

B E S C H L U S S

des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 26. Sitzung am 22. Dezember 2010

zur Konkretisierung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 für im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachte Leistungen in den Jahren 2011 und 2012

mit Wirkung zum 1. Januar 2011

1. Der Erweiterte 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. Dazu beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 15.10.2010 [www.institut-ba.de], Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 44 vom 5.11.2010, A 2193–2195), zuletzt geändert durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 25. Sitzung am 24. November 2010 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 15.12.2010 [www.institut-ba.de]), wie folgt zu ergänzen:
 - a. In Nr. 2.2 werden nach der Angabe „Teil B“ folgende Wörter eingefügt:

„sowie unter Berücksichtigung der Nr. 2a. und 2b. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009 für das Jahr 2010“.
 - b. Nach Nr. 2.5 wird folgende Nr. 2.6 eingefügt:

„2.6 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 Nr. 3.1 ergebenden nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind Bestandteil des Behandlungsbedarfs und unterliegen den in diesem Beschluss und im Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen getroffenen Regelungen. Die Krankenkassen haben 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.“