

Anlage 1 zum Honorarverteilungsmaßstab

Regelungen zu KCH, KBR und PAR

(Punktmengenbegrenzung pro Fall)

- zuletzt geändert durch Beschluss der VV vom 12. Juni 2017 -

§ 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 jeden Zahnarzt 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

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 und KBR der Zahnärzte und Oralchirurgen des entsprechenden Vorjahresquartals. Diese Gesamtpunktmenge wird geteilt durch die konservierend/chirurgischen 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 und KBR der Gruppe der MKG-Chirurgen des entsprechenden Vorjahresquartals. Diese Gesamtpunktmenge wird geteilt durch die konservierend/chirurgischen Fälle der Gruppe der MKG-Chirurgen des Vorjahresquartals und ergibt die durchschnittlichen Punkte je Fall der Gruppe der MKG-Chirurgen (Basisgrenzwert MKG-Chirurgen).
 - c) 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.
 - d) Die KZVS 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.
 - e) Die von Kieferorthopäden abgerechneten Sachleistungen werden nach Einzelleistungen vergütet. Das Abrechnungsvolumen in diesem Bereich ist begrenzt auf die Punktmenge des Vergleichs quartals aus dem Vorjahr. Die KZVS legt den Prozentsatz einer möglichen Veränderung entsprechend der Entwicklung der Gesamtvergütung fest. Der Prozentsatz der Veränderung wird von der KZVS rechtzeitig in einem Rundschreiben 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, die Gruppe der Oralchirurgen und die Gruppe der MKG-Chirurgen werden bei KCH-Fallzahlen je Abrechnungszeitraum (insgesamt für alle Kostenträger)

von 1 bis 70	um	60 %
von 71 bis 140	um	50 %
von 141 bis 210	um	40 %
von 211 bis 280	um	30 %
von 281 bis 350	um	20 %
von 351 bis 420	um	10 %

erhöht,

von 491 bis 560	um	2 %
von 561 bis 630	um	4 %
von 631 bis 700	um	6 %
von 701 bis 770	um	8 %
von 771 bis 840	um	10 %
von 841 bis 910	um	12 %
von 911 bis 980	um	14 %
von 981 bis 1.050	um	16 %
ab 1.051	um	18 %

abgesenkt.

Im Bereich des Basisgrenzwertes zwischen 421 und 490 Fällen findet keine Veränderung des Grenzwertes statt. Die sich ergebenden Grenzwerttabellen werden von der KZVS rechtzeitig in einem Rundschreiben 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). 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 darüber hinausgehenden Punkte vermindert vergütet. Der Überschreitungsprozentsatz, der sich aus dem Verhältnis der zulässigen Punktmenge je Quartal zur abgerechneten Punktmenge ergibt, hat eine Absenkung der Ver-

gütung für die überschreitende Punktmenge mit dem gleichen Prozentsatz zur Folge bis zu einer maximalen Absenkung um 60 %.

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 durch die Summe der den einzelnen zahnärztlichen Behandlern einer Praxis zugeordneten Faktoren (Praxisfaktor) geteilt. Bruchteile einer Fallzahl werden auf volle Fallzahlen abgerundet.
- (2) Die zulässige Punktmenge je Quartal bestimmt sich je Praxisinhaber unter Berücksichtigung der Gruppenzugehörigkeit wie folgt:
- a) Der sich für die Praxis aufgrund der in Abs. 1 ermittelten Fallzahlstufe ergebende Grenzwert wird mit der jedem einzelnen Praxisinhaber zugewiesenen Anzahl HVM relevanter Fälle aus der Gesamtsumme der abgerechneten Behandlungsfälle multipliziert.
- b) Die jedem Praxisinhaber zugewiesene Anzahl HVM relevanter Fälle aus der Gesamtsumme der abgerechneten Behandlungsfälle ergibt sich aus dem Verhältnis seines persönlichen Faktors zur Summe der Faktoren der Praxisinhaber. Es ist auf volle Fallzahlen aufzurunden.
- (3) Den Behandlern in einer Praxis werden folgende Faktoren zugeordnet:

zugelassener Zahnarzt	1,00
teilzugelassener Zahnarzt	0,50

genehmigter angestellter Zahnarzt (§ 32 b Zahnärzte-ZV)

entsprechend der vereinbarten Wochenarbeitszeit:

bis 10 Stunden	0,25
über 10 bis 20 Stunden	0,50
über 20 bis 30 Stunden	0,75
über 30 Stunden	1,00

genehmigter Vorbereitungs- oder Weiterbildungsassistent (§ 32 Abs. 2 Z-ZV)

bei Vollzeittätigkeit	0,25
bei Halbtagestätigkeit	0,125

Eine nur zeitweise Beschäftigungsdauer wird anteilig berücksichtigt. Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1,00 dividiert durch 4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

- (4) Der anstellende Zahnarzt hat jede auf Dauer angelegte Änderung im Umfang der Tätigkeit von angestellten Zahnärzten und Assistenten unverzüglich der KZVS mitzuteilen.

§ 4

Anrechnung von Honorarkürzungen

Die Kürzungen nach dieser Anlage zum HVM mindern Kürzungsbeträge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Honorarkürzungen aufgrund der Degressionsregelung gemäß § 85 Abs. 4 b SGB V werden mit dem Degressionskürzungsprozentsatz auf Honorarkürzungen nach dieser Anlage zum HVM mindernd angerechnet.

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

§ 6 **Inkrafttreten**

Diese Anlage zum HVM tritt am 01. Januar 2012 in Kraft.