

Ende gut, alles gut?

Die Verhandlungen zur ärztlichen Vergütung 2013 aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Von Manfred Partsch und Johann-Magnus von Stackelberg

1. Einigung am 9. Oktober 2012

Nach einer über Wochen andauernden, auch in der Öffentlichkeit geführten heftigen Auseinandersetzung zur Höhe der Arzthonorare haben sich der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 9. Oktober 2012 über die wesentlichen Eckpunkte der Vergütung der Vertragsärzte im Jahr 2013 geeinigt.

Grundlage der Einigung war ein umfassender, alle noch strittigen Punkte aufgreifender Kompromissvorschlag, den der unparteiische Vorsitzende des Erweiterten Bewertungsausschusses, Prof. Jürgen Wasem, ausgearbeitet hatte. Das Ergebnis vom 9. Oktober 2012 ist vom Bewertungsausschuss – mit nur wenigen Änderungen und Anpassungen (z. B. in der Terminplanung) – am 22. Oktober 2012 in den entsprechenden Beschlüssen einvernehmlich umgesetzt worden.

2. Vorgeschichte der Einigung

Die auf Bundesebene zu führenden Verhandlungen zur ärztlichen Vergütung wurden in diesem Jahr dadurch besonders belastet, dass die Ausgangspositionen von Ärzten und Krankenkassen außerordentlich weit auseinander lagen. Erschwerend kam hinzu, dass der Konflikt nicht nur im dafür vorgesehenen Gremium, dem Bewertungsausschuss, sondern auch und zuletzt fast überwiegend in der Öffentlichkeit ausgetragen wurde.

Bereits im März des Jahres hatte die KBV die Veröffentlichung der Ergebnisse einer vom eigenen Institut durchgeführten Kostenerhebung in Arztpraxen zum Anlass genommen, eine Honorarforderung für das Jahr 2013 von nicht weniger als drei Milliarden Euro anzukündigen. Mit wechselnden Begründungen wurde diese Forderung in der Folgezeit noch mehrfach öffentlich vorgetragen und mündete schließlich in den Antrag der KBV, den Orientierungswert mit Wirkung für 2013 um nicht weniger als 11 Prozent

zu erhöhen. Hier wurden von der KBV bei den Ärzten Erwartungen geweckt, die am Ende nur enttäuscht werden konnten.

Dass der GKV-SV auf eine so überzogene Forderung mit einer deutlichen Gegenposition reagierte, hat die KBV als nicht partnerschaftliches Verhalten kritisiert. Die Position des GKV-SV war jedoch gut begründet, denn sie stützte sich auf den durch ein Gutachten belegten Nachweis, dass die Kostensteigerungen der letzten Jahre in den Arztpraxen durch die hohen Vergütungszuwächse seit 2008 mehr als kompensiert wurden. Die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 30. August 2012, den Orientierungswert um 0,9 Prozent zu erhöhen, musste gegen die Stimmen der Ärzte getroffen werden. Angesichts der über dieses Ergebnis weit hinausgehenden Forderungen der Ärzteseite war eine Zustimmung der KBV auch nicht zu erwarten.

Durchaus problematisch war allerdings, dass dieser Beschluss eines Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung auch in der Folgezeit nicht akzeptiert wurde. Bereits vereinbarte Verhandlungen wurden mit der Begründung abgebrochen, die Kassen hätten die Grundlagen der Zusammenarbeit mit den Ärzten aufgekündigt. In den sich anschließenden Sonderversammlungen und in den öffentlichen Äußerungen maßgeblicher Repräsentanten der Ärzteschaft wurde der Ton nochmals deutlich verschärft – bis zu der den tatsächlichen Ablauf auf den Kopf stellenden Behauptung, die Kassen hätten den Ärzten den Krieg erklärt.

Dass trotz der über Wochen andauernden Eskalation am 9. Oktober eine Einigung erreicht werden konnte, ist nicht nur dem Verhandlungsgeschick des unparteiischen Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses zu verdanken, sondern auch der Bereitschaft der Beteiligten auf beiden Seiten, wieder aufeinander zuzugehen und der gemeinsamen Verantwortung für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten gerecht zu werden.

3. Wesentliche Ergebnisse

Die Einigung vom 9. Oktober umfasst ein Paket von Maßnahmen, die sich nicht nur in höheren Vergütungen von Ärzten niederschlagen, sondern auch Anreize setzen, die Versorgung der Versicherten gezielt zu verbessern. Die Einigung wurde möglich, weil es gelang, die im Rahmen des Gesamtpaketes vereinbarten zusätzlichen Mittel auf Leistungen zu konzentrieren, die in der Versorgung der Versicherten von besonderer Bedeutung sind.

In welchem Umfang dies auch für die Leistungen der Psychotherapie gilt, für die die Kassen nach der vorgesehenen Ausdeckelung aus der budgetierten Gesamtvergütung zukünftig das volle Mengenrisiko übernehmen, mag an dieser Stelle offen bleiben. Hier war wichtig, dass ein Konsens hinsichtlich des Bedarfs an zusätzlichen Therapeuten im Zusammenhang mit der gesetzlichen vorgegebenen Weiterentwicklung der Bedarfsplanung erreicht werden konnte. Außerdem verpflichteten sich beide Seiten, die Psychotherapierichtlinien und das Gutachterverfahren mit dem Ziel weiterzuentwickeln, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Versorgung zu verbessern.

Bei der geriatrischen und der palliativmedizinischen Versorgung durch Hausärzte, die über den EBM deutlich aufgewertet werden soll, ist unmittelbar ersichtlich, dass davon auch die betroffenen Patienten profitieren. Dies gilt ohne Zweifel auch für die am 22. Oktober 2012 noch verabredete Förderung der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder mit Behinderungen. Mit den insgesamt 250 Millionen Euro, die in diesem Zusammenhang von den Kassen zusätzlich zur Verfügung gestellt werden, soll darüber hinaus auch die fachärztliche Grundversorgung aufgewertet werden, die gegenüber der gut bezahlten spezialisierten fachärztlichen Versorgung immer mehr an Boden verliert.

Die Einigung vom 9. Oktober umfasst auch eine Reihe von finanzwirksamen Empfehlungen an die Vertragsparteien auf der Landesebene. Dazu zählt insbesondere die Empfehlung, bei der Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert für ausgewählte Leistungen die Behandlung multimorbider Patienten im hausärztlichen Versorgungsbereich zu fördern, die an mindestens drei chronischen Erkrankungen leiden. Es wird erwartet, dass über die auf Landesebene noch zu vereinbarenden Zuschläge insgesamt ein

zusätzliches Honorarvolumen von bis zu 200 Millionen Euro zur Verfügung gestellt wird.

Teil der Einigung ist auch die Weiterentwicklung des EBM mit der ausgabenneutralen Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert als erstem Schritt mit Wirkung zum 1. Juli 2013. Dem unter Hinweis auf die Differenz von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert gerne vorgetragenen Argument, die Kassen würden nur 70 Prozent der vereinbarten Vergütung entrichten, wird mit der Angleichung endgültig die Grundlage entzogen. Die vom Erweiterten Bewertungsausschuss am 30. August 2012 beschlossene Erhöhung des Orientierungswertes um 0,9 Prozent bleibt bestehen. Die KBV wird ihre Klage gegen diese Entscheidung zurückziehen.

Nimmt man alles zusammen, die Anhebung des Orientierungswertes, die Mengenzuwächse aufgrund der Morbiditätsveränderungen, die finanzwirksamen Maßnahmen im EBM, die noch zu verhandelnden Preiszuschläge auf Landesebene und den erwarteten Anstieg der bereits ausgedeckelten Leistungen, dann ergibt sich ein Gesamtanstieg der ärztlichen Vergütung 2013 von voraussichtlich mehr als 1,2 Milliarden Euro. Dieser Zuwachs um etwa vier Prozent liegt deutlich über der erwarteten Einnahmenentwicklung der Krankenkassen von zwei Prozent. Mit der Zustimmung zu diesem Ergebnis haben die Krankenkassen alle gegen sie gerichteten Vorwürfe nachhaltig widerlegt.

4. „The same procedure ...?“

Mit der Einigung vom 9. Oktober 2012 ist eine außerordentlich konfliktreiche Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenkassen über die Höhe der Honorare beendet worden. Am Ende wurde die gemeinsame Selbstverwaltung ihrer Verantwortung für die Versorgung doch noch gerecht. Ein mögliches Eingreifen der Politik (z. B. über eine so genannte Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit) konnte verhindert werden. Allerdings war nicht zu übersehen, dass Öffentlichkeit und Politik nur begrenztes Verständnis für die Ereignisse und die den Konflikt noch verschärfenden Aktionen einiger Beteiligter aufbrachten.

Das Ansehen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, die bisher als besonderes Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens galt, hat in den letzten Wochen mehr als

nötig Schaden genommen. Es bleibt daher zu hoffen, dass alle Verantwortlichen die richtigen Schlüsse aus dem Verhandlungsablauf in diesem Jahr ziehen und

auf eine Wiederholung des Ganzen im kommenden Jahr verzichten.

© gpk