelle Basisvergütungen

- (1) Für die Einordnung der Praxis in die Fallgrenzwerte der Grenzwerttabelle wird die Gesamtsumme der abgerechneten kieferorthopädischen Behandlungsfälle des Quartals zugrunde gelegt.
- (2) Als KFO-Fall zur Ermittlung des praxisbezogenen Honorargrenzwertes für KFO-Honorar im Sinne von § 2 zählt bei Leistungsabrechnungen im Bereich KFO (Leistungen des BEMA-Teils 3) die gesamte innerhalb eines Kalendervierteljahres für eine GKV-versicherte Person durchgeführte Behandlung. Ausgenommen davon sind KFO-Quartalsabrechnungen, die nur Material- und Laborkosten oder „KFO-Begleitleistungen“ enthalten.
- (3) Ein KFO-Fall, der mindestens eine der kieferorthopädischen Leistungen nach den BEMA-Nrn. 119a bis d oder 120a bis d enthält, löst den vollen KFO-Fallwert aus.
- (4) Bei KFO-Behandlungen mit vorzeitigem Behandlungsabschluss werden die restlichen nicht beanspruchten Abschlagszahlungen nach den BEMA-Nrn. 119 a bis d oder 120

a bis d, die mit der letzten Quartalsabrechnung kumuliert zur Abrechnung kommen, zusätzlich als gesonderte KFO-Fälle mit vollem Fallwert gezählt.

- (5) Ein KFO-Fall, der nur KFO-Leistungen des BEMA-Teils 3 außer den Leistungen nach den BEMA-Nrn. 119 a bis d oder 120 a bis d enthält, löst das 0,3-Fache des KFO-Fallwertes aus.
- (6) Wird das Behandlungsvolumen überschritten, dann werden die darüberhinausgehenden Abrechnungswerte vermindert vergütet. Der Überschreitungsprozentsatz, der sich aus dem Verhältnis der Summe der abgerechneten kieferorthopädischen Leistungen im Quartal (Kassenanteile) zum zulässigen kieferorthopädischen Honorar je Quartal ergibt, hat eine Absenkung der Vergütung für die überschreitenden Beträge mit dem gleichen Prozentsatz zur Folge bis zu einer maximalen Absenkung um 80 %.
- Die KZVS kann für jedes Quartal die Geltung dieser Regelung aussetzen.

§ 4

Regelungen für Neugründungen

- (1) Die Anwendung dieser Anlage kann in den ersten vier Quartalen nach Neugründung einer kieferorthopädischen Praxis auf Antrag ausgesetzt werden.
- (2) Neu gegründete Praxen sind solche Praxen, die an einem neuen Standort durch einen bisher im Bereich der KZVS noch nicht zugelassenen Vertragszahnarzt gegründet werden.
- (3) Über die jeweiligen Anträge entscheidet der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen.

§ 5

Ausgleichsverfahren

Zum Ausgleich der Gesamtvergütung ist wie folgt zu verfahren:

1. Zunächst sind die notwendigen Rückzahlungen an die Krankenkassen bei einer festgestellten Überschreitung der vereinbarten Gesamtvergütung zu leisten.
2. Stehen Beträge zur Honorarverteilung zur Verfügung, werden diese anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen aller Fachzahnärzte für Kieferorthopädie und kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten, nachvergütet.

3. Reichen die einbehaltenen Beträge nicht aus, um die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen zu erfüllen, werden die vorläufigen Fallgrenzwerte nach unten korrigiert.
4. Sind die einbehaltenen Beträge höher als die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, werden die vorläufigen Fallgrenzwerte nach oben korrigiert.
5. Durch eine Korrektur der Fallgrenzwerte im Sinne von Nr. 3 und 4 ist zu versuchen, eine größtmögliche Annäherung an das zur Verfügung stehende Gesamtbudget zu erreichen. Beträge, die sich durch eine Korrektur der Fallgrenzwerte im Wesentlichen nicht weiter dem Gesamtbudget annähern lassen, werden auf das nächste Jahr übertragen. Unter Berücksichtigung der Gegebenheiten und Umstände können sich für die verschiedenen Quartale unterschiedliche Korrekturen der Fallgrenzwerte ergeben.