

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 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

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Im Zusammenhang mit der Überführung von Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird in Nr. 1 der Grundsatz festgelegt, dass die Überführung von Leistungen aus der extrabudgetären Vergütung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 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 grundsätzlich nur zum 1. Januar eines Abrechnungsjahres erfolgt.

In Nr. 2 wird ergänzend klargestellt, dass die Überführungen, die zum 1. Januar eines Jahres erfolgen sollen, jeweils bis zum 30. Juni des Vorjahres beschlossen werden sollen.

In Nr. 3 wird das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung dieser jährlichen Beschlüsse mit der Erstellung von Standardauswertungen beauftragt.

In Nr. 4 wird klargestellt, dass Leistungen der Zweitmeinung ebenfalls grundsätzlich nur zum 1. Januar eines Abrechnungsjahres überführt werden.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Dezember 2024 in Kraft.