



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2003 Nr. 25](#)
Veröffentlichungsdatum: 04.03.2003
Seite: 612

II

Ausfertigung der Änderung der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der Fassung vom 01.01.2002 Bek. der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe v. 4.03.2003

**Kassenzahnärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe**

**Ausfertigung der Änderung
der Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe in der Fassung vom 01.01.2002**

Bek. der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe v. 4.03.2003

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung vom 7.12.2002 folgende Änderung der §§ 3 bis 7, § 9 Ziffer 3 und des § 12 der Anlage zum HVM beschlossen.

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

1) Aus allen zahnärztlichen Abrechnungen des Vorjahres der KZVWL eigenen Primärkassen, der Bundesknappschaft und der Ersatzkassen werden die KZVWL durchschnittlichen Punkte je Parodontosefall aus dem Honorarergebnis des Bema-Teils 4 bzw. GebT E (ohne die Material- und Laborkosten) ermittelt. Dieses Ergebnis stellt den Ausgangsgrenzwert pro Fall dar. Der Grenzwert wird an den rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert, vom Vorstand festgelegt und im amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.

2) Die Honorarleistungen für Parodontosebehandlungen des Bema-Teils 4 bzw. GebT E (ohne die Material- und Laborkosten) werden bis zu einem Grenzwert, der sich wie folgt ermittelt, vergütet:

Je Quartal werden Parodontoseleistungen bis zu einer Grenzwertpunktmenge, die sich aus der Multiplikation von 10 PAR-Fällen und dem festgelegten Grenzwert ergibt, uneingeschränkt vergütet. Werden über diese Grenzwertpunktmenge hinaus Abrechnungen eingereicht, werden für weitere 10 Fälle je Fall 95 % der Punkte der Grenzwertvorgabe (Punktmenge pro Fall) zur Verfügung gestellt. Für weitere 10 Fälle, die zur Abrechnung eingereicht werden, wird je Fall 85 % der Punkte der Grenzwertvorgabe (Punktmenge pro Fall) zur Verfügung gestellt. Werden darüber hinaus PAR-Fälle zur Abrechnung eingereicht, wird je Fall 70 % der Punkte der Grenzwertvorgabe (Punktmenge pro Fall) zur Verfügung gestellt.

3) Berücksichtigt werden alle zu den veröffentlichten Abrechnungsterminen -Januar bis Dezember des Kalenderjahres- eingereichten Abrechnungen der eigenen Primärkassen, der Bundesknappschaft und der Ersatzkassen.

4) Bis zu der ermittelten Grenzwertpunktmenge werden die Leistungen des Bema-Teils 4 bzw. GebT E mit den vertraglich vereinbarten Punktwerten vergütet.

5) Berücksichtigt werden alle zahnärztlichen Inhaber (keine Fachzahnärzte für Kieferorthopädie), Assistenten und angestellte Zahnärzte gemäß § 9 dieser Anlage

6) Wird in einem Quartal die maximale Grenzwertpunktmenge gemäß Ziffer 2 Satz 2 unterschritten, werden diese Punktmengen auf die Folgequartale des jeweiligen Kalenderjahres übertragen. Nicht vergütete Punktmengen werden in den Folgequartalen in dem Volumen vergütet, in dem die Grenzwertpunktmenge gemäß Ziffer 2 Satz 2 in den Folgequartalen unterschritten wird.

7) Die PAR-Fälle werden zunächst monatlich vergütet. Nach Ablauf eines jeden Quartals (I-IV) erfolgt die Anrechnung der Grenzwertvorgaben.

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

Grenzwertfestsetzung und Honorarverteilung:

- 1) Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres des Bema-Teils 5 bzw. des Gebührentarifs C (ohne zahntechnische Leistungen) wird der KZVWL-Durchschnittswert je Inhaber in Euro unter Bezugnahme auf die jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen ermittelt. Diese Ermittlung wird getrennt durchgeführt für die Gruppen der Zahnärzte, Oralchirurgen und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Für die Ermittlung des Durchschnittsbetrages für die Gruppe der Zahnärzte werden die abgerechneten Zahnersatzhonorare der Praxen herangezogen, die sich in der KCH-Fallzahlgruppe 500 bis 600 Fälle befinden. Für die Ermittlung des Durchschnittsbetrages für die Gruppe der Oralchirurgen werden die abgerechneten Zahnersatzhonorare der Praxen herangezogen, die sich in der KCH-Fallzahlgruppe 450 bis 600 Fälle befinden. Für die Ermittlung des Durchschnittsbetrages für die Gruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen werden die abgerechneten Zahnersatzhonorare aller Praxen herangezogen. Diese so ermittelten Beträge sind die Basisgrenzwerte für das laufende Kalenderjahr. Die Basisgrenzwerte werden an den aktuellen rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert und vom Vorstand festgelegt sowie im amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.
- 2) Je Kassenart wird vom Vorstand ein Budgetfaktor festgelegt. Die Budgetfaktoren sollen den zu erwartenden Budgetüberschreitungen entsprechen. Der Budgetfaktor 1 bedeutet, dass keine Budgetüberschreitung zu erwarten ist. Der Faktor < 1 bedeutet, dass eine Budgetüberschreitung für die entsprechende Kassenart erwartet wird. Die Faktoren sind der zu erwartenden Budgetüberschreitung im Laufe des Kalenderjahres anzupassen.
- 3) Der Basisgrenzwert gemäß Ziffer 1 wird je Praxis nach den praxiseigenen Zahnersatzanteilen (Honorar) der einzelnen Kassenarten des Kalenderjahres aufgeteilt. Soweit eine Praxis keinen oder nur einen geringen Zahnersatzanteil aufweist, wird der Basisgrenzwert gemäß Ziffer 1 nach den praxiseigenen Abrechnungsergebnissen der konservierend chirurgischen Abrechnung der einzelnen Kassenarten des Kalenderjahres aufgeteilt. Als gering ist ein Zahnersatzhonorarumsatz zu bewerten, wenn weniger als 10 vom Hundert des jeweiligen Basisgrenzwertes, der sich aus den Ziffern 1 und 5 ermittelt, als Jahresumsatz erreicht wird. Zu Beginn eines Kalenderjahres werden zunächst die Kassenartenanteile des Vorjahres zugrunde gelegt. Im Laufe des Kalenderjahres werden die tatsächlichen Kassenartenanteile berücksichtigt und mit jedem monatlichen HVM-Bescheid ausgewiesen. Die einzelnen Kassenartenanteile werden mit den festgesetzten Budgetfaktoren multipliziert. Die Summierung dieser Beträge ergibt den Grenzwert je Praxis. Die Basisgrenzwerte werden pro Inhaber angewandt. In fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen mit Kieferorthopäden erhält der Fachzahnarzt für Kieferorthopädie keinen Basisgrenzwert.
- 4) Bis zu dem Grenzwert je Praxis werden Leistungen für Zahnersatzbehandlungen, ohne zahntechnische Leistungen, uneingeschränkt vergütet. Leistungen, die über dem Grenzwert je Praxis abgerechnet werden, werden mit einem 59 %igen Abschlag vergütet, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

5) Der jeweilige Basisgrenzwert für diese Leistungen orientiert sich an den durchschnittlichen Gesamtfallzahlen der KCH-Abrechnungen der jeweiligen Quartale des Kalenderjahres. Berücksichtigt werden Fallzahlen für Ersatzkassen und eigene Primärkassen einschließlich Bundesknappschaft. Für das laufende Kalenderjahr werden zunächst die Fallzahlen des zweiten Vorjahresquartals zugrunde gelegt. Nach dem Vorliegen aller Quartalsabrechnungen wird die Berechnung gemäß Satz 1 vorgenommen.

Die Grenzwerte werden bei KCH-Fallzahlen zwischen

1 bis 150	um 32 %
151 bis 250	um 24 %
251 bis 350	um 16 %
351 bis 450	um 8 %

abgesenkt,

und bei KCH-Fallzahlen

zwischen

551 bis 730	um 8 %
731 bis 910	um 16 %
911 bis 1090	um 24 %
1091 und mehr	um 32 %

erhöht.

6) Die monatlich einzureichende Zahnersatzabrechnung wird grundsätzlich zunächst mit maximal 1/12 des unter Ziffern 1) bis 6) definierten Grenzwertes je Praxis vergütet. Leistungen, die über diesen monatlichen Grenzwert hinaus abgerechnet werden, werden gemäß Ziffer 1 mit einem 59 %igen Abschlag vergütet.

7) Wird der jeweilige monatliche Grenzwert je Praxis unterschritten, wird das nicht ausgeschöpfte Kontingent dem Zahnarzt für den Folgemonat bzw. die Folgemonate des Kalenderjahres zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zu dem jeweiligen monatlichen Grenzwert je Praxis nachvergütet.

8) Je Praxis wird ein Ausgleich zwischen den KCH/KB- und ZE-Honorarvergütungen nach dieser Anlage gemäß § 2 Abs. 7 dieser Anlage vorgenommen. Das endgültige Ausgleichsverfahren erfolgt nach Abschluss des 4. Quartals. Wird der Grenzwert je Praxis unterschritten, wird der Unterschreibungsbetrag verteilt nach den Anteilen der Kassenarten der Praxis. Diese den Kassenarten zugeteilten Unterschreibungsbeträge stehen je Kassenart für einen Ausgleich von Überschreitungen für die Honorarverteilung der konservierend/chirurgischen Leistungen einschließlich der Kieferbruchleistungen (§ 2 Ziffer 7 dieser Anlage) zur Verfügung.

§ 5
Honorarverteilung für KFO
(Leistungen des Bema-Teils 3/GebT. D)
Kieferorthopäden und Zahnärzte mit 80 % und mehr KFO-Umsatz

Grenzwertfestsetzung und Honorarverteilung:

- 1) An der Honorarverteilung nehmen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte teil, deren Punktevolumen im Abrechnungsjahr zu 80 % und mehr aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbereichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5, FU 1-3).
- 2) Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres des Bema-Teils 3 bzw. des Gebührentarifs D (ohne Material- und Laborkosten) der Gruppe gemäß Ziffer 1 wird der KZVWL-Durchschnittswert je Behandler in Euro ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Dieser so ermittelte Betrag ist der Basisgrenzwert für das laufende Kalenderjahr. Der Basisgrenzwert wird an den aktuellen rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert und vom Vorstand festgelegt sowie im amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.
- 3) Je Kassenart wird vom Vorstand ein Budgetfaktor festgelegt. Die Budgetfaktoren sollen den zu erwartenden Budgetüberschreitungen entsprechen. Der Budgetfaktor 1 bedeutet, dass keine Budgetüberschreitung zu erwarten ist. Der Faktor < 1 bedeutet, dass eine Budgetüberschreitung für die entsprechende Kassenart erwartet wird. Die Faktoren sind der zu erwartenden Budgetüberschreitung im Laufe des Kalenderjahres anzupassen.
- 4) Der Basisgrenzwert gemäß Ziffer 2 wird je Praxis nach den praxiseigenen kieferorthopädischen Anteilen (Honorar) der einzelnen Kassenarten des Kalenderjahres aufgeteilt. Zu Beginn eines Kalenderjahres werden zunächst die Kassenartenanteile des Vorjahres zugrunde gelegt. Im Laufe des Kalenderjahres werden die tatsächlichen Kassenartenanteile berücksichtigt und mit jedem vierteljährlichen HVM-Bescheid ausgewiesen. Die einzelnen Kassenartenanteile werden mit den festgesetzten Budgetfaktoren multipliziert. Die Summierung dieser Beträge ergibt den Grenzwert je Praxis. Die Basisgrenzwerte werden pro Behandler angewandt.
- 5) Bis zu einem Grenzwert je Praxis werden Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen, ohne Material- und Laborkosten, uneingeschränkt vergütet. Der Grenzwert je Praxis wird je Behandler zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über dem Grenzwert je Praxis abgerechnet werden, werden mit einem 45 %igen Abschlag vergütet, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.
- 6) Die monatlichen Kfo-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals. Je Quartal wird 1/4 des unter Ziffer 4) definierten Grenzwertes je Praxis zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über diesen Quartalsgrenzwert je Praxis hinaus abgerechnet werden, werden pro Praxis mit einem 45 %igen Abschlag vergütet.

7) Ergibt sich für ein Quartal eine Unterschreitung des Grenzwertes je Praxis, wird das nicht ausgeschöpfte Kontingent für das Folgequartal zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zu dem jeweiligen Quartalsgrenzwert nachvergütet.

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

9) Zugelassene oder ermächtigte Kieferorthopäden erhalten für die ersten 4 Quartale nach Aufnahme ihrer Tätigkeit als Neugründer die Zuweisung des Grenzwertes gem. § 5.

§ 6

Honorarverteilung für KFO (Leistungen des Bema Teils 3/GebT. D) Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte, deren Umsatz im Bereich KFO weniger als 80 % und mehr als 20 % ausmacht

Grenzwertfestsetzung und Honorarverteilung:

1) An dieser Honorarverteilung nehmen diejenigen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte teil, deren Punktevolumen im Abrechnungsjahr zu weniger als 80 % und mehr als 20 % aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbereichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5, FU 1-3).

2) Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres des Bema-Teils 3 bzw. des Gebührentarifs D (ohne Material- und Laborkosten) der Gruppe gemäß Ziffer 1 wird der KZVWL-Durchschnittswert je Behandler in Euro ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Dieser so ermittelte Betrag ist der Basisgrenzwert für das laufende Kalenderjahr. Der Basisgrenzwert wird an den aktuellen rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert und vom Vorstand festgelegt sowie im amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.

3) Je Kassenart wird vom Vorstand ein Budgetfaktor festgelegt. Die Budgetfaktoren sollen den zu erwartenden Budgetüberschreitungen entsprechen. Der Budgetfaktor 1 bedeutet, dass keine Budgetüberschreitung zu erwarten ist. Der Faktor < 1 bedeutet, dass eine Budgetüberschreitung für die entsprechende Kassenart erwartet wird. Die Faktoren sind der zu erwartenden Budgetüberschreitung im Laufe des Kalenderjahres anzupassen.

4) Der Basisgrenzwert gemäß Ziffer 2 wird je Praxis nach den praxiseigenen kieferorthopädischen Anteilen (Honorar) der einzelnen Kassenarten des Kalenderjahres aufgeteilt. Zu Beginn eines Kalenderjahres werden zunächst die Kassenartenanteile des Vorjahres zugrunde gelegt. Im Laufe des Kalenderjahres werden die tatsächlichen Kassenartenanteile berücksichtigt und mit jedem vierteljährlichen HVM-Bescheid ausgewiesen. Die einzelnen Kassenartenanteile werden mit den festgesetzten Budgetfaktoren multipliziert. Die Summierung dieser Beträge ergibt den Grenzwert je Praxis. Die Basisgrenzwerte werden pro Behandler angewandt.

5) Bis zu einem Grenzwert je Praxis werden Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen, ohne Material- und Laborkosten, uneingeschränkt vergütet. Der Grenzwert je Praxis wird je Behandler zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über dem Grenzwert je Praxis abgerechnet werden, werden mit einem 45 %igen Abschlag vergütet, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

6) Die monatlichen Kfo-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals. Je Quartal wird 1/4 des unter Ziffer 4) definierten Grenzwertes je Praxis zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über diesen Quartalsgrenzwert je Praxis hinaus abgerechnet werden, werden pro Praxis mit einem 45 %igen Abschlag vergütet.

7) Ergibt sich für ein Quartal eine Unterschreitung des Grenzwertes je Praxis, wird das nicht ausgeschöpfte Kontingent für das Folgequartal zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zu dem jeweiligen Quartalsgrenzwert nachvergütet.

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

9) Zahnärzte und Kieferorthopäden, die an dieser Honorarverteilung teilnehmen, erhalten für die Honorarverteilung nach § 2 die Grenzwerte der Zahnärzte, soweit nicht eine andere Verteilung der Fachgruppenzuordnung erforderlich wird.

§ 7

Honorarverteilung für KFO

(Leistungen des Bema Teils 3/GebT. D)

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

Grenzwertfestsetzung und Honorarverteilung:

1) An dieser Honorarverteilung nehmen diejenigen Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte teil, deren Punktevolumen im Abrechnungsjahr zu 20 % und weniger aus kieferorthopädischen Leistungen besteht. Grundlage der Ermittlung sind die aus allen Abrechnungsbereichen abgerechneten Punktmengen mit Ausnahme der Punkte aus der Individualprophylaxe (IP 1-5; FU 1-3).

2) Aus den Abrechnungsergebnissen des Vorjahres des Bema-Teils 3 bzw. des Gebührentarifs D (ohne Material- und Laborkosten) der Gruppe gemäß Ziffer 1 wird der KZVWL-Durchschnittswert je Behandler in Euro ermittelt und um einen vom Vorstand festzulegenden Sicherheitsabschlag gemindert. Dieser so ermittelte Betrag ist der Basisgrenzwert für das laufende Kalenderjahr. Der Basisgrenzwert wird an den aktuellen rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert und vom Vorstand festgelegt sowie im amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.

3) Je Kassenart wird vom Vorstand ein Budgetfaktor festgelegt. Die Budgetfaktoren sollen den zu erwartenden Budgetüberschreitungen entsprechen. Der Budgetfaktor 1 bedeutet, dass keine

Budgetüberschreitung zu erwarten ist. Der Faktor < 1 bedeutet, dass eine Budgetüberschreitung für die entsprechende Kassenart erwartet wird. Die Faktoren sind der zu erwartenden Budgetüberschreitung im Laufe des Kalenderjahres anzupassen.

4) Der Basisgrenzwert gemäß Ziffer 2 wird je Praxis nach den praxiseigenen kieferorthopädischen Anteilen (Honorar) der einzelnen Kassenarten des Kalenderjahres aufgeteilt. Zu Beginn eines Kalenderjahres werden zunächst die Kassenartenanteile des Vorjahres zugrunde gelegt. Im Laufe des Kalenderjahres werden die tatsächlichen Kassenartenanteile berücksichtigt und mit jedem vierteljährlichen HVM-Bescheid ausgewiesen. Die einzelnen Kassenartenanteile werden mit den festgesetzten Budgetfaktoren multipliziert. Die Summierung dieser Beträge ergibt den Grenzwert je Praxis. Die Basisgrenzwerte werden pro Behandler angewandt.

5) Bis zu einem Grenzwert je Praxis werden Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen, ohne Material- und Laborkosten, uneingeschränkt vergütet. Der Grenzwert je Praxis wird je Behandler zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über dem Grenzwert je Praxis abgerechnet werden, werden mit einem 15 %igen Abschlag vergütet, unabhängig von degressionsbedingten Honorarkürzungen.

6) Die monatlichen Kfo-Zahlungen betragen maximal 25 % der Zahlungen des entsprechenden Vorjahresquartals. Je Quartal wird 1/4 des unter Ziffer 4) definierten Grenzwertes je Praxis zur Verfügung gestellt. Leistungen, die über diesen Quartalsgrenzwert je Praxis hinaus abgerechnet werden, werden pro Praxis mit einem 15 %igen Abschlag vergütet.

7) Ergibt sich für ein Quartal eine Unterschreitung des Grenzwertes je Praxis, wird das nicht ausgeschöpfte Kontingent für das Folgequartal zur Verfügung gestellt. Bisher nicht vergütete Leistungen werden bis zu dem jeweiligen Quartalsgrenzwert nachvergütet.

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

9) Zahnärzte und Kieferorthopäden, die an dieser Honorarverteilung teilnehmen, erhalten für die Honorarverteilung nach § 2 die Grenzwerte der Zahnärzte, soweit nicht eine andere Verteilung der Fachgruppenzuordnung erforderlich wird.

§ 9

Praxisinhaber/Angestellter Zahnarzt/Assistent

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

§ 12

In-Kraft-Treten

Die von der Vertreterversammlung am 07.12.2002 beschlossene Änderung der Anlage zum HVM tritt zum 01.01.2003 in Kraft. Diese Anlage gilt, bis die Vertreterversammlung etwas anderes beschließt.

Münster, den 04.03.2003

Dr. Dietmar G o r s k i

Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Konrad K o c h

Vorsitzender der Vertreterversammlung

- MBI. NRW. 2003 S. 612