

I. Ergänzung der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab vom 17.03.1997

(Punktmengenbegrenzung pro Fall)

in der ab 01. Januar 2003 geltenden Fassung

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 Patientinnen und Patienten gefährdet. Unter dem Druck der politischen und vertraglichen Zwänge, deren Beendigung angestrebt und gefordert wird, verabschiedet der HVM-Ausschuß der KZVS diese Anlage zum HVM am 15.11.2000.

§ 1 Voraussetzungen für die Anwendbarkeit dieser Anlage zum HVM

Die in dieser Anlage genannten Regeln für die Honorarverteilung werden quartalsweise, beginnend mit dem I. Quartal 2001

1. für die konservierend/chirurgischen Leistungen einschl. KFO-Sachleistungen nach Bema-Z-Teil 1 bzw. Gebührentarif A und die Leistungen bei Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels, nach Bema-Z-Teil 2 bzw. Gebührentarif B, soweit diese Leistungen der Gesamtvergütung unterliegen (ohne Material- und Laborkosten),
2. solange es nicht möglich ist, die freie Einzelleistungsvergütung wieder durchzusetzen,

angewandt.

§ 2

Die folgenden Maßnahmen sollen die Einhaltung der Gesamtvergütung und die Honorierung der Einzelleistung für jeden Kollegen voraussehbar machen.

§ 3

Veränderung der Vergütung bei Veränderung des Fallwertes.

- a) Bis zu einem Grenzwert (Punktmenge) werden die Leistungen der Bema-Z-Teile 1 und 2 bzw. der Gebührentarife A und B mit den vertraglich vereinbarten Punktwerten vergütet. Oberhalb der Grenzwerte (Punktmenge) wird die überschreitende Punktmenge vermindert vergütet.

- b) Der Grenzwert (Punktmenge pro Fall) wird wie folgt bestimmt:
1. Grundlage für die Ermittlung des Grenzwertes ist die Gesamtpunktmenge aus den Bereichen KCH und KBR der saarländischen Zahnärzte des entsprechenden Vergleichszeitraumes des Vorjahres. Die Gesamtpunktmenge wird geteilt durch die konservierend-chirurgischen Fälle des Vergleichszeitraumes und ergibt die Punktmenge je Fall. Diese wird vom HVM-Ausschuß rechtzeitig im Rundschreiben bekanntgegeben.
 2. Es ist die durchschnittliche Punktmenge je Fall für diesen Abrechnungszeitraum getrennt nach
 1. Zahnärzten
 2. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen sowie Oralchirurgen (mehr als 80 % der Tätigkeit chirurgisch) undfür alle Kassenarten gemeinsam zu ermitteln.
 3. Der HVM-Ausschuß kann die nach § 3 Abs. b) Nr. 1 und 2 dieser Anlage ermittelten Grenzwerte um einen Prozentsatz, der sich aus der Entwicklung der Gesamtvergütung ergibt, verändern. Dieser Wert ist kaufmännisch auf volle Punktzahlen zu runden.
 4. Die nach § 3 Abs. b) Nr. 1, 2 und 3 ermittelten und bekanntgegebenen Grenzwerte sind vorläufige Grenzwerte. Die Festlegung der endgültigen Grenzwerte erfolgt nach Abschluß der Abrechnung für das 4. Quartal des Jahres gemäß dem in § 6 Nr. 3, 4 und 5 geregelten Ausgleichsverfahren. Sich aus der endgültigen Festlegung ergebende erstmalige oder weitergehende Grenzwertüberschreitungen oder -unterschreitungen werden gemäß § 3 Abs. a) berücksichtigt.
 5. 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 HVM-Ausschuß legt den Prozentsatz einer möglichen Veränderung entsprechend der Entwicklung der Gesamtvergütung fest. 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.
 6. Die mit der Kieferbruchbehandlung anfallenden Material- und Laborkosten werden, wie entstanden, an die Zahnärzte ausbezahlt.
- c) Die Leistungen nach Teil 1 BEMA-Z/Gebührentarif A werden ohne Individualprophylaxe und ohne FU-Leistungen berücksichtigt.

- d) Die Grenzwerte nach § 3 Abs. b) Nr. 1 und Nr. 2 oder Nr. 3 (Punktmenge) für die Gruppe der Zahnärzte werden bei KCH-Fallzahlen je Abrechnungszeitraum (insgesamt für alle Kostenträger)

1.	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

2.	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.

Zwischen 421 und 490 Fällen findet keine Veränderung des Grenzwertes statt.

- e) Für die Fachgruppen der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen sowie der Oralchirurgen gilt die gleiche Erhöhung bzw. Verringerung der Grenzwerte entsprechend der KCH-Praxisfallzahlen. Die Oralchirurgen erhalten in Berücksichtigung ihrer Überweisungstätigkeit einen Zuschlag von 5 % auf die jeweiligen Punktmengen der Gruppe der Zahnärzte. Sie können auf diesen Zuschlag verzichten und die Anzahl ihrer Überweisungsfälle anhand der Überweisung und des Arztbriefes gegenüber der KZV dokumentieren. Für diese Fälle gilt der Grenzwert der Gruppe der zu 80 % und mehr chirurgisch arbeitenden Kollegen auf der Grundlage der KCH-Gesamtpraxisfallzahl je Abrechnungszeitraum.
- f) Die über die jeweiligen Grenzwerte (Punktmenge pro Fall) hinausgehenden Punkte werden vermindert vergütet. Der Überschreitungsprozentsatz hat eine Absenkung mit dem gleichen Prozentsatz zur Folge bis zu einer maximalen Absenkung um 60 %.

Der HVM-Ausschuß kann für jedes Quartal die Geltung dieser Regelung aussetzen.

- g) Vergütungen die von Krankenhasträgern gem. § 120 SGB V abgerechnet werden sowie Vergütungen nach der Regelung der Fremdkassenabrechnung unterliegen einem prozentualen Ausgleichsverfahren.

§ 4 Praxisstatus

Für die Zuordnung der Praxis nach § 3 ist die Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Behandler maßgebend. Die von einer Gemeinschaftspraxis abgerechneten Fälle werden durch die Zahl der sie betreibenden Praxisinhaber geteilt. Bei gemischten Gemeinschaftspraxen ist für die Festlegung der Grenzpunktmenge die Gruppenzugehörigkeit der Inhaber zu berücksichtigen.

§ 5 Anrechnung von Honorarkürzungen

- a) Kürzungsbeträge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mindern nicht die Kürzung nach dieser Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab.
- b) Behandlungsfälle und Punkte aus rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigungen werden in dem Quartal berücksichtigt, in dem sie verrechnet werden. Bagatellfälle unter 25 Punkten werden nicht berücksichtigt.

§ 6 Ausgleichsverfahren

Einbehaltene oder zurückzuzahlende Beträge sind wie folgt zu verwenden:

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, wird die ermittelte prozentuale Unterschreitung anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen aller Zahnärzte, nachvergütet.
3. Reichen die einbehaltenen Beträge nicht aus, um die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen zu befriedigen, werden die vorläufigen Grenzwerte nach unten korrigiert.
4. Sind die einbehaltenen Beträge mehr als ausreichend, um die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen zu befriedigen, 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.

§ 7

Durch die Bestimmungen dieser Ergänzung zur Anlage zum HVM, insbesondere der quartalsweise neuzutreffenden Festlegungen der Grenzwerte pro Fall und der quartalsweisen Auszahlung, wird den Erfordernissen des § 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V zur gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung auf das Jahr Rechnung getragen.
