

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein fasste am 27. Juni 2014 die im Folgenden aufgeführten Beschlüsse.

Reform des Bereitschaftsdienstes

Maximal acht Pflichtdienste pro Jahr

Der Vorstand der KV Nordrhein möge (ggf. unterstützt durch den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein) darauf hinwirken, dass zeitnah die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (sogenannter vertragsärztlicher Notdienst) dahingehend modifiziert wird, dass die Einteilungshäufigkeit der zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte auf maximal acht Pflichtdienste pro Jahr und pro voller Vertragsarztzulassung (bzw. Arzt/Ärztin) begrenzt wird und zudem der zeitliche Umfang der Pflicht-

teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst auf ein Maximum von 50 Stunden pro Jahr und pro voller Vertragsarztzulassung (bzw. Arzt/Ärztin) begrenzt wird.

Der Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein wird gebeten, die Überarbeitung des organisierten Notdienstes in dem vorstehend beschriebenen Sinne fortzuführen.

Antrag: *Notdienstausschuss der VV*

Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen

Der Vorstand der KV Nordrhein möge (ggf. unterstützt durch den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein) darauf hinwirken, dass zeitnah die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (so genannter vertragsärztlicher Notdienst) dahingehend modifiziert wird,

dass ein flächendeckender vertragsärztlicher kinderärztlicher Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen angeboten wird.

Antrag: *Notdienstausschuss der VV*

HNO-Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen

Der Vorstand der KV Nordrhein möge (ggf. unterstützt durch den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein) darauf hinwirken, dass zeitnah die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (so genannter vertragsärztlicher Notdienst) dahingehend modifiziert wird,

dass ein flächendeckender vertragsärztlicher HNO-Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen angeboten wird.

Antrag: *Notdienstausschuss der VV*

Ophthalmologischer Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen

Der Vorstand der KV Nordrhein möge (ggf. unterstützt durch den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein) darauf hinwirken, dass zeitnah die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (sogenannter vertragsärztlicher Notdienst) dahingehend modifiziert wird, dass ein

flächendeckender vertragsärztlicher ophthalmologischer Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen angeboten wird.

Antrag: *Notdienstausschuss der VV*

Auswahl eines einheitlichen Dienstplanprogrammes

Die Vertreterversammlung beauftragt den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein mit der Auswahl eines einheitlichen Dienstplanprogrammes.

Antrag: *Notdienstausschuss der VV*

Neugestaltung des Fahrdienstes

Die Vertreterversammlung beauftragt den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein sich mit der Neugestaltung des Fahrdienstes auseinanderzusetzen und dabei sowohl die regionalen Gegebenheiten, individuellen Bedürfnis-

se und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Antrag: *Notdienstausschuss der VV*

Vorlage eines Konzeptes

Der Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein legt zur nächsten VV ein mit Zahlen unterlegtes Konzept vor.

Antrag: *Dr. Lothar Rütz*

Hausärzte-Strukturvertrag

Kündigung kritisiert – AOK soll korrigieren

Die VV der KV Nordrhein verurteilt die Kündigung des Hausarztvertrages durch die AOK Rheinland/Hamburg, da dieser insbesondere Hausbesuche gefördert hatte und dadurch eine kostendeckende Versorgung multimorbider Patienten zu Hause und in Pflegeheimen ermöglichte. So wird ein erster Schritt zu einer humanen, patientenorientierten und für die Ärzteschaft kostendeckenden ambulanten Versorgung multimorbider Patienten abrupt beendet.

Der neue Hausärzte-Strukturvertrag ist als Ersatz nicht akzeptabel, da er völlig unzureichende Betreuungspauschalen enthält, deren Kombinierbarkeit nur vorgegaukelt und in der Praxis kaum zu realisieren ist und die zudem gerade DMP-Patienten ausschließen.

Die geforderte Neueinschreibung der Patienten stellt ein unsinniges, bürokratisches Hindernis dar.

Der neue Hausärzte-Strukturvertrag wird durch den Wegfall einer Kostendeckung bei Hausbesuchen – insbesondere in dringenden Fällen – letztlich dazu führen, dass mul-

timorbide Patienten nicht mehr ambulant versorgt werden können, sondern über den akuten Einsatz von Rettungsärzten vermehrt in Krankenhäuser eingeliefert werden. Dies wird zu erheblichen Kostensteigerungen und damit einer Belastung des Gesundheitssystems führen.

Die VV der KV Nordrhein fordert die AOK Rheinland/Hamburg auf, dringend für folgende Korrekturen zu sorgen:

- Hausbesuche müssen für Hausärzte wie auch für Fachärzte kostendeckend möglich sein.
- Betreuungspauschalen müssen adäquat sein.
- DMP-Patienten dürfen nicht ausgeschlossen werden.
- Ein umfassendes, individuelles, wirtschaftliches Medikamenten- und Therapie-/Pflegermanagement muss honoriert werden.
- Neueinschreibungen sind nicht erforderlich.

Antrag: *Allianz für Nordrhein*

Deutscher Ärztetag

VSDM ist keine ärztliche Aufgabe

Die einschlägige Beschlusslage der VV der KV Nordrhein lehnt das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) als nicht-ärztliche Aufgabe ab. Diese Position wurde auch erneut vom Deutschen Ärztetag in Düsseldorf 2014 eindeutig bestätigt.

Inzwischen wurden die Tests in die Hände der Industrie gelegt, wobei – ebenfalls entgegen der geltenden ärztlichen Beschlusslage – keine dezentralen Speichermedien in der Hand der Patienten zur Testung vorgesehen sind. Die

vorhandenen elektronischen Gesundheitskarten erlauben keine sichere Prüfung der Identität des Trägers, weil die Fotos nicht identitätsgeprüft sind.

Deshalb sowie auf Basis dieser Beschlusslage sieht die VV der KV Nordrhein keine Grundlage dafür, dass sich Ärzte in Nordrhein an Tests zur Einführung des VSDM beteiligen.

Antrag: *Wolfgang Bartels, Dr. Ludger Wollring, Dr. Lothar Rütz*

Umsetzung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages

Es ist geltende Beschlusslage der KV Nordrhein, dass mit den derzeit bestehenden Honoraren der Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) die Sicherstellung der Versorgung in einigen Fachgebieten nicht mehr gewährleistet ist. Damit der Sicherstellungsauftrag der KV Nordrhein wieder erfüllt werden kann, müssen die Beschlüsse des 117. Deutschen Ärztetages Nummer VII-81 (Ärztemangel in der ambulanten Versor-

gung ist auch Folge von Unterfinanzierung und fehlender Planungssicherheit) und VII-97 (Erhalt der Freiberuflichkeit der Ärzte als Grundstock für gute Arbeitsbedingungen in der Praxis des niedergelassenen Arztes), hier Satz 1 bezüglich des EBM und Satz 2 umgehend umgesetzt werden. Das Zeitfenster hierzu ist das 3. Quartal 2014.

Antrag: *Wolfgang Bartels*

Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab

Der HVM wird in mehreren Punkten modifiziert. Die Änderungen treten am 1. Oktober 2014 in Kraft. Der HVM im Wortlaut wird in der September-Ausgabe des Rheinischen

Ärzteblatts amtlich veröffentlicht; er ist zudem in Kürze im Internet-Angebot der KV Nordrhein abrufbar unter www.kvno.de

Der HVM in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 5/2014, Seite 212f. wird wie folgt modifiziert:

- I. § 3 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:
 - 2) **Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)**
Die Verteilung der zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten MGV wird entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) begrenzt sowie einer Steuerung durch Kontingentierung bzw. Quotierung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV vergütet bzw. von Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen, erbracht werden.

Dabei kann die Kontingentierung bzw. Quotierung u.a. nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (Vorgaben KBV) zu einer geringeren Vergütung als nach der regionalen Euro-Gebührenordnung führen.

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt und in der Tabelle in § 7 Abs. 2b) aufgeführt sind, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung.

II. § 3 Abs. 3 erhält folgende neue Fassung:

3) Leistungen außerhalb der MGV

Die arztseitige Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV erfolgt nach den getroffenen Vereinbarungen in der jeweils gültigen Fassung. Dazu werden der jeweils geltende regional vereinbarte Punktwert und vereinbarte Strukturzuschläge bzw. die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen. Dies gilt auch für die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (GOP 35150 EBM) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen.

III. In § 6 Abs. 1b) wird der letzte Halbsatz „soweit nicht bei Aufgabe einer Zulassung oder einer Anstellung eine Erhöhung aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Sinne des Abs. 2 notwendig ist“ ersatzlos gestrichen.

IV. In § 7 Abs. 1 und Abs. 2h) wird jeweils der genannte Punktwert von 10 Cent auf 10,13 Cent angepasst.

V. § 7 Abs. 2a) wird wie folgt neu gefasst:

a) Die Vergütung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung erfolgt aus dem nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ grundsätzlich nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung. Hierbei werden die Notfalleleistungen außerhalb der sich nach den Bestimmungen des jeweils gültigen Organisationsplanes aufgrund der Notfalldienstordnung ergebenden Zeiten des organisierten ärztlichen Notfalldienstes aus dem hierfür nach Anlage 2, Schritt 1 gebildeten Kontingent vergütet und zwar abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung, wenn die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge dieses Kontingent überschreitet. In diesem Fall erfolgt die Vergütung mit einem Punktwert, der sich durch Division des gebildeten Kontingentes durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals errechnet. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung. Notfalleleistungen der Krankenhäuser werden immer abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10 % vergütet.

VI. In § 7 Abs. 2e) wird der zweite Satz ersatzlos gestrichen.

VII. In § 8 Abs. 4b) zweiter Spiegelpunkt werden die Worte „sowie nach der GOP 34502 EBM“ ersatzlos gestrichen.

VIII. § 12 erhält folgende neue Fassung:

§ 12

Laufzeit

Dieser HVM tritt zum 01.10.2014 in Kraft; die Anpassung des regional vereinbarten Punktwertes auf 10,13 Cent erfolgt zum 01.01.2014.

IX. In Anlage 2 werden die Überschrift sowie Schritt 1 wie folgt neu gefasst:

ANLAGE 2

des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2014

Ermittlung und Bildung der Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Schritt 1 Bestimmung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung

Maßgebend für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV in den jeweiligen Versorgungsbereichen ist die Festlegung sowie Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung nach Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (Vorgaben KBV). Die Ermittlung der Vergütungsvolumen erfolgt dabei aus den nach Teil B der Vorgaben KBV zu bildenden Grundbeträgen. Dabei werden allgemeine Grundbeträge gebildet für

- Laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“)
- den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“)
- den hausärztlichen Versorgungsbereich (hausärztlicher Grundbetrag)
- den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag)

sowie zwei versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich für

- die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“)
- die Leistungen der Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“).

Durch die Multiplikation mit der Zahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet wird, und weiteren Anpassungsvorgaben nach Teil B der Vorgaben KBV entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina.

Innerhalb des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ wird ein festes Kontingent für alle Notfallleistungen außerhalb der sich nach den Bestimmungen des jeweils gültigen Organisationsplanes aufgrund der Notfalldienstordnung ergebenden Zeiten des organisierten ärztlichen Notfalldienstes gebildet. Hierzu wird der jeweilige Leistungsbedarf aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2012 mit dem Faktor von 0,35363 und mit dem im jeweiligen Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10%, multipliziert.

X. In Anlage 2 erhält Schritt 2 Abs. 2) folgende neue Fassung:

2) des fachärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) Rückstellungen

- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), zum Ausgleich für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, mithin für
- nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Fachärzte mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage 3 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
 - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
 - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
 - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
 - die GOP 01320 für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute,
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für
- Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
 - Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin, die nicht bereits im nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ enthalten sind,
 - Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z.B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,
 - Leistungen des Kapitels 19 EBM,
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO – Leistungen),
- e) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für Leistungen der Humangenetischen Beratungen und der Zytogenetik nach den GOP 11210 bis 11212, 11230 bis 11232, 11310 bis 11312, 01837 EBM, gebildet aus dem Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert,

- f) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert (rDPW), der sich durch Division des RLV/QZV-Vergütungsvolumens durch den RLV/QZV-Leistungsbedarf des Vorjahresquartals errechnet, für
- die GOP 13300 und 13301 für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind,
 - die Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
 - Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
 - Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den GOP 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden,
 - Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- g) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- h) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung
 - Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie).

XI. In Anlage 2 wird Schritt 3 Abs. 2) wie folgt neu gefasst:

2) **Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche**

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

- a) **Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen**
Innerhalb der fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden bei den
- Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM,
 - Fachärzten für Augenheilkunde die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde sowie für Neurologie die MRT-Leistungen nach den GOP 34410 bis 34460 EBM

in eigenständigen Anteilen geführt, welche auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals gebildet und mit dem rDPW bewertet werden.

Für die Verteilungsvolumina der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin wird jeweils festgestellt, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden

Teil der Leistungen in den QZV abrechnet und die Regelung, wonach Kooperationszuschläge nicht auf die QZV angewendet werden (§ 5 Abs. 3a) HVM), zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Deshalb werden diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina aus dem Volumen nach Schritt 2, Abs. 2c) erhöht. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden sodann für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

Für den Fall, dass infolge von Selektivverträgen eine Anpassung der RLV- und QZV-Berechnung erfolgen muss, wird vor Aufteilung auf die Vergütungsbereiche für RLV sowie QZV arztgruppenspezifisch zunächst die Summe in Abzug gebracht, die sich nach den jeweiligen MGV-Bereinigungsverträgen als Bereinigungsbetrag für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergibt; insoweit wird auf den Anhang 1 zu dieser Anlage verwiesen.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 60%-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.1 Nr. 4 EBM auf Basis des Vorjahresquartals, soweit dieser durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie abgerechnet worden ist, in das QZV-Vergütungsvolumen neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen einbezogen.

XII. In Anlage 2 Schritt 6 Abs. 2) wird im zweiten Unterabsatz nach „Psychiatrie und Psychotherapie“ folgende Formulierung eingefügt:

„Phoniatrie und Pädaudiologie“