Honorarverteilungsmaßstab

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Saarland

(§ 85 Abs. 4 SGB V)

HVM gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KZVS am 29.11.2023

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
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.

§ 6
Inkrafttreten

Der Honorarverteilungsmaßstab tritt am 01.01.2024 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) 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).

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) 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.

e) 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, 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 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). 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 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 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.

c) Die Anzahl HVM-relevanter Fälle im Sinne der Bst. a) und b) ermittelt sich aus der Gesamtfallzahl einer Praxis abzüglich bereichsfremder KZV-Fälle und abzüglich der Fälle von Nicht-GKV-Kostenträgern (sog. „Sonstige Kostenträger“).

(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 Halbtagstätigkeit	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.

§ 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.

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.

§ 2
Individuelle Bemessungsgrundlage (iBG)

(1) Um die Honorierung der Einzelleistung im Bereich KFO für jede Praxis unter den Bedingungen der Budgetierung voraussehbar zu machen und die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Gesamtvergütung zu erzielen, hat jede Praxis einen Vergütungsanspruch im Bereich KFO auf Grundlage des BEMA zum vertraglich vereinbarten Punktwert bis zu ihrer individuellen Bemessungsgrundlage (iBG), die von der KZVS ermittelt und jeder Praxis bekannt gegeben wird. Die iBG wird gebildet aus dem Basiswert gemäß Abs. 2, der einer prozentualen Anpassung unterliegt. Die Höhe der Anpassung ergibt sich aus einer eventuellen Über- oder Unterschreitung des KFO-Budgets aller eigenen Krankenkassen aus dem zuletzt abgeschlossenen Budgetjahr 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. Die prozentuale Anpassung wird bei Bedarf durch die KZVS quartalsweise verändert. Vertragszahnärztliche Leistungen, die die individuelle Bemessungsgrundlage überschreiten, werden entsprechend der Ausschöpfung der KFO-Gesamtvergütung prozentual vergütet (§ 6 Abs. 3).

(2) Der Basiswert eines Kalenderjahres wird im 4. Quartal des Vorjahres ermittelt und ergibt sich aus den insgesamt acht vorangegangenen Quartalsabrechnungen aus den über die KZVS abgerechneten Kassenanteilen für Honorar aus kieferorthopädischer Behandlung (ohne Material- und Laborkosten) pro Behandler in einer Praxis (Praxisinhaber, Angestellte und

Assistenten je nach Beschäftigungsfaktor).

§ 3
Mittelwert, Praxisstatus

(1) Aus den gemäß § 2 Abs. 2 ermittelten und gemäß § 2 Abs. 1 angepassten Basiswerten aller Zahnärzte, die im gesamten jeweiligen Bemessungszeitraum in einer Praxis an der kieferorthopädisch-vertragszahnärztlichen Versorgung teilgenommen haben, wird der Mittelwert errechnet, und zwar getrennt für ausschließlich kieferorthopädisch abrechnende Zahnärzte (Kieferorthopäden) und allgemeine Zahnärzte und MKG-Chirurgen, die mehr als fünf kieferorthopädische Behandlungsfälle im Jahresdurchschnitt abrechnen. Bei der Bestimmung des Mittelwerts bleiben nicht abrechnende Zahnärzte unberücksichtigt.

(1a) Der Mittelwert wird jeweils berechnet aus der Summe aller Basiswerte geteilt durch die Summe der durchschnittlichen Praxisfaktoren der einzelnen Praxen getrennt für ausschließlich kieferorthopädisch abrechnende Zahnärzte (Kieferorthopäden) und allgemeine Zahnärzte und MKG-Chirurgen.

(1b) Soweit der gemäß § 2 Abs. 2 ermittelte und gemäß § 2 Abs. 1 angepasste Basiswert gemäß § 2 für den betreffenden Zahnarzt den Mittelwert der Basiswerte aller Kieferorthopäden oder aller allgemeinen Zahnärzte und MKG-Chirurgen unterschreitet, gilt als iBG der jeweilige Mittelwert.

(2) Die Bemessungsgrundlage einer Praxis ist die Basiswert-iBG oder die Mittelwert-iBG, multipliziert mit der Summe der den Behandlern der Praxis zugeordneten Faktoren, je zugelassener Zahnarzt 1,0, je teilzugelassener Zahnarzt 0,5 sowie unter Berücksichtigung des § 4 zum Zeitpunkt der Berechnung.

(3) Bei Veränderung des Praxissitzes oder bei Wechsel der Praxisform innerhalb der KZVS behält der Zahnarzt seine individuelle Bemessungsgrundlage. Bei Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit und Übergabe der Praxis erhält der übernehmende Zahnarzt auf Antrag die iBG des abgebenden Zahnarztes. Bei Berufsausübungsgemeinschaften wird die Bemessungsgrundlage den Gesellschaftern gleichmäßig zugerechnet, es sei denn, die Gesellschafter erklären einvernehmlich gegenüber der KZVS, eine andere Zurechnung zu wünschen. Die KZVS ist berechtigt, dies zu überprüfen. Auf Antrag ist die KZVS hierzu verpflichtet.

(4) Für zugelassene medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Einrichtungen bildet sich die Mittelwert-iBG aus der Anzahl der in ihnen beschäftigten Zahnärzte unter Berücksichtigung des Beschäftigungsumfanges analog § 3 Abs. 2.

§ 4
Beschäftigung von Zahnärzten

(1) Für die Bestimmung der Mittelwert-iBG werden angestellte Zahnärzte gemäß § 32 b Zahnärzte-ZV anteilig entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit berücksichtigt. Es gelten dabei folgende Faktoren:

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

Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 1,00 dividiert durch 4,2 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

(2) Vorbereitungs- und Weiterbildungsassistenten (§ 32 Abs. 2 Z-ZV) werden bei der Bestimmung der Mittelwert-iBG mit einem Faktor von 0,25 bei Vollzeittätigkeit und einem Faktor von 0,125 bei Halbtagstätigkeit berücksichtigt.

(3) Der anstellende Zahnarzt hat jede Änderung im regelmäßigen Umfang der Tätigkeit der KZVS unverzüglich mitzuteilen. Eine nur zeitweise Beschäftigung im Bemessungszeitraum wird zeitanteilig berücksichtigt.

§ 5
Nichtausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

(1) Ist im jeweiligen Bemessungszeitraum länger als drei Monate aus persönlichen Gründen (Schwangerschaft, Krankheit, sofern keine Vertretung erfolgte) oder wegen Ruhens der vertragszahnärztlichen Tätigkeit die zahnärztliche Tätigkeit nicht ausgeübt worden, errechnet sich die individuelle Bemessungsgrundlage durch Hochrechnung der Vergütung aus den verbleibenden Zeiträumen.

(2) Bei Aufnahme oder Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit innerhalb des Jahres wird die iBG zeitanteilig berechnet.

§ 6
Abrechnung

(1) Leistungen müssen - soweit vertraglich zulässig - in dem Quartal abgerechnet werden, in dem sie erbracht worden sind. Die KFO-Vergütung ist begrenzt auf die jeweilige Bemessungsgrundlage einer Praxis und ist so über das Jahr zu verteilen, dass die

kieferorthopädische Versorgung sichergestellt ist. Die Verteilung der BG auf die Quartale erfolgt gemäß Beschlussfassung des Vorstandes nach billigem Ermessen und Berücksichtigung der Abrechnungen der vorangegangenen Abrechnungsquartale.

(2) Die KZVS überprüft quartalsweise, ob eine Praxis ihre BG überschritten hat, entscheidet über Einbehalte und informiert die Praxen.

(3) Der Überschreitungsprozentsatz, der sich aus dem Verhältnis der Bemessungsgrenze je Quartal zu den abgerechneten, HVM-relevanten Leistungen ergibt, hat eine Absenkung der Vergütung für die überschreitenden Leistungen mit dem gleichen Prozentsatz zur Folge bis zu einer maximalen Absenkung um 80 %.

§ 7
Ausgleichsverfahren

Zum Ausgleich der Gesamtvergütung ist wie folgt zu verfahren:

1. Zunächst sind die notwendigen Rückzahlungen an die Krankenkassen bei einer festgestellten Überschreitung der 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, wird die ermittelte prozentuale Überschreitung anteilig, orientiert am Überschreitungsvolumen aller Zahnärzte, die ihre iBG überschritten haben, einbehalten.