

ann rechnet ab

2018: Honorarnachschlag für zwölf KVen

Laut KBV erhöht sich das Gesamthonorar 2018 aber auch um 438 Millionen Euro durch die Anhebung des Orientierungspunktwertes, um rund 79,3 Millionen Euro durch den Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sowie 8,5 Millionen Euro durch die Anerkennung eines unvorhergesehenen Bedarfs. Diese zusammen 525,8 Millionen Euro kommen allen Vertragsärzten zugute und nach dem Trennungsfaktor etwa zur Hälfte den Hausärzten.

Rechnerisch müsste der hausärztliche MGV-Anteil um 181 Millionen Euro plus 50 Prozent des allgemeinen MGV-Zuwachses steigen (264,9 Millionen Euro): zusammen 445,9 Millionen Euro. Unterstellt man eine vertragsärztlich tätige Zahl von 55.000 Allgemeinärzten und Hausarzt-Internisten bedeutet dies einen Honoraranstieg von rund 8.000 Euro pro Hausarzt im Jahr 2018 oder 2.000 Euro pro Quartal. Die KBV geht aber für 2018 von einem Honorarplus von rund 3.000 Euro pro Vertragsarzt für das ganze Jahr aus. Bleibt zu hoffen, dass dies nur eine versehentliche Durchschnittsberechnung über alle Vertragsärzte ist. **Rechnerisch wäre eine solche Summe nämlich nur bei einer massiven Honorarverschiebung vom hausärztlichen in den fachärztlichen Bereich möglich.** Man wird den regionalen KVen deshalb bei der Gestaltung der Honorarverteilung 2018 auf die Finger schauen müssen. Nach den Vorgaben der KBV zur Gestaltung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) und der Zweckbindung der NäPA-Honorare gibt es nur zwei Möglichkeiten, die letztendlich gesetzlich verankerte Geldzuweisung korrekt umzusetzen (s. Kasten). Jede Abweichung von diesem Schema würde einem (erneuten) „Honorarklau“ gleichkommen.

Gegenstand der diesjährigen Honorarverhandlungen war auch der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (NVA) aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen im Jahr 2015. Anhand einer sehr komplizierten und im Grunde genommen für die vertragsärztliche Basis kaum nachvollziehbaren Berechnung ergibt sich für zwölf KVen ein NVA für das Jahr 2015 aufgrund von Akuterkrankungen. Das entspricht insgesamt einem Finanzvolumen von etwa 8,5 Millionen Euro. Dieses Honorar müssen die Krankenkassen nachzahlen, weil der Behandlungsbedarf seinerzeit höher als in den damaligen Berechnungen angenommen war.



Der Bewertungsausschuss hatte bereits mit seinem Beschluss vom 20. August 2014 das Berechnungsverfahren für den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 festgelegt. Mit dem vorliegenden Beschluss gibt der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge nach Paragraph 83 SGB V auf der Grundlage der zuvor genannten Beschlüsse Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des NVA für 2015. Das bedeutet, dass dieser Beschluss in den regionalen Honorarverhandlungen 2018 für die dort beteiligten Kassen nicht verbindlich ist und deshalb sogar noch gekippt werden kann.

Wegen einer falsch geschätzten Morbiditätsentwicklung 2015 bekommen zwölf KVen 2018 noch Geld von den Kassen

Kassenärztliche Vereinigung	NVA-Volumen für 2015 in Euro (geschätzt)
Schleswig-Holstein	0
Hamburg	0
Bremen	0
Niedersachsen	688.173
Westfalen-Lippe	0
Nordrhein	1.494.538
Hessen	438.296
Rheinland-Pfalz	341.704
Baden-Württemberg	1.165.160
Bayern	1.479.816
Berlin	530.529
Saarland	0
Mecklenburg-Vorpommern	252.823
Brandenburg	364.995
Sachsen-Anhalt	454.225
Thüringen	501.616
Sachsen	832.885

