

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2015

1. Änderung der Nr. 1 der Präambel 3.1 EBM

- Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
 - Praktischen Ärzten,
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben, berechnet werden.

Sofern sich Regelungen im Kapitel 3 auf die Anzahl der Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 in einer Praxis beziehen, ist für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

2. Streichung der Nr. 8 der Präambel 3.1 EBM. Die bisherigen Anmerkungen 9 bis 11 werden Anmerkungen 8 bis 10.

- ~~Die in der Präambel genannten Vertragsärzte sind unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Anlage 8 des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) zur Abrechnung der Kostenpauschalen 40870 und 40872 berechtigt.~~

3. Änderung der Nr. 10 der Präambel 3.1 EBM

- ~~10.9.~~ Für die Gebührenordnungsposition 03230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet. Das Punktzahlvolumen beträgt 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. ~~11~~ **10** dieser

Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 45 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. **11** dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet. Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 werden nicht vergütet.

4. Änderung der Nr. 11 der Präambel 3.1 EBM

4.10. Relevant für die Fallzählung

- der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03230,
- **gemäß Nr. 1 der Präambel zum Abschnitt 3.2.1.2,**
- **der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03060**

sind **alle** Behandlungsfälle **im Quartal** gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), ausgenommen Notfälle im organisierten Not(-fall)dienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle. **In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten werden nur die o. g. Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen ein Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet.**

5. Aufnahme einer neuen Nr. 11 in die Präambel 3.1 EBM

11. Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Nr. 1 der Präambel 3.2.1.2 sowie zur Bemessung der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03060 ist die Anzahl der selektivvertraglichen Behandlungsfälle im Quartal bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen. Als Behandlungsfall werden ausschließlich selektivvertraglich eingeschriebene und/oder an der knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmende Versicherte mit tatsächlicher Inanspruchnahme von Leistungen eines Selektivvertrags gemäß § 73b SGB V / der knappschaftsärztlichen Versorgung gemäß Satz 1 Nr. 11 der Präambel 3.1 im jeweiligen Quartal gezählt. Dabei sind die selektivvertraglichen Behandlungsfälle von Versicherten zu zählen, bei denen im jeweiligen Quartal keine kollektivvertraglichen Leistungen gemäß § 73 SGB V von Ärzten gemäß § 73 Absatz 1a Nrn. 1, 3, 4 und 5 SGB V in derselben Praxis zusätzlich über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Sofern bei diesen selektivvertraglichen Behandlungsfällen zusätzlich einzelne Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs erbracht werden, die nicht Bestandteil des Selektivvertrages gemäß § 73b SGB V / des Vertrages zur knappschaftsärztlichen Versorgung sind und somit grundsätzlich im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung berechnet

werden, sind diese nicht als kollektivvertragliche Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 mitzuzählen.

6. Aufnahme eines Abschnitts 3.2.1.1 EBM und Überführung der Gebührenordnungspositionen 03000, 03010 und 03030 in den Abschnitt 3.2.1.1

3.2.1.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen

7. Aufnahme eines Abschnitts 3.2.1.2 EBM und Überführung der Gebührenordnungsposition 03040 in den Abschnitt 3.2.1.2

3.2.1.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung eines/von nicht-ärztlichen Praxisassistenten gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) mit mindestens 20 Wochenstunden angezeigt wurde. Weitere Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 ist die Erfüllung einer der folgenden Bedingungen:

- Die Praxis hat in den letzten vier Quartalen durchschnittlich eine Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und Nr. 11 je Quartal versorgt. Für die Bestimmung der Mindestzahl ist

- die Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 der Praxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu ermitteln

und

- je Quartal bis zu einer Anzahl von 1 (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) mit 860 Behandlungsfällen und bei einer Anzahl größer 1 mit 640 Behandlungsfällen für jeden weiteren Arzt (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) zu multiplizieren.

oder

- Die Praxis hat in den letzten vier Quartalen durchschnittlich eine Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und Nr. 11 je Quartal, die mindestens das 75. Lebensjahr vollendet haben, versorgt. Für die Bestimmung der Mindestzahl ist

- die Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 der Praxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu ermitteln

und

- je Quartal bis zu einer Anzahl von 1 (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) mit 160 und bei einer Anzahl größer 1 mit 120 Behandlungsfällen für jeden weiteren Arzt (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) zu multiplizieren.

Sofern bei einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 kein voller Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid vorliegt, ist die Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und Nr. 11 entsprechend dem Tätigkeitsumfang anteilig zu ermitteln.

Die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit dem angestellten nicht-ärztlichen Praxisassistenten ist gemäß § 8 Abs. 5 der Anlage 8 zum BMV-Ä der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 durch Ärzte, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist der Nachweis aller selektivvertraglichen/knappschaftsärztlichen Behandlungsfälle gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 im Quartal gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88194.
3. Erstmals zwei Jahre nach Erteilung der Genehmigung wird durch die Kassenärztliche Vereinigung geprüft, ob die Kriterien der Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 weiterhin erfüllt sind. Anschließend daran erfolgt eine jährliche Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung.
4. Die Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung
 - der berufsrechtlichen Bestimmungen,
 - der Anlage 8 zu § 15 Abs. 1 BMV-Ä und
 - der Voraussetzungen dieser Präambelberechnet werden, sofern die in diesen Gebührenordnungspositionen erbrachten Leistungen von entsprechend qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistenten erbracht werden.
5. Die Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 können vom delegierenden Vertragsarzt nur unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit des nicht-ärztlichen Praxisassistenten in ausreichender Form vom Arzt überwacht wird und dieser jederzeit erreichbar ist. Der Arzt ist im Falle des Hausbesuches regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag (außer Samstag), über die von dem nicht-ärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von dem nicht-ärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.

6. Neben den Gebührenordnungspositionen 03062 und 03063 können nur die folgenden Leistungen berechnet werden: Leistungen des Abschnitts 32.2 sowie die Gebührenordnungsposition 31600.
7. Die Gebührenordnungspositionen 03062 und 03063 können nur in Fällen berechnet werden, in denen eine Versichertenpauschale berechnet wurde.
8. **Änderung der 8. Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 03040 im Abschnitt 3.2.1.2 EBM**

Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 11 der Präambel 3.1, in an denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 11 der Präambel 3.1, in an denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1), ist ein Abschlag in Höhe von 14 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 11 der Präambel 3.1, in an denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, ist ein Aufschlag in Höhe von 14 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

9. **Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 in den Abschnitt 3.2.1.2 EBM**

03060 **Zuschlag zu der
Gebührenordnungsposition 03040**

Obligater Leistungsinhalt

- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten gemäß Anlage 8 und/oder Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterstützung bei der Betreuung von Patienten,
- Unterstützung bei der Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Information und Beratung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen,

je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1 Nr. 10

22 Punkte

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 03060 beträgt je Praxis 12.851 Punkte im Quartal.

Sofern Fälle der tatsächlichen Inanspruchnahmen einer Arztpraxis gemäß Präambel 3.1 Nr. 11 mit in die Fallzählung einfließen, reduziert sich der Höchstwert um jeweils 22 Punkte je Fall gemäß Präambel 3.1 Nr. 11, jedoch auf nicht weniger als 0 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 03060 wird entsprechend der Erklärung der Praxis durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bis zum Höchstwert zugesetzt.

03062

Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V **ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen** nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, wenn die Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vorliegen

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen des Patienten zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit,
- Dokumentation gemäß Nr. 5 der Präambel des Abschnitts 3.2.1.2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

166 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03062 ist auch für den ersten Besuch des nicht-ärztlichen Praxisassistenten im Rahmen der postoperativen Versorgung nach der Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistent darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.

Die Gebührenordnungsposition 03062 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03062 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03063 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03062 ist am Behandlungstag nicht neben den Kostenpauschalen 40240 und 40260 berechnungsfähig.

03063

Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V **ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen** nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, für einen weiteren Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft, für einen Patienten in Alten- oder Pflegeheimen und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 31600 bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nicht-ärztlicher
Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
 - Aufsuchen eines weiteren Patienten in
derselben sozialen Gemeinschaft (z. B.
Familie) zum Zweck der Versorgung in der
Häuslichkeit
- und/oder
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der
Versorgung in Alten- oder Pflegeheimen
- und/oder
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der
Versorgung in anderen beschützenden
Einrichtungen
- und/oder
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der
weiteren postoperativen Versorgung im
Rahmen der Gebührenordnungsposition
31600,
 - Dokumentation gemäß Nr. 5 der Präambel
des Abschnitts 3.2.1.2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8
zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte
Leistungen,

je Sitzung

122 Punkte

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistent darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.

Die Gebührenordnungsposition 03063 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 und 01415 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03063 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03062 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03063 ist am Behandlungstag nicht neben den Kostenpauschalen 40240 und 40260 berechnungsfähig.

10. Aufnahme der analogen Berechnungsausschlüsse der genannten Gebührenordnungspositionen

11. Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03060	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040	KA	./.	Keine Eignung
03062	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen	KA	./.	Keine Eignung
03063	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen für einen weiteren Patienten	KA	./.	Keine Eignung

Protokollnotizen:

1. Der Bewertungsausschuss analysiert innerhalb eines Zeitraums von fünf Abrechnungsjahren, beginnend ab Inkrafttreten dieses Beschlusses zum 1. Januar 2015, bis zum 30. Juni des dem Abrechnungsjahr folgenden Jahres (Auswertungsjahr) das durch diesen Beschluss ausgelöste Vergütungsvolumen für das vorangegangene Abrechnungsjahr. Die für die Überprüfung notwendige Auswertung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses. Sollten sich aus der Überprüfung Veränderungen des insgesamt bereitgestellten Vergütungsvolumens ergeben, wird der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar des dem Auswertungsjahr folgenden Jahres eine Anpassung der Bewertungen der Leistungen dieses Beschlusses, insbesondere der Gebührenordnungsposition 03060 – unter der Maßgabe, ein Vergütungsvolumen von insgesamt 117,98 Millionen Euro jährlich zukünftig auszuschöpfen, – beschließen. Erstmals nach drei Jahren prüft der Bewertungsausschuss mit dem Ziel, die strukturelle Förderung der Beschäftigung von qualifizierten Praxisassistenten mittelfristig auslaufen zu lassen, ob die strukturelle Förderung der Beschäftigung von qualifizierten Praxisassistenten durch eine ausschließlich leistungsbezogene Vergütung abgelöst werden kann.
2. Der Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses die Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfes der neu eingeführten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 und der ärztlichen Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415 sowie deren regionale Verteilung nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für das Jahr 2015 zu evaluieren. Zusätzlich ist der Umfang möglicher Verlagerungen zwischen ärztlichen Hausbesuchen und delegierten Hausbesuchen zu evaluieren. Das Institut des Bewertungsausschusses soll dem Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses bis zum 30. Juni 2015 ein entsprechendes Konzept zur Evaluation vorlegen. Der Bewertungsausschuss wird

nach Vorliegen der Ergebnisse prüfen, inwieweit sich hieraus ein Handlungsbedarf ergibt.

3. Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400 – Ärztliche Behandlung –, Ebene 6.
4. Zur Abbildung der für die Fallzählung gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 relevanten Behandlungsfälle wird die kodierte Zusatznummer 88194 in die Liste der kodierten Zusatznummern aufgenommen. In der Abrechnung der Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung sowie im Einzelfallnachweis wird diese kodierte Zusatznummer übertragen.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2015

1. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 03230 im Abschnitt 3.2.2 EBM

03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, **das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung**

Obligater Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
- mit einem Patienten und/oder
- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den **lebensverändernden Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen),**

2. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 04230 im Abschnitt 4.2.2 EBM

04230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, **das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung**

Obligater Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,

- mit einem Patienten und/oder
- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den **lebensverändernden** Erkrankung(en), **die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen),**

3. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil

Teil C

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2015

1. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 05222 in den Abschnitt 5.2 EBM

05222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
05220
einmal im Behandlungsfall 20 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 05222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

2. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 06222 in den Abschnitt 6.2 EBM

06222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
06220
einmal im Behandlungsfall 6 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 06222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

3. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 07222 in den Abschnitt 7.2 EBM

07222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
07220
einmal im Behandlungsfall 9 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 07222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

4. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungsposition 08220 im Abschnitt 8.2 EBM

08220 Zuschlag für die gynäkologische
Grundversorgung gemäß Allgemeiner
Bestimmung 4.3.8 zu den

Gebührenordnungspositionen 08210 bis
08212
einmal im Behandlungsfall **24 ~~30~~ Punkte**

5. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 08222 in den Abschnitt 8.2 EBM

08222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
08220
einmal im Behandlungsfall 6 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 08222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

6. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 09222 in den Abschnitt 9.2 EBM

09222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
09220
einmal im Behandlungsfall 7 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 09222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

7. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 10222 in den Abschnitt 10.2 EBM

10222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
10220
einmal im Behandlungsfall 5 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 10222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

8. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13222 in den Abschnitt 13.2.1 EBM

13222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
13220
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 13222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

9. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13294 in den Abschnitt 13.3.1 EBM

13294 Zuschlag zu den
Gebührenordnungspositionen 13290 bis
13292 für die angiologisch-internistische
Grundversorgung
einmal im Behandlungsfall 41 Punkte

*Der Zuschlag nach der
Gebührenordnungsposition 13294 kann nur in
Behandlungsfällen abgerechnet werden, in
denen ausschließlich die
Gebührenordnungspositionen 13290, 13291,
13292, 13296 und/oder 32001 berechnet
werden.*

10. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13296 in den Abschnitt 13.3.1 EBM

13296 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
13294
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 13296 wird
durch die zuständige Kassenärztliche
Vereinigung zugesetzt.*

11. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13344 in den Abschnitt 13.3.2 EBM

13344 Zuschlag zu den
Gebührenordnungspositionen 13340 bis
13342 für die endokrinologisch-internistische
Grundversorgung
einmal im Behandlungsfall 41 Punkte

*Der Zuschlag nach der
Gebührenordnungsposition 13344 kann nur in
Behandlungsfällen abgerechnet werden, in
denen ausschließlich die
Gebührenordnungspositionen 13340, 13341,
13342, 13346 und/oder 32001 berechnet
werden.*

12. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13346 in den Abschnitt 13.3.2 EBM

13346 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13344
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 13346 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

13. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13394 in den Abschnitt 13.3.3 EBM

13394 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung
einmal im Behandlungsfall 41 Punkte
Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13394 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13390, 13391, 13392, 13396 und/oder 32001 berechnet werden.

14. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13396 in den Abschnitt 13.3.3 EBM

13396 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13394
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 13396 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

15. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13494 in den Abschnitt 13.3.4 EBM

13494 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 für die hämato-/onkologisch-internistische Grundversorgung
einmal im Behandlungsfall 41 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13494 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13490, 13491, 13492, 13496 und/oder 32001 berechnet werden.

16. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13496 in den Abschnitt 13.3.4 EBM

13496 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13494
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 13496 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

17. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13543 in den Abschnitt 13.3.5 EBM

13543 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 für die kardiologisch-internistische Grundversorgung
einmal im Behandlungsfall 41 Punkte
Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13543 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13540, 13541, 13542, 13544 und/oder 32001 berechnet werden.

18. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13544 in den Abschnitt 13.3.5 EBM

13544 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13543
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 13544 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

19. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13594 in den Abschnitt 13.3.6 EBM

13594 Zuschlag zu den
Gebührenordnungspositionen 13590 bis
13592 für die nephrologisch-internistische
Grundversorgung
einmal im Behandlungsfall 41 Punkte

*Der Zuschlag nach der
Gebührenordnungsposition 13594 kann nur in
Behandlungsfällen abgerechnet werden, in
denen ausschließlich die
Gebührenordnungspositionen 13590, 13591,
13592, 13596 und/oder 32001 berechnet
werden.*

20. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13596 in den Abschnitt 13.3.6 EBM

13596 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
13594
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 13596 wird
durch die zuständige Kassenärztliche
Vereinigung zugesetzt.*

21. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13644 in den Abschnitt 13.3.7 EBM

13644 Zuschlag zu den
Gebührenordnungspositionen 13640 bis
13642 für die pneumologisch-internistische
Grundversorgung
einmal im Behandlungsfall 41 Punkte

*Der Zuschlag nach der
Gebührenordnungsposition 13644 kann nur in
Behandlungsfällen abgerechnet werden, in
denen ausschließlich die
Gebührenordnungspositionen 13640, 13641,
13642, 13646 und/oder 32001 berechnet
werden.*

22. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13646 in den Abschnitt 13.3.7 EBM

13646 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
13644
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 13646 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

23. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13694 in den Abschnitt 13.3.8 EBM

13694 Zuschlag zu den
Gebührenordnungspositionen 13690 bis
13692 für die rheumatologisch-internistische
Grundversorgung
einmal im Behandlungsfall 41 Punkte
Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13694 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13690, 13691, 13692, 13696 und/oder 32001 berechnet werden.

24. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13696 in den Abschnitt 13.3.8 EBM

13696 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
13694
einmal im Behandlungsfall 11 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 13696 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

25. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 14216 in den Abschnitt 14.2 EBM

14216 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
14214
einmal im Behandlungsfall 23 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 14216 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

26. Änderung der Nr. 2 der Präambel 16.1

2. Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 **sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225.**

27. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungsposition 16215 im Abschnitt 16.2 EBM

16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	
	einmal im Behandlungsfall	39 40 Punkte

28. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 16217 in den Abschnitt 16.2 EBM

16217	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16215	
	einmal im Behandlungsfall	10 Punkte
	<i>Die Gebührenordnungsposition 16217 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.</i>	

29. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 18222 in den Abschnitt 18.2 EBM

18222	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 18220	
	einmal im Behandlungsfall	8 Punkte
	<i>Die Gebührenordnungsposition 18222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.</i>	

30. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 20222 in den Abschnitt 20.2 EBM

20222	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 20220	
	einmal im Behandlungsfall	7 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 20222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

31. Änderung der Nr. 2 der Präambel 21.1

2. Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 **sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225.**

32. Änderung der Gebührenordnungsposition 21218 im Abschnitt 21.2 EBM

21218 Zuschlag für die psychiatrische **und nervenheilkundliche** Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis **21215 21212**

einmal im Behandlungsfall **44 40** Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 21218 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

33. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 21219 in den Abschnitt 21.2 EBM

21219 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 21218

einmal im Behandlungsfall 12 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 21219 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

34. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 21225 in den Abschnitt 21.2 EBM

21225 Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den

Gebührenordnungspositionen 21213 bis
21215

einmal im Behandlungsfall 39 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 21225 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

35. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 21226 in den Abschnitt 21.2 EBM

21226 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
21225

einmal im Behandlungsfall 10 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 21226 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

36. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 22218 in den Abschnitt 22.2 EBM

22218 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
22216

einmal im Behandlungsfall 44 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 22218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

37. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 23218 in den Abschnitt 23.2 EBM

23218 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
23216

einmal im Behandlungsfall 44 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 23218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

38. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 26222 in den Abschnitt 26.2 EBM

26222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
26220
einmal im Behandlungsfall 9 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 26222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

39. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 27222 in den Abschnitt 27.2 EBM

27222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition
27220
einmal im Behandlungsfall 17 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 27222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

40. Änderung der Markierung von Gebührenordnungspositionen im Anhang 3 des EBM

Die folgenden Gebührenordnungspositionen des Anhangs 3 werden mit einem „*“ gemäß der Anmerkung Nr. 3) zum Anhang 3 gekennzeichnet:

01783, 01792, 01816, 01833, 01840

Bei folgender Gebührenordnungsposition des Anhangs 3 wird die Kennzeichnung mit einem „*“ gemäß der Anmerkung Nr. 3) zum Anhang 3 entfernt:

01701

41. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
05222	Zuschlag zur GOP 05220	KA	./.	Keine Eignung
06222	Zuschlag zur GOP 06220	KA	./.	Keine Eignung
07222	Zuschlag zur GOP 07220	KA	./.	Keine Eignung
08222	Zuschlag zur GOP 08220	KA	./.	Keine Eignung
09222	Zuschlag zur GOP 09220	KA	./.	Keine Eignung
10222	Zuschlag zur GOP 10220	KA	./.	Keine Eignung
13222	Zuschlag zur GOP 13220	KA	./.	Keine Eignung
13294	Zuschlag für die angiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13296	Zuschlag zur GOP 13294	KA	./.	Keine Eignung
13344	Zuschlag für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13346	Zuschlag zur GOP 13344	KA	./.	Keine Eignung
13394	Zuschlag für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13396	Zuschlag zur GOP 13394	KA	./.	Keine Eignung
13494	Zuschlag für die hämato-/onkologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13496	Zuschlag zur GOP 13494	KA	./.	Keine Eignung
13543	Zuschlag für die kardiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13544	Zuschlag zur GOP 13543	KA	./.	Keine Eignung
13594	Zuschlag für die nephrologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13596	Zuschlag zur GOP 13594	KA	./.	Keine Eignung
13644	Zuschlag für die pneumologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13646	Zuschlag zur GOP 13644	KA	./.	Keine Eignung
13694	Zuschlag für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13696	Zuschlag zur GOP 13694	KA	./.	Keine Eignung
14216	Zuschlag zur GOP 14214	KA	./.	Keine Eignung
16217	Zuschlag zur GOP 16215	KA	./.	Keine Eignung
18222	Zuschlag zur GOP 18220	KA	./.	Keine Eignung

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20222	Zuschlag zur GOP 20220	KA	./.	Keine Eignung
21218	Zuschlag für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21219	Zuschlag zur GOP 21218	KA	./.	Keine Eignung
21225	Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21226	Zuschlag zur GOP 21225	KA	./.	Keine Eignung
22218	Zuschlag zur GOP 22216	KA	./.	Keine Eignung
23218	Zuschlag zur GOP 23216	KA	./.	Keine Eignung
26222	Zuschlag zur GOP 26220	KA	./.	Keine Eignung
27222	Zuschlag zur GOP 27220	KA	./.	Keine Eignung

Protokollnotizen:

1. Der Bewertungsausschuss überprüft zeitnah nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für das 2. Quartal 2015 auf der Grundlage des Leistungsbedarfes der neu eingeführten Zuschläge zu den Pauschalen zur fachärztlichen Grundversorgung im 1. und 2. Quartal 2015, ob das jährliche Vergütungsvolumen in Höhe von 125,36 Mio. € im Jahr 2015 überschritten wird. Sofern eine potentielle Überschreitung für das Jahr 2015 angenommen werden kann, wird der Bewertungsausschuss beraten, welche Maßnahmen geeignet sind, eine weitere Überschreitung zu verhindern und ggf. weitere Entwicklungen zu monitoren. Die Auswertung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.
2. Die vom Bewertungsausschuss mit diesem Beschluss in den EBM aufgenommenen Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung können von den Kassenärztlichen Vereinigungen ausschließlich in Behandlungsfällen zugesetzt werden, in denen die bundeseinheitlichen Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs gemäß 4.3.8 der Allgemeinen Bestimmungen, der Kennzeichnung des Anhangs 3 des EBM sowie der leistungsspezifischen Abrechnungsbestimmungen unverändert angewendet werden.
3. Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400 – Ärztliche Behandlung –, Ebene 6.

Teil D

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014

**zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein
Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4
Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen
nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2015**

sowie

**Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren
zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das
SGB V vorgesehenen Fällen für das Jahr 2015**

mit Wirkung zum 25. November 2014

I. Anpassung von Teil A

**Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung
der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der
einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr
2015**

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, Teil A, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2015 wird wie folgt geändert:

Der Punkt am Ende des ersten Satzes von Nr. 2.2.4 wird gestrichen und folgender Halbsatz angefügt:

„und aufgrund der basiswirksamen Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur weiteren Förderung der fachärztlichen Grundversorgung für die vier Abrechnungsquartale des Jahres 2015 zusätzlich um 0,0277 % basiswirksam zu erhöhen.“

II. Anpassung von Teil B

Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen für das Jahr 2015

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, Teil B, zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen für das Jahr 2015 wird wie folgt geändert.

(1) In den ersten Satz von Nr. 2 werden hinter dem Wort „fortentwickelten“ folgende Wörter eingefügt:

„und aufgrund der basiswirksamen Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur weiteren Förderung der fachärztlichen Grundversorgung für die vier Abrechnungsquartale des Jahres 2015 zusätzlich um 0,0277 % basiswirksam erhöhten“

(2) Die Ziffer 2. von Nr. 3.1.2 wird wie folgt neu gefasst:

3.1.2 Weitere Verfahrensgrundsätze

2. Doppelbereinigungen von Leistungen für einen Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen einer Krankenkasse oder aufgrund eventueller Überschneidungen mit der Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung sind nicht zulässig. Bereinigungen erfolgen höchstens, solange der bereinigte Behandlungsbedarf der Krankenkasse für Versicherte mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk noch nicht negativ ist.