

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V
zur Konkretisierung des Beschlusses des Erweiterten
Bewertungsausschusses in seiner 7./8. Sitzung am
27./28. August 2008 für im Rahmen der überbezirklichen
Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der
morbiditybedingten Gesamtvergütung erbrachte Leistungen
in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009**

mit Wirkung zum 1. Januar 2009

1. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditybedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V erbrachten Leistungen mit dem am Ort der Leistungserbringung jeweils gültigen, ggf. quotierten Punktwert vergütet werden.
2. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe beschließt der Bewertungsausschuss folgende Ergänzungen des Beschlussteils B:
 - a. Bei Nr. 1.2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
„Diese enthalten auch die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87a Abs. 3a SGB V erbrachten Leistungen.“
 - b. Nr. 3 wird ergänzt um:
„Der so festgestellte Behandlungsbedarf umfasst alle in Anspruch genommenen Leistungen eines Versicherten, die der morbidityorientierten Gesamtvergütung zuzuordnen sind, d. h. auch die im Falle einer überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87a Abs. 3a SGB V erbrachten entsprechenden Leistungen.“
 - c. Nach Nr. 5 wird folgender Absatz eingefügt:

6. Vergütung von Leistungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung

„Die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditybedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen mit Ausnahme des sich ggf. aus Beschluss Teil E ergebenden nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfes sind Bestandteil des Behandlungsbedarfes und unterliegen den in diesem Beschlussteil und im Beschlussteil F getroffenen Regelungen. Die Krankenkassen haben in 2009 ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditybedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen.“

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V zur Konkretisierung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 für im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachte Leistungen

in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

1. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V erbrachten Leistungen mit dem am Ort der Leistungserbringung jeweils gültigen, ggf. quotierten Punktwert vergütet werden.
2. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe beschließt der Bewertungsausschuss folgende Ergänzungen des Beschlusstils B:
 - a. Bei Nr. 1.2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
„Diese enthalten auch die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87a Abs. 3a SGB V erbrachten Leistungen.“
 - b. Nr. 1.5 wird ergänzt um:
„Der so festgestellte Behandlungsbedarf umfasst alle in Anspruch genommenen Leistungen eines Versicherten, die der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zuzuordnen sind, d. h. auch die im Falle einer überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87a Abs. 3a SGB V erbrachten entsprechenden Leistungen.“
 - c. Nach Nr. 6 wird folgender Absatz eingefügt:

7. Vergütung von Leistungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung
„Die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen mit Ausnahme des sich ggf. aus Beschluss Teil E ergebenden nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes sind Bestandteil des Behandlungsbedarfes und unterliegen den in diesem Beschlussteil und im Beschlussteil F getroffenen Regelungen. Die Krankenkassen haben in 2010 ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen.“