

Impfungen	Dokumentationsnummer*			
	erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	Auffrischimpfung	Vergütung in Euro
<b>Sechsfachimpfungen</b>				
<b>Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis,</b>				
<b>Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB)</b>	89600A	89600B		19,50
<b>Impfberatung als alleinige Leistung</b>	89090			4,00
* Bei der Dokumentation der Einzelimpfstoffe hat die Nummer der Standardimpfung Vorrang, wenn gleichzeitig weitere Indikationen in Betracht kommen (Bsp.: Influenza-Impfung eines 60-jährigen Patienten mit Diabetes gilt als Standardimpfung -89111-; Influenza-Impfung eines 50-jährigen Patienten mit Diabetes als Indikationsimpfung -89112-. Bei der erstmaligen Influenzaimpfung von Kindern ist entsprechend Fachinformation je nach Alter ggf. die Nummer 89112 zweimal zu dokumentieren. Dies gilt auch für die Nummer 89112N bei Kindern zwischen 24 Monaten und 6 Jahren.				
** keine routinemäßige Auffrischung				
*** Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 Schutzimpfungsrichtlinie beachten.				
◇ zur Zeit kein Impfstoff verfügbar				
Bei der Anwendung von Kombinationsimpfstoffen sind ausschließlich die Dokumentationsnummern der entsprechenden Kombinationen zu verwenden.				

## Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 08.04.2016 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

**Der HVM in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 1/2016 (Erscheinungsdatum 21.12.2015), Seite 48 ff. wird mit Wirkung zum 01.07.2016 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:**

**I. § 1 Abs. 2a) Satz 5 erhält folgende neue Fassung:**

„Die Abrechnung mittels IT ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden.“

**II. § 5 Abs. 5 erhält folgende neue Fassung:**

### „5) Fallzahlzuwachsbeschränkung

Sofern die Summe aller RLV-Fälle einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 1 im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 5 % zunimmt, wird abweichend von Anlage 2 Schritt 6, Abs. 1a) als RLV-Fallzahl für diejenigen Ärzte dieser Arztgruppe, deren individueller Fallzahlzuwachs ebenfalls mehr als 5 % beträgt, die um 5 % erhöhte RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt.

Bei BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten kommt die vorgenannte Regelung nur zur Anwendung, wenn die Summe aller RLV-Fälle der arztgruppengleichen Ärzte in der BAG, dem MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten den zulässigen Wert von 5 % überschreitet. In einem solchen Fall erhalten die arztgruppengleichen Ärzte in der Summe die RLV-Fallzahlen des Vorjahresquartals zuzüglich 5% zugrunde gelegt.

Für erstmalig zugelassene Ärzte im Sinne von Abs. 4 findet keine Begrenzung des Fallzahlzuwachses statt. Für solche Ärzte wird die RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals zugrunde gelegt.

Für Ärzte einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 1, deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal unterhalb des Arztgruppendurchschnitts liegt, wird grundsätzlich die RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt. Sofern diese jedoch die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe des Vorjahresquartals überschreitet und sowohl der Fallzahlzuwachs der jeweiligen Arztgruppe als auch der individuelle Fallzahlzuwachs mehr als 5 % im Vergleich zum Vorjahresquartal beträgt, wird die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe des Vorjahresquartals angesetzt, mindestens jedoch die um den erlaubten Zuwachs um 5 % erhöhte RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals.“

III. In § 6 wird folgender Absatz angefügt:

**„3) Anpassung des RLV/QZV bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten nach § 75a SGB V**

Bei Beschäftigung eines genehmigten Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V kann in Umsetzung von § 32 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV im Einzelfall auf Antrag eine Anpassung des RLV/QZV gewährt werden. Die Anpassung ist in ihrer Höhe begrenzt durch den Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V. Die Antragstellung ist nur bis zum Ende des Quartals, für das die Anpassung beantragt ist, zulässig.“

IV. § 7 erhält folgende neue Fassung:

**„§ 7**

**Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

**1) Vergütung von Leistungen, die dem RLV und dem QZV unterliegen**

Die von der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge wird mit dem regional vereinbarten Punktwert in Höhe von 10,4361 Cent bewertet und bis zur Höhe des mitgeteilten RLV sowie ggf. QZV mit diesem Punktwert vergütet.

Die das RLV und ggf. QZV einer Arztpraxis insgesamt überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen von 2% nach Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1a) bzw. Abs. 2a) und dem überschreitenden Leistungsbedarf je Versorgungsbereich ermittelt, jedoch begrenzt auf max. 7,5 Cent.

Die Vergütung einer versorgungsbereichsübergreifenden BAG/MVZ bzw. einer Praxis/MVZ mit versorgungsbereichsübergreifender Anstellung erfolgt aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen, in dem der Schwerpunkt der Praxis/des MVZ gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale liegt.

Mit den Partnern der Gesamtverträge zusätzlich vereinbarte Vergütungsanteile werden vertragsgemäß, ggf. auch rückwirkend, verwendet.

**2) Vergütung von Leistungen, die nicht dem RLV sowie dem QZV unterliegen**

- a) Die Vergütung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung erfolgt aus dem nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
- b) Die Vergütung der laboratoriumsmedizinischen Leistungen erfolgt aus dem nach Teil E, Ziffer 2 der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“. Dabei werden diese Leistungen nach Teil E, Ziffer 3 der Vorgaben KBV vergütet mit der Maßgabe, dass nach Teil E, Ziffer 3.4.3 der Vorgaben KBV folgende Fallwerte angewendet werden:

Arztgruppen	Referenzfallwert
Fachärzte für Frauenheilkunde	4 €
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	4 €
Fachärzte für Dermatologie	4 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	4 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	40 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	40 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	21 €
Fachärzte für Urologie	4 €
Fachärzte für Nuklearmedizin	21 €

Die Referenz-Fallwerte unterliegen wie alle übrigen Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3, sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden und mit Ausnahme der GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM, der bundesein-

- heitlichen für den jeweiligen Zeitraum geltenden Abstaffelungsquote nach den Vorgaben KBV.
- c) Die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass die Vergütung aus dem nach Teil H der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „PFG“ erfolgt.
- d) Die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge das gemäß Teil G der Vorgaben KBV gebildete Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division des in Teil G der Vorgaben der KBV gebildeten Vergütungsvolumens durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der in Anlage 2 benannten psychotherapeutischen Leistungen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
- f) Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) bis e) und Abs. 2c) bis f) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass jeweils eigenständige Kontingente gebildet sind und die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge diese Kontingente überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.
- Die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO – Leistungen), erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Abs. 2d), 8. Spiegelstrich gebildeten eigenständigen Kontingent.
- g) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie und der Fachärzte für Humangenetik außerhalb von Kapitel 19 EBM bzw. außerhalb von Kapitel 11 EBM und der GOP 01837 EBM erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
- h) Die Vergütung der gemäß Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 10,4361 Cent.
- i) Die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden, erfolgt entsprechend § 120 Abs. 3a Satz 1 SGB V nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
- 3) Über-/Unterschüsse**
- Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- oder Überschüsse in Bezug auf die gemäß Teil B, Teil E, Teil G und Teil H der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „genetisches Labor“, „PFG“ festgestellt werden, werden diese gemäß Teil B Ziffer 7 der Vorgaben KBV angepasst bzw. die dafür notwendigen Finanzmittel bereitgestellt. Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. die Berücksichtigung eines Überschusses bei den Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt in den Vergütungsvolumina des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages, beim Grundbetrag „Labor“ nach dem Anteil, der sich nach der Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV ergibt, beim Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ entsprechend der Anzahl der Ärzte im jeweiligen Versorgungsbereich. Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. die Berücksichtigung eines Überschusses bei den Vergütungsvolumina der Grundbeträge „PFG“ und „genetisches Labor“ erfolgt im Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages. Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. eine

Berücksichtigung eines Überschusses der in Schritt 2 und Schritt 3 der Anlage 2 gebildeten Volumina erfolgt im jeweiligen Vergütungsvolumen des hausärztlichen bzw. des fachärztlichen Grundbetrages.“

V. **§ 12** erhält folgende neue Fassung:

### „§ 12 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.07.2016 in Kraft; die Anpassung des regional vereinbarten Punktwertes auf 10,4361 Cent erfolgt zum 01.01.2016.“

VI. In der **Anlage 2** erhält **Schritt 1** folgende neue Fassung:

### „**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.“

VII. In der **Anlage 2 Schritt 2**, Abs. 2b) wird folgender Spiegelpunkt angefügt:

- „• für die zu erwartenden Zahlungen für Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden,“

## 3. Protokollnotiz

zwischen

dem Land Nordrhein-Westfalen,  
vertreten durch das Ministerium für Inneres und Kommunales

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,  
vertreten durch den Vorstand,

über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens  
im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

der Polizeivollzugsbeamtinnen/-beamten des Landes  
Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Freien Heilfürsorge

Zwischen den Vertragsparteien wird Folgendes vereinbart:

Das Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen lässt den Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der BARMER GEK vom 06.01.2015 für die Versorgung anspruchsberechtigter Polizeivollzugsbeamtinnen/-beamten des Landes Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Freien Heilfürsorge gegen sich gelten.

Abweichend zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der BARMER GEK vom 06.01.2015 wird Folgendes vereinbart:

1. Die Regelungen über die Teilnahmeerklärung der Anspruchsberechtigten finden keine Anwendung.
2. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw. Dermatologie, die bereits am Vertrag mit der BARMER GEK teilnehmen, sind ohne erneutes Genehmigungsverfahren berechtigt, die Leistungen des vorgenannten Vertrages für Polizeivollzugsbeamtinnen/-beamte zu erbringen und gegenüber der KV Nordrhein abzurechnen.
3. Die 3. Protokollnotiz tritt am 01.02.2016 in Kraft und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden.
4. Sollte der Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der BARMER GEK vom 06.01.2015 gekündigt werden, wird diese Protokollnotiz zeitgleich gegenstandslos.