

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Überlegungen zum gerechten Kassenhonorar

1. Pauschale versus Einzelleistung	41
2. Schlecht kalkulierte Leistungen	43
3. Honorardegressionen	44
4. Limitierungen	45
5. Schlichtungsverfahren versus Gesamtvertragskündigung	46
6. Beschränkte Kassenmittel	47
7. Regionalisierung	48

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem Ablauf von Honorarverhandlungen und den Spezifika des Honorarvertrages. Der Autor macht Vorschläge, wie die drängendsten Probleme des Gesamtvertrages gelöst werden könnten. Die Ideen orientieren sich dabei an praktischen Erfahrungen und nehmen auf reale Umstände Rücksicht. Darüber hinaus werden auch größere Lösungen angedacht, die die alleinige Anpassung des Honorarschemas weit übersteigen.

Verhandlungen sind immer nur die Kunst des Möglichen. Das gilt natürlich auch für Tarifverhandlungen, die naturgemäß immer in Kompromissen enden. Also damit, dass keiner seine Verhandlungsziele zur Gänze erreicht, was die beste Voraussetzung für beiderseitige Frustration ist.

Was für Tarifverhandlungen generell gilt, gilt natürlich auch für die Verhandlungen, die zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Ärztekammern über die gesamtvertragliche Honorarordnung für Kassenärzte geführt werden. Diese Verhandlungen sind in einem gewissen Sinn noch komplexer als Gehaltsverhandlungen, weshalb sie auch noch mehr Frustrationspotenzial haben. Bei Kassenverhandlungen geht es nicht nur um eine angemessene Valorisierung des Honorars. Da die gesamtvertragliche Honorarordnung kein Gesamthonorar analog zum Gehalt eines unselbständig Beschäftigten vorsieht, sondern zahlreiche Einzelpositionen bzw. Positionen für Leistungsbündel, stellt sich immer auch die Frage, ob das letztendlich zur Auszahlung kommende Honorar fair auf die einzelnen Leistungspositionen verteilt wurde. Es geht daher nicht nur darum, dass sich die Ärzteschaft insgesamt nach Honorarverhandlungen fair behandelt fühlt. Es bewertet auch jeder einzelne Arzt, ob er in Anbetracht seines persönlichen Leistungsspektrums im Vergleich zu Fachkollegen, aber auch zu anderen Fachgruppen fair behandelt wird.

Aus der Verhandlungserfahrung von einigen Jahrzehnten heraus kann gesagt werden, dass es im Wesentlichen immer um dieselben Kritikpunkte geht, die letztlich auch systembedingt sind und daher wahrscheinlich in derselben Weise in ganz Österreich auftreten. Im Folgenden sind einige Ideen dargestellt, wie auf diese notorischen Kritikpunkte reagiert werden könnte, wobei sie natürlich nur die persönliche Auffassung des Autors wiedergeben können.

1. Pauschale versus Einzelleistung

Die Vorgaben für die Honorarordnungen im ASVG lassen prinzipiell jede Honorierungsform offen. § 342 Abs. 2 ASVG schreibt in diesem Sinne nur vor, dass die Vergütung der Tätigkeit von Kassenärzten entweder nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren ist.

Tatsächlich haben sich in der Praxis umfassende Honorarordnungen entwickelt, die vom Versuch getragen sind, den Kassentarif weitgehend nach Einzelleistungen zu strukturieren. Allerdings enthält die Honorarordnung auch Pauschalelemente. So gibt es Leistungspositionen, die ganze Leistungsbündel beschreiben. In allen Honorarordnungen findet sich auch so etwas wie eine Grundpauschale für Basisleistungen, die in einigen Honorarordnungen je Ordination, in anderen auch für mehrere Ordinationsbesuche gemeinsam zur Verrechnung kommt. Dazu kommt natürlich auch, dass es Leistungspositionen gibt, die Leistungen beschreiben, die in ihrer konkreten Dauer und sogar im konkreten Leistungsinhalt sehr unterschiedlich sein können, etwa die in allen Honorarordnungen vorgesehene Position für ärztliche Visiten.

Aus der Sicht der Krankenversicherungsträger haben Pauschalien den Vorteil, dass sie zu einer besseren Vorhersehbarkeit der Kostenbelastung führen und dass sie der – aus Sicht der Krankenversicherungsträger immer bestehenden – Gefahr entgegenwirken, dass nicht nötige Leistungen nur aus wirtschaftlichen Gründen erbracht werden. Sie haben aus Sicht der Krankenversicherungsträger allerdings auch Nachteile, weil die Krankenversicherungen bei Pauschalzahlungen eine Unterversorgung befürchten bzw. dann, wenn das Pauschale nicht mehr von der Anzahl der Patienten abhängig ist, einen Rückgang der Patientenfrequenzen und damit möglicherweise längere Wartezeiten bzw. Probleme mit der flächendeckenden Versorgung. Aber auch die Kassenärzte selbst sehen in beiden Systemen Nachteile. Ein Pauschalssystem wird dann als ungerecht empfunden, wenn der Versorgungsauftrag dazu führt, dass um denselben Betrag immer mehr Leistungen zu erbringen sind. Insofern wird naturgemäß ein Einzelleistungssystem als leistungsgerechter erlebt. Auf der anderen Seite wird gegen das Einzelleistungssystem eingewandt, dass es mittlerweile viel zu kompliziert geworden ist und auch unnötige Bürokratie verursacht bzw. der wirtschaftliche Spielraum für die Ordination weniger vorhersehbar ist als bei einem Pauschalssystem.

Tatsächlich gibt es in Oberösterreich bereits erste Versuche mit Pauschalssystemen, die über Wunsch der beteiligten Ärzte entstanden sind. So haben sich im

Rahmen der neugegründeten Primärversorgungseinheiten schon seit längerem bestehende Kassenpraxen zusammengeschlossen und erhalten aufbauend auf den bisher ausbezahlten (Einzelleistungs-)Honoraren eine Pauschalsumme.

Tatsächlich zeigt sich in der Praxis, dass sich der Umsatz einer Arztordination im Großen und Ganzen in einer relativ engen Bandbreite einpendelt. Wenn sich die Umstände nicht wesentlich ändern (etwa durch Wegfall einer benachbarten Kassenstelle), dann bleibt auch im Einzelleistungssystem der abzurechnende Umsatz ziemlich konstant. Aus Sicht des Krankenversicherungsträgers ist es daher weitgehend neutral, ob ein Einzelleistungssystem nach bisherigem Muster weiterbesteht oder auf eine Pauschalsumme umgestellt wird, die in etwa dem bisher verrechneten Umsatz entspricht.

Wir befinden uns derzeit – und das vermutlich noch auf Jahrzehnte hinaus – in einer Situation, in der es keinen Überschuss an Bewerbern für Kassenstellen gibt, sondern umgekehrt viele Kassenstellen vakant bzw. zumindest schwer zu besetzen sind. Auch gesundheitspolitisch ist mittlerweile klar geworden, dass es notwendig sein wird, Kassenstellen wieder attraktiver zu machen. Es würde daher viel dafür sprechen, dem Arzt die Option zu überlassen, ob er sich für ein Pauschalsystem oder für ein Einzelleistungssystem entscheiden möchte. Technisch wäre eine derartige Vorgangsweise nicht sonderlich schwierig. Bei Ärzten, die bereits über das Einzelleistungssystem abgerechnet haben, könnte die bisherige Honorarsumme die Ausgangsbasis für die Berechnung eines Pauschales sein. Bei Neustart einer Ordination könnte an Durchschnittswerte angeknüpft werden. Das alles natürlich vor dem Hintergrund, dass der Arzt die Möglichkeit haben müsste, so wie bisher nach dem Tarifkatalog der gesamtvertraglichen Honorarordnung abzurechnen und nicht zum Pauschale gezwungen wäre. Auf diesem Weg könnten vielleicht Ärzte für Kassenverträge gewonnen werden, die in der Gründung einer Ordination ein Risiko deshalb sehen, weil sie die Unsicherheit der wirtschaftlichen Entwicklung scheuen. Umgekehrt könnten jene Kassenärzte, die aus Gründen der Leistungsgerechtigkeit an Einzelleistungen interessiert sind, weiterhin darauf beharren. Insgesamt könnte eine derartige Option die Übernahme von Kassenstellen attraktiver machen, ohne dass es im Prinzip am auszuschüttenden Honorarvolumen der Kassen etwas ändern würde.

2. Schlecht kalkulierte Leistungen

Die Tarife für Leistungen, die in die Honorarordnung aufgenommen werden, sind regelmäßig das Produkt von Verhandlungskompromissen und nicht das Ergebnis genauer betriebswirtschaftlicher Kalkulationen. Wir haben in Oberösterreich seit mittlerweile fast 20 Jahren eine Vereinbarung mit der Gebietskrankenkasse, wonach neue Leistungen, die sinnvollerweise extramural erbracht werden können, nach einem vereinbarten Kalkulationsschema berechnet und so in die Honorarordnung aufgenommen werden. Dieses Schema hat sich zumindest insofern bewährt, als diese Leistungen wesentlich fairer tarifiert sind als manche andere Leistung, die in der Vergangenheit in einem intransparenten Prozess einfach ausverhandelt wurde. Natürlich gibt es auch im Rahmen dieses Prozesses keine völlig objektive Bewertung. Vor allen Dingen spielen bei vielen Leistungen Fixkosten eine erhebliche Rolle, deren Amortisationsgrad je nach Leistungsfrequenz natürlich völlig unterschiedlich ist. Wir behelfen uns dabei mit Durchschnittswerten, um zumindest im Durchschnitt gerecht zu sein, auch wenn klar ist, dass damit beim einzelnen Leistungserbringer keine vollständige Honorargerechtigkeit erreicht werden kann. Die zweite, vielleicht noch schwierigere Problematik liegt darin, dass im Rahmen des Kalkulationsschemas natürlich auch der ärztliche Einsatz bewertet und damit Konsens zwischen Krankenversicherungsträger und Ärztekammer hergestellt werden muss, wie viel eine Arztstunde nach Abzug der Aufwendungen wert ist.

Angesichts der Vielzahl an Einzelleistungen, die über Jahrzehnte hinweg verhandelt und Teil der Honorarordnung wurden, wäre es natürlich völlig unrealistisch, eine komplette Nachkalkulation aller Leistungen anzudenken. Für neue Leistungen ist es aber zumindest ein Weg, mehr Tarifgerechtigkeit zu erreichen.

3. Honorardegressionsen

In einigen Bundesländern, darunter Oberösterreich, gibt es Mechanismen, die eine Tarifdegression bei steigendem Umsatz bzw. steigender Leistungsanzahl vorsehen. Solche degressiven Systeme sind etwa bei Laborvergütungen anzutreffen. Sie entstanden aus der Überlegung heraus, dass gerade bei Leistungen mit hohen Fixkosten die Aufwendungen für die einzelnen Positionen bei steigender Leistungsanzahl sinken. Wirtschaftlich gesehen haben diese Degressionsen daher, zumindest wenn sie fair berechnet wurden, eine gewisse Logik. Von den Erbringern der Leistungen werden sie allerdings in der Regel als leistungshemmend empfunden und es wird darauf hingewiesen, dass gerade in einer Zeit, in der wir einem Ärztemangel entgegensteuern, Anreize für eine Leistungsausweitung geschaffen werden müssten, also unter Umständen sogar eine progressive Honorierung von einzelnen Leistungen angedacht werden sollte.

Tatsächlich könnten beide – für sich jeweils berechtigten – Ansätze berücksichtigt werden, wenn anstelle von Degressionsen ein „Sockelbetrag-System“ eingeführt würde. Es wäre wohl denkbar und etwa bei Laborleistungen auch vorstellbar, dass ein einheitlicher Sockelbetrag zur Verfügung gestellt wird, der im Wesentlichen geeignet ist, die Fixkosten abzudecken und von der Leistungsanzahl unabhängig ist. Auf der anderen Seite dürfte dann die einzelne Leistung nicht mehr degressiv honoriert werden, sondern es müssten linear verlaufende Honorare ausbezahlt werden. Im Ergebnis würde damit wieder eine – wirtschaftlich allerdings rechtfertigbare – Degression erreicht, ohne dass dies vom Leistungsempfänger als leistungshemmend empfunden werden muss.

4. Limitierungen

Viele Honorarsysteme kennen Limitierungen für mehr oder weniger viele Einzelleistungen. In der Regel handelt es sich nicht um absolute Limits, sondern um in Prozenten ausgedrückte Höchstgrenzen für die Leistungsverrechnung, die von der Gesamtanzahl der Patienten abhängig sind. Hintergrund dieser Limitierungen sind einerseits die bekannten Bedenken der Krankenversicherungsträger, dass tendenziell aus der Moral-hazard-Problematik heraus die Gefahr der Überarztung, also der Erbringung unnötiger Leistungen, besteht. Teilweise haben Limitierungen aber wohl auch mit Kostenüberlegungen zu tun und werden eingeführt, weil die Krankenversicherungsträger die Übernahme bestimmter Leistungen aus budgetären Gründen nur in einem bestimmten Ausmaß zusagen wollen. Von den Ärzten werden Limitierungen wohl weit überwiegend als ungerechtfertigtes Ärgernis betrachtet. Sie kritisieren nachvollziehbarerweise, dass sie bei medizinisch notwendigen Leistungen, die über das Limit hinausgehen, zu Gratisarbeit gezwungen werden.

Tatsächlich zeigt sich in der Praxis, dass es wenig überraschend nicht möglich ist, medizinisch klar begründbare Limitierungen für einzelne Positionen vorzugeben. Die Notwendigkeit der Erbringung von Leistungen variiert natürlich sowohl beim einzelnen Arzt als auch zwischen den Ärzten, weil eben auch die Patienten unterschiedliche medizinische Bedürfnisse haben, sicher aber auch deshalb, weil es innerhalb der Bandbreite der medizinischen Wissenschaft und Standards Entscheidung des Arztes bleiben muss, welche Behandlungsmethoden er einsetzt. Die Therapiefreiheit ist für die Patienten ein wichtiges Gut und daher bis zu einem gewissen Grad auch gesetzlich geschützt. Auf der anderen Seite ist einzuräumen, dass es für die Krankenversicherungsträger sehr schwer ist, Überarztungen festzustellen, und noch schwerer, diese nachzuweisen. Limitierungen sind daher aus der Sicht der Krankenversicherungsträger ein Weg, dem mühsamen Prozess des Nachweises der Überarztung auszuweichen.

Es gäbe allerdings auch eine andere Vorgangsweise, um der Schwierigkeit, der sich die Kasse ausgesetzt sieht, zu begegnen, ohne dass medizinisch immer problematische Limitierungen eingeführt werden müssen. Man könnte anstelle von Limitierungen überlegen, zumindest für frequenzstarke Leistungen die Verteilungskurven zu monitoren und für extreme Ausreißer eine Art Beweislastumkehr einzuführen. Würde sich ein Kassenarzt also im Rahmen der beobachteten Frequenzverteilung extrem von den anderen unterscheiden, dann müsste er nachweisen, dass dieser extreme Unterschied mit einem atypischen Patientengut medizinisch

erklärbar ist. Auf diesem Weg könnte die Kasse ihr Problem der Verhinderung von Überarztungen lösen, ohne dass damit auch die Masse der völlig korrekt handelnden Kassenärzte durch Limitierungen in Mitleidenschaft gezogen würde.

5. Schlichtungsverfahren versus Gesamtvertragskündigung

Die Aufrechterhaltung des Sachleistungssystems hängt davon ab, dass es zu einer Einigung über die Honorarordnung zwischen den Krankenversicherungsträgern und der ärztlichen Standesvertretung kommt. Tatsächlich zeigt die Geschichte, dass das Kalkül des Gesetzgebers aufgegangen ist. Beide Vertragsseiten stehen unter starkem Druck, zu einer Einigung zu kommen. Die Krankenversicherungsträger klarer Weise deshalb, weil ihre Versicherten größtes Interesse an der Aufrechterhaltung des Sachleistungssystems haben. Aber auch die Ärztekammern stehen unter erheblichem Druck seitens ihrer Mitglieder. Ärzte, die sich für einen Kassenvertrag entschieden haben, haben in der Regel großes Interesse daran, dass das Sachleistungssystem fortbestehen bleibt, weil sie ihre gesamte Organisationsstruktur darauf eingerichtet haben.

Trotzdem nimmt es das österreichische Vertragspartnersystem in Kauf, dass es zu einem vertragslosen Zustand und damit zu einem Verlust des Sachleistungssystems kommen könnte. Es unterscheidet sich damit von den Systemen anderer Länder (wie z.B. Deutschland), wo für den Fall eines Dissenses die Einschaltung von unabhängigen Schiedsinstanzen vorgesehen ist. Sollte daher die Fortentwicklung des Sachleistungssystems in eine Sackgasse geraten, wäre es wohl auch in Österreich überlegenswert, auf diese Beispiele zurückzugreifen. Allerdings wäre die derzeit einzig dafür zur Verfügung stehende Behörde – nämlich die Bundesschiedskommission – dafür ungeeignet. Die Bundesschiedskommission, die aus Richtern des Obersten Gerichtshofs und in gleicher Anzahl Beisitzern der Ärzteschaft und der Krankenversicherungsträger besteht, hat derzeit die Möglichkeit, bestehende Verträge kurzfristig zu verlängern, kann allerdings nicht inhaltlich in den Vertrag eingreifen. Würde man tatsächlich eine Schiedsinstanz andenken, die eine inhaltliche Entscheidung treffen und im Fall eines endgültigen Dissenses zwischen den Gesamtvertragspartnern etwa die Valorisierung festsetzen könnte, müsste diese Schiedsinstanz auf völlig neue Beine gestellt werden. Zum einen müsste es klare Vorgaben geben, nach welchen Parametern eine solche Schieds-

instanz zu entscheiden hätte. Zum anderen müsste auch bei der Besetzung dieser Schiedsinstanz auf wirtschaftliche und weniger auf juristische Kompetenz geachtet werden.

6. Beschränkte Kassenmittel

Hauptproblem für eine rundum faire Tarifordnung bzw. überhaupt für den Ausbau des extramuralen Bereichs sind die politisch fix vorgegebenen und damit begrenzten Finanzmittel der Krankenversicherungsträger. Da die Krankenversicherungsträger durchaus nachvollziehbarerweise eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik betreiben, helfen auch die besten Argumente für eine fairere Honorierung oder für einen Ausbau der extramuralen ambulanten Versorgung nichts, wenn die Mittel nicht zur Verfügung stehen. Diesem Problem könnte auf zweierlei Arten beigegeben werden: Entweder man überlässt – so wie in Deutschland – den Krankenversicherungsträgern die Festsetzung der Krankenversicherungsbeiträge. Dies würde dazu führen, dass bei gesteigerten Anforderungen an den extramuralen Bereich logischerweise auch die Beiträge erhöht werden, damit aber auch der Spielraum für die Leistungserweiterung durch die Krankenversicherungsträger ausgeweitet werden könnte. Wenn eine derartige Vorgangsweise nicht in Frage kommt, dann müsste sich aber zumindest der Staat, der dafür Verantwortung trägt, dass die Sozialversicherungsträger den gesteigerten Anforderungen an den extramuralen Bereich nicht gerecht werden können, an der Finanzierung beteiligen. Denkbar wäre genauso wie im Bereich der öffentlichen Krankenanstalten eine Art Verpflichtung zur Abgangsdeckung. Wäre der Staat zur Abgangsdeckung verpflichtet, dann wäre ihm natürlich auch konsequenterweise das Recht einzuräumen, sich an der extramuralen Planung zu beteiligen. Damit könnte aber letztendlich auch eine Lösung für die schon eine gefühlte Ewigkeit laufende Diskussion geschaffen werden, wie die Barrieren gegen die Auslagerungen von Spitalsleistungen in den extramuralen Bereich überwunden werden könnten. Derzeit scheitert diese Auslagerung ja in der Praxis vor allem daran, dass sich die Krankenversicherungsträger darauf berufen, nicht genügend Mittel für einen Ausbau des extramuralen Leistungsangebots zur Verfügung zu haben, während umgekehrt die Länder eine Finanzierungsbeteiligung an extramuralen Leistungen im Großen und Ganzen ablehnen. Gäbe es eine derartige staatliche Abgangsdeckung bei gleichzeitiger Beteiligung an der extramuralen Planung, dann könnte der Staat auch einen Ausbau des extramuralen Bereichs durchsetzen, müsste allerdings dadurch entstehende Mehrkosten auch übernehmen.

7. Regionalisierung

Mit einem gerechten Honorar für die Kassenärzte könnte auch die Anforderung verknüpft werden, dass kassenärztliche Leistungen in ganz Österreich zum selben Tarif abgerechnet werden müssen. Ob dies wirklich der Wunsch der Kassenärzte ist und Kassenverträge attraktiver macht bzw. umgekehrt der Wunsch der Krankenversicherungsträger sein könnte, sei dahingestellt. Tatsächlich werden die Kassenärzte österreichweit einheitlich festgelegte Kassentarife nur dann attraktiver finden, wenn sie höher sind als die bisher ausbezahlten, während für die Krankenversicherungsträger genau das Gegenteil gilt. Ein einheitliches Honorar könnte daher zwar fairer sein, aber für die Übernahme von Kassenstellen nur dann attraktiver, wenn es in ganz Österreich die bisherigen Tarifansätze übertrifft, was wohl aus Sicht der Krankenversicherungsträger wieder schwer vorstellbar sein würde. Fairness muss aber auch nicht unbedingt einen österreichweiten Einheitsbrei in der Tarifordnung bedeuten. Auch am Arbeitsmarkt ist es gang und gäbe, dass – je nach Unternehmen, aber auch regional unterschiedlich – für die gleiche Tätigkeit unterschiedliche Löhne bezahlt werden. Tatsächlich ist zu bedenken, dass die derzeit noch existierenden unterschiedlichen Honorierungssysteme noch ein letzter Rest von „Markt“ in einem völlig monopolisierten Krankenversicherungssystem sind. Einzuräumen ist sicherlich, dass es zwischen einzelnen Honorarpositionen große Unterschiede in der Tarifierung gibt. Wenn man sich aber auf der anderen Seite die Durchschnittsumsätze ansieht, stellt man fest, dass diese in einer viel engeren Bandbreite liegen. Die unterschiedlichen Honorierungen führen daher nur in einem sehr abgeschwächten Ausmaß zu unterschiedlichen Ärzteteinkommen. Daraus ist wohl abzuleiten, dass die Honorarordnungen tatsächlich dazu genutzt werden, differenzierten regionalen Bedarf zu befriedigen. Leistungen, die in einem Bundesland als wichtiger empfunden werden, sind möglicherweise in einem anderen Bundesland als weniger wichtig eingestuft und daher geringer tarifiert, geben dort aber wieder die Möglichkeit, andere – dort wieder als prioritär empfundene – Leistungen zu stärken.

Was daher in Wirklichkeit im Sinne von Leistungsgerechtigkeit fehlt, ist nicht eine Vereinheitlichung aller Tarifpositionen in ganz Oberösterreich. Was fehlt, sind Mechanismen, die die Beteiligten – also vor allem die Gesamtvertragspartner (Kassen und ärztliche Standesvertretung, aber auch die übrigen Vertragspartner) – dazu zwingt, möglichst effizient mit den Mitteln umzugehen. Sinnvoll wäre wohl, das Nebeneinanderbestehen von verschiedenen Systemen dazu zu nutzen, Best-Practice-Modelle herauszuarbeiten. Dazu bedürfte es allerdings eines Maßstabs, an dem der Erfolg des jeweiligen Systems gemessen werden könnte.

Entsprechend der Zielsetzung der sozialen Krankenversicherung kann aber dieser Maßstab nicht darin liegen, möglichst hohe Überschüsse zu erzielen, sondern eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und für die Versicherten zufriedenstellende extramurale Versorgung zu erreichen und auszubauen.