

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus verschiedenen Interessensgruppen zum Schwerpunktthema Honorarentwicklung im kassenärztlichen Bereich.

Dieses Mal mit Beiträgen von Mag. Franz Kiesel (OÖGKK), MPH, OMR Dr. Thomas Fiedler (ÄKOÖ) und Mag. Dr. Michael Müller (SVA).

Mag. Franz Kiesel, MPM

Ressortdirektor Vertragspartner, OÖGKK

„Das Honorarsystem dient sowohl der Sicherstellung einer optimalen, bedarfsgerechten Versorgung unserer Versicherten als auch einer gerechten Honorierung unserer Vertragsärzte.“

Das Honorarsystem in OÖ

Zuerst möchte ich einen kurzen Überblick über das Honorarsystem der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse geben: § 342 Abs. 2 ASVG schreibt vor, dass die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren ist. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Krankenversicherungsträger für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.

Vor diesem Hintergrund erhalten die Vertragsärzte in Oberösterreich ihr Honorar nach einem gemischten System. Neben einer Pauschale pro in einem Quartal behandelte Person (Grundleistungsvergütung pro Fall) werden bestimmte Sonderleistungen separat honoriert. In der Honorarordnung sind ca. 1.000 Sonderleistungspositionen enthalten. Eine Ausgabenbegrenzung gibt es nicht. Aber im Rahmen der Honorarverhandlungen werden die Gesamtausgaben (Tarife und Frequenzen) betrachtet.

Die Höhe des Honorars für die Grundleistungen und Sonderleistungen wird zwischen der Interessensvertretung der Ärzte (Ärztelkammer für Oberösterreich) und der Sozialversicherung (Verhandlung durch die OÖGKK, Abschluss durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) jährlich vereinbart und in der Honorarordnung dargestellt. Die Honorarordnung bildet einen Teil des Ärztegesamtvertrages, der für die Vertragsärzte ex lege unmittelbar verbindlich ist.

Die Ausgaben im Bereich der fachärztlichen Tätigkeit werden durch sogenannte Honorarsummenlimitierungen und Degressionen gesteuert. Wird eine bestimmte Honorarsumme überschritten, erfolgt eine Rabattierung. Hauptzweck der Honorarlimitierung ist die Sicherstellung, dass sich die je nach Praxisgröße unterschiedliche Fixkosten-Verteilung im Honorar widerspiegelt. Gäbe es diese Limitierung nicht, würden die Punktwerte verfallen, da sich die Ausgaben der Kasse an den Beitragseinnahmen orientieren müssen (§ 342 Abs. 2a ASVG) und daher nicht mehr ausgegeben werden kann, als eingenommen wird. Es würde daher in Summe nicht zu einer Honorarsteigerung kommen, sondern lediglich die Summen anders verteilt werden.

Bei einer Vielzahl von Einzelleistungen ist ein fallbezogenes Limit vorgesehen; d.h. die Leistung ist in ... % der Fälle verrechenbar. Diese Limitierungen berücksichtigen sowohl die durchschnittliche, mit der ÄK festgelegte medizinische Notwendigkeit als auch den betriebswirtschaftlichen Aspekt, wonach die einzelne Leistung bei größerer Frequenz billiger zu erbringen ist (weil sich z.B. das Gerät früher amortisiert).

Grundsätzlich ist das Honorarsystem in ganz Österreich ähnlich aufgebaut. Der größte Unterschied im Honorierungssystem OÖ zu den anderen Bundesländern ist die Betrachtung der Gesamtausgaben (Frequenzen und Tarife) bei den Tarifverhandlungen und die Tatsache, dass die Honorare der oberösterreichischen Vertragsärzte grundsätzlich im Ausmaß der Beitragseinnahmesteigerung angehoben werden, was in den letzten Jahren zu überdurchschnittlichen Tarifierhebungen in OÖ geführt hat. Außerdem wird der Tarifierhebungsprozentsatz in OÖ nicht linear auf alle Tarife umgelegt, sondern es erfolgt eine differenzierte Aufteilung. So können Leistungspositionen überdurchschnittlich gefördert und unterschiedliche Bedarfssituationen unterschiedlich berücksichtigt werden. Nicht in jedem Bundesland gibt es die Honorarlimitierungs- und Mengenrabattregelungen bei den Fachärzten.

OÖ ist auch das einzige Bundesland, das den sog. kassenfreien Raum ausgeschlossen hat. Privathonorar kann nur in folgenden Fällen verlangt werden:

Leistungen, die ihrer Art nach keine Krankenbehandlungen darstellen, wie z.B. Führerscheinuntersuchungen, Flugtauglichkeitsuntersuchungen, rein prophylaktische Leistungen sofern sie nicht gesamtvertraglich als Sachleistung zu erbringen sind, Atteste für private Zwecke usw.

Komplementärmedizinische (wissenschaftlich nicht erprobte) Leistungen, wobei Kammer und Kasse darüber jährlich eine möglichst vollständige (demonstrative) Liste erstellen.

Private Inanspruchnahme des Vertragsarztes, bei denen der Anspruchsberechtigte für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bewusst keinen Krankenschein abgeben will und der Anspruchsberechtigte somit auf den Sachleistungsanspruch verzichtet, wobei in diesem Fall vom Versicherungsträger auch kein Rückersatz geleistet wird.

Im Gegenzug wurde mit der ÄK vereinbart, dass der Honorarkatalog laufend weiterentwickelt wird. In den letzten Jahren wurden rund 30 Leistungen aufgenommen bzw. praxisingerecht aktualisiert. Das Sachleistungssystem wird damit gestärkt, der medizinische Fortschritt kommt allen Versicherten, unabhängig von ihrer finanziellen Situation, zugute.

Gerechtigkeit

Gerecht ist aus unserer Sicht ein Honorar dann, wenn es dem Vertragsarzt ein angemessenes Einkommen sichert, das seinem Arbeitsaufwand und seiner Qualifikation Rechnung trägt. In OÖ beträgt das Einkommen eines Vertragsallgemeinmediziners vor Steuer (also nach Abzug aller Praxiskosten und der Sozialversicherungs- und Pensionsbeiträge) nach unserer Erfahrung im Schnitt ca. € 150.000,- im Jahr. Im Vergleich zu anderen akademischen Berufsgruppen ist dies ein sehr gutes Einkommen für eine zweifellos qualitativ hochwertige und engagierte Tätigkeit.

Auch ist das Honorarsystem gerecht, weil durch die Limitierungen bewirkt wird, dass unterschiedliche, vom Vertragsarzt nicht beeinflussbare Gegebenheiten (wie z.B. die Anzahl der in der Region zu versorgenden Patienten) bei der Honorierung berücksichtigt werden. Mit den Rabattregelungen werden vor allem kleine Praxen gefördert, was durch deren Nachteile bei der Fixkostenverteilung gegenüber größeren Praxen begründet ist.

Das Honorierungssystem in Österreich ist trotz dieser Limitierungen sehr leistungsbezogen und leistungsfreundlich. In vielen Staaten werden Ärzten kaum Sonderleistungen honoriert, sondern sie erhalten nur pauschalierte Beträge oder werden nach Kopfpauschalen bezahlt.

Durch die differenzierte Tarifierhebung bei den einzelnen Fachgruppen wird ebenfalls versucht, unterschiedlichen Kostensituationen und medizinischen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Der Umstand, dass in OÖ kein „kassenfreier Raum“ gestattet ist, bringt für die Ärzte Vorteile, denn diese Regelung verpflichtet die OÖGKK Leistungen einzuführen, weshalb der Arzt mehr Leistungen für seine Patienten anbieten kann und der Honorarkatalog laufend weiterentwickelt wird.

Honorarsteigerung höher als Kostenentwicklung

In OÖ hat sich das Honorar pro Vertragsarzt von 2011 bis 2016 im Ausmaß von 22,7 Prozent entwickelt – die Inflation, die wohl im Wesentlichen die Kostensteigerungen widerspiegelt, demgegenüber nur um rund 8 Prozent.

Verhandlungen sind effizient

Die Honorarverhandlungen zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung bzw. hier ganz konkret zwischen der regionalen Ärztekammer und der GKK im Bundesland ist grundsätzlich eine sehr effiziente Methode der Honorarentwicklung, weil auf regionale Verhältnisse eingegangen werden kann. Alternativ wäre zum Beispiel ein öffentliches Vergabeverfahren, das die Gefahr birgt, dass eine wohnortnahe Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann. Eine zentrale Verhandlung durch die Sozialversicherung würde vielleicht eine einheitliche Regelung in ganz Österreich bringen, die allerdings die unterschiedlichen Ausgangslagen (unterschiedliche Tarif- und Vertragssituation), regionale Situation der Vertragsärzte und das Know-how der regionalen Ärztekammer in keiner Weise berücksichtigen kann.

Ideen für die Zukunft

Gemeinsam mit unserem Systempartner, der ÄK für OÖ, arbeiten wir laufend an der Weiterentwicklung des bestehenden Systems:

So müssen z.B. die Limitierungsbestimmungen der aktuellen Situation angepasst werden, um sicherzustellen, dass notwendige Mehrleistungen auch abgegolten werden. Wir haben uns gemeinsam mit der ÄK zum Ziel gesetzt, im Jahr 2018 die Grundleistungsstaffeln und die Honorarsummenlimitierung

gen einer umfassenden Analyse in Hinblick auf die betriebswirtschaftliche Rechtfertigung zu unterziehen.

Auch über das Honorarsystem müssen Maßnahmen gesetzt werden, damit der Patient mit seiner Erkrankung nicht nur in der richtigen Versorgungsstufe betreut wird, sondern auch alle Leistungen bekommt, die er benötigt.

Die Honorarhöhe soll grundsätzlich abhängig sein von Qualität und Versorgungswirksamkeit unter Berücksichtigung der Praxiskosten und des Arbeitsaufwandes.

Hinsichtlich der Praxiskosten und der tatsächlichen Arbeitszeit sollte die Transparenz für ÄK und Kasse wesentlich verbessert werden, um die Treffsicherheit bei den Honorarvereinbarungen zu erhöhen.

Ich wünsche mir mehr Flexibilität der Ärzteschaft in Hinblick auf synergetische Verschränkungen mit dem Spital. Die Erreichbarkeit der Vertragsärzte (Wartezeitenreduktion beim Facharzt, Online-Terminvergabesystem, Abstimmung Öffnungs- und Abwesenheitszeiten, Verbesserung der Kommunikation/Koordination der Leistungserbringer) soll verbessert werden. Auch sind Versorgungsaufträge (qualitativ und quantitativ) zu definieren und umzusetzen: qualitativ auf Basis der Leistungsprofile im ÖSG, quantitativ in Bezug auf Öffnungszeiten, Scheinzahlen, Wartezeiten.

Im Endeffekt dienen die Vertragsabschlüsse zwischen Ärztekammer und Kasse nicht nur der gerechten Honorierung unserer Vertragsärzte, sondern insbesondere auch zur Sicherstellung einer optimalen, bedarfsgerechten Versorgung unserer Versicherten, den Patienten unserer Vertragsärzte.

OMR Dr. Thomas Fiedler

Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte,
Ärztammer für Oberösterreich

„Kassenverhandlungen sind nicht einfach und ihr Ergebnis stellt einen Kompromiss dar. Es sollte dabei nicht nur die Honorarhöhe, sondern auch die gerechte Verteilung auf die kassenärztlichen Leistungen Beachtung finden, um die Kassenstellen attraktiv zu halten und so genügend Nachfolger zu finden.“

Kassenverhandlungen sind die Feuertaufe für jeden Entscheidungsträger in der ärztlichen Standesvertretung. Sie sind extrem aufwendig und letztlich auch psychisch anstrengend, weil mit viel Frustrationspotential versehen. Das liegt vor allem daran, dass Kassenverhandlungen Kollektivgüter zum Gegenstand haben. Alles, was in Kassenverhandlungen erreicht wird, wird nicht für einen einzelnen Arzt, sondern für die gesamte Gruppe der Ärzteschaft erreicht. Meiner Erfahrung nach sind Mitglieder äußerst dankbar, wenn ihnen die Ärztekammer dabei hilft, eine individuelle Problemstellung in den Griff zu bekommen.

Ganz anders stellt sich die Situation bei kollektiven Verhandlungen dar. Hier gibt es viel weniger Dankbarkeit, weil das, was der einzelne Arzt bekommt, ja auch alle anderen bekommen – oder umgekehrt gesprochen der einzelne Arzt nur das bekommt, was auch alle anderen kriegen. Bei kollektiven Verhandlungen sind daher meiner Erfahrung nach Mitglieder viel kritischer, als wenn es nur um ihre eigene Sache geht. Dankbarkeitsbezeugungen sind daher selbst nach aus eigener subjektiver Einschätzung der Verhandlungsteilnehmer sehr gut gelaufenen Verhandlungen äußerst selten.

Auf der anderen Seite sind Standesvertreter auch selbst Ärzte und Teilnehmer von Kassenverhandlungen wohl durchwegs auch Kassenärzte. Aus dieser Sicht kann man auch die Unzufriedenen im System durchaus verstehen. Verhandlungen sind immer nur darauf ausgerichtet, Kompromisse zu erzielen. Eine optimale Versorgungslandschaft bleibt immer Utopie. Daher ist es auch gut nachvollziehbar, wenn sich Kassenärzte über Tarife ärgern, die trotz medi-

zinischer Entwicklung nicht adaptiert wurden und nicht einmal mehr kosten-deckend sind, wenn sie sich an Limitierungen stoßen, die sie dazu zwingen, medizinisch notwendige Leistungen zum Nulltarif zu erbringen, oder wenn sie immer wieder das politische Schlagwort der Stärkung der ambulanten Versorgung hören, gleichzeitig aber feststellen müssen, dass es immer schwieriger wird, die Aufnahme moderner Leistungen in den Honorarkatalog zu erreichen.

Trotzdem bin ich sicher, dass auch Kassenärzte nicht nur daran interessiert sind, ein möglichst hohes Honorar zu bekommen, sondern vor allem Honorargerechtigkeit wünschen. Die Krankenversicherungsträger sind daher gut beraten, sich gemeinsam mit den Ärztekammern in den Verhandlungen darauf einzulassen, nicht nur über die Erhöhung des Honorarvolumens zu diskutieren, sondern auch darüber, wie dieses Honorarvolumen möglichst gerecht auf die kassenärztlichen Leistungen verteilt werden kann.

Kassenstellen werden dann attraktiv bleiben (werden?), wenn Ärzte, die einen Kassenvertrag übernehmen sollen, Bedingungen vorfinden, die besser sind als in den Bereichen, in denen sie alternativ arbeiten können, also besser als im Spital oder in einer Privatordination. Das ist eine Frage der Arbeitsbedingungen, natürlich auch der Honorarhöhe, vor allem aber auch der Honorargerechtigkeit.

Mag. Dr. Michael Müller

Abteilungsleiter Gesundheitsservice Wien, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft SVA

„Verhandlungen zwischen den Kassen und den Vertretern der Ärzteschaft sind prinzipiell eine sehr gute Methode zur Festlegung von Preisen am Gesundheitsmarkt. In diesem Prozess werden sowohl die begrenzten Mittel der Kassen, die Bedürfnisse der Patienten als auch die Kostenentwicklung bei den Ärzten berücksichtigt.“

Die Verhandlungen

Der Diskurs zwischen Ärzteschaft und Financiers ist jedenfalls notwendig, um das Leistungsangebot laufend weiterzuentwickeln. Es gibt viele Beispiele, wo man in Expertengruppen gemeinsam produktiv an der Weiterentwicklung des Leistungsportfolios arbeitet. Häufig befinden sich die beiden Seiten jedoch in einer Maginot-ähnlichen Patstellung – hier wünscht man sich schon öfter mal einen Reset-Button, um „historisch Gewachsenes“ zurückzusetzen und bei „Null“ zu starten. Generell könnte ein stärkerer Fokus auf Evidenzen helfen, um Dynamik in die Honorarordnung zu bringen. Nicht nur wir müssen unsere Honorarordnung gut finden, damit wir am Gesundheitsmarkt bestehen können. Unsere Mitglieder – Ärzte und Versicherte – fungieren als Schiedsrichter, die darüber entscheiden, ob das Match fair abläuft. Bei jedem Foul riskieren wir eine rote Karte. Man erwartet sich kein Verharren im Status quo, sondern zeitgemäße, rasche Problemlösungen und die Würdigung von Innovationen.

Preisgestaltung und Fairness

Bei der Frage nach der Gerechtigkeit eines Honorarsystems kommt es darauf an, was man darunter in einem geregelten Markt wie dem Gesundheitsmarkt versteht. In der Innensicht, also im Vergleich der einzelnen Fachgruppen untereinander, würde ich meinen, dass die Entwicklung der letzten Jahre je-

denfalls zu einer faireren Verteilung der Mittel beigetragen hat. Ob die Preise im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen oder Dienstleistungen gerecht sind, lässt sich schwer beurteilen. Gesundheit wird als öffentliches Gut größtenteils von der Solidargemeinschaft finanziert, eine freie Preisgestaltung im Wechselspiel von Angebot und Nachfrage ist nur begrenzt möglich.

In den meisten Verträgen, die ich verhandeln durfte, vertraten unsere Vertragspartner und wir eine gemeinsame Ansicht: Nämlich dass sich Preisentwicklungen an den Verbraucherpreisen orientieren sollten. Spezialitäten und neue Leistungen können eine andere Logik rechtfertigen. Jedoch gilt auch der Umkehrschluss, manche Betriebsmittel werden schließlich billiger.

In den Honorarordnungen der SVA und der GKKs bestehen durchaus Unterschiede. Die Honorarordnung der SVA zeigt den für Österreich typischen Mix aus Pauschalen und Einzelleistungen. Grundsätzlich können wir dem GKK-Trend zur Forcierung der Pauschalen etwas abgewinnen, glauben aber, dass sich diese Tendenz diametral zur Entwicklung der Medizin verhalten kann, wo Individualisierung und Personalisierung der Leistungen im Mittelpunkt stehen.

Patienten haben Priorität

Ich bin der Überzeugung, dass unser Honorarsystem nur so gut ist, wie es unsere gemeinsamen Kunden – die Patientinnen und Patienten – wahrnehmen. Die Leistungen, die wir in unserem „Katalog“ gemeinsam festlegen, müssen in erster Linie einen Beitrag zur Gesundheit unserer Klientel leisten – also treffsicher sein. Aber nicht nur die Treffsicherheit von Diagnostik und Therapie prägt die Zufriedenheit der PatientInnen, man muss vor allem Zeit in den Dialog mit den Menschen investieren. Der Trend zum Wahlarzt bestätigt, dass nicht die Anzahl der durchgeführten Tests, sondern die Anzahl der gesprochenen Minuten die positive Wahrnehmung des Patienten prägt.

Die Kernkompetenz der sozialen Krankenversicherung ist mittlerweile nicht nur die Finanzierung von Arzthonoraren, sondern hat sich um die Bereiche Systemgestaltung und -entwicklung erweitert. Hierzu braucht es Spürsinn für den Trend der Zeit sowie Verständnis für die Anliegen unserer Klientel. Nur wer Demut vor den Menschen empfindet, die uns ihr wertvollstes Gut – ihre Gesundheit – anvertrauen, versteht den Druck der Auftraggeber und interpretiert Signale nicht als Vorwurf, sondern als Appell mit Handlungsbedarf.