Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. April 2023

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 3b Satz 7 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallenden morbiditätsbedingen Gesamtvergütung (MGV) sowie deren Fortschreibung in den Folgejahren.

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss werden zunächst der Zeitraum für die erstmalige Festsetzung der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV mit den Quartalen 2/2023 bis 4/2023 vorgegeben und die zugrunde zu legenden Leistungen definiert. Hierzu wird konkretisiert, dass für alle genannten Quartale das im 2. Quartal 2022 gemäß dem Verteilungsmaßstab ausgezahlte Honorarvolumen für der MGV unterliegende Leistungen des Kapitels 4 EBM – mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix – die Grundlage bildet. Diese von der gesetzlichen Vorgabe, dass nur die Leistungen des Kapitels 4 EBM der Unter-18-jährigen Patienten umfasst sein sollten, abweichende Abgrenzung wurde im Einvernehmen der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses verwendet, da anderenfalls eine Kennzeichnung aller Leistungen des Kapitels 4 der Unter--18-jährigen Patienten notwendig und diese nur durch Duplizierung der Suffices in Kapitel 4 umsetzbar gewesen wäre. Dies wäre aus Sicht des Bewertungsausschusses mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand bei der Umsetzung in den bestehenden Strukturen und Prozessen einhergegangen, dem nur sehr geringe Abrechnungsvolumen gegenübergestanden hätten, da eine Behandlung von Patienten über 20 Jahren durch Kinder- und Jugendmediziner berufsrechtlich nur in wenigen Ausnahmen wie der Weiterbehandlung angeborener Erkrankungen, in Notfällen oder bei reinen

Impfleistungen zulässig ist. Durch die abweichende Definition der umfassten Leistungen ist hingegen eine unmittelbare Zuordnung anhand der jeweiligen Gebührenordnungspositionen möglich. Dabei wurden die eindeutig den Mindestens-18-jährigen Patienten zuordenbaren Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM ausgenommen, auf die große Teile des Abrechnungsvolumens für Mindestens-18-jährige Patienten entfallen.

Weiterhin wurde vorgegeben, dass die zum 1. Quartal 2023 aufgehobene extrabudgetäre Vergütung der Neupatientenregelung durch Berücksichtigung des hierauf entfallenden Anteils des Rückführungsbetrags der Neupatienten adäquat abzubilden ist. Die dazu notwendigen Berechnungen erfolgen durch das Institut des Bewertungsausschusses. Die als nicht vorsehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs (NVA) gekennzeichneten Leistungen werden nur berücksichtigt, wenn hierfür keine zusätzlichen Finanzmittel bereitgestellt wurden. Dazu ist nur der mit der MGV verrechnete Anteil der als NVA gekennzeichneten Leistungen anzusetzen. Auszuschließen sind zudem die als nicht vertragskonforme Inanspruchnahme gekennzeichneten Leistungen.

Für die erstmalige Festsetzung der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV auf Basis des ausgezahlten Honorarvolumens im 2. Quartal 2022 wird vorgegeben, dass diese nach dem Wohnort der Versicherten auf Basis der Datenlieferung ARZTRG87aKA_IK mit dem Korrekturstand 15. Juni 2023 bestimmt werden, wobei Zuschläge, die dem garantierten Zuschlagsvolumen für Kinder- und Jugendmedizin zuzuordnen sind, nicht umfasst sind. Für zwei Ausnahmetatbestände wurden Herausrechnungen von aus anderen Quartalen stammenden Finanzmitteln vorgesehen: Die TSVG-Korrektur, die noch nicht in den Honorarzahlungen des 2. Quartals 2022 berücksichtigt wurde, und die Verwendung von NVA-Zahlungen aus anderen Quartalen bis einschließlich 4/2021.

Zu regeln war zudem die Bestimmung des garantierten Zuschlagsvolumens für Kinder- und Jugendmedizin im 2. Quartal 2022 für den Fall, dass das Honorarvolumen für die definierten Leistungen innerhalb der MGV ausgezahlte Zuschläge enthielt. Dieses ist aus der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV herauszulösen und mit befreiender Wirkung eigenständig fortzuschreiben. Hierzu verständigen sich die regionalen Gesamtvertragspartner.

Die Fortschreibung der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV sowie des garantierten Zuschlagsvolumens für Kinder- und Jugendmedizin ab dem Jahr 2024 erfolgt mit den üblichen Veränderungsraten bzw. regional vereinbarten Anpassungen. Zudem wird der Umgang mit Eindeckelungen von Leistungen, die die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV betreffen, mit der Aufnahme von neuen Leistungen in Kapitel 4 sowie mit Bereinigungen entsprechend der üblichen Verfahren in bestehenden

Beschlüssen oder durch spezielle Vorgaben des Bewertungsausschusses in zukünftigen Beschlüssen geregelt.

Abschließend werden die neuen gesetzlichen Vorgaben noch einmal zusammengefasst: Zur Honorierung und Vergütung der Kinder- und Jugendmedizin werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung vorgegeben. Sofern die dazu zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, erfolgen Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen, deren Aufteilung im Aufsatzwerteverfahren geregelt wird. Werden weniger Finanzmittel angefordert als zur Verfügung stehen, vereinbaren die regionalen Gesamtvertragspartner mit befreiender Wirkung aus der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV zu zahlende Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin. Ebenso werden durch die regionalen Gesamtvertragspartner mit befreiender Wirkung aus dem garantierten Zuschlagsvolumen für Kinder- und Jugendmedizin zu zahlende Zuschläge vereinbart.

Zudem wird zur Schaffung von Transparenz gegenüber den Krankenkassen und als wichtige Grundlage für die gemäß § 87a Abs. 3b Satz 11 SGB V vorzunehmende Evaluation des Bewertungsausschusses eine Excel-Tabelle angekündigt, die die jeweiligen Rechenschritte des Beschlusses wiedergibt.

Abschließend werden in Protokollnotizen Vorgaben für die Rechnungslegung im Formblatt 3 gemacht. Aus verfahrenstechnischen Gründen werden die Ausgleichszahlungen im Formblatt 3 mit Budgetkennung 2 dokumentiert.

In der Anlage zum Beschluss gibt der Bewertungsausschuss die durch das Institut des Bewertungsausschusses bestimmten, auf den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden Rückführungsbeträge der Neupatienten vor.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2023 in Kraft.