



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: MBI. NRW. 2002 Nr. 9

Veröffentlichungsdatum: 03.12.2001

Seite: 141

II

Ausfertigung der Neufassung der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

**Kassenzahnärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe**

**Ausfertigung der Neufassung
der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe**

Bek. d. Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe v. 3.12.2001

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe hat in ihrer Sitzung vom 1.12.2001 die Neufassung der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab der KZVWL beschlossen:

Anlage zum HVM

§ 1 Grundsätze

- 1) Die Regelungen dieser Anlage gelten ab 01.01.2002, bis die Vertreterversammlung etwas anderes beschließt.
- 2) Die Regelungen sollen die Umsetzung der folgenden gesetzlichen Vorgabe gewährleisten:

Gemäß § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V hat der Honorarverteilungsmaßstab sicherzustellen, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wird.

§ 2

Honorarverteilung für KCH und KB (Leistungen der Bema-Teile 1, 2 bzw. GebT A, B)

1) Bis zu einem Grenzwert (Punktmenge) werden die Leistungen der Bema-Teile 1 und 2 bzw. GebT A und B mit den vertraglich vereinbarten Punktwerten vergütet. Die Leistungen nach Bema-Teil 1/GebT A werden ohne Individualprophylaxe (IP 1-5; FU 1-3) berücksichtigt.

2) Bestimmung des Grenzwertes (Bemessungsgrenze):

Grundlage für die Bestimmung des Grenzwertes sind die Abrechnungsvolumina des letzten der KZVWL vorliegenden auswertbaren Vorquartals.

Der Grenzwert (in Punkten) pro Fall ermittelt sich aus den entsprechenden Punktmengen des vorgenannten Abrechnungszeitraumes. Die Ermittlung erfolgt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft. Die Grenzwerte werden getrennt nach Zahnärzten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Oralchirurgen und Kieferorthopäden ermittelt. Die Grenzwerte werden an den rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert, vom Vorstand festgelegt und im amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.

3) Die durchschnittliche Fallzahl wird aus den KCH- und KB-Abrechnungen der eigenen und fremden Primärkassen, der Bundesknappschaft und der Ersatzkassen unter Berücksichtigung der Inhaber aller zahnärztlichen Praxen ermittelt.

4) Die Fallzahl je Praxis wird ermittelt aus den Abrechnungsfällen der KCH- und Kieferbruchabrechnungen sowie der KCH-Fallzahl aus der Kfo-Abrechnung für die eigenen und fremden Primärkassen, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen.

Für die Zuordnung zu einer Fallzahlgruppe ist die Zahl der gleichberechtigten Inhaber maßgebend sowie die nach § 9 dieser Anlage zu berücksichtigenden angestellten Zahnärzte und Assistenten. Die von einer Gemeinschaftspraxis abgerechneten Fälle werden durch die Zahl der sie betreibenden Praxisinhaber geteilt.

5) Das Ergebnis nach Abs. 4 ist entscheidend für die Zuordnung zu der Fallzahlgruppe. Diese Zuordnung gilt für alle Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft. Bis zum Durchschnitt erfolgt eine Zuordnung ausschließlich zu einer Fallzahlgruppe. Wird eine überdurchschnittliche Fallzahl ausgewiesen, wird die Durchschnittsfallzahl mit den durchschnittlichen Grenzwertpunktmengen vergütet. Alle weiteren Fälle werden nach der festgelegten Absenkung nach Abs. 8 vergütet.

6) In einem Quartal nicht verbrauchte KCH/KB-Punktmengen werden auf die Folgeabrechnungen übertragen. Der Übertrag erfolgt getrennt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft. Nicht vergütete Punktmengen werden in den Folgequartalen, getrennt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft, in dem Volumen vergütet, in dem die Grenzwertpunktmenge in den Folgequartalen unterschritten wird.

7) Unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Regelung in den Gesamtverträgen erfolgt der nachfolgend beschriebene weitere Zahlungsausgleich. Je Praxis wird nach Abwicklung aller monatlichen Januar bis Dezember Abrechnungen der Bema-Teile 2 und 5/GebT B und C und aller Quartalsabrechnungen eines Kalenderjahres des Bema-Teils 1/GebT A ein Ausgleich zwischen den KCH/KB- und ZE-Honorarvergütungen nach dieser Anlage vorgenommen. Dieser Ausgleich erfolgt getrennt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft. Die nicht ausgeschöpften Grenzwertbeträge für Prothetik werden bei der Honorarverteilung KCH und KB gemäß § 2 dieser Anlage berücksichtigt. Ebenso werden nicht ausgeschöpfte Honorare aus der KCH/KB-Vergütung für prothetische Vergütungen verwandt, soweit dort Überschreitungen vorliegen. Die Regelung gilt nicht für Kieferorthopäden/Zahnärzte gemäß § 5 dieser Anlage.

8) Die Staffelung der Zu- und Abschläge wird wie folgt vorgenommen:

8.1.) Für die Gruppe der Zahnärzte wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1 – 150 Fälle um 50 %

151 – 250 um 40 %

251 – 350 um 30 %

351 – 450 um 20 %

451 – 500 um 10 %

501 – 550 Durchschnitt

Praxen oberhalb der durchschnittlichen Fallzahlgröße erhalten einen Abschlag vom Grenzwert für alle Fälle, die über die durchschnittliche Fallzahl hinaus abgerechnet werden.

Die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) wird folgendermaßen festgesetzt:

551 – 730 Fälle um 10 %

731 – 910 um 20 %

911 – 1090 um 30 %

1091 und > um 40 %

8.2.) Für die Gruppe der Kieferorthopäden/Zahnärzte gem. § 5 dieser Anlage wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1 – 120 Fälle um 50 %

121 – 220 um 40 %

221 – 320 um 30 %

321 – 420 um 20 %

421 – 470 um 10 %

471 – 520 Durchschnitt

Für die Gruppe der Kieferorthopäden/Zahnärzte gem. § 5 dieser Anlage wird die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

521 – 630 Fälle um 10 %

631 – 760 um 20 %

761 – 890 um 30 %

891 und > um 40 %

8.3.) Für die Gruppe der Oralchirurgen wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1 – 100 Fälle um 50 %

101 – 200 um 40 %

201 – 300 um 30 %

301 – 400 um 20 %

401 – 450 um 10 %

451 – 500 Durchschnitt

Für die Gruppe der Oralchirurgen wird die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

501 – 610 Fälle um 10 %

611 – 740 um 20 %

741 – 870 um 30 %

871 und > um 40 %

8.4.) Für die Gruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen wird die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

1 – 100 Fälle um 50 %

101 – 200 um 40 %

201 – 300 um 30 %

301 – 400 um 20 %

401 – 450 um 10 %

451 – 500 Durchschnitt

Für die Gruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen wird die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) folgendermaßen festgesetzt:

501 – 600 Fälle um 10 %

601 – 700 um 20 %

701 – 800 um 30 %

801 und > um 40 %

9) Für Zahnärzte und Oralchirurgen, deren Umsatz im jeweils abgerechneten Quartal zu 80 % und mehr aus chirurgischen Leistungen besteht, gelten im Abrechnungsquartal die Grenzwerte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.

Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen, unter Beteiligung von Zahnärzten, Oralchirurgen, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, erfolgt eine Zuordnung zur Gruppe Oralchirurgen, sofern der Gesamtumsatz zu mehr als 50 % aus konservierenden Leistungen besteht.

Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen zwischen Zahnärzten und Oralchirurgen wird die Praxis der Gruppe mit dem höheren Grenzwert zugewiesen.

10) Die KZVWL leistet auf die Abrechnungen der Zahnärzte nach Teil1 und 2 des Bema-Z bzw. nach den Gebührentarifen A und B innerhalb des festgelegten Abrechnungszeitraumes Abschlagszahlungen.

Die Abschlagszahlungen beziehen sich auf den entsprechenden Abrechnungszeitraum des Vorjahres. Es gelten die bestehenden Regelungen des § 8 des HVM.

§ 3 Honorarverteilung für PAR (Leistungen des BEMA-Teils 4 bzw. GebT E)

Grenzwertfestsetzung:

1) Bis zu einem Jahresgrenzwert, der sich aus der Multiplikation von 120 Fällen mit dem durchschnittlichen Parodontose-Fallwert des vorangegangenen Abrechnungsjahres ergibt, werden Leistungen für Parodontosebehandlungen einschl. der Material- und Laborkosten vergütet. Der Jahresgrenzwert wird vom Vorstand ermittelt. Berücksichtigt werden alle zu den veröffentlichten Abrechnungsterminen -Januar bis Dezember des Kalenderjahres- eingereichten Abrechnungen.

Leistungen, die über diesen Grenzwert hinaus erbracht werden, werden mit einem 59%igen Abschlag vergütet, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

2) Die Entwicklung des PAR-Umsatzvolumens wird beobachtet. Bei überproportionaler Abweichung von den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres erfolgt eine entsprechende Anpassung der KCH-Grenzwerte durch den Vorstand

Zahlungen:

3) Die monatlich einzureichende PAR-Abrechnung wird zunächst mit maximal 1/12 des unter 1) definierten Grenzwertes vergütet.

Leistungen, die über diesen Grenzwert hinaus abgerechnet werden, werden mit einem 59 %igen Abschlag vergütet.

Wird der monatliche Grenzwert unterschritten, wird der nicht ausgeschöpfte Grenzwert dem Zahnarzt für den Folgemonat bzw. die Folgemonate des Kalenderjahres zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zum monatlichen Grenzwert nachvergütet.

§ 4 **Honorarverteilung für ZE** **(Leistungen des Bema-Teils 5/GebT C)**

Grenzwertfestsetzung:

1) Bis zu einem Jahressgrenzwert, der getrennt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungs-krankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft aus den Abrechnungsergebnissen des Bema-Teils 5 bzw. des Gebührentarif C (ohne zahntechnische Leistungen) ermittelt wird, werden Leistungen für Zahnersatzbehandlungen ohne zahntechnische Leistungen vergütet. Grundlage für die Jahressgrenzwerte bilden die KZVWL-Durchschnittswerte je Inhaber des Vorjahreszeitraumes in Euro unter Bezugnahme auf die jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen. Die Grenzwerte werden getrennt ermittelt für die Gruppen der Zahnärzte, Oralchirurgen und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. In fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen mit Kieferorthopäden erhält der Fachzahnarzt für Kieferorthopädie keinen Grenzwert.

Die Jahressgrenzwerte werden an den aktuellen rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert und vom Vorstand festgelegt sowie im amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.

2) Die jeweiligen Grenzwerte für diese Leistungen orientieren sich an den durchschnittlichen Gesamtfallzahlen der KCH-Abrechnungen der jeweiligen Quartale des Kalenderjahres. Berücksichtigt werden Fallzahlen für Ersatzkassen und eigene Primärkassen einschließlich Bundesknappschaft. Für das laufende Kalenderjahr werden zunächst die Fallzahlen des zweiten Vorjahresquartals zugrundegelegt. Nach dem Vorliegen aller Quartalsabrechnungen wird die Berechnung gemäß Satz 1 vorgenommen.

Die Grenzwerte werden bei KCH-Fallzahlen

zwischen

1 bis 150 um 32 %

151 bis 250 um 24 %

251 bis 350 um 16 %

351 bis 450 um 8 %

abgesenkt,

und bei KCH-Fallzahlen

zwischen

551 bis 730 um 8 %

731 bis 910 um 16 %

911 bis 1090 um 24 %

1091 und mehr um 32 %

erhöht.

3) Leistungen, die über dem jeweiligen Grenzwert abgerechnet werden, werden mit einem 59%igen Abschlag vergütet, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen. Die Grenzwerte werden pro Inhaber angewandt.

Zahlungen:

4) Die monatlich einzureichenden Zahnersatzabrechnungen werden grundsätzlich zunächst mit maximal 1/12 der unter Ziffern 1) und 2) definierten Jahresgrenzwerte vergütet. Leistungen, die über diese monatlichen Grenzwerte hinaus abgerechnet werden, werden mit einem 59%igen Abschlag vergütet.

5) Werden die jeweiligen monatlichen Grenzwerte unterschritten, werden die jeweils nicht ausgeschöpften Kontingente dem Zahnarzt für den Folgemonat bzw. die Folgemonate des Kalenderjahres zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zu den jeweiligen monatlichen Grenzwerten nachvergütet. Der Übertrag erfolgt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft.

6) Je Praxis wird ein Ausgleich zwischen den KCH/KB- und ZE-Honorarvergütungen nach dieser Anlage, für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft gemäß § 2 Abs. 7 dieser Anlage vorgenommen.

7) Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des 4. Quartals.

§ 5

Honorarverteilung für KFO

(Leistungen des Bema-Teils 3/GebT. D)

Kieferorthopäden und Zahnärzte mit 80 % und mehr KFO-Umsatz

Grenzwertfestsetzung:

1) An der Honorarverteilung nehmen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte teil, deren Punktevolumen im Abrechnungsjahr zu 80 % und mehr aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbereichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5, FU 1-3).

- 2) Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres dieser Gruppe werden die Durchschnittswerte je Behandler für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Bis zu diesen Jahresgrenzwerten je Behandler erfolgt eine ungeminderte Vergütung von KFO-Leistungen.
- 3) Die Vergütung bei Überschreitung der Grenzwerte erfolgt pro Praxis gemindert um 45 %, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.
- 4) Die monatlichen Kfo-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals.
- 5) Je Quartal wird 1/4 der unter Ziffer 2) definierten jeweiligen Jahresgrenzwerte zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über diese Quartalsgrenzwerte hinaus abgerechnet werden, werden mit einem 45%-igen Abschlag vergütet.
- 6) Ergibt sich für ein Quartal eine Unterschreitung der jeweiligen Grenzwerte, werden die nicht ausgeschöpften Kontingente für das Folgequartal zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zu den jeweiligen Quartalsgrenzwerten nachvergütet. Der Übertrag erfolgt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft.
- 7) Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des 4. Quartals.
- 8) Zugelassene oder ermächtigte Kieferorthopäden erhalten für die ersten 4 Quartale nach Aufnahme ihrer Tätigkeit als Neugründer die Zuweisung des Grenzwertes gem. § 5 Ziffer 2.

§ 6

Honorarverteilung für KFO

(Leistungen des Bema Teils 3/GebT. D)

Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte, deren Umsatz im Bereich KFO weniger als 80 % und mehr als 20 % ausmacht

Grenzwertfestsetzung:

- 1) An dieser Honorarverteilung nehmen diejenigen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte teil, deren Punktevolumen im Abrechnungsjahr zu weniger als 80 % und mehr als 20 % aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbereichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5, FU 1-3).
- 2) Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres dieser Gruppe werden die Durchschnittswerte je Behandler für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaft-

liche Krankenkassen und die Bundesknappschaft. ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Bis zu diesen Jahressgrenzwerten je Behandler erfolgt eine ungeminderte Vergütung von KFO-Leistungen.

- 3) Die Vergütung bei Überschreitung der Grenzwerte erfolgt pro Praxis gemindert um 45 %, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.
- 4) Zahnärzte und Kieferorthopäden, die an dieser Honorarverteilung teilnehmen, erhalten für die Honorarverteilung nach § 2 die Grenzwerte der Zahnärzte, soweit nicht eine andere Fachgruppenzuordnung erforderlich wird.
- 5) Die monatlichen KFO-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals.
- 6) Je Quartal wird 1/4 der unter Ziffer 2) definierten jeweiligen Jahressgrenzwerte zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über diese Quartalsgrenzwerte hinaus abgerechnet werden, werden mit einem 45%-igen Abschlag vergütet.
- 7) Ergibt sich für ein Quartal eine Unterschreitung der jeweiligen Grenzwerte, werden die nicht ausgeschöpften Kontingente für das Folgequartal zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zu den jeweiligen Quartalsgrenzwerten nachvergütet. Der Übertrag erfolgt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft.
- 8) Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des 4. Quartals.

§ 7
Honorarverteilung für KFO
(Leistungen des Bema Teils 3/GebT. D)
Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte,
deren Umsatz im Bereich KFO
20 % und weniger ausmacht

Grenzwertfestsetzung:

- 1) An dieser Honorarverteilung nehmen diejenigen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte teil, deren Punktvolumen im Abrechnungsjahr zu 20 % und weniger aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbe reichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5; FU 1-3).
- 2) Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres dieser Gruppe werden die Durchschnittswerte je Behandler für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Bis zu diesen Jahressgrenzwerten je Behandler erfolgt eine ungeminderte Vergütung von KFO-Leistungen.

- 3) Die Vergütung bei Überschreitung der Grenzwerte erfolgt pro Praxis gemindert um 15 %, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.
- 4) Zahnärzte und Kieferorthopäden, die an dieser Honorarverteilung teilnehmen, erhalten für die Honorarverteilung nach § 2 die Grenzwerte der Zahnärzte, soweit nicht eine andere Fachgruppenzuordnung erforderlich wird.
- 5) Die monatlichen KFO-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals.
- 6) Je Quartal wird 1/4 der unter Ziffer 2) definierten jeweiligen Jahresgrenzwerte zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über diese Quartalsgrenzwerte hinaus abgerechnet werden, werden mit einem 15%igen Abschlag vergütet.
- 7) Ergibt sich für ein Quartal eine Unterschreitung der Grenzwerte, werden die nicht ausgeschöpften Kontingente für das Folgequartal zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zum jeweiligen Quartalsgrenzwert nachvergütet. Der Übertrag erfolgt für die Kassenarten: Ersatzkassen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft.
- 8) Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des 4. Quartals.

§ 8 Grenzwertfestsetzung/Grenzwertanpassung

Der Vorstand setzt die durch die Verwaltung ermittelten jeweiligen Grenzwerte nach den §§ 2 bis 7 fest und veröffentlicht sie rechtzeitig im amtlichen Rundschreiben. Der Vorstand kann die gem. §§ 2 bis 7 festgesetzten KZVWL-Grenzwerte anpassen, wenn sich im Laufe des Kalenderjahres abzeichnet, dass eine Budgetüberschreitung bzw. Budgetunterschreitung zu erwarten ist. Die Anpassung soll der voraussichtlichen Budgetüberschreitung bzw. Budgetunterschreitung entsprechen. Zur Ermittlung der jeweiligen Budgetüberschreitung bzw. Budgetunterschreitung im Laufe des Kalenderjahres sind alle Praxen, die eine Diskettenabrechnung durchführen zusätzlich zur Quartalsabrechnung verpflichtet, einmal im Quartal die Abrechnungsergebnisse einzureichen.

Änderungen der KZVWL-Grenzwerte hat der Vorstand rechtzeitig in amtlichen Rundschreiben bekannt zu geben.

§ 9 Praxisinhaber/Angestellter Zahnarzt/Assistent

- 1) Bei der Honorarverteilung nach dieser Anlage wird jeder Praxisinhaber berücksichtigt. Bei der Honorarverteilung im Bereich der Grenzwertüberschreitung gem. §§ 5, 6 und 7 wird die Praxis berücksichtigt.
- 2) Bei den §§ 2, 3, 5, 6 und 7 dieser Anlage wird die Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes gem. 32 (b) Zahnärzte-ZV entsprechend der Entscheidung des Zulassungsausschusses be-

rücksichtigt. Die zu berücksichtigende Quote für die Behandlerzahl verringert sich bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend der Beschäftigungszeit.

Ein vom Zulassungsausschuss bis zum 30.06.1997 genehmigter angestellter Zahnarzt wird bei der Behandlerzahl mit 70 % berücksichtigt.

3) Bei den §§ 2, 5, 6 und 7 dieser Anlage wird für die Beschäftigung eines Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten eine Quote von 25 % für die zugrundezulegende Behandlerzahl festgesetzt. Die zu berücksichtigende Quote für die Behandlerzahl verringert sich bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend der Beschäftigungszeit.

§ 10 Anrechnungsverfahren

Werden Leistungen nach Anwendung dieser Honorarverteilung geringer vergütet, sind diese Kürzungsbeträge auf die Kürzungsbeträge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung anzurechnen. Die Anrechnung erfolgt nur, wenn die Kürzungsbeträge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung die geringeren Vergütungen aus der Honorarverteilung nach dieser Anlage nicht berücksichtigt haben. Die Anrechnung erfolgt nach Abschluss des Jahresausgleichsverfahrens gemäß § 11.

§ 11 Jahresausgleichsverfahren

Einbehaltene oder zurückzuzahlende Beträge sind wie folgt zu verwenden:

- 1) Zunächst sind die Feststellungen hinsichtlich Budgetüber- und -unterschreitung zu treffen.
- 2) Notwendige Rückzahlungen an die Krankenkassen bei einer festgestellten Überschreitung des Budgets sind zu leisten.
- 3) Bei festgestellter Unterschreitung der Budgets hinsichtlich KCH- und Kieferbruch, Parodontose, Prothetik oder Kieferorthopädie werden die nach den Bestimmungen dieser Anlage einbehaltenden Beträge anteilig an die Zahnärzte zurückgezahlt, die von der Kürzung betroffen waren, sobald die Krankenkassen die Nachzahlungen geleistet haben.
- 4) Stehen weitere Beträge zur Honorarverteilung zur Verfügung, sind diese Beträge anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen für Leistungen, die der Begrenzung nach dieser Anlage unterliegen, nachzuvergüteten.
- 5) Unter dem Vorbehalt entsprechender gesamtvertraglicher Regelungen wird ein Budgetausgleich hinsichtlich der Abrechnungsarten KCH und KB, Parodontose, Prothetik sowie Kieferorthopädie wie folgt vorgenommen:

Zunächst werden Budgetüber- und -unterschreitungen zwischen den Abrechnungen KCH/KB mit Zahnersatz und soweit weitere Beträge zur Verfügung stehen, mit PAR-Abrechnungen ausgeglichen.

Danach findet ein Abgleich mit den KFO-Abrechnungen statt.

Bei feststellter Budgetunterschreitung für kieferorthopädische Abrechnungen werden zu- nächst Überschreitungen der KCH/KB-Abrechnungen, danach der PAR-Abrechnungen und dann der Prothetik-Abrechnungen ausgeglichen.

6) Die Budgetüberschreitung wird getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen, die einzelnen Primär-krankenkassen und die Bundesknappschaft festgestellt. Reichen die gemäß Anlage zum HVM einbehaltenen Beträge nicht aus, um die berechtigten Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen zu befriedigen, wird der noch fehlende Rückzahlungsbetrag für die Kassenarten: Ersatzkas- sen (getrennt für die VdAK- und AEV-Kassen), Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskranken- kassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Bundesknappschaft getrennt ermittelt und anteilig, orientiert am Abrechnungsvolumen für die Bereiche KCH und KB, PAR, Prothetik und Kieferorthopädie, einbehalten.

§ 12 Inkrafttreten

Die von der Vertreterversammlung am 01.12.2001 beschlossene Anlage zum HVM tritt zum 01.01.2002 in Kraft.

Diese Anlage gilt, bis die Vertreterversammlung etwas anderes beschließt.

Münster, den 3.12.2001

Dr. Dietmar G o r s k i
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Konrad K o c h
Vorsitzender der Vertreterversammlung

MBI. NRW 2002 S. 141