

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 804. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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

mit Wirkung zum 1. Oktober 2025

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt in einer Neufassung mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Die Festsetzung der auf diese Leistungen entfallenden MGV (Kinderarzt-MGV) gilt für die Quartale 2/2023 bis 4/2023 sowie deren Fortschreibung in den Folgejahren.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) tritt mit zeitgleicher Wirkung außer Kraft.

1. Zeitraum der erstmaligen Festsetzung

Die erstmalige Festsetzung der Kinderarzt-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 04004 und 04005 EBM sowie mit Wirkung bis einschließlich dem Abrechnungsquartal 3/2025 auch mit Ausnahme der Versichertenpauschale 04003, jeweils 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 (schriftliche Beschlussfassung) 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 Kinderarzt-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 Honorarzahllungen 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 Kinderarzt-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 Kinderarzt-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 Kinderarzt-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 die Kinderarzt-MGV bzw. das garantierte Zuschlagsvolumen für Kinder- und Jugendmedizin betreffenden Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V, weitere ggf. regional vereinbarte Anpassungen und die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses sowie mit Wirkung ab dem Abrechnungsquartal 4/2025 auch der Kassenwechslereffekt zu berücksichtigen, wobei für die Abrechnungsquartale 4/2025 bis 3/2026 die Kassenwechslereffekte seit dem Jahr 2023 kumulativ anzuwenden sind. Ausgangswert für das 1. Quartal 2024 ist der gemäß Nr. 3 bestimmte Wert.

Für den Fall von Eindeckelungen, die die Kinderarzt-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 Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, oder entsprechenden Folgebeschlüssen anzuwenden.

Sollten dem Kapitel 4 neue Leistungen zugeordnet, Bewertungsanpassungen vorgegeben oder Verschiebungen von Leistungen in die bzw. aus der Kinderarzt-MGV vorgenommen werden, beschließt der Bewertungsausschuss zu der notwendigen Anpassung der Kinderarzt-MGV. Die Umsetzung kann auch durch entsprechende Abbildung in der Excel-Tabelle gemäß Nr. 7 erfolgen.

Für im Gesetz vorgesehene Bereinigungen sind die Verfahren gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 489. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 759. Sitzung

(schriftliche Beschlussfassung), bzw. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 748. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), oder entsprechenden Folgebeschlüssen analog anzuwenden und die ermittelten Beträge aus der Kinderarzt-MGV bzw. aus dem garantierten Zuschlagsvolumen für Kinder- und Jugendmedizin zu bereinigen.

6. Honorierung und Vergütung im jeweiligen Abrechnungsquartal ab dem 2. Quartal 2023

Die Honorierung und Vergütung der Leistungen 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 Kinderarzt-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 Kinderarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 5.

Eine Unterschreitung liegt vor, insofern und insoweit der für die in Nr. 2 definierten Leistungen erbrachte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks im aktuellen Quartal die Kinderarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 5 unterschreitet. Ggf. festgestellte Unterschreitungen in den vorausgegangenen Quartalen sind mit einer Ausgleichszahlung im aktuellen Quartal zu verrechnen. Die Höhe der Ausgleichszahlung nach Verrechnung 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 Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, oder entsprechenden Folgebeschlüssen.

2. Die regionalen Gesamtvertragspartner überprüfen jährlich nach Vorliegen der jeweiligen Abrechnungsdaten für das 1. Quartal, ob der für die in Nr. 2 definierten Leistungen erbrachte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung innerhalb der MGV des gesamtvertragszuständigen KV-Bezirks im jeweiligen

Quartal im Zeitraum vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres die Kinderarzt-MGV nach Nr. 3 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 5 insgesamt unterschreitet. In diesem Fall vereinbaren sie bis zum Ende des jeweiligen Jahres gemäß § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V jeweils nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin, deren Auszahlungshöhe in Summe der in Satz 1 genannten Unterschreitung entspricht und mit denen die ggf. aufgelaufenen Rückstellungen aus Unterschreitungen im jeweiligen Zeitraum vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres aufgelöst werden. Diese Zuschläge sind in den Transparenzdaten nach Nr. 7 zu dokumentieren.

3. Im Falle eines vorhandenen garantierten Zuschlagsvolumens für Kinder- und Jugendmedizin nach Nr. 4 bzw. fortgeschrieben gemäß Nr. 5 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 ggf. aktualisiert 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: Rückführungsbeträge für Neupatienten für Leistungen gemäß Nr. 2

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 804. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b SGB V zur auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Abs. 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