

VORSTANDSINFORMATIONEN

Amtliches Mitgliederrundschreiben gemäß § 27 der Satzung der KZVLB



Vorstand:
Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender
Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender

Hausanschrift:
Helene-Lange-Straße 4 - 5
14469 Potsdam
Tel.: 0331 2977-0,
Fax: 0331 2977-318
Internet: www.kzvlb.de
E-Mail: info@kzvlb.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Kto-Nr.: 0 003 072 606, BLZ:30060601
IK: 210 500 766

Nr. 06/2012

An alle
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Potsdam, 05.06.2012

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

- 2.4 - Vergütungsvereinbarung mit der AOK Nordost für das Jahr 2012 abgeschlossen**
- 3.2.3 - Informationen zur papierlosen KFO-Abrechnung**
- 4. - 49. Vertreterversammlung der KZVLB**
- 6. - Personelle Änderungen im Vertragsgutachterwesen**
- Urlaubsmeldungen der Vertragsgutachter

Anlage

Anlagen

- Punktwertübersicht Land Brandenburg, Fremdkassen und Punktwertübersicht Ersatzkassen mit Wohnort außerhalb des Landes Brandenburg ab 01.01.2012
- Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung
- HVM der KZVLB, *abzuheften in Ihrer Vertragsmappe unter der Rubrik II-2*
- Angebot für Praxisversicherung vom HDI

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Vorstand der KZVLB

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Land Brandenburg

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Land Brandenburg

**VERGÜTUNGSVEREINBARUNG MIT DER AOK NORDOST FÜR DAS JAHR 2012
ABGESCHLOSSEN**

In den Vergütungsverhandlungen mit der AOK Nordost sind nachfolgende Punktwerte vereinbart worden:

	IP/FU	KCH/PA/KB	KFO	Gutachten	Versandkosten
01.01.2012 – 31.03.2012	0,8266 €	0,7886 €	0,7250 €		3,30 €
01.04.2012 – 31.12.2012	0,8765 €	0,8308 €	0,7638 €		3,43 €
01.01.2012 – 30.06.2012				0,7862 €	
01.07.2012 – 31.12.2012				0,8494 €	

Die Punktwerte stehen wie immer unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Dessen ungeachtet können die neuen Punktwerte zum Ansatz gebracht werden.

PA-Behandlung von behinderten Patienten

Im Rahmen der Vergütungsverhandlungen haben die Vertragspartner eine Ausnahmeregelung für die PA-Behandlung von behinderten Patienten vereinbart.

Danach verzichtet die AOK Nordost bei Patienten mit Behinderungen gemäß der mit der AOK Nordost vereinbarten Indikationsliste zur „Vereinbarung über die zusätzliche Vergütung für die zahnärztliche Behandlung von Patienten mit Behinderungen unter Narkose“ (Behindertenvereinbarung), bei denen eine PA-Behandlung gemäß den geltenden Richtlinien nicht durchführbar ist, auf die Genehmigung eines PA-Status.

Die erbrachten Leistungen sind in diesen Ausnahmefällen über die BEMA-Geb.-Nr. 50 je Zahn unter Ausschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung abzurechnen.

Eine gesonderte Kennzeichnung dieser Fälle ist nicht erforderlich, da diese Behandlungsfälle ohnehin gem. der bestehenden Behindertenvereinbarung bereits durch die „Gebührenposition“ (es handelt sich natürlich nicht um eine Gebühr, sondern nur um den bekannten Zuschlag) „NBB“ bzw. „1801“ Behandlung in der Zahnarztpraxis oder „NBF“ bzw. „1802“ Behandlung außerhalb der eigenen Zahnarztpraxis kenntlich gemacht werden.

Der Verzicht auf der Genehmigung eines PA-Status erstreckt sich darüber hinaus auch auf Patienten mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen, die aufgrund ihrer verminderten motorischen und/oder intellektuellen Fähigkeiten nicht zur Durchführung einer adäquaten Mundhygiene in der Lage sind.

Da es sich ebenfalls um einen besonderen Personenkreis handelt, bitten wir Sie, auf Leistungsebene im Feld „KZV intern“ die Kennzeichnung „SP“ bzw. bei numerischer Kennzeichnung die Ziffer „1803“ zu verwenden. Darüber hinaus sei uns der Hinweis erlaubt, dass eine sorgfältige Dokumentation in der Praxis sichergestellt sein muss.

Bärbel Grünwald, Telefon: 0331 2977-335, baerbel.gruenwald@kzvlb.de

INFORMATIONEN ZUR PAPIERLOSEN KFO-ABRECHNUNG

Mit der KFO-Abrechnung des I. Quartals 2012 wurde die erste KFO-Online-Abrechnung gegenüber den Krankenkassen erstellt. Wegen der zahlreichen Fehlermeldungen, die bei der Bearbeitung dieser Abrechnung aufgetreten sind, haben wir Ihnen nachfolgend wichtige Informationen zur Vermeidung dieser Fehler zusammengestellt:

Art der Inanspruchnahme

Tragen Sie in jedem Fall die zutreffende Kennzeichnung des Behandlungsgrundes des KFO-Falles:

- „A“ Abschlag zur Abrechnung der Regelbehandlung
- „F“ Abschlag zur Abrechnung der Frühbehandlung
- „V“ Abschlag zur Abrechnung der Verlängerung
- „L“ Leerquartalskennzeichen
- „D“ Kennzeichen, falls nur diagnostische Leistungen bzw. Einzelmaßnahmen (Geb.-Nrn. 121 – 124) außerhalb der Behandlung abgerechnet werden
- „N“ Notfallkennzeichen

Abschlag-Nummer

Nur bei einer Inanspruchnahme nach den Kennzeichen „A“, „F“ oder „V“ ist die fortlaufende Abschlagzahlung anzugeben.

Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. Datum des Verlängerungsantrages

Bei einer genehmigten KFO-Behandlung **muss das Ausstellungsdatum** des KFO-Planes oder das Datum des Verlängerungsantrages eingetragen werden. Dieses Datum muss **immer vor dem Beginn** der Behandlung liegen.

Dieses Feld darf nur leer sein, wenn als Kennzeichen für die Art der Inanspruchnahme „D“ oder „N“ vorliegt.

Beginn der Behandlung

Das Datum, an dem mit der ersten **geplanten** kieferorthopädischen Maßnahme begonnen wurde, ist zu vermerken.

Dieses Feld darf nur leer sein, wenn als Kennzeichen für die Art der Inanspruchnahme „D“ oder „N“ vorliegt.

Ende der Behandlung

Das Datum, an dem die letzte kieferorthopädische Maßnahme erbracht wurde, ist einzutragen. Auch bei der Abrechnung von mehreren Abschlüssen bei Erreichen des vorzeitigen Behandlungserfolges ist die Datumsangabe zwingend erforderlich.

Beachten Sie bitte, dass die erforderlichen Angaben bzw. Daten unbedingt korrekt zu übermitteln sind.

Kieferangabe

Die bisherigen zur Gebührennummer 119 anhängenden Kürzel OK/UK sind jetzt im Feld „Zahn“ einzugeben. Auch für die Gebührennummern 122b/c und 123a/b ist die Angabe „OK“ und „UK“ im Feld „Zahn“ in Großbuchstaben erforderlich.

Außerplankennzeichen

Außerplanmäßige Reparaturleistungen nach den Geb.-Nrn. 125, 126c und 129 erfordern die Angabe „AP“ (außerplanmäßige Leistung).

Sollten die KFO-Planleistungen 126a, 126b, 127a, 128a, 128b, 130 oder 131a bis c **außerplanmäßig** abgerechnet werden, ist hier ebenfalls das Kennzeichen „AP“ anzugeben.

Die zusätzliche Angabe „AP“ tragen Sie bitte in Großbuchstaben im Feld „Zahn“ ein.

KCH-Begleitleistungen

Seit 01.01.2012 beinhaltet das KFO-Modul das komplette KCH-Modul zur Überprüfung der KCH-Begleitleistungen. Für diese Begleitleistungen, die im Rahmen einer KFO-Behandlung erbracht werden, erfolgt eine quartalsübergreifende Prüfung.

Die folgenden Angaben sind u. A. von Ihnen in Ihr Praxisverwaltungssystem einzugeben und an die KZV Land Brandenburg zu übermitteln:

Das **Datum** der letzten vorausgegangenen Geb.-Nr. Ä1, 01, 01k, 04, 107, IP1-4, FU oder 13 für die quartalsübergreifende Prüfung.

Das **Datum** der Leistungserbringung für alle KCH-Leistungen.

Da für die Mehrfachabrechnung der Geb.-Nr. 12 (bMF) keine Anzahl angegeben werden kann, sind entsprechend viele Einzelleistungen einzugeben.

Röntgenaufnahmen nach den Geb.-Nrn. Ä925a-d, Ä934a-c, Ä935a-d sind mit Begründungsziffern zu versehen (z. B. KCH = „1“; KFO = „3“).

Portokosten sind unter der Geb.-Nr. 602 aufzuführen. Die Angabe des Betrages erfolgt im Bemerkungsfeld in Cent.

Anke Kowalski, Telefon: 0331 2977-111, anke.kowalski@kzvlb.de

Bei Rückfragen zur KFO-Abrechnung – Frau Wiggert, Tel. 0331 2977-263;
Frau Moritz, Tel. 0331 2977-201

49. VERTRETERVERSAMMLUNG DER KZVLB

Am 11. Mai fand die 49. Vertreterversammlung der KZVLB in Potsdam statt.
Es wurden folgende Beschlüsse gefasst:

I. Beschlüsse

- 1. Antrag** **Dr. Hannelore Hoppe**
 Dr. Jörg Lips
 Dr. Benno Damm
 Sven Albrecht

Online Roll out der eGK bezüglich des Datenabgleichs der KK (VSD) Frage nach Sicherheit, Anschaffungskosten und Unterhaltskosten

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg lehnt den Versichertenstammdatenabgleich mit Zugriffsrechten der Krankenkassen auf die Praxisrechner ab. Außerdem ist die Kostenfrage eindeutig zu klären und darf nicht zu Lasten der Zahnarztpraxen erfolgen.

Im Übrigen wird die geplante Speicherung der Gesundheitsdaten von rund 70 Mill. gesetzlich Versicherten auf Internetservern mit ungeschütztem Zugriff aus datenschutzrechtlichen Gründen abgelehnt. Vielmehr müssen die Patienten frei wählen können, ob sie ihre Gesundheitsdaten im Internet ablegen wollen.“

Begründung:

Der Patientendatenschutz kann so nicht umfassend gewährleistet werden. Risiken aus dem Datenverkehr gehen so auf die Praxis über. Eine höhere Datensicherheit kann nur mit erheblichem Aufwand erreicht werden. Da hier aber der Nutzen für die Praxen sehr begrenzt ist, ist eine Kostengerechtigkeit herzustellen. Eine Beteiligung der Krankenkassen an den entstehenden Einrichtungs- und Betriebskosten ist zwingend erforderlich.

Ja-Stimmen: 25
Nein-Stimmen: -
Enthaltungen: -

2. Antrag **Dr. Hannelore Hoppe**
Dr. Jörg Lips
Dr. Benno Damm
Sven Albrecht

Kontrolle der vertraglichen Gestaltung von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften und der rechtskonformen vertragszahnärztlichen Tätigkeit ihrer Mitglieder

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg beauftragt den Vorstand der KZV Land Brandenburg, auf eine intensivere Überprüfung der Gesellschafterverträge überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben hinzuwirken. In begründeten Ausnahmefällen ist zu überprüfen, ob deren Mitglieder ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit rechtskonform ausüben.“

Begründung:

Das seit 2007 geltende Vertragsarztrechtsänderungsgesetz führte zu einer Liberalisierung der Gestaltung von vertraglichen Strukturen im Rahmen der kassen-(zahn)ärztlichen Tätigkeit.

Sowohl größere Berufsausübungsgemeinschaften bis hin zu überörtlichen und KZV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften als auch verschiedene Formen von Anstellungsverhältnissen sind nun möglich.

Dies kann jedoch nicht dazu führen, dass nun alles möglich ist und die Kollegen teilweise das Gefühl haben, einem „Wildwuchs“ größerer überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften machtlos gegenüber zu stehen.

Der KZV obliegt eine Kontrollpflicht der rechtskonformen Gestaltung dieser Versorgungsstrukturen und der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ihrer Mitglieder, die die Mitglieder der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg hiermit einfordern.

Ja-Stimmen: 25
Nein-Stimmen: -
Enthaltungen: -

3. Antrag **Dr. Eberhard Steglich**
Rainer Linke

Zeitliche Vorziehung des 3. Bauabschnitts und der Sanierung der Fassade des Verwaltungsgebäudes in der Helene-Lange-Strasse 4 - 5

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand der KZV Land Brandenburg, alle erforderlichen Maßnahmen zur zeitlichen Koppelung der anstehenden Sanierungsarbeiten am Verwaltungsgebäude zu treffen. Der 3. Bauabschnitt soll direkt im Anschluss an den 2. Bauabschnitt erfolgen. Der noch ausstehende dritte Bauabschnitt der Abdichtungsarbeiten des Untergeschos-

ses der Häuser vier und fünf der KZVLB sowie die Instandsetzung der Straßenfassade des Verwaltungsgebäudes sollen bis zum Frühjahr 2013 durchgeführt und somit sämtliche noch anstehenden Baumaßnahmen zügig zum Abschluss gebracht werden. Die Fassadensanierung soll noch im Jahr 2012 ausgeschrieben und im Jahr 2013 durchgeführt werden. Die Finanzierung des 3. Bauabschnitts ist durch Rückstellungen aus dem Haushaltsjahr 2011, die Finanzierung der Fassadensanierung durch planmäßige Einstellungen in den Haushalt 2013 sicher zu stellen.“

Begründung:

In der Beratungsausschusssitzung vom 29. Februar 2012 wurde aus Kostengründen und zur zeitlichen Begrenzung der verwaltungstechnischen Behinderung der KZV eine Prüfung der Möglichkeit einer zeitlichen Koppelung der Gesamtbauarbeiten angeregt.

Dabei standen Fragen der kostenseitigen Einsparung und der Finanzierungsmöglichkeit im Vordergrund.

Kosteneinsparungen können durch folgende Faktoren erreicht werden:

- Mehrmengen
- Preisvereinbarungen auf der Basis 2012 (bei sonst einzurechnender jährlicher Steigerung von ca. 3 %)
- nicht notwendig werdende erneute Baustelleneinrichtung
- nicht mehr notwendige straßenseitige Sicherung der Fassade.

Die Sanierungen sind sowohl Werterhaltungsmaßnahmen als auch partiell Wertsteigerungsmaßnahmen (energetische Sanierung und Verschattung). Die Kosten für den laufenden 2. Bauabschnitt sind im Haushalt 2012 abgebildet. Die in 2012 geplanten Arbeiten für die Innenrenovierung und Fensterabdichtungen sollen nach Abschluss der Außensanierung erfolgen. Die für diese Maßnahmen im HH-Jahr 2012 anteilige Auflösung von Rückstellungen (85 T €) soll erst in dem Jahr erfolgen, in dem die Innenrenovierung und Fensterabdichtungen realisiert werden. Die Kosten für den 3. Bauabschnitt (insgesamt 450 T €) sollen durch Rückstellungen aus dem Haushaltsjahr 2011 finanziert werden. Die Finanzierung der Fassadensanierung (400 T €) soll durch die planmäßige Einstellung in den Haushalt 2013 sichergestellt werden.

Für die Zukunft sollte eine ständige Rücklage für Werterhaltungsmaßnahmen angestrebt werden.

Ja-Stimmen: 25
Nein-Stimmen: -
Enthaltungen: -

**4. Antrag Dr. Eberhard Steglich
 Rainer Linke**

Sonderabschreibungen beim Anlagevermögen

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand der KZV Land Brandenburg, alle erforderlichen Maßnahmen zur Realisierung von Sonderabschreibungen beim Anlagevermögen Grund und Boden sowie Gebäude, unter Bezugnahme auf das Verkehrswertgutachten nach § 194 BauGB vom 28.03.2012, zu treffen. Die Sonderabschreibungen sollen im Haushaltsjahr 2012 erfolgswirksam werden.“

Begründung:

In ihrer Sitzung am 04.12.2011 hat die Vertreterversammlung den Vorstand der KZV Land Brandenburg beauftragt, ein Konzept zur Sicherung des KZV-Vermögens in Form des Immobilienbestandes zu entwickeln.

Ein wesentlicher Bestandteil dieses Konzeptes ist ein Verkehrswertgutachten nach § 194 BauGB. Die nunmehr festgestellten Verkehrswerte weisen jedoch erhebliche Abweichungen zu den bilanzierten Werten im Anlagevermögen aus. Um auch zukünftig den Bilanzierungsgrundsätzen zu entsprechen, sind die materiellen Bilanzansätze neu zu bewerten und die Vermögenspositionen entsprechend darzustellen.

Finanzielle Auswirkungen auf die Zahnärzteschaft haben die Sonderabschreibungen nicht.

Ja-Stimmen: 25
Nein-Stimmen: -
Enthaltungen: -

**5. Antrag Dr. Eberhard Steglich
 Rainer Linke**

Strikte Ablehnung der Forderungen des GKV-Spitzenverbandes nach einem Mitspracherecht bei der Preisfestlegung in der GOZ sowie nach Kontrolle privater zahnärztlicher Leistungen

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung lehnt die Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach einem Mitspracherecht bei der Preisfestlegung in der GOZ sowie nach Kontrolle privater zahnärztlicher Leistungen entschieden ab.“

Begründung:

Der GKV-Spitzenverband veröffentlichte im März dieses Jahres ein Positionspapier zur zahnmedizinischen Versorgung, in dem er vier Forderungen aufstellte:

1. Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung
2. Sicherstellung der Qualität zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen
3. Verbesserung der Transparenz der zahnmedizinischen Versorgung und
4. Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Personen, die ihre Mundhygiene nur eingeschränkt oder gar nicht wahrnehmen können durch eine sachgerechte Umsetzung des § 87 Abs. 2 i SGB V.

Im besagten Positionspapier erklärt der GKV-Spitzenverband, dass der Umfang des zahnmedizinischen Leistungsangebots für die GKV-Versicherten durch zunehmende Privatisierung der zahnmedizinischen Versorgung gefährdet werde, wodurch der GKV-Leistungskatalog und damit auch das Sachleistungsprinzip immer stärker aufgeweicht würden. Diese Entwicklung hätte sich durch die Einführung des befundbezogenen Festzuschussystems beim Zahnersatz noch verstärkt. Insofern würden die im BEMA beschriebenen Leistungen immer öfter der Bezuschussung von Leistungen dienen, die nach privaten Grundsätzen abgerechnet werden würden. Folglich bezuschusse die GKV – so der GKV-Spitzenverband weiter – einen nicht unerheblichen Teil von privat Zahnärztlichen Leistungen, ohne Einfluss auf die Preisgestaltung, Qualität sowie intransparente Abrechnung nehmen zu können.

Im Ergebnis erachtet der GKV-Spitzenverband daher vor allem ein Mitspracherecht bei der Festlegung der Höchstsätze für zahnärztliche Leistungen nach der GOZ sowie eine Ermächtigung für eine Rechnungs- und Qualitätsprüfung als unerlässlich.

Diese vorbezeichneten Forderungen des GKV-Spitzenverbandes sind nicht nur absurd, sie entbehren auch jeglicher rechtlicher Grundlage und Vernunft.

Nach den Vorschriften des SGBV haben die Krankenkassen das Recht, die vertragszahnärztliche Versorgung mitzugestalten. Leistungen, die nicht mehr der vertragszahnärztlichen Versorgung unterliegen und damit der Eigenverantwortung der Patienten überlassen sind, gehören nicht zum Aufgabenbereich der GKV. Wir lehnen es daher strikt ab, dass die Krankenkassen bei der Festlegung der GOZ mitwirken. Das Bundeskabinett beschloss nach Zustimmung des Bundesrates diese Gebührenordnung. Für gesetzlich Krankenversicherte greift die Verordnung bei Leistungen, die **über** Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Auf Vorschlag des Bundesrats wurde zudem auch eine ab dem 01.07.2012 geltende einheitliche Gestaltung der Rechnung vorgegeben, was nicht zuletzt auch insbesondere im Interesse der Patienten erfolgen soll.

Der Preisrahmen und die Regelungen für die Rechnungslegung werden somit für alle privat Zahnärztlichen Leistungen bereits gesetzlich zum Schutz der Patienten vorgegeben.

Im Übrigen sprechen die Krankenkassen den Patienten den Verstand ab, wenn sie behaupten, die Patienten seien nicht in der Lage, Zahnarztrechnungen zu verstehen. Es kommt schon fast einer Entmündigung der Patienten gleich, beabsichtigt der GKV-Spitzenverband, unzulässig und bevormundend in dieses Vertrags- und Vertrauensverhältnis Zahnarzt – Patient einzugreifen.

Studien belegen regelmäßig, dass Patienten eine Bevormundung ablehnen. Patienten wollen und können selbst entscheiden, ob sie Hilfe in Anspruch nehmen; kostenfreie Beratungsangebote (Patientenberatung, Zweitmeinung) gibt es genügend.

Die Forderungen des GKV-Spitzenverbandes müssen daher mit allem Nachdruck abgelehnt werden, weil sie absolut sinnlos und unzweckmäßig sind; es sei denn die Krankenkassen verfolgen den Zweck, weitere Betätigungsfelder für die Kassenmitarbeiter zu finden. Dies gelinge aber auch nur unter finanziellem Einsatz von Versichertengeldern.

Ja-Stimmen: 25
Nein-Stimmen: -
Enthaltungen: -

6. Antrag Rainer Linke

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KZV Land Brandenburg

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung beschließt die in der Anlage beigefügte Fassung des HVM der KZV Land Brandenburg vom 10.05.2012 - gültig ab 01.01.2012.“

Begründung:

Gemäß der Änderung des § 85 Abs. 4 SGB V durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist die vor 2004 geltende Benehmensherstellung zum HVM mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ab dem 01.01.2012 wieder eingeführt worden. Insofern hat der Gesetzgeber das Erfordernis des gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstabes mit den Krankenkassen wieder gestrichen.

Die zu beschließende Fassung entspricht inhaltlich dem vor 2004 geltenden HVM als noch die Benehmensherstellung galt, mit Ausnahme der Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten der KZV Land Brandenburg, die damals Bestandteil des HVM waren.

Notwendigkeiten zur inhaltlichen Änderung des HVM bestehen grundsätzlich nicht, da sich für 2012 im Übrigen keine gesetzlichen oder vertraglichen Veränderungen ergeben haben, die eine Neuorientierung der Honorarverteilung erforderlich machen. Lediglich wurde § 4 Abs. 2 Satz 2 unter Berücksichtigung der aktuellen Bundessozialgericht-Rechtsprechung wie folgt gefasst:

„Beträge aus Verfahren nach §§ 106 und 106a SGB V sind – soweit gesamtvertraglich geregelt ist, dass sie bei der KZV Land Brandenburg verbleiben – im Rahmen der Feststellung der Kürzungs- bzw. Nachberechnungsbeträge auf Grund von Budgetüber- bzw. unterschreitungen zu berücksichtigen.“

Die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung entfällt gemäß § 85 Abs. 3 SGB V erst mit Wirkung ab 01.01.2013. Ob und inwieweit eine grundlegende Änderung des HVM der KZV Land Brandenburg ab 2013 für zweckmäßig angesehen wird, sollte in der Herbst-Vertreterversammlung diskutiert werden.

§ 85 Abs. 3 SGB V i. d. F. des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (gültig ab 01.01.2013):

„Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten. Abweichend von Satz 2 ist eine Überschreitung der Veränderungsraten nach § 71 Abs. 3 zulässig, wenn Mehrausgaben auf Grund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 entstehen; dabei ist zu prüfen, inwieweit die Mehrausgaben durch Minderausgaben auf Grund eines Wegfalls von Leistungen, die auf Grund einer Prüfung nach § 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, ausgeglichen werden können.“

Aus grundsätzlichen Erwägungen wird die Wiederaufnahme der Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten in den HVM der KZV Land Brandenburg nicht für sinnvoll angesehen, da der HVM im Benehmen mit den Krankenkassen zu erfolgen hat. Die Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten sollten daher ohne Einflussnahme der Krankenkassen in der alleinigen Hoheit der KZV Land Brandenburg bleiben.

Ja-Stimmen: 25
Nein-Stimmen: -
Enthaltungen: -

Anlage

Der beschlossene Verteilungsmaßstab liegt diesem Mitgliederrundschreiben zum Abheften in Ihrer Vertragsmappe unter II-2 bei.

7. Antrag Rainer Linke

Festsetzung eines zusätzlichen Verwaltungskostenbeitrages für Behandlungsfälle, die nicht auf einem Datenträger bei der KZV Land Brandenburg eingereicht werden, für die BEMA-Teile 1 – 5

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Auf der Grundlage der Beschlüsse der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg vom 3. Dezember 2011 (vgl. Punkt 9, 10 und 11) zur Festsetzung des Verwaltungskostenbeitrages in Verbindung mit der Einführung zur verpflichtenden papierlosen Abrechnung ab 01.07.2012 wird folgender ergänzender Beschluss gefasst:

1. Für KCH-Behandlungsfälle, die nicht auf einem Datenträger bei der KZV Land Brandenburg eingereicht werden, verbleibt es für den Abrechnungszeitraum vom 01.10.2011 bis 30.06.2012 bei der Erhebung eines zusätzlichen Verwaltungskostenbeitrages in Höhe von Euro 0,20 je Abrechnungsfall. Für den Abrechnungszeitraum vom 01.07.2012 bis 30.09.2012 wird ein zusätzlicher Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von Euro 0,30 je Abrechnungsfall erhoben.
2. Für KFO-Behandlungsfälle, die nicht auf einem Datenträger bei der KZV Land Brandenburg eingereicht werden, verbleibt es bei der Erhebung eines zusätzlichen Verwaltungskostenbeitrages von Euro 0,30 je Abrechnungsfall für den Abrechnungszeitraum vom 01.10.2011 bis 30.06.2012. Für den Abrechnungszeitraum vom 01.07.2012 bis 30.09.2012 wird ein zusätzlicher Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von Euro 0,60 erhoben.
3. Für ZE-Behandlungsfälle, die nicht auf einem Datenträger bei der KZV Land Brandenburg eingereicht werden, verbleibt es für den Abrechnungszeitraum vom 01.10. bis 31.12.2011 bei dem zusätzlichen Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von Euro 0,32 je Abrechnungsfall. Im Abrechnungszeitraum vom 01.01.2012 bis 30.06.2012 (Umstellungsphase) wird unter Zugrundelegung des Beschlusses zur verpflichtenden Online-Abrechnung ab 01.07.2012 der Vertreterversammlung aufgrund der nicht von den Zahnärztinnen und Zahnärzten zu verantwortenden Schwierigkeiten bei der Umsetzung der papierlosen Abrechnung Abstand von einer zusätzlichen Verwaltungsgebühr genommen. Im Abrechnungszeitraum vom 01.07.2012 bis 30.09.2012 wird für alle auf Papier eingereichten Fälle – auch wenn nur die Fremd- oder Eigenlaborrechnungen bei der KZV Land Brandenburg in Papier zur Erfassung eingereicht werden – ein zusätzlicher Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von Euro 0,70 erhoben.
4. Für Parodontosefälle (BEMA-Teil 4), die nicht auf einem Datenträger eingereicht werden, wird für den Abrechnungszeitraum vom 01.07.2012 bis 30.09.2012 ein zusätzlicher Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von Euro 0,65 erhoben.
5. Für Abrechnungsfälle nach BEMA-Teil 2, die nicht auf einem Datenträger eingereicht werden, wird für den Abrechnungszeitraum vom 01.07.2012 bis 30.09.2012 ein zusätzlicher Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von Euro 0,70 erhoben.“

Begründung:

Bereits in der Frühjahrs-VV der KZV Land Brandenburg im Jahre 2011 hatte die Vertreterversammlung beschlossen, dass auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (§ 295 Abs. 2 i. V. m. § 295 Abs. 4 SGB V) die Abrechnung der erbrachten Leistungen nach den BEMA-Teilen 1 – 5 ab dem Quartal I/2013 grundsätzlich papierlos zu erfolgen hat. Es war von Anfang an der ausdrückliche Wille des Vorstandes, der entsprechenden Beschlussgremien und der Vertreterversammlung, den Umstieg auf die papierlose Abrechnung zwischen Zahnarztpraxis und KZV nicht zu erzwingen. Die Anlaufschwierigkeiten auf Bundesebene haben im Nachhinein die Bedenken der brandenburgischen Zahnärzteschaft vollends bestätigt.

Es war auch immer erklärter Wille, dass den Praxen, die nicht in der Lage sind, papierlos abzurechnen, den Abrechnungsweg über die KZV Land Brandenburg nicht zu versperren, gleichwohl sollte aber der mit der Papierabrechnung einhergehende Mehraufwand – insbesondere im ZE-Bereich – verursacherbezogen umgelegt werden.

Aufgrund der zum 01.07.2012 (siehe VV-Beschluss vom 11.12.2011) verpflichtend einzuführenden papierlosen Abrechnung war zu entscheiden, was im Überbrückungszeitraum zu geschehen hat. Hier hat sich der Vorstand nach intensiven Beratungen mit dem VV-Präsidium, dem Beratungsausschuss und dem Finanzausschuss darüber verständigt, dass die Erhebung eines zusätzlichen Verwaltungskostenbeitrages für die ZE-Papierabrechner unverhältnismäßig ist, da durch die negativen Vorgaben auf Bundesebene eine vernünftige papierlose Umsetzung nicht möglich war. Deshalb haben sich der Vorstand und die verschiedenen Gremien entschlossen, für den Überbrückungszeitraum vom 01.01. bis 30.06.2012 überhaupt keinen zusätzlichen Verwaltungskostenbeitrag im Rahmen der ZE-Abrechnung für Papierabrechner zu erheben, unabhängig davon, ob der Heil- und Kostenplan und die Laborrechnung oder nur die Laborrechnung in Papier eingereicht worden sind.

Die erwähnten Übergangsschwierigkeiten – teilweise mit der Folge eines Zwangs zur Papierabrechnung, selbst für ehemalige Online- bzw. Diskettenabrechner – waren im Bereich BEMA-Teil 1 und BEMA-Teil 3 nicht zu verzeichnen, sodass für diesen Bereich das Merkmal der Undurchführbarkeit der papierlosen Abrechnung nicht herangezogen werden kann. Insoweit gibt es keinen Grund für Sonderregelungen für diesen Bereich.

Die Höhe der zusätzlichen Verwaltungskostenbeiträge ergibt sich einerseits aus dem Umstand, dass die Vergütungen für die notwendige Inanspruchnahme fremder Manpower von 2004 zu 2012 um bis zu 50% gestiegen sind und andererseits durch den Mehraufwand der zusätzlich zu erfassenden Daten im Rahmen der papierlosen Abrechnung (neben Laborrechnung auch zusätzliche Angaben; wie der nachstehenden Aufstellung zu entnehmen ist):

Abrechnungsart	Erfassungsaufwand durch
KCH	Kein Erfassungsmehraufwand, lediglich Anstieg der Lohnkosten (30 % bis 50 %)
KFO	Zahnangabe, Datum der Behandlung, Behandlungsplan vom, Bemerkungsfeldinhalte (z. B. OK oder UK außerplanmäßige Leistungen), Bemerkung bei KCH-Leistungen, z. B. Rö -> Bem. 3 Herstellungsort bzw. -land, Datum der Laborrechnung, Material- und Laborkosten detailliert (BEL-weise, Materialarten...), Mehrwertsteuersatz bei Fremdlabor
PAR	geplante Leistungen, Ausstellungsdatum
KB	Material- und Laborkosten detailliert (BEL-weise, Materialarten...), Mehrwertsteuersatz bei Fremdlabor Datum der Leistung, Ausstellungsdatum des Planes
ZE	Ort oder Land der Leistungserbringung, Geburtsdatum, Gutachterdatum, Bemerkungen zur Versorgungsart, Zahngebiet und Zahnangabe, Datum der Zuschussfestsetzung, Material- und Laborkosten detailliert (BEL-weise, Materialarten...) bei Reparaturen und Härtefällen

Aus Gründen der Klarstellung wird darauf hingewiesen, dass sich die zusätzlichen Verwaltungsgebühren auf den jeweiligen Abrechnungs- bzw. Leistungszeitraum und nicht auf den

Einreichtermin beziehen. Die vorgenannten Bestimmungen finden insoweit letztmalig bei der Juli-Abrechnung Anwendung.

Aus vorgenannten Gründen schlägt der Vorstand nach Rücksprache mit dem VV-Präsidium und dem Beratungsausschuss sowie dem Finanzreferenten vor, so zu entscheiden, wie es der Beratungsunterlage entspricht.

Ja-Stimmen:	24
Nein-Stimmen:	-
Enthaltungen:	-

8. Antrag Dr. Jörg Lips

Änderung der Disziplinarordnung der KZV Land Brandenburg

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Die Disziplinarordnung wird wie folgt geändert:

1. § 4 erhält folgende Fassung:

„Verjährung

1. Der Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens kann nur gestellt werden, wenn seit dem Bekanntwerden der Pflichtverletzung nicht mehr als zwei Jahre oder seit der Pflichtverletzung selbst nicht mehr als fünf Jahre vergangen sind.
2. Bei Pflichtverletzungen, die strafbare Handlungen nach dem allgemeinen Strafrecht darstellen, verjährt die Verfolgung der Pflichtverletzung nicht eher als die Strafverfolgung.
3. Ist gegen den Zahnarzt wegen derselben Pflichtverletzung ein anderes Verfahren, insbesondere ein straf-, berufsrechtliches oder Zulassungsentziehungsverfahren, eingeleitet worden, kann das Disziplinarverfahren bis zum rechtskräftigen Abschluss dieses Verfahrens ausgesetzt werden. Die Verjährung wird durch diese Verfahrensaussetzung gehemmt.“

2. In § 15 Abs. 4 wird die Angabe „§ 10 Abs. 3“ in die Angabe „§ 10 Abs. 2“ geändert.“

Begründung:

Zu 1. Die Anwendung der noch aktuellen Regelung hat in der Praxis einige Probleme aufgezeigt.

So regelt § 4 unserer aktuellen Disziplinarordnung:

- (1) Sind seit der Vollendung der Pflichtverletzung mehr als zwei Jahre vergangen, darf ein Verweis nicht mehr erteilt und eine Geldbuße nicht mehr ausgesprochen werden.
- (2) Sind seit einer schweren Pflichtverletzung mehr als fünf Jahre verstrichen, so ist eine Verfolgung nur zulässig, wenn vor Ablauf der Frist die Einleitung eines Disziplinarverfahrens beantragt worden ist.
- (3) Ist vor Ablauf der Frist wegen desselben Sachverhaltes ein Strafverfahren oder ein berufsgerichtliches oder ordnungsbehördliches Verfahren eingeleitet worden, so ist die Frist von diesem Zeitpunkt an für die Dauer dieses Verfahrens gehemmt.
- (4) Hat ein Gericht oder eine Behörde eine Strafe, eine berufsgerichtliche oder eine Ordnungsmaßnahme verhängt, so darf wegen desselben Sachverhaltes eine Verwarnung oder ein Verweis nicht erteilt werden und eine Geldbuße nur dann, wenn sie zusätzlich erforderlich ist, um den Zahnarzt zur Erfüllung seiner vertragszahnärztlichen Pflichten anzuhalten.
- (5) Ist gegen den Zahnarzt wegen desselben Sachverhaltes, der dem Disziplinarverfahren zugrunde liegt, im Strafverfahren die öffentliche Klage erhoben worden, wird das Disziplinarverfahren ausgesetzt. Das ausgesetzte Verfahren soll unverzüglich, spätestens mit dem rechtskräftigen Abschluss des Strafverfahrens, fortgesetzt werden.

Die neue Vorschrift zur Verjährung ist einfacher und klarer geregelt. Es eröffnet dem Disziplinarausschuss zudem mehr Handlungsmöglichkeiten.

Die Vorschrift des § 4 Abs. 1 der Disziplinarordnung, wonach ein Verweis nicht mehr erteilt und eine Geldbuße nicht mehr ausgesprochen werden darf, wenn seit der Vollendung der Pflichtverletzung mehr als zwei Jahre vergangen sind, soll zwecks Vereinfachung gestrichen werden. Der Disziplinarausschuss erhält die Möglichkeit – auch nach Ablauf dieser Zweijahresfrist -, jede in § 3 der Disziplinarordnung aufgeführte Maßnahme zu verhängen; mithin auch den Verweis und die Geldbuße. Somit ist der Ausschuss nicht unnötigem Zeitdruck ausgesetzt.

Ferner kann nunmehr der Ausschuss eine Verfahrensaussetzung beschließen, wenn er das Ergebnis eines anderen Verfahrens wegen desselben Tatvorwurfs – beispielsweise Zulassungsentziehungsverfahren – abwarten möchte. Durch diese Verfahrensaussetzung wird die Verjährung gehemmt, d. h. der betreffende Zeitraum wird nicht in den Verjährungszeitraum mit einbezogen.

Des Weiteren wird die Verjährungsfrist bei allen Pflichtverletzungen auf fünf Jahre festgesetzt; es sei denn, sie wurde erst später bekannt oder es handelt sich um

eine Pflichtverletzung, die eine Straftat darstellt. Dann kann das Disziplinarverfahren so lange durchgeführt werden, bis die Verjährung der Strafverfolgung noch nicht eingetreten ist. Der Ausschuss muss bei der Verjährung somit nicht mehr prüfen, ob eine schwere Pflichtverletzung vorliegt, da nunmehr alle Pflichtverletzungen zu verfolgen sind.

Zu 2. Hierbei handelt es sich lediglich um eine Korrektur eines redaktionellen Fehlers: Es muss „Abs. 2“ und nicht „Abs. 3“ heißen; § 10 hat nur zwei Absätze.

Ja-Stimmen: 25
Nein-Stimmen: -
Enthaltungen: -

9. Antrag Rainer Linke

Änderung der Reise- und Entschädigungskostenordnung I der KZV Land Brandenburg

„Die Vertreterversammlung möge beschließen:

In Anlehnung an den Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vom 10. November 2011 in Frankfurt empfiehlt der Vorstand der KZV Land Brandenburg der Vertreterversammlung, die Kilometerpauschale für alle Dienstreisen im Rahmen der Tätigkeit bei der KZV Land Brandenburg von 0,70 € auf 0,85 € mit Wirkung zum 01.01.2013 anzuheben.“

Begründung:

Annäherung des Kilometergeldsatzes an die tatsächlichen PKW-Kosten (Basis ADAC-Tabelle) auf Grund der deutlich gestiegenen Autokosten in den vergangenen Jahren und extrem hohen Kraftstoffpreise, die derzeit über 1,50 € liegen.

Die Kosten für Benzin sind in den letzten vier Jahren um 12,9 % (Super) bzw. 10,2 % (Super Plus) gestiegen.

Nach der aktuellen Kostenberechnung des Statistischen Bundesamtes und des Automobilclubs stiegen die Autokosten allein im ersten Quartal 2011 gegenüber dem Vorjahr um 4,2 %.

In der aktuellen ADAC-Tabelle (Stand: April 2011) sind die PKW-Kosten je Kilometer für rund 1.500 Fahrzeuge ausgewiesen.

Der ADAC-Kostenvergleich ermittelt die Kosten pro gefahrenen Kilometer bei einer Haltedauer von vier Jahren. Berechnet werden hierfür die Aufwendungen für Wertverlust, Ölwechsel, Inspektion, übliche Verschleißteile sowie Kosten für Reifenersatz, Steuern einschließlich eventueller Befreiung, Kraftstoff- und Ölnachfüllkosten und Versicherungsprämie.

Die Kilometerpauschale wurde mit Wirkung zum 01.01.2008 von damals 0,60 € auf 0,70 € angehoben und ist damit seit viereinhalb Jahren gültig.

Derzeit decken die Erstattungen die PKW-Kosten für die Dienstreisen deutlich nicht ab. Der Faktor verstärkt sich noch deutlicher, da die Kilometersätze „Brutto-Erstattungen“ sind und der Steuer unterliegen.

Der empfohlene km-Satz von 0,85 € berücksichtigt die erwartete Kostenentwicklung.

Auf der Basis der im Jahr 2010 zugrunde gelegten Kilometer und unter Berücksichtigung der in den Jahren 2011 und 2012 eingeschätzten Kilometer (bezogen auf die Ausschusssitzungen, Vertreterversammlungen, Schulungen, Tagungen etc.) ergäbe sich aufgrund der Anhebung der Kilometerpauschale ein Mehraufwand von insgesamt ca. 17,3 T € ab dem Haushaltsjahr 2012, der in den jeweiligen Etatansätzen vorsorglich im Haushaltsplan 2012 eingestellt wurde (vgl. Vorwort zum Haushaltsplan 2012, Seite 5).

In der Herbst-Vertreterversammlung vom 3. Dezember 2011 stand dieser Antrag schon einmal zur Diskussion; wurde aber durch die Verzichtserklärung der VV-Mitglieder zugunsten einer Spende an die Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e. V. „Hilfe bei Krebs“ ad absurdum geführt. An der Berechtigung der Anhebung zum neu beantragten Zeitraum ab 01.01.2013 hat sich allerdings nichts geändert.

Ja-Stimmen: 25
Nein-Stimmen: -
Enthaltungen: -

II. Wahlen

1. Wahl eines Mitgliedes für den Rechnungsprüfungsausschuss (§ 18 Abs. 1 Nr. 5 Satzung)

Die Vertreterversammlung wählte Herrn Dr. Paul Zorn einstimmig zum Mitglied des Rechnungsprüfungsausschusses.

2. Wahl eines weiteren Stellvertreters für den Vertreter der Zahnärzte beim Landesschiedsamt (§ 1 Abs. 1 Verordnung über die Schiedsämter für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung)

Für vorgenanntes Amt wählte die Vertreterversammlung einstimmig Herrn Dr. Ingo Frahm.

Angela Fina, Telefon: 0331 2977-338, angela.fina@kzvlb.de

PERSONELLE ÄNDERUNGEN IM VERTRAGSGUTACHTERWESEN

Ende der Tätigkeit als Vertragsgutachter

Name/Ort	Bereich	Ende der Gutachtertätigkeit
Dipl.-Stom. Rolf Peter Joite Lübbenau	Gutachter für Zahnersatz	31. März 2012

Der Vorstand dankt Herrn Joite sehr herzlich für sein langjähriges Engagement als ZE-Gutachter und wünscht ihm beruflich und persönlich weiterhin alles Gute.

URLAUBSMELDUNGEN DER VERTRAGSGUTACHTER

Bitte denken Sie an die Bekanntgabe Ihres Sommerurlaubs bei der KZV!

Um Verzögerungen im Gutachterverfahren zu vermeiden, werden die Urlaubsmeldungen der Vertragsgutachter etwa Mitte Juni an die hiesigen Krankenkassen weitergeleitet.

Ein Formular „Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung“ liegt dieser Vorstandsinformation als Anlage bei.

Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, annett.klinder@kzvlb.de

PUNKTWERTÜBERSICHT LAND BRANDENBURG ab 01.01.2012

Alle Aktualisierungen nach RS 4/2012 sind fett gedruckt!

Kostenträger	KCH,PAR,KB	IP / FU	ZE	KFO
Primärkassen				
AOK Nordost > Brandenburg	0,7886 ab 01.04.2012 0,8308	0,8266 ab 01.04.2012 0,8765	ab 01.01.2012 0,7771	0,7250 ab 01.04.2012 0,7638
Brandenburgische BKK	0,8195	0,8400	ab 01.01.2012 0,7771	0,7394
einstrahlende BKK (WOP) (Wohnort des Patienten im LB)	0,8596	0,8700	ab 01.01.2012 0,7771	0,7394
einstrahlende BKK (WOP) (Wohnort des Patienten außerhalb Brandenburgs)	Punktwert am Wohnort des Patienten	Punktwert am Wohnort des Patienten	ab 01.01.2012 0,7771	0,7394
fremde BKK (keine WOP-Kasse)	Punktwert am Sitz der Krankenkasse	Punktwert am Sitz der Krankenkasse	ab 01.01.2012 0,7771	0,7394
IKK Brandenburg und Berlin (WOP I-Kasse) (Wohnort des Patienten im LB)	0,7973	0,9100	ab 01.01.2012 0,7771	0,7555
einstrahlende IKK (WOP) (Wohnort des Patienten im LB)	0,8514	0,9100	ab 01.01.2012 0,7771	0,7555
einstrahlende IKK (WOP) (Wohnort des Patienten außerhalb Land Brandenburgs)	Punktwert am Wohnort des Patienten	Punktwert am Wohnort des Patienten	ab 01.01.2012 0,7771	0,7555
fremde IKK (keine WOP-Kasse)	Punktwert am Sitz der Krankenkasse	Punktwert am Sitz der Krankenkasse	ab 01.01.2012 0,7771	0,7555
LKK (*) Mittel- u. Ostdeutschland (LKK MOD)	ab 01.01.2012 0,8810	ab 01.01.2012 0,9308	ab 01.01.2012 0,7771	ab 01.01.2012 0,7941
LKK für den Gartenbau	ab 01.01.2012 0,9030	ab 01.01.2012 0,9420	ab 01.01.2012 0,7771	ab 01.01.2012 0,7466
Knappschaft	0,8033	0,8345	ab 01.01.2012 0,7771	0,7377
Ersatzkassen				
vdek – ohne Techniker Krankenkasse (Wohnort des Patienten im LB =Regionalkennzeichen: 05)	0,8429	0,8612	ab 01.01.2012 0,7771	0,7184
Techniker Krankenkasse (Wohnort des Patienten im LB =Regionalkennzeichen: 05)	0,8430	0,8612	ab 01.01.2012 0,7771	0,7185
vdek (Wohnort des Patienten außerhalb Brandenburgs ≠ Reg.-Kz.: 05)	Punktwert am Wohnort des Patienten	Punktwert am Wohnort des Patienten	ab 01.01.2012 0,7771	0,7184
Sonstige Kostenträger				
Bundeswehr Bundespolizei	ab 01.01.2012 0,9914	ab 01.01.2012 0,9914	ab 01.01.2012 0,8512	ab 01.01.2012 0,8512
Polizei Land Brandenburg	0,8429	0,8612	ab 01.01.2012 0,7771	0,7184
Sozialamt	0,7886 ab 01.04.2012 0,8308	0,8266 ab 01.04.2012 0,8765	ab 01.01.2012 0,7771	0,7250 ab 01.04.2012 0,7638

(*) Die LKK MOD mit ihrem Sitz im Land Brandenburg ist auch zuständig für Versicherte der KZV-Bereiche Mecklenburg/Vorpommern, Berlin, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Ansonsten gilt der im jeweiligen KZV-Bereich vereinbarte Punktwert bei Sachleistungen.

Berufsgenossenschaft: Die Abrechnung erfolgt über den jeweiligen Unfallversicherungsträger.

Punktwert: ab 01.01.2012 = 1,107 EUR

Punktwertübersicht ab 01.01.2012 (Primär- u. sonst. Fremdkassen) in Euro*Alle Aktualisierungen nach RS 05/2012 sind fett gedruckt!*

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Baden- Württemberg	02	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8979 <u>BKK</u> : 0,8983 <u>IKK</u> : 0,8983 <u>LKK</u> : 0,8979	0,9540
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9346 <u>BKK</u> : 0,9374 <u>IKK</u> : 0,9350 <u>LKK</u> : 0,9346	0,9752
Niedersachsen	04	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8382 <u>Statusergänzung 6, 7 u. 8</u> : 0,8864 <u>BKK</u> : 0,8240 <u>IKK</u> : 0,7725 <u>LKK</u> : 1,0348	0,9870
		IP/FU	0,9226	0,9240
Rheinland- Pfalz	06	KCH, PAR, KB	0,8891	0,9914
		IP/FU	0,9404	0,9914
Bayern	11	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8732 <u>BKK</u> : 0,8967 <u>IKK classic</u> : 0,8836 / ab 01.07.: 0,8967 <u>IKK</u> : 0,8967 <u>LKK</u>: 0,8967	0,9914
		IP/FU	<u>AOK</u> : 1,0000 <u>BKK, IKK</u> : 1,0200 <u>LKK</u>: 1,0500	0,9914
Nordrhein	13	KCH, PAR, KB	0,8789	0,9456
		IP/FU	1,0010	1,0204
Hessen	20	KCH, PAR, KB	<u>AOK, IKK, LKK</u> : 0,9030 <u>BKK</u> : 0,8898	0,9457
		IP/FU	<u>AOK, IKK</u> : 0,9400 <u>BKK</u> : 0,9200 <u>LKK</u>: 0,9420	0,9697
Berlin	30	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8447 <u>LKK</u> : 0,8810 <u>BKK VBU</u> : 0,8364 alle and. <u>BKK WOP-KK</u> : 0,8918 <u>IKK Brandenburg und Berlin und einstrahlende IKK</u> : 0,8767	0,8471
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9659 <u>LKK</u> : 0,9308 <u>BKK</u> : 0,9489 <u>IKK Brandenburg und Berlin und einstrahlende IKK</u> : 0,9565	0,9348
Bremen	31	KCH, PAR, KB	0,8601	0,9110
		IP/FU	0,8960	0,9404
Hamburg	32	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8133 <u>BKK</u> : 0,8508 <u>IKK</u> : 0,8447	0,9889
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9444 <u>BKK</u> : 0,9478 <u>IKK</u> : 0,9444	0,9775

Fortsetzung der Punktwertübersicht 2012 (Primär- u. sonst. Fremdkassen)

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Saarland	35	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8676 <u>BKK</u> : 0,8862 <u>IKK</u> : 0,8676	0,9287
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9137 <u>BKK</u> : 0,9301 <u>IKK</u> : 0,9301	0,9521
Schleswig-Holstein	36	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8133 <u>BKK</u> : 0,8508 <u>IKK</u> : 0,8447 <u>LKK</u> : 0,8447	-
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9637 <u>BKK</u> : 0,9772 <u>IKK</u> : 0,9756 <u>LKK</u> : 0,9756	-
Westf.-Lippe	37	KCH, PAR, KB	0,8699	0,9463
		IP/FU	0,8760	1,0000
Mecklenburg/Vorpommern	52	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8332 <u>BKK</u> : 0,8403 <u>IKK Nord</u> : 0,8237 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8117	0,8734
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8783 <u>BKK</u> : 0,8700 <u>IKK Nord</u> : 0,8456 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8117	0,8734
Sachsen-Anhalt	54	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8154 <u>BKK</u> : 0,8515 <u>IKK gesund plus</u> : 0,8186 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8186	0,8333
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8677 <u>BKK</u> : 0,8931 <u>IKK gesund plus</u> : 0,8840 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,9026	0,8520
Thüringen	55	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8218 <u>BKK</u> : 0,8900 <u>IKK</u> : 0,8375	0,8723
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8800 <u>BKK</u> : 0,9010 <u>IKK</u> : 0,8828	0,8723
Sachsen	56	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8217 <u>BKK</u> : 0,8815 <u>IKK</u> : 0,8426	0,8452
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9700 <u>BKK</u> : 1,0000 <u>IKK</u> : 0,9030	0,8452

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum 04.06.2012 eingegangen sind, erstellt.

Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

Punktwertübersicht ab 01.01.2012 (Ersatzkassen mit Wohnort außerhalb Land Brandenburg) in Euro

Alle Aktualisierungen nach RS 04/2012 sind fett gedruckt!

KZV			vdek DAK- Gesundheit	vdek TK	vdek KKH	vdek HEK (Hanseatische EK)	vdek HKK (Handelskr.)	vdek Barmer GEK
Baden-Württemberg	02	KCH, PAR, KB	0,9417	0,9474	0,9540	0,9540	0,9540	0,9445
Reg.-Kz.: 67, 73, 78, 80		IP/FU	0,9655	0,9708	0,9752	0,9752	0,9752	0,9654
Niedersachsen	04	KCH, PAR, KB	0,9075	0,9075	0,9075	0,9075	0,9075	0,9075
Reg.-Kz.: 17		IP/FU	0,9050	0,9154	0,9050	0,9050	0,9050	0,9050
Rheinland-Pfalz	06	KCH, PAR, KB	0,9433	0,9387	0,9500	0,9500	0,9500	0,9451
Reg.-Kz.: 62-65		IP/FU	0,9733	0,9731	0,9788	0,9788	0,9788	0,9707
Bayern	11	KCH, PAR, KB	0,9700	0,9658	0,9747	0,9747	0,9747	0,9747
Reg.-Kz.: 83		IP/FU	1,0200	1,0200	1,0200	1,0200	1,0200	1,0200
Nordrhein	13	KCH, PAR, KB	0,9456	0,9354	0,9456	0,9456	0,9456	0,9413
Reg.-Kz.: 40,49		IP/FU	1,0204	1,0150	1,0204	1,0204	1,0204	1,0204
Hessen	20	KCH, PAR, KB	0,9457	0,9409	0,9457	0,9457	0,9457	0,9371
Reg.-Kz.: 51		IP/FU	0,9697	0,9689	0,9697	0,9697	0,9697	0,9607
Berlin	30	KCH, PAR, KB	0,8531	0,8471	0,8471	0,8471	0,8471	0,8471
Reg.-Kz.: 95, 97		IP/FU	0,9368	0,9834	0,9348	0,9348	0,9348	0,9348
Bremen	31	KCH, PAR, KB	0,9110	0,9078	0,9054	0,9134	0,9122	0,9023
Reg.-Kz.: 30		IP/FU	0,9404	0,9387	0,9359	0,9434	0,9428	0,9333
Hamburg	32	KCH, PAR, KB	0,9622	0,9622	0,9622	0,9622	0,9622	0,9622
Reg.-Kz.: 15		IP/FU	0,9775	0,9837	0,9724	0,9775	0,9775	0,9775
Saarland	35	KCH, PAR, KB	0,9287	0,9288	0,9287	0,9287	0,9287	0,9226
Reg.-Kz.: 93		IP/FU	0,9521	0,9521	0,9521	0,9521	0,9521	0,9428
Schleswig-H.	36	KCH, PAR, KB	0,9622	0,9622	0,9622	0,9622	0,9622	0,9622
Reg.-Kz.: 13		IP/FU	1,0077	0,9877	0,9877	0,9877	0,9877	0,9799
Westf.-Lippe	37	KCH, PAR, KB	0,9395	0,9402	0,9463	0,9463	0,9463	0,9433
Reg.-Kz.: 34		IP/FU	0,9838	0,9700	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Mecklenb./Vorp.	52	KCH, PAR, KB	0,8486	0,8297	0,8517	0,8594	0,9434	0,8487
Reg.-Kz.: 01		IP/FU	0,8489	0,8360	0,8456	0,8456	0,8456	0,8456
Sachsen-Anhalt	54	KCH, PAR, KB	0,8333	0,8333	0,8333	0,8333	0,8333	0,8333
Reg.-Kz.: 09		IP/FU	0,8520	0,8520	0,8520	0,8520	0,8520	0,8520
Thüringen	55	KCH, PAR, KB	0,8723	0,8685	0,8725	0,8722	0,8719	0,8723
Reg.-Kz.: 50		IP/FU	0,8723	0,8841	0,8725	0,8722	0,8719	0,8723
Sachsen	56	KCH, PAR, KB	0,8452	0,8600	0,8452	0,8452	0,8452	0,8452
Reg.-Kz.: 72		IP/FU	0,8452	0,9200	0,8452	0,8452	0,8452	0,8452

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum 04.06.2012 eingegangen sind, erstellt.

Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

*1) Bekanntermaßen gilt für die Abrechnung der KFO-Leistungen der Punktwert am Sitz des Zahnarztes.

Ort, Datum

Zahnarztstempel mit Abrechnungsnummer

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Land Brandenburg
Abteilung Zulassung
PF 60 08 64
14408 Potsdam

Fax-Nr.: 0331/2977-308

Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung

Gemäß den Vorschriften der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte mit Stand vom 01.01.1993 im Abschnitt IX, § 32 (1) möchte ich hiermit meine Abwesenheit

in der Zeit vom: bis:

wegen zur Kenntnis geben.

Die Vertretung übernimmt:

1. Name des persönlichen Vertreters in meiner Praxis:

.....

Ich versichere, dass mein persönlicher Vertreter die zur Vertretung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt; Kopie der Approbationsurkunde des Vertreters liegt der KZV vor bzw. ist beigelegt.

oder:

2. Name:

Praxisanschrift:

Tel.-Nr.:

2. Name:

Praxisanschrift:

Tel.-Nr.:

Mit den gegebenenfalls zu 2. und 3. genannten niedergelassenen Kollegen ist die Vertretung im gegenseitigen Einvernehmen abgesprochen.

.....
Unterschrift

VERTEILUNGSMAßSTAB

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg

Dieser Verteilungsmaßstab regelt die Verteilung der von den Krankenkassen auf gesetzlicher und vertraglicher Grundlage an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg gemäß § 85 Abs. 4 SGB V zu entrichtenden Gesamtvergütung.

Der Verteilungsmaßstab wird nach den gesetzlichen Vorgaben in § 85 Abs. 4 SGB V erlassen. Er stellt sicher, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wird und dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit als Vertragszahnarzt verhindert wird.

Der Verteilungsmaßstab gilt für alle Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie werden im Folgenden einer näheren Verteilungsregelung zugeordnet. Die Verteilung der Honorare erfolgt dabei entsprechend den gesetzlichen, vertraglichen und verwaltungsmäßigen Gegebenheiten.

Alle an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärzte sowie Gesundheitseinrichtungen werden bei der Honorarverteilung gleich behandelt.

Bei genehmigungspflichtigen Leistungen bedarf es der verantwortlichen Mitwirkung der Krankenkassen bei der Genehmigung von Behandlungen, um eine gleichmäßige Verteilung der zur Verfügung stehenden Budgetmittel bei diesen Behandlungen sicherzustellen.

§ 1 Grundsätze

- (1) Auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben sind die Gesamtvergütungsansprüche der Vertragszahnärzte für die Leistungsbereiche der konservierend-chirurgischen, mit Ausnahme der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V und nach § 196 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO), PAR- und Kieferbruchbehandlungen sowie Kieferorthopädie begrenzt.
- (2) Die Regelungen über die Honorarverteilung gelten nur für die Leistungen, die von der Budgetierung erfasst sind.
- (3) Der der KZV Land Brandenburg für Leistungen von Fremdzahnärzten, die Versicherte mit Wohnsitz im Land Brandenburg behandeln, zufließende Gesamtvergütungsanteil wird entsprechend den gesetzlichen Regelungen zum Wohnortprinzip in Bezug auf die Vergütung der Fremdkassenrichtlinie der KZBV mit den anderen KZVen abgerechnet.

- (4) Die der KZV Land Brandenburg zufließende Gesamtvergütungen von Fremd-KZVen für Leistungen der Brandenburger Vertragszahnärzten, die Versicherte mit Wohnsitz außerhalb von Brandenburg behandeln, werden mit den von den Fremd-KZVen mitgeteilten Punktwerten bzw. Arbeitspunktwerten auf der Grundlage der Fremdkassenrichtlinien der KZBV verteilt.
- (5) Vorbehaltlich der nachstehenden Sonderbestimmungen gelten die gesamtvertraglichen Regelungen mit den Partnern der Vergütungsverträge auch im Verhältnis zwischen der KZV Land Brandenburg und ihren Mitgliedern.
- (6) Dem Zahnarzt stehen gegen die KZV Land Brandenburg Ansprüche nur insoweit zu, als diese von den Kostenträgern einschließlich der Fremdkassen Zahlungen verlangen kann. Budgetüberschreitungen und darauf beruhende Zahlungen sind Vorschüsse auf andere berechnete Vergütungsansprüche. Die KZV Land Brandenburg kann aufrechnen.
- (7) Auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V gilt für das Abrechnungsverfahren überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitz in mehreren KZVen Folgendes:

„Die Modalitäten des Abrechnungsverfahrens richten sich nach den für die KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes geltenden Gesamtverträgen. Für Leistungen nach BEMA-Teil 3 gilt der Punktwert am Leistungsort. Der Anspruch der fordernden KZV richtet sich nach den Gegebenheiten des Honorarverteilungsmaßstabes der KZV am Leistungsort.

Für die Bearbeitung von Berichtigungsanträgen seitens der Krankenkassen ist die KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes zuständig.

Ob bei Budgetüberschreitungen Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen gegen die für die Gesamtvergütung zuständige KZV bzw. bei Budgetunterschreitungen Nachforderungsansprüche der KZV gegen die jeweilige Krankenkasse bestehen, ergibt sich ebenfalls aus dem Gesamtvertrag.“

Leistungen von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren KZV-Bereichen, die sich die KZV Land Brandenburg als Wahl-KZV gewählt haben, werden nur in der Höhe vergütet, in der die Kassenzahnärztliche Vereinigung am Leistungsort (Vor-Ort-KZV) auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V im Einzelfall eine Vergütung zur Verfügung gestellt hat.

Im Übrigen gelten für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren KZV-Bereichen die Regelungen des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte und des Ersatzkassenvertrags-Zahnärzte.

- (8) Alle Vergütungszahlungen erfolgen jeweils unter dem Vorbehalt der Anerkennung der Vergütungsvereinbarungen durch die Aufsichtsbehörde (§ 71 Abs. 2 SGB V).

§ 2 Verteilungsgrundsatz

- (1) Die folgenden Maßnahmen sollen die Einhaltung der Gesamtvergütung und die Honorierung der Einzelleistung für jeden Vertragszahnarzt voraussehbar machen.
- (2) Die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt auch bei den budgetierten Leistungsbe-
reichen nach Einzelleistung entsprechend den vertraglichen Bestimmungen und den
jeweils vereinbarten Punktwerten bzw. nach dem auf der Grundlage von § 85 Abs. 4
Satz 3 SGB V vom Vorstand der KZV Land Brandenburg (im Folgenden Vorstand
genannt) im Auftrag der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg (im Fol-
genden VV genannt) festgelegten Verteilungspunktwert, d. h. die KZV berechnet die
von den Zahnärzten vorgelegten Honorarabrechnungen nach Einzelleistungen und
stellt den gesetzlichen Krankenkassen diese Honorarforderungen unter Berücksich-
tigung gesetzlicher und vertraglicher Regelungen in Rechnung.
- (3) Bei Überschreitungen des zulässigen Gesamtvergütungsvolumens dürfen die mit
den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten
Punktwerte im Vergütungszeitraum rechnerisch nicht nach unten verändert werden.

§ 3 Sonderregelung bei Überschreitung

- (1) Wenn die Gesamtsumme aller Krankenkassenbudgets bzw. Krankenkassenarten-
budgets für das jeweilige Kalenderjahr um einen Betrag von 100.000 Euro nicht
überschritten wird, bleibt es im Verhältnis zum Zahnarzt bei der Abrechnung nach
Einzelleistungen ohne Kürzungen. Die notwendigen Rückzahlungen an die Kran-
kenkassen erfolgen mit Ausnahme der Fremdkassenfälle aus dem allgemeinen
Vermögen der KZV Land Brandenburg.
- (2) Wird die Gesamtsumme von 100.000 Euro überschritten, wird der Gesamtüber-
schreibungsbetrag unter Einschluss der Summe von 100.000 Euro auf die Zahnärzte
gemäß den nachfolgenden Bestimmungen durch anteilige Kürzungen der Punktzah-
len im Wege der Jahresbetrachtung verteilt.

§ 4 Geltungsbereich

- (1) An der Honorarverteilung nehmen als Anspruchsberechtigte
 - die im Bereich der KZV Land Brandenburg zugelassenen und ermächtigten
Zahnärzte sowie die nach § 24 ZV-Z Ermächtigten,
 - die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Versor-
gungszentren und Gesundheitseinrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V so-
wie
 - die KZV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften nach Maßgabe der
Fremdkassenregelung der KZBV nach § 75 Abs. 7 SGB Vteil.

- (2) Gesetzlich geregelte oder vertraglich vereinbarte oder sonstige Verfahren zur Überprüfung der Behandlungsweise und Abrechnung des Zahnarztes (Wirtschaftlichkeitsprüfung, Gutachterverfahren etc.) werden durch diese HVM-Regelungen grundsätzlich nicht berührt und bleiben unberücksichtigt. Beträge aus Verfahren nach §§ 106 und 106a SGB V sind - soweit gesamtvertraglich geregelt ist, dass sie bei der KZV Land Brandenburg verbleiben - im Rahmen der Feststellung der Kürzungs- bzw. Nachberechnungsbeträge auf Grund von Budgetüber- oder -unterschreitungen zu berücksichtigen.
- (3) Vor der Durchführung der Honorarverteilung sind die gemäß § 85 Abs. 4b SGB V vorgegebenen Kürzungen des Honoraranspruchs des Zahnarztes bei Überschreiten bestimmter Punktmengen im Wege von Punktwertminderungen (sog. Punktwertdegression) von der KZV Land Brandenburg vorzunehmen. Diese Verringerung des Honoraranspruchs auf Grund der Punktwertdegression ist bei HVM-Begrenzungsmaßnahmen zu berücksichtigen.

§ 5 Vergütungsanspruch

- (1) Für den Abrechnungszeitraum, für den eine Budgetierung der Gesamtvergütung gilt (Budgetzeitraum), haben die Zahnärzte anteilig einen Vergütungsanspruch aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in den Leistungsbereichen
- konservierend-chirurgische (mit Ausnahme der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V und nach § 196 Abs. 1 Satz 2 RVO),
 - PA- und
 - Kieferbruch-Behandlungen,
 - Kieferorthopädie (ohne zahntechnische Leistungen),
- begrenzt in Höhe der von den Kostenträgern bezahlten Gesamtvergütung, die auf der Basis der Gesamtverträge gezahlt wird, sowie den Maßgaben dieses HVMS.
- (2) Der Zahnarzt hat einen Vergütungsanspruch gegen die KZV Land Brandenburg im budgetierten Bereich bis zu seinem individuellen Grenzwert im Rahmen dieses HVMS.
- (3) Die Honorarbescheide und Auszahlungen der KZV Land Brandenburg bei Anwendung dieses HVMS erfolgen unter dem Vorbehalt der nachträglichen Änderung oder anderweitigen Festsetzung der Vergütungsansprüche für jeden abrechnenden Vertragszahnarzt, insbesondere durch die Schlussabrechnung für die Leistungszeiträume mit begrenzter Gesamtvergütung (Jahresbetrachtung). Honorarüberzahlungen sind an die KZV Land Brandenburg zurückzuerstatten.

- (4) Die Honorarauszahlungen der KZV Land Brandenburg sind in jedem Fall auf die von den Krankenkassen nach Maßgabe der Gesamtverträge gezahlten Gesamtvergütungen für die Leistungsbereiche der konservierend-chirurgischen-, PAR- und Kieferbruch-Behandlungen, Kiefergelenkserkrankungen und Kieferorthopädie begrenzt. Die Begrenzung erfasst jede gesetzliche oder vertraglich vereinbarte Art der Gesamtvergütungsberechnung.
- (5) Verbleibt bei Erfüllung der Vergütungsansprüche der Zahnärzte eine Restverteilungsmasse der Gesamtvergütung, so werden die bisher bei der Vergütung wegen der Überschreitung des Budgets nicht berücksichtigten Vergütungsansprüche, entsprechend dem Verhältnis der nicht berücksichtigten Ansprüche, zu der verbleibenden Restverteilungsmasse bis höchstens 100 % anteilig vergütet.

§ 6

Ausnahmen von der Budgetierung

- (1) Der Honorarverteilung nach diesem HVM unterliegen nicht Leistungen, die nach gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen (z. B. Bundesmantelvertrag und Gesamtvertrag) von der begrenzten Gesamtvergütung ausgenommen sind; diese Leistungen werden ohne Begrenzung nach erbrachten Einzelleistungen zum jeweils mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Punktwert vergütet.

Dies gilt für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V und nach dem § 196 Abs. 1 Satz 2 RVO.

- (2) Absatz 1 Satz 1 gilt für Zahnersatz inklusive zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) entsprechend.

§ 7

Honorarfestsetzung

- (1) Der Vertragszahnarzt hat Vergütungsansprüche aus seiner Tätigkeit gegen die KZV Land Brandenburg für
- konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich der Leistungen nach den §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V bzw. § 196 Abs. 1 Satz 2 RVO,
 - PAR-Leistungen,
 - Kieferbruch-Leistungen, Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen und
 - Kieferorthopädie.

Bei einer Überschreitung des jeweiligen Budgets für den Budgetzeitraum bestehen Vergütungsansprüche nach Maßgabe dieses HVMs, unbeschadet der Regelung des § 6, in Form einer individuellen Basisvergütung (§ 12) und darüber hinausgehend als Restvergütung (§ 13).

- (2) Zur Honorarverteilung gelangen - unter Berücksichtigung von § 21 - alle der KZV Land Brandenburg zufließenden Gesamtvergütungen und sonstigen Zahlungen aus Vereinbarungen mit den Partnern der Gesamtverträge gemäß § 85 SGB V einschließlich der Zahlungen anderer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen unter Berücksichtigung der Fremdkassenabrechnung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

§ 8

Kassenarten

- (1) Das Verfahren nach diesen HVM-Bestimmungen ist entsprechend der jeweiligen Vertragssituation mit den Krankenkassen - krankenkassenartenübergreifend, auf einzelne Krankenkassenarten oder einzelne Krankenkassen bezogen - durchzuführen.
- (2) Die Verteilung der Gesamtvergütungen erfolgt getrennt nach folgenden Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten:
- 1) AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
 - 2) Ersatzkassen
 - 3) Betriebskrankenkassen
 - 4) Innungskrankenkassen
 - 5) Knappschaft
 - 6) Landwirtschaftliche Krankenversicherung
 - 7) Fremdkassen

§ 9

Honorarbudget

- (1) Auf der Grundlage der zwischen den Vertragspartnern der Vergütungsverträge gemeinsam festgestellten Basis der Budgetobergrenze (unter Zugrundelegung von § 85 Abs. 1 und 2 SGB V) für das Vorjahr sowie unter Berücksichtigung der gesamtvertraglich vereinbarten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (vgl. § 71 Abs. 3 SGB V) wird das höchstzulässige Ausgabenvolumen für die Bema-Teile 1 (konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen), 2 (Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels - Kieferbruch - sowie Kiefergelenkerkrankungen - Aufbissbehelfe -) und 4 (systematische Behandlung von Parodontopathien) für den Budgetzeitraum ermittelt.

Die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V und nach § 196 Abs. 1 Satz 2 RVO unterliegt nicht der Begrenzung nach § 71 SGB V.

- (2) Die Berechnung der zulässigen Gesamtvergütung gemäß Absatz 1 erfolgt gemeinschaftlich für die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachgruppen
- allgemein tätige Zahnärzte
 - Oralchirurgen

- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen
- kieferorthopädisch tätige Zahnärzte
- Kieferorthopäden (bezogen auf die Begleitleistungen = im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte kons.-chir. und Röntgenleistungen sowie Leistungen nach Bema Teil 2).

Dies ist die Summe der jeweils vergüteten Leistungen des Vorjahreszeitraumes für die konservierend-chirurgischen Behandlungen (ohne §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 196 Abs. 1 Satz 2 RVO), PAR- und Kieferbruchbehandlungen, Kiefergelenkserkrankungen sowie Begleitleistungen für Kfo gemäß den jeweiligen Vereinbarungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

- (3) Absatz 1 gilt entsprechend für die Berechnung für Leistungen nach Bema – Teil 3 (kieferorthopädische Leistungen).
- (4) Überschreitet das Ausgabenvolumen für Leistungen nach Bema-Teil 3 (kieferorthopädische Leistungen) das zulässige Budget in diesem Bereich, wird aber das zulässige Ausgabenvolumen für Leistungen nach Bema-Teile 1, 2 und 4 unterschritten, werden bis zur Höhe des Unterschreitungsbeitrages die Mehrausgaben im KFO-Bereich abgedeckt. Gleiches gilt auch umgekehrt; der Unterschreitungsbeitrag im KFO-Bereich dient zur Deckung der Überschreitung des Ausgabenvolumens für Leistungen nach Bema-Teile 1, 2 und 4 maximal bis zur Höhe des jeweiligen Unterschreitungsbeitrages.
- (5) Werden sowohl im Bereich I (KCH, PAR, KFB und Kiefergelenkserkrankungen) und im Bereich II (KFO) Überschreitungen festgestellt, erfolgt nur im Bereich I ein interner Ausgleich.
- (6) Soweit gesamtvertraglich lediglich eine Kopfpauschale oder eine nichtsektorale untergliederte Obergrenze festgelegt worden ist, erfolgt die Bereichszuordnung (vgl. Abs. 5) auf der Grundlage des von den jeweiligen Vertragspartnern gemeinsam ermittelten Ausgangsbudgets unter Berücksichtigung der gesamtvertraglich vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V im Anschlusszeitraum.
- (7) Absatz 6 gilt auch für die Verteilung der Gesamtvergütung für die WOP-Krankenkassen gemäß § 10 Abs. 1 Sätze 2-4. Sofern in diesem Bereich für einzelne Krankenkassen eine Bereichszuordnung nach Abs. 6 nicht möglich ist, erfolgt die Aufteilung des zulässigen Ausgabenvolumens bzw. der Kopfpauschale dieser Krankenkassen in der Form, dass der Durchschnitt des nach Mitgliederzahl gewichteten prozentualen Anteils der WOP-Krankenkassen der Kassenart im KZV – Bereich Land Brandenburg, für die eine solche Zuordnung vorhanden ist, zugrunde zu legen ist.
- (8) Ist für einen sektoralen Bereich der Budgetanteil der jeweiligen Krankenkasse bekannt, so ist dieser zugrunde zu legen; für die übrigen Bereiche erfolgt die Anwendung des Absatzes 7 Satz 2.

§ 10 Budgetbetrachtung und Ausgleichsverfahren

- (1) Das sich für die einzelnen Krankenkassen ergebende Gesamtbudget wird im Budgetzeitraum unter Berücksichtigung von § 85 Abs. 2 letzter Satz SGB V grundsätzlich auf alle abrechnenden Vertragszahnärzte und Gesundheitseinrichtungen anteilmäßig nach Maßgabe dieses HVMs gleichmäßig auf den Abrechnungszeitraum verteilt. Bei Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen, die unter das Wohnortprinzip fallen, erfolgt die Anwendung dieses Honorarverteilungsmaßstabes unter Berücksichtigung der gesamtvertraglichen Vergütungsstruktur. Unabhängig davon, ob Einzelbudgets vereinbart werden, gelten die Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes mit der Maßgabe, dass der Ausgleich innerhalb des WOP I – Kassenartenbudgets bzw. WOP II – Kassenartenbudgets erfolgt. Dies gilt auch dann, wenn Kopfpauschalen vereinbart werden.
- (2) Es erfolgt für jeden Zahnarzt eine Jahresabrechnung. Nach Feststellung der tatsächlichen kalenderjährlichen Über- bzw. Unterschreitung der höchstzulässigen Gesamtvergütung werden die Vergütungsansprüche kalenderjährlich je Zahnarzt ermittelt. Hierbei werden die Auszahlungsbeträge mit den tatsächlichen kalenderjährlichen Ansprüchen verrechnet. Eine verbindliche Abrechnung der budgetierten Leistungen im Budgetzeitraum bleibt der endgültigen Jahresabrechnung vorbehalten.
- (3) Ist eine erhebliche Überschreitung des individuellen Grenzwertes eines Zahnarztes zu erwarten oder droht bei vierteljährlicher bzw. halbjährlicher Betrachtung eine wesentliche Budgetüberschreitung bei einer einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart, können die Abschlags- und Restzahlungen durch die KZV Land Brandenburg entsprechend gekürzt werden. § 21 Abs. 2 bleibt hiervon unberührt.
- (4) Überzahlungen durch die KZV Land Brandenburg werden durch Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen ausgeglichen.

§ 11 Verfahren bei Überschreitung des zulässigen Budgets

- (1) Bei einer Überschreitung des zulässigen Budgets bei einer Krankenkasse bzw. Krankenkassenart um bis zu 1 v. H. reduzieren sich die Vergütungsansprüche der Zahnärzte bei dieser Krankenkasse bzw. Krankenkassenart entsprechend linear.
- (2) Wird bei einer Krankenkasse bzw. Krankenkassenart das vorgegebene Budget überschritten, wird dieses zunächst linear (bis 1 %) und darüber hinaus individuell nach Maßgabe dieses HVMs gekürzt.

Bei einer Überschreitung des zulässigen Budgets um mehr als 1 v. H. hat der Zahnarzt Vergütungsansprüche grundsätzlich nur bis zu seinem individuellen Grenzwert bei dieser Krankenkasse bzw. Krankenkassenart gemäß den Vorgaben dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

Für die überschreitenden BEMA-Punkte besteht ein Vergütungsanspruch gegenüber der KZV Land Brandenburg nur anteilig in dem Verhältnis der Summe aller Überschreitungspunkte zu der verbleibenden Gesamtvergütung (Restvergütung).

§ 12

Budgetierung des individuellen Leistungsanspruchs

- (1) Bis zu einem Grenzwert (geschützte durchschnittliche Punktmenge je Fall und Quartal) werden die Leistungen des Bema-Teil 1 mit den vereinbarten Punktwerten bzw. mit dem auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V vom Vorstand der KZV Land Brandenburg festgelegten Verteilungspunktwert vergütet. Überschreiten die durchschnittlichen Fallwerte eines Zahnarztes (Gesamtpunkte des Jahres durch Gesamtfallzahl) die jeweiligen Grenzwerte, besteht oberhalb der Grenzwerte (Punktmenge) kein Anspruch auf Vergütung aller abgerechneten Punktzahlen. Die budgetüberschreitende Punktmenge wird um den Prozentsatz bei jährlicher Betrachtungsweise gekürzt, um den das Budget bei der einzelnen Krankenkasse oder Krankenkassenart, unbeschadet des § 11 Abs. 1, um mehr als 1 % überschritten worden ist.

Der Grenzwert wird auf der Basis der abgerechneten Leistungen aus den Vorquartalen und unter Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung an Hand der durchschnittlichen Punktmengen je Fall und Quartal der brandenburgischen Zahnärzte durch den Vorstand nach pflichtgemäßen Ermessen festgestellt und rechtzeitig den Vertragspartnern sowie im Rundschreiben der KZV Land Brandenburg bekannt gegeben.

Bei dieser Punktmengenermittlung werden die Begleitleistungen bei Kieferorthopädie im Sinne des § 29 SGB V nicht berücksichtigt.

- (2) Es ist die durchschnittliche Punktmenge je Fall für diesen Budgetzeitraum getrennt nach
- Zahnärzten,
 - Oralchirurgen und
 - Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen

und für alle gesetzlichen Krankenkassen (eigene und fremde) - ohne sonstige Kostenträger - gemeinsam zu ermitteln. Die Leistungen nach Bema Teil 1 werden ohne die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 196 Abs. 1 Satz 2 RVO berücksichtigt.

- (3) Der Vorstand kann die nach den vorgenannten Absätzen 1 und 2 ermittelten Grenzwerte um einen Prozentsatz, der sich nach der Höhe der Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahl aller abrechnenden Zahnärzte bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart gegenüber dem Vorjahreszeitraum richtet, absenken. Dies gilt auch, wenn die Verminderungen der Bezugsgrößen des Gesamtvergütungsvolumens erkennen lassen, dass ein abweichender Prozentsatz gerechtfertigt ist. Dieser Wert ist auf volle Punktzahlen kaufmännisch zu runden. Die abge-

senkten Grenzwerte sind quartalsweise zu ermitteln und den betroffenen Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen zur Kenntnis zu geben.

- (4) Der Vorstand kann auf Antrag des betroffenen Zahnarztes für besondere Fachgruppen mit von den durchschnittlichen Abrechnungswerten erheblich abweichenden Abrechnungsergebnissen, insbesondere überwiegend auf Überweisung tätige Kieferchirurgen und Oralchirurgen, sowie für Vertragszahnärzte, die weniger als vier Quartale an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilgenommen haben und weniger als 200 Fälle abrechnen, gesonderte Grenzwerte je Fall festlegen, wobei die Relation zwischen den durchschnittlichen Abrechnungswerten der Fachgruppe und der gesonderten Grenzwertfestlegung der generellen Regelung des HVM entsprechen soll. Über Grenzwertänderungen sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu unterrichten.
- (5) Die Abrechnung von Leistungen nach Bema Teil 2 (Kieferbruch, Kiefergelenkserkrankungen) und Bema Teil 4 (PAR-Behandlungen) wird nach Einzelleistungen unter Berücksichtigung der von der VV im Bedarfsfall festgelegten Kontingentgrenze vorgenommen. Wird im Rahmen des Gesamtbudgets das zulässige Ausgabenvolumen überschritten, werden abweichend von Absatz 1 die abgerechneten Punkte für die vorgenannten Leistungen hierfür linear um den Prozentsatz gekürzt, um den das zulässige Budget krankenkassen- bzw. krankenkassenartbezogen überschritten worden ist. Ist der Betrag, der sich aus der linearen Kürzung ergibt, höher als der Betrag, der sich aus der individuell festgelegten Kontingentgrenze ergibt, so ist der sich aus der linearen Kürzung ergebende Betrag maßgebend.
- (6) Die von Kieferorthopäden abgerechneten Begleitleistungen (kons.-chir., Röntgenleistungen und Leistungen nach Kiefergelenkserkrankungen) werden nach Einzelleistungen unter Berücksichtigung der von der VV im Bedarfsfall festgelegten Kontingentgrenze vergütet. Wird das zulässige Gesamtbudget der einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart überschritten, werden abweichend von Absatz 1 die abgerechneten Punkte hierzu linear um den Prozentsatz gekürzt, um den das Budget krankenkassen- bzw. krankenkassenartbezogen überschritten worden ist. Ist der Betrag, der sich aus der linearen Kürzung ergibt, höher als der Betrag, der sich aus der individuell festgelegten Kontingentgrenze ergibt, so ist der sich aus der linearen Kürzung ergebende Betrag maßgebend.
- (7) Die Abrechnung von Leistungen nach Bema Teil 3 (Kfo mit Ausnahme der Begleitleistungen) wird nach Einzelleistungen unter Berücksichtigung der von der VV im Bedarfsfall festgelegten Kontingentgrenze vorgenommen. Die im Rahmen der Kostenerstattung abgerechneten und von den Krankenkassen gemeldeten Leistungen bezogen auf die Punkte werden ebenfalls, sofern das zulässige Gesamtbudget der einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart überschritten wird, abweichend von Absatz 1 linear um den Prozentsatz gekürzt, um den das Budget krankenkassen- bzw. krankenkassenartbezogen überschritten worden ist. Ist der Betrag, der sich aus der linearen Kürzung ergibt, höher als der Betrag, der sich aus der individuell festgelegten Kontingentgrenze ergibt, so ist der sich aus der linearen Kürzung ergebende Betrag maßgebend.

- (8) Wenn die Festlegung des individuellen Grenzwertes im Einzelfall zu einer besonders schweren Härte führen würde, erfolgt die Festlegung des individuellen Grenzwertes durch den Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen.
- (9) Die Grenzwerte nach den vorgenannten Absätzen 1 bis 3 (Punktmenge) für die Gruppe der Zahnärzte und Oralchirurgen werden bei durchschnittlichen Fallzahlen je Abrechnungszeitraum - d. h. Gesamtfallzahl aller vier Quartale dividiert durch 4 - (insgesamt für alle gesetzlichen Krankenkassen)

Fallzahlen KCH alle Kassen, außer Sonstige Kostenträger (kfm. gerundet)	Grenzwert Zuschlag/Abschlag
1 bis 45	+ 100 %
46 bis 175	+ 75 %
176 bis 305	+ 50%
306 bis 435	+ 25 %
436 bis 565	0 %
566 bis 695	- 5 %
696 bis 825	- 7,50 %
826 bis 955	- 10 %
956 bis 1.085	- 12,50 %
1.086 bis	- 15 %

erhöht bzw. abgesenkt (kaufmännisch gerundet).

Zwischen 436 und 565 Fällen findet keine Veränderung des Grenzwertes statt.

- (10) Die Grenzwerte nach den vorgenannten Absätzen 1 bis 3 (Punktmenge) für die Gruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen werden bei durchschnittlichen Fallzahlen je Abrechnungszeitraum - d. h. Gesamtfallzahl aller vier Quartale dividiert durch 4 - (insgesamt für alle gesetzlichen Krankenkassen) wie folgt erhöht bzw. abgesenkt (kaufmännisch gerundet):

Fallzahlen KCH alle Kassen, außer Sonstige Kostenträger (kfm. gerundet)	Grenzwert Zuschlag/Abschlag
1 bis 45	+ 100 %
46 bis 275	+ 75 %
276 bis 405	+ 50 %
406 bis 535	+ 25 %
536 bis 665	0 %
666 bis 795	- 5 %
796 bis 925	- 7,50 %
926 bis 1.055	- 10 %
1.056 bis 1.185	- 12,50 %
1.186 bis	- 15 %

Zwischen 536 und 665 Fällen findet auch hier keine Veränderung des Grenzwertes statt.

- (11) Die KZV Land Brandenburg veröffentlicht jeweils die sich aus der Abrechnung ergebenden Parameter zur Bestimmung der individuellen Grenzwertbestimmung, damit sich die Zahnärzte in ihrem Behandlungsverhalten bzw. ihrer Praxisorganisation daran orientieren können. Mit der Bekanntgabe der individuellen Grenzwerte ist keine Garantie der KZV Land Brandenburg verbunden. Eine endgültige Bestimmung der je Vertragszahnarzt im Rahmen seiner Grenze bei der Honorarverteilung berücksichtigungsfähigen Punktzahlen erfolgt mit der Abrechnung für das IV. Quartal des Abrechnungszeitraumes.
- (12) Für das ggf. notwendige quartalsbezogene Einbehaltungsverfahren gelten die in dem laufenden Quartal abgerechneten Fälle, unbeschadet der Jahresbetrachtung.

§ 13 Verfahren bei Überschreitung des zulässigen Ausgabenvolumens um mehr als 1 %

- (1) Unter Berücksichtigung der vorgenannten §§ 11 und 12 wird festgelegt, dass durchschnittlich für die über die jeweiligen Grenzwerte (Punktmenge je Fall) hinausgehenden Punkte ein Anspruch nur in der Höhe besteht, wie die Restvergütung dies je Krankenkasse bzw. Krankenkassenart zulässt.
- (2) Wird bei Leistungsabrechnung der individuelle Grenzwert im Sinne des vorgenannten § 12 überschritten, besteht für den Grenzwert überschreitenden Anteil nur ein Anspruch auf eine Restvergütung. Diese errechnet sich nach Erfüllung aller Vergütungsansprüche der der KZV Land Brandenburg verbleibenden Gesamtvergütung.
- (3) Die Kürzung der Restvergütungsforderung ermittelt sich wie folgt:
Zunächst wird der Kürzungsprozentsatz für die Restvergütungsforderung nachfolgender Formel festgelegt:

$$\text{Kürzungsprozentsatz-} \\ \text{restvergütung (KPrRV)} = \frac{\text{Gesamtsumme aller Punkte aller Zahnärzte}}{\text{Gesamtsumme aller Überschreitungspunkte} \\ \text{der Grenzwerte}} \times \text{Kürzungsprozentsatz in} \\ \text{Höhe der Überschreitung} \\ \text{des Budgets (-1\%)}$$

Um diesen Kürzungsprozentsatz wird die Restvergütungsforderung, ausgedrückt in Punkten, jedes einzelnen beteiligten Zahnarztes gekürzt.

- (4) Abweichend von den Abrechnungen des Bema-Teils 1 wird bei Überschreitung des zulässigen Ausgabenvolumens für Leistungen nach Bema-Teil 3 der jeweiligen Krankenkassen (Krankenkassenwert) für die genannten Leistungsbereiche eine entsprechend quotierte Auszahlung der Vergütung - bezogen auf die zulässige Punktzahl - an die abrechnenden Zahnärzte und Kieferorthopäden vorgenommen; vgl. § 12 Abs. 7.

Die Quotierung erfolgt entsprechend der je Krankenkasse/Krankenkassenverband festgestellten prozentualen Überschreitung der rechtlich zulässigen anteiligen Gesamtvergütung für diesen Zeitraum.

§ 14 Anrechnung von Honorarkürzungen

- (1) Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die auf Grund von Gesamtverträgen bei der KZV Land Brandenburg verbleiben, werden einem Sonderkonto gutgeschrieben.
- (2) Die weiteren Einzelheiten bezüglich der Verwendung der Rückflüsse werden von der VV festgelegt. Die VV ist berechtigt, auf die Verteilung von Kleinbeträgen bis zur Höhe von 10 Euro im Einzelfall an einzelne Zahnärzte zu verzichten.

§ 15 Verfahren bei Budgets mit Ausschöpfungsverträgen

Sofern am Ende des jeweiligen Abrechnungsjahres sektorale Budgets nicht ausgeschöpft wurden, erfolgt eine gleichmäßige Verteilung auf alle im gleichen Sektor erfolgten Vergütungen, sofern gesamtvertraglich eine Budgetausschöpfungsvereinbarung geschlossen worden ist.

§ 16 Praxisstatus

- (1) Für die Zuordnung der Zahnärzte und angestellten Zahnärzte nach § 12 ist der Zulassungsstatus maßgebend.
- (2) Bei der Ermittlung des individuellen Grenzwertes nach § 12 Abs. 9 und 10 erfolgt die Zuordnung zur jeweiligen Fallzahlgruppe unter Berücksichtigung der angestellten Zahnärzte, Assistenten bzw. nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Behandler. Nach Herstellung dieser gleichgewichtigen Verteilung ist bei Überschreitung der HVM-relevanten Gesamtpunktzahl die nach den Bestimmungen des § 12 erforderliche Honoraranpassung durchzuführen.
- (3) Für die Zuordnung der Praxis nach § 12 ist die Zahl der zahnärztlichen Behandler maßgebend. Die von einer Berufsausübungsgemeinschaft abgerechneten Fälle werden durch die Zahl der sie Mitglieder geteilt. Bei gemischten Gemeinschaften ist für die Festlegung der Grenzpunktmenge die Gruppenzugehörigkeit der Inhaber zu berücksichtigen.
- (4) Ermächtigte Zahnärzte nach § 24 Z-ZV werden entsprechend ihrem im Beschluss des Zulassungsausschusses genannten Tätigkeitsumfang berücksichtigt.

- (5) Vertragszahnärzte mit Vollzulassung dürfen am Vertragszahnarztsitz bis zu 2 vollzeitbeschäftigte bzw. bis zu 4 halbzzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen. Bei Teilzulassung gem. § 19 a Abs. 2 ZV-Z können entweder bis zu 1 vollzeitbeschäftigten Zahnarzt, 2 halbzzeitbeschäftigte Zahnärzte oder 4 Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer angestellt werden.
- (6) Die Anzahl der Behandler erhöht sich durch die Anstellung eines Zahnarztes
bei einer wöchentlichen Arbeitszeit > 30 Stunden um den Faktor 1,0.
bei einer wöchentlichen Arbeitszeit ≥ 20 Stunden um den Faktor 0,5.
- (7) Für die Beschäftigung eines Entlastungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten wird die Zahl der Behandler um 0,25 erhöht.
- (8) Bei nicht ganzjähriger Zulassung eines Praxispartners sowie bei Teilzeit- oder nicht ganzjähriger Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes oder eines Assistenten verringert sich die Quote für die Behandlerzahl entsprechend der Behandlungszeit nach Abs. 3. Jeder volle Kalendermonat wird mit 1/12 der entsprechenden Quote berücksichtigt. Bei Überhängen (d. h. nicht ganzmonatliche Zulassung oder Beschäftigung) werden diese Zeiten zusätzlich anteilig angerechnet.
- (9) Vertragszahnärzte, die eine Zweigpraxis betreiben, dürfen selbst nur anteilig mit maximal 1/3 ihrer Voll- bzw. Teilzulassung in der Zweigpraxis praktizieren.

Soweit sich die Zweigpraxis im Bereich einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung als der befindet, bei der er Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten.

Die Zahl der Behandler im KZVLB-Bereich verringert sich um den Anteil, den der Vertragszahnarzt in seiner Zweigpraxis im Bereich einer anderen KZV tätig ist.

- (10) Die der KZV nicht rechtzeitig mitgeteilten praxisfaktor erhöhenden Statusänderungen finden bei der Honorarverteilung rückwirkend keine Berücksichtigung. Diese Statusänderungen werden frühestens mit dem Tag der Mitteilung wirksam. Statusänderungen, die die Zahl der Behandler senken, werden rückwirkend mit Eintritt der faktischen Statusänderung berücksichtigt.
- (11) Für die medizinischen Versorgungszentren gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

§ 17

Flankierende Maßnahmen zur Einhaltung des Budgets

- (1) Zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Vertragszahnarztes erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen (Vergütungsbudgetierung) eine individuelle Betrachtung seines Zahlungsanspruches aus der Gesamtvergütung gegenüber der KZV Land Brandenburg.
- (2) Vertragszahnärzte, welche mit ihrer Honorarforderung im Budgetzeitraum ihre individuellen Abrechnungswerte gegenüber dem Vorjahreszeitraum erheblich überschreiten, werden grundsätzlich geprüft.
- (3) Die Prüfung erfolgt in allen Bereichen der vertragszahnärztlichen Versorgung und schließt weder ein gesondertes Prüfverfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung noch gesonderte Betrachtungsweisen im Rahmen des Vorbegutachtungsverfahrens aus.

§ 18

Prüfung der PAR-Fälle bzw. Kieferbruchabrechnung

- (1) Bemessungsgrundlage für die Berechnung des jeweiligen PAR-Monatsbudgets bzw. Kieferbruchbudgets ist krankenkassenbezogen das Gesamtvergütungsvolumen für den Bema-Teil 2 (KB-Anteil) und Bema Teil 4 (PAR-Anteil) des Vorjahreszeitraumes. Das PAR- bzw. Kieferbruch-Monatsbudget beträgt 1/12 dieser Bemessungsgrundlage. Diesem Monatsbudget werden die Ist-Abrechnungen des einzelnen Zahnarztes der laufenden Monatsabrechnungen gegenübergestellt. Weichen die individuellen Abrechnungswerte des Budgetzeitraumes des Zahnarztes erheblich von dem Vergleichszeitraum ab, und wird gleichzeitig der für die Jahresbetrachtung herangezogene Vergleichszeitraum gemäß Satz 1 allgemein überschritten, ist die Abrechnung einer besonderen Prüfung zu unterziehen. Im Wiederholungsfalle sind neben der individuellen Beratung durch den Vorstand flankierende Maßnahmen im Sinne des § 17 vorzusehen (Vorlagepflicht, besonderes Gutachterverfahren usw.).
- (2) § 12 Abs. 5 und § 22 Abs. 2 bleiben hiervon unberührt.

§ 19

Kieferorthopädische Leistungen (Kfo)

- (1) Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Kfo-Quartalsbudgets ist krankenkassenbezogen das Gesamtvergütungsvolumen (Anteil an Kfo-Leistungen) des Vorjahreszeitraumes. Das Kfo-Quartalsbudget beträgt 1/4 dieser Bemessungsgrundlage. Diesem Quartalsbudget werden die Ist-Abrechnungen des einzelnen Kieferorthopäden bzw. kieferorthopädisch tätigen Zahnarztes (künftig Kieferorthopäden) (mehr als 80 % Kfo-Anteil an Praxisumsatz) gegenübergestellt. Weichen die individuellen Abrechnungswerte des Kieferorthopäden im Budgetzeitraum erheblich von den Ist-Abrechnungen des jeweiligen Vergleichs quartals aus dem Vorjahreszeitraum bei den einzelnen Krankenkassen ab und wird gleichzeitig der für die Jahresbetrachtung herangezogene Vergleichszeitraum gemäß Satz 1 allgemein überschritten, ist die Abrechnung einer besonderen Prüfung zu unterziehen. Im Wiederholungsfall sind

neben der individuellen Beratung durch den Vorstand flankierende Maßnahmen im Sinne des § 17 vorzusehen (Einreichung der Kfo-Behandlungspläne, Kfo-Gutachtergremium, besonderes Kfo-Gutachterverfahren usw.).

- (2) § 12 Abs. 6, 7 und § 22 Abs. 2 bleiben hiervon unberührt.

§ 20 Fremdzahnärzte

Die Honorarabrechnung und Honorarverteilung bei Vertragszahnärzten mit Sitz außerhalb Brandenburgs mit brandenburgischen Krankenkassen (Fremdzahnarztabrechnung) richtet sich nach der Richtlinie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zum Fremdkassenausgleich; der Vorstand kann Überleitungs- bzw. ergänzende Bestimmungen treffen. Bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften ist die Fremdkassenregelung der KZBV anzuwenden.

§ 21 Vorbehalt

- (1) Alle Vergütungszahlungen und Abrechnungen im Budgetzeitraum erfolgen jeweils unter dem Vorbehalt der Anerkennung der Vergütungsvereinbarungen durch die Aufsichtsbehörde (§ 71 Abs. 2 SGB V), einer nachträglichen Korrektur aufgrund einer sachlich-rechnerischen oder/und Überprüfung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot und einer sich aufgrund dieses HVMs ergebenden Veränderung. Sie werden nach den vertraglichen Bestimmungen und Terminen sowie nach den vom Vorstand aufgestellten Richtlinien durchgeführt.
- (2) Die Honorarverteilung budgetierter Leistungen kann bei drohender Überschreitung des zulässigen Ausgabenvolumens
1. im jeweiligen Quartal durch Einbehaltung erfolgen, soweit mit den Krankenkassen gesamtvertraglich ein entsprechendes Einbehaltungsverfahren vereinbart worden ist; soweit danach eine Einbehaltung erforderlich ist, sind die Vorschriften dieses HVMs anzuwenden sowie
 2. unabhängig davon durch einen Ausgleich für das gesamte Kalenderjahr nach den Bestimmungen des HVMs, der mit der Abrechnung für das I. Quartal des folgenden Kalenderjahres vorgenommen werden.

Das Einbehaltungsverfahren ist vorläufiger Natur vorbehaltlich des endgültigen Ausgleichsverfahrens.

- (3) Bis zur endgültigen Honorarabrechnung erfolgen alle Honorarzahlungen durch die KZV Land Brandenburg als Abschlagszahlungen. Die endgültige Honorarabrechnung wird erst nach Abschluss der Abrechnungen für die budgetierten Bereiche für den Budgetzeitraum insgesamt ausgewiesen.

- (4) Stellt sich bei der endgültigen Abrechnung für das Kalenderjahr nach Ablauf des IV. Quartals heraus, dass eine Budgetüberschreitung nicht stattgefunden hat, werden keine Kürzungen vorgenommen. Etwa bereits erfolgte Einbehaltungen sind auszuführen. Es bleibt bei dem Punktwert gemäß Bema-Z und den entsprechenden Punktwertvereinbarungen mit den Partnern der Vergütungsverträge.
- (5) Ergibt sich bei der Endabrechnung für das Kalenderjahr eine Überschreitung des Budgets und sind Kürzungen bis dahin nicht erfolgt, wird die Differenz zwischen den bereits gezahlten Vergütungen und dem tatsächlichen Anspruch des Zahnarztes bei der Restzahlung für das IV. Quartal verrechnet. Reicht die Restzahlung nicht aus, um die Budgetüberschreitung auszugleichen, hat der Zahnarzt die von ihm geschuldeten Beträge innerhalb eines Monats nach Erhalt der Abrechnung über die Restzahlung zu erstatten und die KZV Land Brandenburg kann mit ihrem Anspruch gegen etwaige weitere Vergütungsansprüche des Zahnarztes aufrechnen.
- (6) Liegt eine Überschreitung vor und sind bereits Kürzungen und Einbehaltungen vorgenommen worden, sind diese bei der Restzahlung für das IV. Quartal zu berücksichtigen; sie verbleiben bei der KZV Land Brandenburg. Im Übrigen gilt Abs. 1 entsprechend.
- (7) Das Ausgleichsverfahren bezieht sich auf das gesamte Kalenderjahr hinsichtlich des einzelnen jeweilig abrechnungsberechtigten Zahnarztes einschließlich der Berufsausübungsgemeinschaften.
- (8) Eine etwaige Überschreitung des Budgets wird anhand der vereinbarten Punktwerte festgestellt.
- (9) Die Feststellung erfolgt nach Krankenkassen getrennt entsprechend den gesamtvertraglichen Vereinbarungen.

§ 22 Schlussbetrachtung

- (1) Bei der Durchführung vorstehender Regelungen bleiben Kleinbeträge bis 5,00 Euro im Einzelfall jeweils unberücksichtigt und werden über das Konto "Uneinbringliche Forderungen" ausgebucht.
- (2) Die vorstehenden Regelungen werden für andere Kostenträger entsprechend angewendet.
- (3) Soweit in diesem HVM von Zahnärzten die Rede ist, betrifft dies auch Zahnärztinnen und Gesundheitseinrichtungen.
- (4) Die Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes sollen so ausgelegt werden, dass unter Berücksichtigung von Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Vergütung unter den Zahnärzten stattfindet. Soweit sich einzelne Regelungen als unwirksam erweisen sollten, sollten die übrigen Bestimmungen davon nicht berührt werden.

Bis zu einer Neuregelung gilt die unwirksame Bestimmung mit ihrem wirksamen Teil weiter, der in entsprechender Anwendung der vorstehenden Grundsätze ergänzt oder durch diese ersetzt wird. Diese finden auch Anwendung, wenn eine Lücke in den Regelungen offenbar wird.

- (5) Soweit die vorstehenden Regelungen keine Sonderbestimmungen enthalten, gelten die gesetzlichen Vorschriften, die allgemeinen Regeln des jeweils gültigen Honorarverteilungsmaßstabes und die vertraglichen Regelungen mit den Partnern der Vergütungsverträge.
- (6) Zuständig für Maßnahmen nach diesem Honorarverteilungsmaßstab ist die KZV Land Brandenburg.
- (7) Zuständig für Widerspruchsverfahren ist die Widerspruchsstelle der KZV Land Brandenburg, soweit nichts anderes bestimmt ist.
- (8) Die KZV Land Brandenburg informiert die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg jährlich über die Anzahl der Widerspruchs- und Klageverfahren.

In begründeten Ausnahmefällen, die die Rechtmäßigkeit des HVMs betreffen, teilt die KZV Land Brandenburg der Arbeitsgemeinschaft auch die Widerspruchs- bzw. Klagebegründung mit.

§ 23 Wirksamkeit

- (1) Die von der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg am 11.05.2012 verabschiedete Neufassung des HVMs gilt ab 01.01.2012 für die Verteilung der Vergütung der ab dem 1. Quartal 2012 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen. Die Neufassung des HVM ersetzt den HVM in der Fassung vom 06.05.2008. Die Neufassung wird im Vorstandsrundschreiben der KZV Land Brandenburg veröffentlicht.
- (2) Sollten sich einzelne Regelungen dieses HVMs als unwirksam erweisen, berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen