

VERTEILUNGSMABSTAB

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg

in der von der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg
am 27.05.2020 beschlossenen Fassung

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

Der Verteilungsmaßstab wird nach den gesetzlichen Vorgaben in § 85 Abs. 4 SGB V erlassen. Er stellt sicher, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden und dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes – entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V- 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 Versorgung teilnehmenden Anspruchsberechtigten (siehe § 2) 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 Gesamtvergütung bei diesen Behandlungen sicherzustellen.

§ 1

Grundsätze

- (1) Die Gesamtvergütungsansprüche der an der Honorarverteilung teilnehmenden Anspruchsberechtigten (siehe § 2) ergeben sich auf der Grundlage von § 85 Abs. 2 i. V. m. § 85 Abs. 3 SGB V und den zwischen der KZVLB und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen geschlossenen Gesamtverträgen.
- (2) Bei der Honorarverteilung ist zu beachten, dass die Vertragsparteien nicht mehr verpflichtet sind, prospektiv Regelungen zur Vermeidung der Überschreitung des Gesamtvergütungsvolumens zu treffen, sondern geeignete Mechanismen zu finden, um einen Ausgleich der Interessen herzustellen.
- (3) Der der KZV Land Brandenburg für Leistungen von Fremdzahnärzten, die Versicherte mit Wohnsitz im Land Brandenburg behandeln, zufließende Gesamtver-

gütungsanteil 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 zufließenden Gesamtvergütungen von FremdkZVen für Leistungen der Brandenburger Vertragszahnärzten, die Versicherte mit Wohnsitz außerhalb von Brandenburg behandeln, werden mit den von den FremdkZVen 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. Überschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens und darauf beruhende Zahlungen sind Vorschüsse auf andere berechnete Vergütungsansprüche. Die KZV Land Brandenburg kann aufrechnen.
- (7) Für das Abrechnungsverfahren überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren KZVen sowie Berichtigungsverfahren gelten die Regelungen der Richtlinie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Fremdkassenrichtlinie der KZBV) in der jeweils geltenden Fassung.

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

- 8) Alle Vergütungszahlungen erfolgen jeweils unter dem Vorbehalt, dass die Aufsichtsbehörde die jeweiligen Vergütungsvereinbarungen nicht beanstandet (§ 71 Abs. 4 SGB V).

§ 2 Geltungsbereich

An der Honorarverteilung nehmen als Anspruchsberechtigte teil:

- die im Bereich der KZV Land Brandenburg zugelassenen und ermächtigten Zahnärzte und Zahnärztinnen, ermächtigte zahnärztlich geleitete Einrichtungen sowie die nach § 24 ZV-Z Ermächtigten,
- die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung im Bereich der KZV Land Brandenburg zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren und Gesundheitseinrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V,

- die im Bereich der KZV Land Brandenburg genehmigten Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, sowie KZV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften nach Maßgabe der Fremdkassenregelung der KZBV nach § 75 Abs. 7 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Die als Anspruchsberechtigten an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden in diesem VM kurz als „Zahnarzt“ bzw. „Zahnärzte“ bezeichnet.

§ 3 Verteilungsgrundsätze

- (1) Die folgenden Maßnahmen sollen die Einhaltung der Gesamtvergütung und die Honorierung der Einzelleistung für jeden Zahnarzt voraussehbar machen.
- (2) Die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt grundsätzlich 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 Folgenden 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 Berücksichtigung gesetzlicher und vertraglicher Regelungen in Rechnung.
- (3) Soweit die gesamtvertraglich vereinbarten Mechanismen gem. § 1 Abs. 2 des Verteilungsmaßstabes nicht greifen, gilt Folgendes:
 - Bei Überschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens dürfen die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Punktwerte im Vergütungszeitraum rechnerisch nicht nach unten verändert werden.
 - Wenn die Gesamtsumme des vereinbarten Ausgabenvolumens aller Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten 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 Krankenkassen erfolgen mit Ausnahme der Fremdkassenfälle aus dem allgemeinen Vermögen der KZV Land Brandenburg.
 - Wird die Gesamtsumme von 100.000 Euro überschritten, wird der Gesamtüberschreibungsbetrag unter Einschluss der Summe von 100.000 Euro auf die Zahnärzte gemäß den nachfolgenden Bestimmungen durch anteilige Kürzungen der Punktzahlen im Wege der Jahresbetrachtung verteilt.
- (4) Gesetzlich geregelte oder vertraglich vereinbarte oder sonstige Verfahren zur Überprüfung der Behandlungsweise und Abrechnung des Zahnarztes (Wirtschaftlichkeitsprüfung, Gutachterverfahren etc.) werden durch diese Verteilungsmaßstabsregelungen grundsätzlich nicht berührt und bleiben unberücksichtigt. Be-

träge aus Verfahren nach §§ 106, 106a und 106d 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 Über- oder - Unterschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens zu berücksichtigen.

§ 4 Vergütungsanspruch

- (1) Für den jeweiligen Abrechnungszeitraum haben die Zahnärzte anteilig einen Vergütungsanspruch aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in den Leistungsbereichen
 - Bema-Teil 1:
konservierend-chirurgische (mit Ausnahme der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22, 22a und 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V),
 - Bema-Teil 2:
PA-Behandlung
 - Bema-Teil 4:
Kieferbruch-Behandlungen und Kiefergelenkserkrankungen,
 - Bema-Teil 3:
Kieferorthopädie (ohne zahntechnische Leistungen),in Höhe der von den Kostenträgern gezahlten Gesamtvergütung, die auf der Basis der Gesamtverträge gezahlt wird, sowie den Maßgaben dieses Verteilungsmaßstabes.
- (2) Der Zahnarzt hat einen Vergütungsanspruch gegen die KZV Land Brandenburg im Rahmen des vereinbarten Ausgabenvolumens bis zu seinem individuellen Grenzwert im Rahmen dieses Verteilungsmaßstabes.
- (3) Die Honorarbescheide und Auszahlungen der KZV Land Brandenburg bei Anwendung dieses Verteilungsmaßstabes erfolgen unter dem Vorbehalt der nachträglichen Änderung oder anderweitigen Festsetzung der Vergütungsansprüche für jeden abrechnenden Zahnarzt, insbesondere durch die Schlussabrechnung (Jahresbetrachtung) für die Leistungszeiträume mit vereinbartem Ausgabenvolumen – unabhängig von der Systemberechnung (Kopfpauschalen, Einzelleistungen etc. nach § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Honorarüberzahlungen sind an die KZV Land Brandenburg unter Berücksichtigung der Bestimmung dieses Verteilungsmaßstabes 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 auf der Grundlage der Gesamtverträge und unter Beachtung von § 3 Abs. 3 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 vereinbarten Ausgabenvolumens nicht berücksichtigten Vergütungsansprüche, entsprechend dem Verhältnis der nicht berücksichtigten Ansprüche, zu der verbleibenden Restverteilungsmasse bis höchstens 100 % anteilig vergütet.

§ 5

Leistungen, die nicht auf das Ausgabenvolumen nach § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V anzurechnen sind

- (1) Der Honorarverteilung nach diesem Verteilungsmaßstab unterliegen nicht Leistungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§137g SGB V) auf Grund der Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V oder Leistungen, die gemäß § 264 SGB V erbracht werden. Diese Leistungen werden ohne Begrenzung nach erbrachten Einzelleistungen zum jeweils mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Punktwert vergütet. Ebenfalls nicht der Honorarverteilung nach diesem Verteilungsmaßstab unterliegen Leistungen nach den BEMA-Nr. 171 a/b, 172 a/b, 173 a/b, 174 a/b und 107 a, soweit dies vertraglich mit den Krankenkassen bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart ist.

Dies gilt ebenfalls für Leistungen, die auf Grund von weiteren gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen (z.B. Bundesmantelvertrag und Gesamtvertrag) von der vereinbarten Gesamtvergütung ausgenommen oder vorübergehend ausgenommen sind (z.B. § 87 Abs. 2i, 2j, § 119 c SGB V).

Dies gilt insbesondere auch für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22, 22a und 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V.

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

§ 6

Honorarfestsetzung

- (1) Der Zahnarzt hat Vergütungsansprüche aus seiner Tätigkeit gegen die KZV Land Brandenburg für
- konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich der Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Abs. 1 Satz 5 und 87 Abs. 2i, 2j, 119 c SGB V,
 - PAR-Leistungen,
 - Kieferbruch-Leistungen, Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen und
 - Kieferorthopädie.

Bei einer Überschreitung des von den Vertragspartnern bestimmten jeweiligen Ausgabenvolumens für den Abrechnungszeitraum bestehen Vergütungsansprüche nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabes, unbeschadet der Regelung des § 5, in Form einer individuellen Basisvergütung (§ 11) und darüber hinausgehend als Restvergütung (§ 12).

- (2) Zur Honorarverteilung gelangen - unter Berücksichtigung von § 20 - 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 in der jeweils geltenden Fassung.

§ 7 Kassenarten

- (1) Das Verfahren nach diesen Verteilungsmaßstabs-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) Allgemeine Ortskrankenkassen
 - 2) Ersatzkassen
 - 3) Betriebskrankenkassen
 - 4) Innungskrankenkassen
 - 5) Knappschaft
 - 6) SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten u. Gartenbau)
 - 7) Fremdkassen

§ 8 Ausgabenvolumen

- (1) Auf der Grundlage der zwischen den Vertragspartnern der Gesamtverträge gemeinsam festgestellten Basis der Ausgabenvolumenobergrenze (unter Zugrundelegung von § 85 Abs. 1, 2 und 3 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 Kiefergelenkserkrankungen - Aufbissbehelfe -) und 4 (systematische Behandlung von Parodontopathien) für den Ausgabenvolumenzeitraum ermittelt.

Für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22, 26 Abs. 1 Satz 5 und 87 Abs. 2i, 2j, § 119 c SGB V gilt § 71 Abs. 2 SGB V.

- (2) Die Berechnung des Ausgabenvolumens gemäß Absatz 1 erfolgt auf der Grundlage der Gesamtverträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 85 Abs. 3 SGB V insgesamt 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).

- (3) Absatz 1 gilt entsprechend für die Berechnung für Leistungen nach Bema – Teil 3 (kieferorthopädische Leistungen).

- (4) Soweit die gesamtvertraglich vereinbarten Mechanismen (siehe § 1 Abs. 2) nicht greifen, gilt:

Wird das Ausgabenvolumen für Leistungen nach Bema-Teil 3 (kieferorthopädische Leistungen) überschritten, das Ausgabenvolumen für Leistungen nach Bema-Teile 1, 2 und 4 jedoch unterschritten, werden bis zur Höhe des Unterschreibungsbetrages die Mehrausgaben im KFO-Bereich abgedeckt. Gleiches gilt auch umgekehrt; der Unterschreibungsbetrag im KFO-Bereich fließt unabhängig von der Höhe in das Ausgabenvolumen des Sachleistungsbereiches Bema-Teile 1, 2 und 4 ein.

- (5) Werden sowohl im Bereich I (KCH, PAR, KFB und Kiefergelenkserkrankungen) als auch im Bereich II (KFO) Überschreitungen festgestellt, erfolgt nur im Bereich I ein interner Ausgleich.

Werden sowohl im Bereich I (KCH, PAR, KFB und Kiefergelenkserkrankungen) als auch im Bereich II (KFO) Unterschreitungen festgestellt, fließt unabhängig von der Höhe der Unterschreibungsbetrag im KFO-Bereich in den Sachleistungsbereich Bema-Teile 1, 2 und 4.

- (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 Ausgabenvolumens unter Berücksichtigung der Veränderung der Gesamtvergütung gemäß § 85 Abs. 3 SGB V.

- (7) Absatz 6 gilt auch für die Verteilung der Gesamtvergütung für die WOPKrankenkassen gemäß § 9 Abs. 1 Sätze 2 bis 4. Sofern in diesem Bereich für einzelne Krankenkassen eine Bereichszuordnung nach Abs. 6 nicht möglich ist, erfolgt die Aufteilung des vereinbarten 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 das vereinbarte Ausgabenvolumen der jeweiligen Krankenkasse bekannt, so ist dieser zugrunde zu legen; für die übrigen Bereiche erfolgt die Anwendung des Absatzes 7 Satz 2.

§ 9

Betrachtung des Ausgabenvolumens und Ausgleichsverfahren

- (1) Das sich für die einzelnen Krankenkassen ergebende Ausgabenvolumen wird im Budgetzeitraum unter Berücksichtigung von § 85 Abs. 2 letzter Satz SGB V grundsätzlich auf alle Zahnärzte anteilmäßig nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabes gleichmäßig auf den Abrechnungszeitraum verteilt. Bei allen Krankenkassen, die unter das Wohnortprinzip fallen, erfolgt die Anwendung dieses Verteilungsmaßstabes 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 – Kassenartenausgabenvolumens bzw. WOP II – Kassenartenausgabenvolumens 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 des vereinbarten Ausgabenvolumens werden die Vergütungsansprüche kalenderjährlich je Zahnarzt ermittelt. Hierbei werden die Auszahlungsbeträge mit den tatsächlichen kalenderjährlichen Ansprüchen verrechnet. Eine verbindliche Abrechnung der budgetierten Leistungen im Ausgabenvolumenzeitraum bleibt der endgültigen Jahresabrechnung vorbehalten.
- (3) Ist eine erhebliche Überschreitung des individuellen Grenzwertes eines Zahnarztes zu erwarten oder droht bei unterjähriger Betrachtung eine wesentliche Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens und eine Rückzahlungsverpflichtung des einzelnen Zahnarztes unter Berücksichtigung von § 1 Abs. 2 des Verteilungsmaßstabes bei einer einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart, können die Abschlags- und Restzahlungen durch den Vorstand der KZV Land Brandenburg entsprechend gekürzt werden. § 20 Abs. 2 bleibt hiervon unberührt.
- (4) Überzahlungen durch die KZV Land Brandenburg werden grundsätzlich durch Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen ausgeglichen.

§ 10

Verfahren bei Überschreitung des Ausgabenvolumens

Soweit die gesamtvertraglich vereinbarten Mechanismen (siehe § 1 Abs. 2) nicht greifen, gilt Folgendes:

- (1) Bei einer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens 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 vereinbarte Ausgabenvolumen überschritten, wird dieses zunächst linear (bis 1 %) und darüber hinaus individuell nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabs gekürzt.

Bei einer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens 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).

§ 11

Begrenzung des individuellen Leistungsanspruchs

Soweit die gesamtvertraglich vereinbarten Mechanismen (siehe § 1 Abs.2) nicht greifen, gilt Folgendes:

- (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 ausgabenvolumenüberschreitende Punktmenge wird um den Prozentsatz bei jährlicher Betrachtungsweise gekürzt, um den das Budget bei der einzelnen Krankenkasse oder Krankenkassenart, unbeschadet des § 10 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 den Abrechnungszeitraum 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 § 5 des Verteilungsmaßstabes 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.
- (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, mehr als 40 Prozent chirurgisch tätige Zahnärzte sowie für Vertragszahnärzte, die weniger als vier Quartale an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilgenommen haben und weniger als 200 Fälle abrechnen, gesonderte Grenzwerte je Fall für den Abrechnungszeitraum festlegen, wobei die Relation zwischen den durchschnittlichen Abrechnungswerten der Fachgruppe und der gesonderten Grenzwertfestlegung der generellen Regelung des Verteilungsmaßstabes entsprechen soll.
- (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 vereinbarte Ausgabenvolumen überschritten, werden abweichend von Absatz 1 die abgerechneten Punkte für die vorgenannten Leistungen hierfür linear um den Prozentsatz gekürzt, um den das vereinbarte Ausgabenvolumen 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 vereinbarte Ausgabenvolumen der einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart überschritten, werden abweichend von Absatz 1 die abgerechneten Punkte hierzu linear um den Prozentsatz ge-

kürzt, um den das vereinbarte Ausgabenvolumen 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 vereinbarte Ausgabenvolumen der einzelnen Krankenkasse bzw. Krankenkassenart überschritten wird, abweichend von Absatz 1 linear um den Prozentsatz gekürzt, um den das vereinbarte Ausgabenvolumen 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 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, Oralchirurgen und mehr als 40 Prozent chirurgisch tätige Zahnärzte 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):

<u>Fallzahlen KCH alle Kassen, außer Sonstige Kostenträger (kfm. gerundet)</u>	<u>Grenzwert Zuschlag/Abschlag</u>
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.

§ 12

Verfahren bei Überschreitung des zulässigen Ausgabenvolumens um mehr als 1 %

- (1) Unter Berücksichtigung der vorgenannten §§ 10 und 11 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 § 11 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 nach folgender Formel festgelegt:

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

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. § 11 Abs. 7.

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

§ 13 Anrechnung von Honorarkürzungen

- (1) Rückflüsse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Honorarberichtigungen und Honorarkürzungen aus §§ 95d und 291 SGB V, 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 vom Vorstand der KZV Land Brandenburg festgelegt. Gleiches gilt für die Überschreitungen sowie für Unterschreitungen gemäß § 14. Der Vorstand ist berechtigt, auf die Verteilung von Kleinbeträgen bis zur Höhe von 10 Euro im Einzelfall pro Zahnarzt zu verzichten.

§ 14 Ausgabenvolumenausschöpfungsverträge

Sofern am Ende des jeweiligen Abrechnungsjahres sektorale Ausgabenvolumen nicht ausgeschöpft wurden, erfolgt im Rahmen von § 8 des Verteilungsmaßstabes eine

gleichmäßige Verteilung auf alle im gleichen Sektor erfolgten Vergütungen, sofern gesamtvertraglich eine Ausgabenvolumenaussschöpfungsvereinbarung geschlossen worden ist. Gleiches gilt für Verträge mit Kopfpauschalen.

§ 15 Praxisstatus

- (1) Für die Zuordnung der Zahnärzte und angestellten Zahnärzte nach § 11 ist der Zulassungsstatus maßgebend.
- (2) Bei der Ermittlung des individuellen Grenzwertes nach § 11 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 Verteilungsmaßstabrelevanten Gesamtpunktzahl die nach den Bestimmungen des § 11 erforderliche Honoraranpassung durchzuführen.
- (3) Für die Zuordnung der Praxis nach § 11 ist die Zahl der zahnärztlichen Behandler maßgebend. Die von einer Berufsausübungsgemeinschaft abgerechneten Fälle werden durch die Zahl ihrer 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 3 vollzeitbeschäftigte bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von drei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten entspricht, anstellen. Will der Vertragszahnarzt vier vollzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung gewährleistet wird.

Bei Teilzulassung gem. § 19 a Abs. 2 ZV-Z können entweder 1 vollzeitbeschäftigter Zahnarzt bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von einem vollzeitbeschäftigten Zahnarzt entspricht, angestellt werden. Will der Vertragszahnarzt mit Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 Zahnärzte-ZV zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte bzw. teilzeitbeschäftigte Zahnärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang höchstens der Arbeitszeit von zwei vollzeitbeschäftigten Zahnärzten entspricht, anstellen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Praxisführung gewährleistet wird.

- (6) Die Anzahl der Behandler erhöht sich durch die Anstellung eines Zahnarztes
- bei einer wöchentlichen Arbeitszeit ≥ 36 Stunden um den Faktor 1,0,
 - bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von ≥ 30 bis < 36 Stunden um den Faktor 0,75,
 - bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von ≥ 18 bis < 30 Stunden um den Faktor 0,5,
 - bei einer wöchentlichen Arbeitszeit ≥ 10 bis < 18 Stunden um den Faktor 0,25.

Eine wöchentliche Arbeitszeit unter 10 Stunden führt nicht zu einer Faktorerhöhung.

- (7) Für die vollzeitige Beschäftigung eines Entlastungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten im Sinne der Richtlinien für die Beschäftigung von Assistentinnen und Assistenten sowie Vertreterinnen und Vertretern in der vertragszahnärztlichen Versorgung der KZVLB wird die Zahl der Behandler um 0,25 erhöht. Bei einer Halbtagsbeschäftigung eines Assistenten wird die Zahl der Behandler um 0,125 erhöht.
- (8) Bei nicht ganzjähriger Zulassung oder Teilzulassung eines Praxispartners sowie bei Teilzeit- oder nicht ganzjähriger Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes oder eines Assistenten verringert sich die Quote für die Behandlerzahl entsprechend der Behandlungs- bzw. Beschäftigungszeit nach Abs. 6. 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) Bei Vertragszahnärzten, die eine Zweigpraxis betreiben, ist § 24 der ZV-Z zu beachten.

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) Praxisfaktor erhöhende bzw. die Zahl der Behandler senkende Statusänderungen (z.B. Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit, langandauernde Krankheiten, längere Urlaubszeit und andere Tätigkeitsreduzierungen mit Einfluss auf den Zulassungsstatus etc.) sind der KZVLB unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen. 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 10 entsprechend.

§ 16

Flankierende Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens

- (1) Zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Zahnarztes erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen (Vergütungsbudgetierung) eine individuelle Betrachtung seines Zahlungsanspruches aus der Gesamtvergütung gegenüber der KZV Land Brandenburg.
- (2) Zahnärzte, welche mit ihrer Honorarforderung im Ausgabenvolumenzeitraum 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.

§ 17

Prüfung der PAR-Fälle bzw. Kieferbruchabrechnung

- (1) Bemessungsgrundlage für die Berechnung des jeweiligen PAR-Monatsausgabenvolumens, Kieferbruchausgabenvolumens bzw. Ausgabenvolumens bei Kiefergelenkserkrankungen ist krankenkassenbezogen das Gesamtvergütungsvolumen für den Bema-Teil 2 (KB-Anteil) und Bema Teil 4 (PAR-Anteil) des Vorjahreszeitraumes. Das Monatsausgabenvolumen bei PAR-, Kieferbruch bzw. Kiefergelenkserkrankungen beträgt 1/12 dieser Bemessungsgrundlage. Diesem Monatsausgabenvolumen werden die Ist-Abrechnungen des einzelnen Zahnarztes der laufenden Monatsabrechnungen gegenübergestellt. Weichen die individuellen Abrechnungswerte des Ausgabenvolumenzeitraumes 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 § 16 vorzusehen (Vorlagepflicht, besonderes Gutachterverfahren usw.).

- (2) § 11 Abs. 5 und § 21 Abs. 2 bleiben hiervon unberührt.

§ 18 Kieferorthopädische Leistungen (Kfo)

- (1) Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Kfo-Quartalsausgaben-volumens ist krankenkassenbezogen das Gesamtvergütungsvolumen (Anteil an Kfo-Leistungen) des Vorjahreszeitraumes. Das Kfo-Quartalsausgabenvolumen beträgt 1/4 dieser Bemessungsgrundlage. Diesem Quartalsausgabenvolumen 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 Ausgabenvolumenzeitraum 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 § 16 vorzusehen (Einreichung der Kfo-Behandlungspläne, Kfo-Gutachtergremium, besonderes Kfo-Gutachterverfahren usw.).
- (2) § 11 Abs. 6, 7 und § 21 Abs. 2 bleiben hiervon unberührt.

§ 19 Fremdzahnärzte

Die Honorarabrechnung und Honorarverteilung bei Zahnärzten 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 KZV-übergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften ist die Fremdkassenregelung der KZBV in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

§ 20 Vorbehalt

- (1) Alle Vergütungszahlungen und Abrechnungen im Ausgabenvolumenzeitraum erfolgen jeweils unter dem Vorbehalt der Anerkennung der Vergütungsvereinbarungen durch die Aufsichtsbehörde (§ 71 Abs. 4 SGB V), einer nachträglichen Korrektur aufgrund einer sachlich-rechnerischen oder/und Überprüfung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot und einer sich aufgrund dieses Verteilungsmaßstabes ergebenden Veränderung. Sie werden nach den vertraglichen Bestimmungen und Terminen sowie nach den vom Vorstand aufgestellten Richtlinien durchgeführt.

- (2) Die Honorarverteilung der Leistungen gemäß § 4 kann bei drohender Überschreitung des vereinbarten 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 Verteilungsmaßstabes anzuwenden sowie
 2. unabhängig davon durch einen Ausgleich für das gesamte Kalenderjahr nach den Bestimmungen des Verteilungsmaßstabes, 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 Honorarzahungen durch die KZV Land Brandenburg als Abschlagszahlungen. Die endgültige Honorarabrechnung wird erst nach Abschluss der Abrechnungen für die Bereiche für den Ausgabenvolumenzeitraum insgesamt ausgewiesen.
- (4) Stellt sich bei der endgültigen Abrechnung für das Kalenderjahr nach Ablauf des IV. Quartals heraus, dass eine Überschreitung des Ausgabenvolumens nicht stattgefunden hat, werden keine Kürzungen vorgenommen. Etwa bereits erfolgte Einbehaltungen sind auszuzahlen. 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 vereinbarten Ausgabenvolumens 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 Überschreitung des Ausgabenvolumens 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 Ausgabenvolumens wird anhand der vereinbarten Punktwerte festgestellt.
- (9) Die Feststellung erfolgt nach Krankenkassen getrennt entsprechend den gesamtvertraglichen Vereinbarungen.

§ 21 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) Die Bestimmungen dieses Verteilungsmaßstabes 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.

- (4) Soweit die vorstehenden Regelungen keine Sonderbestimmungen enthalten, gelten die gesetzlichen Vorschriften, die allgemeinen Regeln des jeweils gültigen Verteilungsmaßstabes und die vertraglichen Regelungen mit den Partnern der Vergütungsverträge.

§ 22 Wirksamkeit

- (1) Die von der Vertreterversammlung der KZV Land Brandenburg am 27.05.2020 beschlossene Fassung des Verteilungsmaßstabes gilt ab 01.01.2020 für die Verteilung der Vergütung der ab dem 1. Quartal 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen.
- (2) Sollten sich einzelne Regelungen dieses Verteilungsmaßstabes als unwirksam erweisen, berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen.