

Ärztehonorare: Kein „Weiter so!“

THEMA

Nach den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen und vor der Bildung einer neuen Bundesregierung hat der Vorstand der KBV einer alten Forderung neues Gewicht verliehen: der Abschaffung der Budgets. Vorschläge, wie das gelingen kann, liefert die KBV gleich mit.

Die Verhandlungen waren zäh, am Ende musste der Schlichter entscheiden. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die KBV konnten Ende September keine Einigung über die vertraglichen Honorare 2018 erzielen. Die von den Kassen geforderte Nullrunde konnte zwar abgewendet werden, dennoch war der Vorstand der KBV alles andere als zufrieden mit dem Resultat.

Verhandlungsergebnis 2018

Der Orientierungswert für die vertragliche Vergütung steigt im Jahr 2018 um 1,18 Prozent. Das entspricht einer Honorarhöhung von etwa 438 Millionen Euro. Damit entspricht ein Punkt im Leistungsverzeichnis des Einheitslichen Bewertungsmaßstabes ab dem 1. Januar 2018 einem Wert von 10,6543 Cent. Die KBV hatte

ursprünglich eine Anhebung des Orientierungswertes um 2,4 Prozent gefordert. Begründet hatte sie dies vor allem mit steigenden Praxiskosten, insbesondere beim Personal. Der GKV-Spitzenverband war zunächst gegen eine Erhöhung. Die Entscheidung fiel im Erweiterten Bewertungsausschuss (dem Gremium, das tätig wird, wenn es im Bewertungsausschuss keine Einstimmigkeit gibt), gegen die Stimmen der KBV. Außerdem müssen die Krankenkassen rund 80 Millionen Euro zusätzlich bereitstellen, um den durch Demografie und Krankheitslast steigenden Behandlungsbedarf der Versicherten zu decken. Des Weiteren müssen die Kassen den Kassenzentralen Vereinigungen für 2015 weitere 8,5 Millionen Euro nachzahlen, da der Behandlungsbedarf von Akuterkrankungen wie Grippe in einigen Regionen stärker gestiegen war als erwartet. Insgesamt erhöht sich damit die Gesamtvergütung im nächsten Jahr um rund 525 Millionen Euro. Aktuell beträgt sie rund 37 Milliarden Euro.

Ein weiterer Beschluss betrifft die hausärztliche Vergütung. Ab 2018 sollen die Gelder für den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenten (NÄPAs) bei Hausärzten in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden. Nicht verbrauchte Mittel sollen so für andere hausärztliche Leistungen verwendet werden können. Dies hatte die KBV schon wiederholt gefordert. Hintergrund ist, dass das seit 2015 zur Verfügung stehende Finanzvolumen zur Vergütung der NÄPAs in Höhe von jährlich 118 Millionen Euro bundesweit nicht voll ausgeschöpft wird. Die KBV hatte im Lauf der Verhandlungen neue strukturelle Forderungen vorgeschlagen, etwa bei der Behandlung von chronisch Kranken sowie multimorbiden Patienten. Diese hatte die Kassenseite jedoch abgelehnt.

Ablösung der Budgets

Der Vorstand der KBV mache keinen Hehl aus seinem Misfallenen. Angesichts sprudelnder Krankenkasseneinnahmen und hoher Rücklagen sei es weder den Ärzten noch den Patienten zu vermissen, dass zwanzig Prozent des ärztlichen Tuns nach wie vor nicht bezahlt werden, krisisierte er. Wer die Versorgung auch für künftige Ge-

nerationen sicherstellen wolle, könne dies nur erreichen, wenn medizinische Leistungen zu festen Preisen ohne sachfremde Mengensteuerung vergütet würden.

Die KBV hat bereits ein Konzept entwickelt, wie die Budgetierung im ambulanten Bereich schrittweise abgelöst werden könne. Sie sieht hierzu ein zweistufiges Verfahren vor. Kurzfristig könnten zunächst diejenigen Leistungen ausbudgetiert werden, bei denen die Gefahr einer nicht sachgerechten Mengenausweitung gering ist. Dies betrifft vor allem die sogenannten Grundleistungen in der hausärztlichen Versorgung. In einem nächsten Schritt sollen die KBV das jetzige Vergütungssystem zu einem nicht budgetierten umbauen und hat bereits damit begonnen, ihre Vorschläge mit anderen ärztlichen Verbänden zu erörtern. Rückendeckung für das große Ziel „weg mit den Budgets“ dürfte ihr sicher sein.

Alexandra Bodemer



DREI FRAGEN AN ... DR. ANDREAS GASSEN VORSITZENDER DES VORSTANDES DER KBV

abschreckend auf den ärztlichen Nachwuchs und ist frustrierend für die Kollegen in der Praxis.

Warum erneuern Sie Ihre Forderung nach Abschaffung der Budgets gerade jetzt?

Dafür gibt es vor allem zwei Gründe. Zum einen die jüngste Erfahrung der Honorarverhandlungen. Salopp gesagt: Die Krankenkassen sitzen auf einem Sack voll Geld und sind dennoch nicht bereit, mit uns über sinnvolle Strukturverbesserungen zu reden. Der zweite Grund ist, dass wir vor der Bildung einer neuen Bundesregierung stehen. Gesundheitspolitik hat sowohl im Wahlkampf als auch in den Verhandlungen danach keine allzu große Rolle gespielt. Für uns ist das ein Grund mehr, den künftigen Koalitionspartnern diesen Punkt mit auf den Weg zu geben.

Aber das System muss dennoch bezahltbar bleiben ...

Selbstverständlich. Deshalb schlagen wir ja auch ein Mischsystem vor aus Pauschalen als mengenbegrenzende Maßnahme und Einzelleistungvergütung. Wir haben das ganze auch schon einmal näherungsweise durchgerechnet. Der Mehrbedarf für den fachärztlichen Versorgungsbereich etwa würde in der ersten Ausbaustufe unseres Vergütungskonzeptes einen niedrigeren mittleren dreistelligen Millionenbetrag beanspruchen. Zur Erinnerung: Ende 2016 hat die GKV 25 Milliarden Euro auf der hohen Kante gehabt.

Der von der KBV geforderte Umbau des Vergütungssystems zu einem nicht budgetierten umfasst unter anderem folgende Elemente:

- > Variable Faktoren wie demografische Entwicklung und technischer Fortschritt sollen durch Anreizwirkungen so ausgeglichen werden, dass das System insgesamt stabiler wird.

- > Risikoadjustierte Pauschalen sollen sowohl Unterversorgung als auch Risikoselektion vermeiden helfen.

- > Im Gegenzug soll eine bessere Kontrolle der Fixkosten erfolgen.

- > Bestimmte Leistungen werden weiterhin als Einzelleistungen vergütet.