

Protokollnotizen:

1. Der Bewertungsausschuss überprüft nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für 2015 bis zum 30. September 2016 auf der Grundlage des Leistungsbedarfes der neu aufgenommenen Gebührenordnungsposition 04356, ob das jährliche Vergütungsvolumen in Höhe von 14,02 Mio. € im Jahr 2015 überschritten wurde. Sofern eine Überschreitung für das Jahr 2015 vorliegt, wird der Bewertungsausschuss beraten, welche Maßnahmen geeignet sind, eine weitere Überschreitung zu verhindern und ggf. weitere Entwicklungen zu monitorieren. Die Auswertung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.
2. Der Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, die Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfes der Gebührenordnungspositionen 04355 sowie 04356 nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für 2015 spätestens bis zum 30. September 2016 zu evaluieren und die Ergebnisse dem Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses zur Beratung vorzulegen.
3. Die Rechnungslegung der Gebührenordnungsposition 04356 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400 – Ärztliche Behandlung –, Ebene 6.

Empfehlung des Bewertungsausschusses

**nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 340. Sitzung
(schriftliche Beschlussfassung)**

**zur Finanzierung der Förderung von Leistungen und Strukturen
im hausärztlichen Versorgungsbereich im Zusammenhang
mit der Aufnahme der Gebührenordnungsposition 04356 in
den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**

mit Wirkung zum 1. Januar 2015

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Aufnahme der Gebührenordnungsposition 04356 zur Förderung von Leistungen und Strukturen im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung vom 22. Oktober 2012 sowie des Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 37. Sitzung am 25. September 2013 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Januar 2015 folgende Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab:

1. Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 wird die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 04356 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen.
2. Die Einführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 04356 führt nicht zu Einsparungen bei anderen Leistungen (Substitution).
3. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass der finanzielle Mehrbedarf der Einführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 04356 nicht durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen finanziert werden kann.

4. Die Finanzierung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 04356 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
5. Eine Überführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 04356 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfolgt nicht.

Vorbehalt: Die Bekanntmachung erfolgt gemäß § 87 Abs. 6 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). □

Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger

vom 29. September 2014

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hat nachfolgend aufgeführte Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (UV-GOÄ – Anlage zu § 51 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 1. Januar 2011, Stand 1. April 2014) beschlossen:

1. Im Teil A *Abrechnung der ärztlichen Leistungen* werden in Nr. 4.1.1 die Wörter „Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis“ gestrichen.
2. Im Teil G *Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie* werden die Leistungslegenden und Gebühren der Nrn. 855, 856 und 857 wie folgt neu gefasst:

Geb.-Nr.	Leistung	Allgemeine Heilbehandlung	Besondere Heilbehandlung
855	Projektive Testverfahren (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) Anzahl abhängig von Fragestellung (z. B. Rorschach-Test, TAT, ...) je Test	30,00 €	30,00 €
856	Standardisierte Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik einschließlich neuropsychologischer Verfahren (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) – leitliniengerechte Eingangs- und Verlaufsdagnostik Anzahl abhängig von Fragestellung, einschließlich Verfahren zur Beschwerdenvvalidierung (z. B. K-ABC, WIE, TAP, WMS, ...) je Test	45,00 €	45,00 €

Geb.-Nr.	Leistung	Allgemeine Heilbehandlung	Besondere Heilbehandlung
857	Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychischer Beschwerden (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) – leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik sowie Verlaufsmessung Anzahl abhängig von Fragestellung (z.B. BDI-II, BSCL, FPI, PSSI, HADS, IES-R, ETI, ...) je Test	15,00 €	15,00 €

Die Änderungen treten am 1. Januar 2015 in Kraft und werden veröffentlicht.

Berlin, den 29. September 2014

Für die Unfallversicherungsträger:
Dr. Joachim Breuer

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung:
Dr. Andreas Gassen

Mitteilungen

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben sich aufgrund der inhaltsgleichen Überführung der bisherigen Kostenpauschalen 40870 und 40872 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in das Kapitel 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf die Streichung des Abschnitts 40.18 EBM ab 1. Januar 2015 verständigt.

Bekanntmachungen

Beschluss

Nr. 4

durch die Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä)

zu Änderungen in Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2015

Die Partner des Bundesmantelvertrages beschließen:

1. **Streichung des Abschnitts 40.18 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)**

Gültig ab 1. Januar 2015

Das Unterschriftenverfahren zu dem Beschluss ist abgeschlossen. □

A.

Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 18./19. September 2014 beschlossen:

Art. 1

Satzungsänderung

Die Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung i. d. F. vom 28. Februar 2014 und 20./21. März 2014 wird wie folgt geändert und ergänzt:

- § 7 wird wie folgt geändert:
 - In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „drei“ ersetzt.
 - In Absatz 1 wird nach Nr. 2 folgende Nr. 3 angefügt:
„3. Ausschuss für die Koordinierung der ausschließlich hausärztlichen und fachärztlichen Angelegenheiten“.
 - Es wird folgender Absatz 4 angefügt:
„(4) Das Nähere zur Besetzung und zum Verfahren des Ausschusses nach Absatz 1 Nr. 3 regelt § 7b.“
- Nach § 7a wird folgender § 7b eingefügt:

„§ 7b

Ausschuss für die Koordinierung der hausärztlichen und fachärztlichen Angelegenheiten

- Aufgabe des Ausschusses nach § 7 Abs. 1 Nr. 3 ist es, über Anträge auf Entscheidungen der Vertreterversammlung zur Zuordnung von Beschlussvorlagen oder anderen Angelegenheiten zur ausschließlich hausärztlichen und ausschließlich fachärztlichen Versorgung eine Entscheidung zu treffen. Das Verfahren der Anrufung des Ausschusses richtet sich nach Absatz 6.
- Der Ausschuss hat insgesamt 15 Mitglieder. Ihm gehören kraft Amtes der Vorsitzende und die stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung sowie die Mitglieder des Vorstandes mit beratender Stimme an. Die weiteren Mitglieder mit Stimmrecht ergeben sich nach Absatz 3.
- Dem Ausschuss gehören mit Stimmrecht je fünf Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Kreis der hausärztlichen Versorgung und fünf Mitglieder aus dem Kreis der fachärztlichen Versorgung an. Diese Mitgliedergruppen setzen sich im Ausschuss wie folgt zusammen:
 - 5 Mitglieder der hausärztlichen Versorgungsebene: Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin), davon sollen nach Möglichkeit
1 Kinderarzt und
1 hausärztlicher Internist Mitglied sein.
 - 5 Mitglieder der fachärztlichen Versorgungsebene:
4 Fachärzte,
1 Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.