

B E S C H L U S S

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 126. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

mit Wirkung zum 1. April 2007

1 Änderung der Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 05370

Die Leistung nach der Nr. 05370 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02320 bis 02323 und 02330 berechnungsfähig.

2 Analoge Aufnahme der Berechnungsausschluss-Regelung bei den Leistungen nach den Nrn. 02320 bis 02323 und 02330

3 Änderung in der Nr. 3 der Präambel 8.1 zu Kapitel 8 (Frauenärztliche Leistungen, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin)

3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Leistungen nach den Nrn. 05360, 05361, 05372, 19310 bis 19312 und 19331 berechnen.

4 Änderung in der Nr. 2 der Präambel 36.1 zu Kapitel 36 (Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Leistungen. Konservativ belegärztlicher Bereich

2. Belegärztlich-konservativer Bereich
 - Die Leistungen des Abschnitts 36.6 sind Vertragsärzten vorbehalten, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten haben.
 - Die Leistungen nach den Nrn. 36861 und 36867 können während eines stationären Aufenthaltes nicht neben den Leistungen der Abschnitte 31.2 bis 31.5, 36.2, 36.3 und 36.5 berechnet werden.

5 Änderung der Nr. 3 der Präambel 36.6.1 zu Abschnitt 36.6 (Belegärztlich konservativer Bereich)

3. Die Komplexleistungen nach den Nrn. 13300, 13550 und 13650 sind im belegärztlichen Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Entgegen 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen sind stattdessen die in den obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalten genannten Teilleistungen jeweils gesondert, ggf. mehrfach berechnungsfähig. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge sind die Leistungen nach den Nrn. 13251 bis 13255 und 13257 im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall für die unter 36.6.3 Nr. 1 und 2 genannten Vertragsärzte auch ohne Definitionsauftrag bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Regionale Regelungen bleiben hiervon unberührt.

B E S C H L U S S

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 126. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil B

mit Wirkung vom 1. April 2007 bis 30. September 2007

1 Verlängerung der befristet vorgegebenen Leistungen des Abschnitts 34.4.7 MRT-Angiographien sowie der Vorgaben zu deren Berechnung bis zum 30. September 2007

Verlängerung des Beschlusses zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 103. Sitzung (amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 30, vom 29. Juli 2005, Seite A-2123).

Die bisherigen Verlängerungen durch den Bewertungsausschuss erfolgten bis zum 30. Juni 2006 in seiner 111. Sitzung am 16. Dezember 2005 (amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 1-2, vom 9. Januar 2006, Seite A-73 bis A-74), bis zum 31. Dezember 2006 in seiner 114. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 26, vom 30. Juni 2006, Seite A-1855) sowie in seiner 119. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 46, vom 17. November 2006, Seite A-3141).