

# Honorare 2017: Das wird noch spannend!

## Eine Milliarde Euro zusätzliches Volumen | Bekommen einige KVen noch einen Zuschlag?

Medical-Tribune-Bericht

**HOFHEIM** – 2017 soll das vertragsärztliche Honorarvolumen um rund eine Milliarde Euro steigen. So hat es die KBV verkündet. Sie sieht dieses Verhandlungsergebnis als Erfolg an. Was von dem Geld wirklich in der einzelnen Praxis ankommen wird, hängt jedoch von den regionalen Honorarverhandlungen ab. Und die dürften sehr unterschiedlich ausfallen.

So ganz ehrlich war das ja nicht, was die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) über ihren Honorarabschluss mit dem GKV-Spitzenverband verbreitet hat. Was über die Anhebung des Orientierungspunktwertes einigermaßen sicher in den Pra-

xen ankommen wird, sind die dafür veranschlagten 315 Millionen Euro. Aber schon hier profitieren diejenigen Fachgruppen mehr, die Leistungen mit hohen Punktzahlen abrechnen – wie es bei den spezialisierten fachärztlichen Praxen der Fall ist.

Und so geht es auch weiter. Denn 330 Millionen Euro – und damit knapp ein Drittel des ausgelobten Honorarzuwachses – soll über extrabudgetäre Leistungen generiert werden. Das bedeutet im hausärztlichen Bereich mehr Arbeit durch Zusatzleistungen, z.B. bei der Prävention. Dagegen kann in vielen Facharztpraxen dieses Honorarplus automatisch im Kernbereich erzielt werden.

**Für den Medikationsplan gibt es nur ein Trinkgeld!**

Anästhesisten und operativ tätige Fachgruppen wie etwa Orthopäden und Chirurgen erhalten nämlich ihr Honorar zu 60 bis 80 % aus diesem extrabudgetären Bereich.



Selbst von den 163 Millionen Euro, die der zum 1. Oktober 2016 eingeführte Medikationsplan bringen soll, werden die Hausärzte, die bei der Erstellung dieses Plans die Hauptlast tragen müssen, wenig sehen. Nur 60 % des veranschlagten Honorarvolumens sind für sie reserviert; 40 % gehen an die Fachärzte. Das Ergebnis ist ein „1-Euro-Job“, denn so viel bringt diese zusätzliche Arbeit pro Patient ein.

Rund 170 Millionen Euro sollen die Krankenkassen wegen der gestiegenen Morbidität und der Altersentwicklung in der Bevölkerung bezahlen. Dieses Geld wird allerdings nach einem regionalen Schlüssel und damit sehr unterschiedlich verteilt. Hinzu kommt, dass dies regional noch mit den Kassen verhandelt werden muss, also kein Selbstgänger ist. Das eigentliche Honorarplus hängt damit auch vom Verhandlungsgeschick der neuen KV-Vorstände ab!

2017: Es winken vier- bis fünfstelligen Honorarzuwächse pro Arzt

KV	MGV in Mio. Euro	Plus Nr. 1 in Mio. Euro	Plus pro Arzt in Euro	Plus Nr. 2 in Mio. Euro	Gesamtplus 2017 pro Arzt in Euro
Westfalen-Lippe	2336,88	59,09	4813	129,40	15 353
Nordrhein	2643,76	63,12	3777	171,05	14 007
Hamburg	492,61	6,69	1612	39,33	11 073
Hessen	1700,15	37,50	3448	75,49	10 389
Sachsen-Anhalt	707,44	25,80	7091	35,22	9678
Schleswig-Holstein	814,77	20,92	4360	37,37	7788
Baden-Württemberg	2671,68	45,22	2567	120,58	6846
Mecklenburg-Vorpom.	588,34	18,55	6749	–	6749
Thüringen	708,99	23,56	6410	–	6410
Brandenburg	772,98	23,78	6318	–	6318
Sachsen	1322,19	35,58	5014	–	5014
Rheinland-Pfalz	1163,90	26,12	4032	–	4032
Niedersachsen	2414,38	48,99	3802	–	3802
Saarland	308,39	6,68	3785	–	3785
Bayern	3581,94	71,45	3141	–	3141
Berlin	1032,61	15,59	1875	–	1875
Bremen	202,16	2,85	1814	–	1814

Tab.: Dr. Gerd W. Zimmermann, Quellen: KBV, Institut d. Bewertungsausschusses, eigene Berechnungen

Wie viel Honorarzuwachs ist für 2017 drin? Das Plus Nr. 1 ergibt sich aus der Anhebung des Orientierungspunktwertes (+ 0,9 %) sowie den KV-spezifischen Morbiditäts- und Demografieentwicklungsraten, wie sie KBV und GKV-Spitzenverband festgelegt haben (z.B. für Hessen 1,2436 und 0,0624 %), multipliziert mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 2014 der KV. Dieses Plus geteilt durch die Zahl der regionalen Vertragsärzte liefert ein durchschnittliches Volumen pro Arzt. Bei den ersten sieben KVen in der Tabelle war die MGV je

Versichertem 2014 unter dem Bundesdurchschnitt. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht für sie eine einmalige Konvergenz-Anhebung vor. Das Plus Nr. 2 ergibt sich damit aus der MGV-Differenz (KV- zum Bundesdurchschnitt) multipliziert mit der Zahl der Versicherten. Das wiederum auf die Arztzahl umgerechnet und mit den Werten der 4. Spalte addiert ergibt das gesamte Zuwachsvolumen pro Arzt (= letzte Spalte).

Ob es tatsächlich 2017 zu solchen Zuwächsen kommt, hängt von den Verhandlungen der KVen mit den regionalen Kassen ab.

Richtig spannend wird es schließlich noch durch ein Honorarelement des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes. Der dort neu geschaffene § 87a Absatz 4a SGB V sieht nämlich eine sog. Konvergenzregelung vor.

**War die Berechnungsbasis 2014 wirklich zu niedrig?**

Nach Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses müssten sieben KVen einen deutlichen Zuschlag zu den normalen Anhebungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 2017 erhalten. Sicher ist das aber nicht! Eine

Anhebung ist nämlich nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen festgestellt wird, dass der Aufsatzwert 2014 unbegründet zu niedrig war. Die Kassenärztliche Vereinigung muss dies unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors nachweisen.

Gelingt ihr das, muss der Aufsatzwert in dem Umfang erhöht werden, wie er im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. Die MGV je Versichertem, wie sie sich durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes inklusive Bereinigungen ergibt, darf aber nicht höher sein als

die durchschnittliche, für alle KVen und das Jahr 2014 berechnete MGV je Versichertem. Wie demnach die jeweilige Honorarsteigerung regional ausfallen könnte und wie sich das auf das durchschnittliche Steigerungsvolumen pro Arzt auswirken könnte, ist in der Tabelle in den letzten beiden Spalten simuliert.

Die Kassen werden in den Honorarverhandlungen vermutlich alle Hebel in Bewegung setzen, um ein solches Ergebnis zu verhindern. Angesichts der Neuwahlen in den KVen und den damit verbundenen Personalwechseln könnte ihnen dies mitunter sogar recht leicht fallen.

Dr. Gerd W. Zimmermann

**Herausforderung für die neuen KV-Vorstände**