

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b SGB V zur auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden morbiditybedingten Gesamtvergütung

mit Wirkung zum 1. April 2023

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden morbiditybedingten Gesamtvergütung (MGV). Die Festsetzung der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV gilt für die Quartale 2/2023 bis 4/2023 sowie deren Fortschreibung in den Folgejahren.

1. Zeitraum der erstmaligen Festsetzung

Die erstmalige Festsetzung der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV erfolgt in den Quartalen 2/2023 bis 4/2023.

2. Zugrunde zu legende Leistungen

Zugrunde zu legen ist für alle in Nr. 1 genannten Quartale das gemäß dem Verteilungsmaßstab im 2. Quartal 2022 ausgezahlte Honorarvolumen für Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, sofern diese Leistungen der MGV des aktuellen Abrechnungsquartals zugehörig sind.

Dazu gehören auch die Leistungen, die im 2. Quartal 2022 entsprechend der zwischenzeitlich aufgehobenen Neupatientenregelung extrabudgetär vergütet und seit dem 1. Quartal 2023 in die MGV rückgeführt wurden. Dazu ist der auf die Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 entfallende Anteil des Rückführungsbetrags für Neupatienten

für jede Kassenärztliche Vereinigung durch das Institut des Bewertungsausschusses zu bestimmen. Die Ergebnisse werden der AG Aufsatzwerte zur Freigabe vorgelegt und als Anlage zu diesem Beschluss veröffentlicht.

Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, wie auch die als nicht vorsehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs (NVA) gekennzeichneten Leistungen, insoweit hierfür zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt wurden, sind nicht zu berücksichtigen; der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 540. Sitzung mit der MGV verrechnete Anteil der als NVA gekennzeichneten Leistungen ist demnach zu berücksichtigen. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz (gemäß der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind (nicht vertragskonforme Inanspruchnahme).

3. Erstmalige Festsetzung der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV auf Basis des ausgezahlten Honorarvolumens im 2. Quartal 2022

Auf Basis des 2. Quartals 2022 wird für alle in Nr. 1 genannten Quartale sowie als Ausgangswert für das 1. Quartal 2024 das nach dem Verteilungsmaßstab ausgezahlte Honorarvolumen für gemäß Nr. 2 definierte Leistungen für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten sowie – insofern diese innerhalb der MGV vergütet werden – für die Wohnausländer mit Kassensitz im jeweiligen KV-Bezirk bestimmt. Dazu wird die Satzart ARZTRG87aKA_IK für das 2. Quartal 2022 mit dem Korrekturstand 15. Juni 2023 herangezogen. Etwaige Zuschläge gemäß Nr. 4 sind nicht einzubeziehen.

Sofern in einem KV-Bezirk die TSVG-Korrektur gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022 noch nicht in den Honorarzahungen des 2. Quartals 2022 berücksichtigt wurde oder die Verwendung von NVA-Zahlungen aus anderen Quartalen bis einschließlich 4/2021 erfolgt ist, wird dies den Krankenkassen transparent gemacht und das auf die gemäß Nr. 2 definierten Leistungen entfallende Volumen vom nach Satz 1 bestimmten Honorarvolumen einvernehmlich abgezogen.

Die Summe der für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte ausgezahlten Honorarvolumen abzüglich des nach Nr. 4 bestimmten garantierten Zuschlagsvolumens für Kinder- und Jugendmedizin bildet die zugrunde zu legende erstmalig festgesetzte, auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallende MGV.

4. Bestimmung des garantierten Zuschlagsvolumens für Kinder- und Jugendmedizin im 2. Quartal 2022

Zudem werden für den Fall, dass das Honorarvolumen für die in Nr. 2 definierten Leistungen im 2. Quartal 2022 nach dem Verteilungsmaßstab innerhalb der MGV ausgezahlte Zuschläge enthielt, diese gemäß § 87a Abs. 3b Satz 5 SGB V von den regionalen Gesamtvertragspartnern ab dem 2. Quartal 2023 mit befreiender Wirkung als Zuschläge in der MGV vereinbart und dafür aus der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV als garantiertes Zuschlagsvolumen für die Kinder- und Jugendmedizin für Leistungen gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V herausgelöst. Dazu verständigen sich die regionalen Gesamtvertragspartner auf das Volumen der im 2. Quartal 2022 auf die Förderung der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden Zuschläge.

5. Fortschreibung der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV nach Nr. 3 sowie des garantierten Zuschlagsvolumens für Kinder- und Jugendmedizin nach Nr. 4 ab dem Jahr 2024

Bei der Fortschreibung auf das aktuelle Quartal sind ab dem Jahr 2024 die Anpassung des regionalen Punktwerts, die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV bzw. das garantierte Zuschlagsvolumen für Kinder- und Jugendmedizin betreffenden Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie weitere ggf. regional vereinbarte Anpassungen und die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen. Ausgangswert für das 1. Quartal 2024 ist der gemäß Nr. 3 bestimmte Wert.

Für den Fall von Eindeckelungen, die die auf Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV betreffen, ist das Verfahren gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 654. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), oder entsprechenden Folgebeschlüssen anzuwenden.

Sollten dem Kapitel 4 neue Leistungen zugeordnet oder Bewertungsanpassungen vorgenommen werden, beschließt der Bewertungsausschuss zu der notwendigen Anpassung der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV.

Für im Gesetz vorgesehene Bereinigungen sind die Verfahren gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 622. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, oder entsprechenden Folgebeschlüssen

analog anzuwenden und die ermittelten Beträge aus der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV bzw. aus dem garantierten Zuschlagsvolumen für Kinder- und Jugendmedizin zu bereinigen.

6. Honorierung und Vergütung im jeweiligen Abrechnungsquartal

Die Honorierung und Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß Nr. 2 im jeweiligen Abrechnungsquartal kann aus bis zu drei Bestandteilen bestehen:

1. Die in Nr. 2 definierten Leistungen werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung vergütet. Sofern die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV hierfür nicht ausreicht, erfolgen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen. Die Ausgleichszahlung für eine Kassenärztliche Vereinigung ergibt sich je Quartal als Differenz zwischen dem für die in Nr. 2 definierten Leistungen erbrachten Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks und der (ggf. gemäß Nr. 5 fortgeschriebenen) MGV, die auf die Kinder- und Jugendmedizin nach Nr. 3 entfällt. Die Höhe der Ausgleichszahlung für eine Kassenärztliche Vereinigung ist zu dokumentieren und auf die Krankenkassen nach ihrem jeweiligen Anteil an den gemäß Nr. 2 abgegrenzten Leistungen im jeweiligen Quartal aufzuteilen gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 654. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), oder entsprechenden Folgebeschlüssen.
2. Sofern die (ggf. gemäß Nr. 5 fortgeschriebene) auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nach Nr. 3 die Vergütung der in Nr. 2 definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung übersteigt, werden gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V durch die regionalen Gesamtvertragspartner mit befreiender Wirkung aus der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV zu zahlende Zuschläge vereinbart.
3. Im Falle eines vorhandenen (ggf. gemäß Nr. 5 fortgeschriebenen) garantierten Zuschlagsvolumens für Kinder- und Jugendmedizin nach Nr. 4 werden gemäß § 87a Abs. 3b Satz 5 SGB V durch die regionalen Gesamtvertragspartner weitere mit befreiender Wirkung aus dem garantierten Zuschlagsvolumen für Kinder- und Jugendmedizin zu zahlende Zuschläge vereinbart.

7. Transparenz

Die Kassenärztlichen Vereinigungen dokumentieren die erstmaligen Bestimmungen sowie die Fortschreibungen gemäß den Nrn. 3 bis 5 gegenüber den Krankenkassen anhand einer Excel-Tabelle, die den jeweiligen Rechenweg abbildet. Die Struktur dieser Excel-Tabelle wird vom Institut des Bewertungsausschusses entwickelt, in der AG Aufsatzwerte abgestimmt und vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Darüber hinaus übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen diese ausgefüllten Excel-Tabellen jeweils gemäß § 87 Abs. 3f SGB V über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses, welches diese jeweils der AG Aufsatzwerte zur Verfügung stellt.

Protokollnotizen:

1. Die Rechnungslegung der Leistungen des Kapitels 4 EBM sowie ggf. regional hierfür vereinbarter Zuschläge erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400 – ärztliche Behandlung – Ebene 6.
2. Die Rechnungslegung der Vergütung für Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V erfolgt im Formblatt 3 im neuen Vorgang 24, Konto 4000, Budgetkennung 2.

Anlage:

Anlage Rückführungsbeträge für Neupatienten für Leistungen gemäß Nr. 2

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b SGB V zur auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Rückführungsbeträge für Neupatienten für Leistungen gemäß Nr. 2:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	11.630.674	Punkte
- Für den KV-Bezirk Hamburg	8.196.109	Punkte
- Für den KV-Bezirk Bremen	2.442.766	Punkte
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	26.701.243	Punkte
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	24.397.358	Punkte
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	30.292.890	Punkte
- Für den KV-Bezirk Hessen	20.290.934	Punkte
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	14.074.280	Punkte
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	35.686.513	Punkte
- Für den KV-Bezirk Bayern	42.315.211	Punkte
- Für den KV-Bezirk Berlin	16.739.093	Punkte
- Für den KV-Bezirk Saarland	2.985.108	Punkte
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	4.810.549	Punkte
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	7.768.610	Punkte
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	7.026.950	Punkte
- Für den KV-Bezirk Thüringen	6.357.530	Punkte
- Für den KV-Bezirk Sachsen	12.969.814	Punkte