

**Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs
der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
(HVM - KVWL)**

gültig ab 1. Januar 2021

Der Honorarverteilungsmaßstab der KVWL in der Fassung vom 04.03.2020 (siehe KVWLkompakt 3/2020, S. 22 ff.), geändert am 05.06.2020, 04.09.2020 und 21.11.2020 wird mit Wirkung zum 01.01.2021 wie folgt geändert (*die Änderungen sind in Fettdruck und kursiv wiedergegeben*).

I. Abschnitt II, Ziffer 3.1: „Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB})“ wird wie folgt geändert:

3.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB})

Zur Bildung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB}) werden aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen nach Ziffer 2 - ggf. gemindert um den für einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V erforderlichen Betrag - als Vorwegabzug berücksichtigt:

[...]

i) Unbesetzt

~~*Auf den hausärztlichen Versorgungsbereich – gemäß dem im Vorjahresquartal geltenden Trennungsfaktor – entfallender Anteil des je KV-Bezirk bereitgestellten Betrages gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung als Vergütungsvolumen für die Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM und der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM.*~~

[...]

II. Abschnitt II, Ziffer 5: „Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge“ wird wie folgt geändert:

5. Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge

[...]

5.13 Unbesetzt

~~Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM~~

~~Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 3.1 h) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.~~

[...]

III. Abschnitt II, Ziffer 6.1: „Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina“ wird wie folgt ergänzt:

6.1 Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

Aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach Ziffer 3.2 bzw. 4.3 (VV_{AG}) werden als Vorwegabzug berücksichtigt:

[...]

- j) Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4a, Nr. 4 für Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM.***

Aus dem verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden gemäß Anlage 4, 5 und 6 die praxisspezifischen Honorarvolumina nach Ziffer 7.1 ermittelt.

IV. Abschnitt II, Ziffer 6.2: „Vergütung der Leistungen der Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina“ wird wie folgt ergänzt:

6.2 Vergütung der Leistungen der Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

[...]

- j) Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 6.1 j) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.***

V. Abschnitt III, Ziffer 7: „Ausgleich von Honorarverlusten in Folge der Coronavirus-Pandemie gemäß § 87a, Abs. 3b und § 87b, Abs. 2a SGB V“ wird wie folgt geändert:

7. Ausgleich von Honorarverlusten in Folge der Coronavirus-Pandemie gemäß ~~§ 87a, Abs. 3b und~~ § 87b, Abs. 2a SGB V

7.1 Grundsatz

~~Die KVWL gewährt ab dem 1. Quartal 2020 eine Ausgleichszahlung zur Fortführung der ambulanten Versorgungsaufträge an vertragsärztliche und psychothe-~~

~~rapeutische Praxen (im Folgenden Praxen genannt), wenn sich das GKV-Gesamthonorar einer Praxis um mehr als 10% gegenüber dem Vorjahresquartal verringert und dieser Honorarrückgang auf eine verminderte Anzahl von Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt aufgrund der aktuellen Coronavirus-Pandemie zurückzuführen ist.~~

Mit der Beschlussfassung des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiLage-Fortgeltungsgesetzes) wurde die Regelung des § 87b, Abs. 2a SGB V gegenüber 2020 geändert. Hierdurch wurde die gesetzliche Grundlage geschaffen, ab dem 1. Quartal 2021 in veränderter Form weiterhin die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung von vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen (im Folgenden Praxen genannt) durch entsprechende HVM-Regelungen vorzusehen, wenn diese von pandemiebedingten Fallzahlverlusten betroffen sind.

Auf dieser Grundlage prüft die KVWL im begründeten Einzelfall auf Antrag die Gewährung einer Ausgleichszahlung, wenn die Fortführung der ambulanten Versorgungsaufträge gefährdet ist. Hiervon ist auszugehen, wenn sich das GKV-Gesamthonorar einer Praxis um mehr als 10% gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2019 (Referenzquartal) verringert und dieser Honorarrückgang auf eine verminderte Anzahl von Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt aufgrund der aktuellen Coronavirus-Pandemie zurückzuführen ist.

~~Diese Maßnahme endet nach Ablauf des Quartals, in dem der Bundestag den Status der epidemischen Lage nationaler Tragweite aufhebt, spätestens aber mit dem 4. Quartal 2020.~~

Diese Maßnahme endet am 30.06.2021.

7.2 Voraussetzungen für die Gewährung einer Ausgleichszahlung:

7.2.1 Honorarrückgang um mehr als 10% gegenüber Referenzquartal

Zur Feststellung des Honorarrückgangs wird das aktuell erwirtschaftete GKV-Gesamthonorar dem **entsprechenden** Referenzhonorar aus dem **Vorjahresquartal entsprechenden Quartal des Jahres 2019** gegenüber gestellt. Dies beinhaltet das Honorar für alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) - mit Ausnahme der Leistungen aus dem organisierten Notfalldienst, Kosten (ohne Radionuklidkosten), der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und von sonstigen Kostenträgern - sowie die Leistungen bestehender DMP-Vereinbarungen (inkl. DSP), Palliativvertrag, SPV-Vereinbarung, Onkologievereinbarung, Verträge zur intravitrealen operativen

Medikamentenapplikation (IVOM) und zu Kataraktoperationen. Hierbei werden Leistungen der IVOM- und Kataraktverträge in Höhe der jeweiligen EBM-Bewertungen berücksichtigt. ***Ebenfalls enthalten sind die Honorare, die innerhalb der eigenen Praxisstruktur für Covid-19-Testungen gemäß der entsprechenden Corona-Testverordnung (CoronaTestV) erzielt wurden.***

Bei Hausärzten, die an HZV-Verträgen teilnehmen, erfolgt eine Minderung des Referenzhonorars zur Berücksichtigung der gegenüber dem Referenzquartal zusätzlich eingeschriebenen Patienten.

7.2.2 Fallzahlrückgang

Zur Ermittlung des Fallzahlrückgangs werden Behandlungsfälle mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt (inkl. Videosprechstunde) herangezogen mit Ausnahme der Fälle im organisierten Notfalldienst. Bei Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Neuropathologie, Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie oder Transfusionsmedizin erfolgt die Ermittlung anhand der Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle. Bei ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen wird anstelle der Fallzahl die Behandlungszeit betrachtet.

~~***Der Fallzahlrückgang darf nicht in verkürzten Präsenzzeiten begründet sein, der reguläre Praxisbetrieb sowie die Mindestsprechstundenzahl, muss auch unter Pandemie-Bedingungen aufrechterhalten worden sein. Voraussetzung für die Auszahlung einer Ausgleichszahlung an eine Praxis ist eine Erklärung an die KVWL über die Aufrechterhaltung des Praxisbetriebs im Umfang des Versorgungsauftrags während der Pandemie sowie über die Angabe von etwaigen Entschädigungszahlungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder von finanziellen Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen.***~~

7.2.3 Einhaltung der Mindestsprechstunden

Die Mindestsprechstunden nach § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte müssen auch unter Pandemiebedingungen eingehalten worden sein. Im Fall des Unterschreitens der Mindestsprechstunden ist eine Ausgleichszahlung nur dann möglich, wenn das Unterschreiten durch die Coronavirus-Pandemie begründet ist.

7.2.4 Antrag

Für die Prüfung auf Gewährung einer Ausgleichszahlung an eine Praxis ist ein Antrag in Form des von der KVWL vorgegebenen Antragsformulars erforderlich, der folgende Angaben enthalten muss:

- **Gründe für den Honorarverlust und Fallzahlrückgang**
- **Erhaltene Entschädigungszahlungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanziellen Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen**
- **Bestätigung zur Aufrechterhaltung des Praxisbetriebs im Umfang des Versorgungsauftrags (Einhaltung der Mindestsprechstunden)**
- **Teilnahme und Einschreibung von Patienten in HZV-Verträge**
- **Einwilligung des Antragsstellers, dass die KVWL erwirtschaftete Honorare innerhalb der eigenen Praxisstruktur aus Testtätigkeit gemäß der entsprechenden CoronaTestV zur Berechnung des Ausgleichsbetrags heranziehen darf.**

Der Antrag kann frühestens nach Erhalt des Honorarbescheids und innerhalb der Widerspruchsfrist des Quartals gestellt werden, auf das sich der Antrag bezieht.

7.3 Ermittlung der Höhe der Ausgleichszahlung:

~~Sind die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt und der Honorarrückgang beträgt mehr als 10%, wird der Honorarrückgang nach innerbudgetärem Honorarrückgang (MGV) und außerbudgetärem Honorarrückgang (EGV) differenziert. Dabei erfolgt die Zuordnung der einzelnen Leistungen zu MGV und EGV nach der jeweiligen Abgrenzung im Referenzquartal. Dies gilt insbesondere für TSVG-Leistungen, zu denen jedoch lediglich die Bereinigungsbeträge zur Berechnung des innerbudgetären Ausgleichsbetrags herangezogen werden. Verbleibende Vergütungsanteile werden bei der Berechnung des außerbudgetären Ausgleichsbetrags berücksichtigt. Leistungen der GOP 32816 EBM werden dem innerbudgetären Anteil zugeordnet.~~

~~Der Ausgleichsbetrag wird getrennt nach dem innerbudgetären und außerbudgetären Anteil ermittelt und berechnet sich jeweils als Differenz zwischen 90% des Referenzhonorars aus dem Vorjahresquartal und dem Honorar aus dem aktuellen Quartal, soweit dieses geringer ausfällt. Falls die so ermittelten Anteile des Ausgleichsbetrags zu einem Honorar von insgesamt mehr als 90% führen, wird der außerbudgetäre Anteil soweit begrenzt, dass die Praxis 90% des Referenzhonorars erhält.~~

Sind die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt, erfolgt ein Ausgleich auf maximal 90% des Referenzhonorars aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2019.

Der Ausgleichsbetrag **insgesamt** wird um **die in dem Antrag nach Ziffer 7.2.4 anzugebenden** Zahlungen aus dem Infektionsschutzgesetz oder dem Erhalt finanzieller Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen gemindert. Die Minderung erfolgt anteilig in Höhe des bundesweit ermittelten durchschnittlichen GKV-Anteils der Arztgruppe.

7.4 Vorgehensweise bei Neupraxen (1. - 4. Quartal): Regelungen für besondere Praxisformen / Praxiskonstellationen

7.4.1 Neupraxen (1. - 4. Quartal)

Neupraxen (1. - 4. Quartal) können eine Ausgleichszahlung auf Antrag erhalten, wenn sie einer Arztgruppe angehören, für die sich insgesamt ein Honorarrückgang von mindestens 5% gegenüber dem Referenzquartal ergibt.

Zur Berechnung eines Ausgleichsbetrags **für Neupraxen** wird zunächst der durchschnittliche arztgruppenspezifische Ausgleichsfaktor ermittelt, in dem das Honorar nach Ausgleichszahlung einer Arztgruppe durch das erwirtschaftete Honorar vor Ausgleichszahlung dividiert wird (Berechnung ohne Neupraxen). Dieser Ausgleichsfaktor bezeichnet die durchschnittliche relative Stützung der Arztgruppe und wird auf das erwirtschaftete Honorar der betroffenen Neupraxis angewandt. Hieraus ergibt sich der Ausgleichsbetrag für die jeweilige Praxis.

Abweichend hiervon kann **auf Grundlage entsprechender Angaben in dem Antrag nach Ziffer 7.2.4** das Honorar des Vorgängers **als Referenzhonorar für die Berechnung des Ausgleichsbetrags** herangezogen werden.

7.4.2 Praxen im 5. - 8. Quartal

Für Praxen im 5. - 8. Quartal nach Gründung erfolgt die Berechnung des Ausgleichsbetrags nach Antragstellung auf Basis der Differenz zwischen dem Honorar aus dem Vorjahresquartal (inkl. Ausgleichszahlung nach Abschnitt III, Ziffer 7 HVM und ggf. erhaltener Zahlungen aus anderen Anspruchsgrundlagen) und dem Honorar aus dem aktuellen Quartal, soweit dieses geringer ausfällt.

~~7.5 Vorgehensweise bei Konstellationswechseln:~~

7.4.3 Konstellationswechsel

- In Praxen mit Konstellationswechseln zwischen dem **Vorjahresquartal entsprechenden Quartal des Jahres 2019** und dem aktuellen Quartal werden neue Teilnehmer der Praxis nach **der** Neupraxenregelung **nach Ziffer 7.4.1** berücksichtigt, die unveränderten Teilnehmer nach dem allgemeinen Verfahren.

- Bei Reduzierung der Arztzahl einer Praxis wird der entsprechende Honoraranteil aus dem Honorar des Referenzquartals herausgerechnet. Änderungen des Beschäftigungsumfangs (z. B. Voll-/Halbzulassung oder entsprechende Änderung bei angestellten Ärzten) werden entsprechend berücksichtigt.
- **Abweichend hiervon orientiert sich die Berechnung für Praxen, die gegenüber dem Vorjahresquartal in unveränderter Konstellation tätig sind, an der nach Abschnitt III, Ziffer 7 HVM möglichen praxisbezogenen Obergrenze für einen Ausgleichsbetrag aus dem Vorjahresquartal.**

7.6 7.5 Ausnahmemöglichkeiten

- Der Vorstand der KVWL kann auf Antrag in begründeten Fällen von den Regelungen nach Ziffer 7.2 bis 7.5 4 abweichen.
- Der Ausgleichsbetrag von Praxen in der Wachstumsphase (5.- 12. Quartal) kann in begründeten Fällen auf Antrag wie bei Neupraxen berechnet werden.

7.6 Finanzierung

Die Finanzierung dieser Ausgleichsregelung erfolgt aus Rückstellungen zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten nach Abschnitt III Ziffer 2.

VI. Anlage 4a: „Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 1)“ wird wie folgt geändert:

- 1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV_{AGHÄ})**

$$RLV_{AGHÄ} = \frac{LB_{AG_RLV}}{LB_{AG_VV^I}} * VV^I_{AGHÄ}$$

LB_{AG_RLV} : Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV-Leistungen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{AG_VV^I}$: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen, ~~sowie~~ der Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 **EBM und der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM** einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$VV_{AGH\ddot{A}}^I$: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a), b), f) und h).

AGHÄ: Arztgruppe gemäß Anlage 1, Nr. 1

[...]

2. Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ($QZV_{AGH\ddot{A}}$)

$$VV_{AG_QZV} = \frac{LB_{AG_QZV}}{LB_{AG_VV^I}} * VV_{AGH\ddot{A}}^I$$

LB_{AG_QZV} : Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller QZV-Leistungen einer Arztgruppe im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{AG_VV^I}$: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen, ~~sowie~~ der Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 EBM **und der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen**

schen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$VV_{AGH\ddot{A}}^I$: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a), b), f) und h).

3. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der ausführlichen ärztliche Gespräche nach GOP 03230, 04230 und 04231 EBM (VV_{AGGSP})

$$VV_{AG_GSP} = \frac{LB_{AG_GSP}}{LB_{AG_VV^I}} * VV_{AGH\ddot{A}}^I$$

LB_{AG_GSP} : Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für die Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 EBM im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{AG_VV^I}$: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen, **sowie** der Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 EBM **und der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM** einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$VV_{AGH\ddot{A}}^I$: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a), b), f) und h).

4. **Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM (VV_{AG_GeSoPa})**

$$VV_{AG_GeSoPa} = \frac{LB_{AG_GeSoPa}}{LB_{AG_VV^I}} * VV_{AGH\ddot{A}}^I$$

LB_{AG_GeSoPa} : **Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für die Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung**

$LB_{AG_VV^I}$: **Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen, der Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 EBM und der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung**

$VV_{AGH\ddot{A}}^I$: **Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a), b), f) und h).**

Diese Ausfertigung stimmt mit der Beschlussfassung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vom 09.06.2021 überein.

Dortmund, den 09.06.2021

gez. Dr. med. Ulrich Oeverhaus,
Vorsitzender der Vertreterversammlung