

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 755. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zu Grundsätzen zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Überführung von Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

mit Wirkung zum 1. Dezember 2024

Der Bewertungsausschuss beschließt folgende Grundsätze zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Überführung von Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:

1. Eine Überführung von Leistungen aus der extrabudgetären Vergütung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die durch Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V beschlossen wurde, erfolgt grundsätzlich nur zum 1. Januar des Abrechnungsjahres.
2. Dies gilt mit der Maßgabe, dass die Abgrenzungsänderung bis einschließlich 30. Juni des Vorjahres beschlossen wurde. Andernfalls erfolgt die Überführung zum 1. Januar des Folgejahres.
3. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, den zuständigen Arbeitsgruppen des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Beratungen zu den jeweiligen Überführungsempfehlungen zu Nr. 1 jährlich bis zum 31. Oktober eine Auflistung der für eine Überführung in Frage kommenden Leistungsbereiche zur Verfügung zu stellen, erstmals abweichend bis zum 10. Dezember 2024. Auf dieser Grundlage legen die Arbeitsgruppen bis zum 31. Dezember – erstmals abweichend bis zum 31. Januar 2025 – fest, zu welchen Leistungsbereichen das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt wird, sobald möglich, spätestens bis zum 28. Februar – erstmals abweichend spätestens bis zum 31. März 2025 – eine Standardauswertung zu erstellen und den Arbeitsgruppen vorzulegen. Diese soll für die letzten bis zu fünf zurückliegenden Jahre die folgenden Kennzahlen jeweils für den Leistungsbereich gesamt sowie für die einzelnen Leistungen des Leistungsbereiches auf Jahres- und Quartalsebene sowie zusätzlich getrennt nach Fachgruppe des abrechnenden Arztes und umfassen:

- a. Leistungshäufigkeit gesamt und je KV-Bezirk und je 100.000 Versicherten,
 - b. Leistungsbedarf in Punkten (bei Leistungen aus Kapitel 32 und 40: Leistungsbedarf in Euro), Leistungsbedarf gemäß EuroGO in Euro gesamt und je KV-Bezirk,
 - c. Anzahl Behandlungsfälle gesamt und je KV-Bezirk,
 - d. Anzahl Patienten gesamt und je KV-Bezirk,
 - e. Anzahl abrechnende Ärzte und Praxen gesamt und je KV-Bezirk.
4. Nr. 1 gilt auch für die Überführung von Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Sofern die Frist zur Überführung gemäß Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01645 (Zweitmeinungsverfahren) in den EBM, oder entsprechender Folgebeschlüsse, nicht auf den 1. Januar fällt, sind die Leistungen der Zweitmeinung zum 1. Januar des Folgejahres zu überführen. Dies gilt für Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens, die ab dem Jahr 2026 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden.