

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 141. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und zu den Regelleistungsvolumen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes

mit Wirkung zum 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008

Präambel

Die Partner der Bundesmantelverträge haben vereinbart, die Kennzeichnung der Abrechnung durch den Vertragsarzt mit der Arzt- und Betriebsstättennummer erst mit Wirkung zum 1. Juli 2008 in Kraft zu setzen. Daher können die folgenden Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen bis zum 30. Juni 2008 nicht umgesetzt werden. Der Bewertungsausschuss legt deshalb für den Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008 das Folgende fest:

1. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

- 1.1 Die Allgemeine Bestimmung 4.3.6 gilt in der Zeit vom 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008 nicht.
 - 1.1.1 Die Abrechnungsbestimmung zur Gebührenordnungsposition 32001 wird in diesem Zeitraum wie folgt gefasst:
„Je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen“
 - 1.1.2 Die Begrenzungsmaßnahmen der Abschnitte 32.2 und 32.3 werden in diesem Zeitraum auf die Arztpraxis bezogen. Die entsprechenden Regelungen des bis zum 31. Dezember 2007 gültigen EBM in den Präambeln der Abschnitte 32.2 und 32.3 sind bis zum 30. Juni 2008 anzuwenden.
- 1.2 Die Regelung der Allgemeinen Bestimmungen nach 5.2 wird im Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008 außer Kraft gesetzt. Stattdessen gilt in diesem Zeitraum das Folgende:

Bei der Abrechnung sind die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in versorgungsbereichs- und/oder arztgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V gemäß § 44 Abs. 6 BMV-Ä bzw. § 34 Abs. 12 EKV arztbezogen zu kennzeichnen.

- 1.3 Der Arztfallbezug bei den Höchstwertregelungen zu den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 02312, 02313, 035300, 35301, 35302 wird im Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008 außer Kraft gesetzt. Stattdessen gilt der Bezug der Höchstwerte in diesem Zeitraum auf den Behandlungsfall.
- 1.4 Die Abstufungsregelung zu den Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 bezieht sich auf die (Neben-)Betriebsstätte. Stattdessen gilt dieser Bezug auf die Arztpraxis im Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008.
- 2. Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 85 Abs. 4a SGB V zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V**
- 2.1 Zur Umsetzung der mit den Änderungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen zum 1. Januar 2008 aufgenommenen Regelung im 4. Absatz zu III. 3.1 sind die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in Teilberufsausübungsgemeinschaften arztbezogen zu kennzeichnen.