ZGP Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Ausgabe 03/2017

Schwerpunktthema

Honorarentwicklung im kassenärztlichen Bereich

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Schwerpunktthema

Honorarentwicklung im kassenärztlichen Bereich

ZGP

Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP

Schwerpunktthema

Honorarentwicklung im kassenärztlichen Bereich

Ausgabe 3/2017

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: www.fotolia.com (ursule)
Redaktion: Mag. Katharina Wieser
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

Beim Gesundheitswesen handelt es sich um einen ganz besonderen Markt. Für Gesundheitsleistungen werden die Preise deshalb in den allermeisten Staaten nicht über die unsichtbare Hand des Marktes festgelegt, denn das würde die Gefahr einer ineffizienten Verteilung des Gutes Gesundheit in sich bergen. In Folge dessen werden die Preise von der öffentlichen Hand geregelt oder aber die Regelungen zu deren Festlegung vorgegeben.

Im Zuge der Honorarverhandlungen stehen in Österreich jedes Jahr die Kassen, gemeinsam mit der Ärztekammer, vor der Herausforderung, die Beiträge der Versicherten möglichst effizient einzusetzen und gleichzeitig die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte leistungsgerecht abzugelten. Dabei werden die Bedürfnisse der Patienten, die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kassen, die Kostenentwicklungen bei den Ärzten und vielerlei andere Dinge mit berücksichtigt. Diese Art von Verhandlungen stellt eine äußerst effiziente Methode zur Preisfindung im Bereich der ärztlichen Leistungen dar. Dennoch bedarf es immer wieder einer Überprüfung der üblichen Parameter und Vorgangsweisen, um mit den Anforderungen der Zeit Schritt zu halten und weiterhin die Bedürfnisse aller beteiligten Partner optimal bedienen zu können.

In der vorliegenden Ausgabe präsentieren wir Beiträge, die Entwicklungen, Probleme, Ideen und Meinungen zum Thema aufzeigen. In diesem Heft kommen vor allem Experten aus der Praxis zu Wort und wir hoffen, Ihnen damit interessante und wertvolle Inputs zu liefern. Wir wünschen wie immer viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Preisentwicklung ausgewählter ärztlicher Leistungen 9
Mag. Stefan Rauchenzauner

Zusammenfassung Gesundheitsökonomischer Arbeitskreis „Warenkorb – Inflation für Kassenärzte“ 25
Mag. Katharina Wieser

Überlegungen zum gerechten Kassenhonorar 39
Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Befragung zum Honorarsystem der Kassenärzte in OÖ 51
Mag. Katharina Wieser

Prozess „Moderne Medizin“ 61
Mag. Nick Herdega, MSc
Mag. Kerstin Garbeis

Systeme zur Festlegung von Ärztehonoraren – administrative Preisbildung 71
Mag. Katharina Wieser

Auf den Standpunkt gebracht 89

News aus den Gesundheitssystemen 99

Mag. Stefan Rauchenzauner

stv. Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Salzburg

Preisentwicklung ausgewählter ärztlicher Leistungen

1. Einleitung **10**

2. Besonderheiten Kassenarztpraxis **11**

3. Preisentwicklung ausgewählter ärztlicher Kassenleistungen **13**

4. Fazit und Ausblick **23**

Dieser Beitrag soll die Entwicklung einiger ausgewählter Leistungen des kassenärztlichen Leistungskataloges zeigen und darstellen, ob sich ihre Valorisierung über oder unter dem allgemeinen Verbraucherpreisindex VPI entwickelte.

1. Einleitung

Verbraucherpreisindizes sind wichtige Wirtschaftsindikatoren, die die Veränderung der Preise von Waren und Dienstleistungen im Zeitverlauf messen.[1] Verbraucherpreisindizes, wie der nationale Verbraucherpreisindex (VPI) und der Harmonisierte Verbraucherpreisindex (HVPI), werden einmal monatlich und als Jahreswert einmal im Jahr, nämlich im Jänner, von der „Statistik Austria" errechnet und publiziert.[2,3] Die Berechnung des VPI erfolgt auf Basis eines gewichteten Warenkorbes[4], welcher in zeitlichen Abständen angepasst wird und letztlich Preisentwicklungen aus dem Blickwinkel privater Konsumenten wiederspiegeln sollte. Preisentwicklungen wie bspw. jene von Kristallzucker, Weißbrot und Haselnussschnitten spielen bei der Berechnung eine Rolle, aber wie sieht es mit der Preisentwicklung von ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich aus? Dieser Artikel hat zum Ziel, die Preisentwicklung einiger ausgewählter ärztlicher Leistungen darzustellen.

1 Vgl. https://www.wko.at/service/zahlen-daten-fakten/verbraucherpreisindex.html
2 Siehe dazu die Publikationstermine sowie die aktuellen Werte: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/preise/index.html
3 Preisentwicklungen beeinflussen maßgeblich Kollektivvertrags- bzw. Lohnverhandlungen, die in regelmäßigen Abständen stattfinden. Neben der Preisentwicklung (Inflationsrate bzw. Verbraucherpreisindex) kommt dem sog. „Anteil am Produktivitätszuwachs" (Anteil am wirtschaftlichen Erfolg) eine besondere Bedeutung zu. Abschlüsse unterhalb der Verhandlungsbasis Inflationsrate führen bei Arbeitnehmern zu Reallohnverlusten.
4 Siehe dazu die unterschiedlichen Gewichtungsschemata: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/preise/verbraucherpreisindex_vpi_hvpi/warenkorb_und_gewichtung/index.html

2. Besonderheiten Kassenarztpraxis

Der Arzt, insbesondere der Vertragsarzt, als Praxisinhaber unterscheidet sich wesentlich von anderen Berufsgruppen.[5] Vertragsärzte agieren in einem streng regulierten Umfeld, ähnlich wie beispielsweise Notare. Es existieren Zugangsbeschränkungen (Stellenplan) und es gibt für das angebotene Leistungsspektrum grundsätzlich geregelte Tarife.[6,7] Eine Preisbildung nach Angebot und Nachfrage existiert im Unterschied zum klassischen Unternehmer in diesem hochgradig regulierten „Kassenarztmarkt" nicht.

Der Praxisumsatz wird im Wesentlichen von den multiplikativ verknüpften Größen „Preis" und „Menge" bestimmt.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Preisentwicklung des Nominaltarifes, und es wird versucht, die Preisentwicklung im Vergleich zur Entwicklung des VPI darzustellen.[8]

5 Vgl. DIW Econ GmbH Gutachten „Berücksichtigung des „Arztlohnes" bei der Anpassung des Orientierungswertes (2016) S. 19ff; https://diw-econ.de/publikationen/studien/beruecksichtigung-des-arztlohnes-bei-der-anpassung-des-orientierungswertes/

6 Siehe dazu die Honorarordnungen der einzelnen Krankenversicherungsträger (KV)-Träger.

7 Viele vertragsärztliche Leistungen unterliegen strengen Verrechnungsbestimmungen, wobei neben unterschiedlichsten Verrechnungsbeschränkungen (z. Bsp.: Leistung „A" nicht gemeinsam mit Leistung „B"), Abrechnungsobergrenzen (z. Bsp.: „Max. einmal pro Abrechnungszeitraum") auch Limitierungsbestimmungen (z. Bsp.: „Max. 10 % der Fälle") sowie Rabattierungsbestimmungen (z.B. „Fallstaffelungen") zu berücksichtigen sind. Sämtliche Verrechnungsbestimmungen beeinflussen den tatsächlich bezahlten Preis einer Vertragsarztleistung. Der tatsächlich bezahlte Tarif (Durchschnittstarif) wird bei limitierten Leistungen niedriger sein als der Nominaltarif (Tarif lt. Honorarordnung). Durchschnittstarife können von Vertragspartner zu Vertragspartner unterschiedlich sein. Unter Zugrundelegung aller Abrechnungsdaten kann man auch einen Durchschnittstarif für einzelne Fachgebiete, Perioden, Regionen berechnen. Dieser Durchschnittstarif ändert sich nicht nur, wenn sich der Nominaltarif erhöht, sondern auch bei Limitänderungen (oft bezeichnet als strukturelle Änderungen).

8 Im Zusammenhang mit der Beurteilung von Preisentwicklungen bei ärztlichen Leistungen wird immer wieder, „auch mangels Alternativen", auf den VPI als Benchmark zurückgegriffen, auf eine Benchmark, deren Grundlage ein Warenkorb von Waren und Dienstleistungen ist, den ein durchschnittlicher Haushalt in Österreich einkauft.

2.1. EXKURS: Kostensteigerungen in einer Arztpraxis

Personalkosten stellen bspw. einen der größten Ausgabenblöcke (als sprungfixe Kosten) in der Niederlassung dar und spielen bei der Beurteilung, ob ein Arzt erfolgreich ist oder nicht, eine nicht unwesentliche Rolle. Steigen die Fixkosten und entwickeln sich die Einnahmen nicht im selben Ausmaß, so verringert sich ceteris paribus der Reinertrag oder im übertragenen Sinne würde dies einem Reallohnverlust des Arztlohnes entsprechen, also genau jener Situation, die man mit einer Anpassung am VPI vermeiden möchte. In der Niederlassung spielen aber nicht nur Personalkosten eine wichtige Rolle, sondern insbesondere geht es auch um Kosten für die technische Infrastruktur und Aufwendungen für Miete, die tendenziell mit einer VPI-Valorisierungsklausel versehen sind, sowie Kosten im EDV-Bereich (Arztsoftware [ASW] und Hardware), Kommunikationskosten sowie Kosten für Versicherungen etc. Diese Kostensteigerungen werden in toto nur wenige Gemeinsamkeiten mit den Kostensteigerungen des Warenkorbes für das tägliche Leben aufweisen. Trotzdem spielt der VPI in den nachfolgenden Darstellungen eine zentrale Bedeutung. Jedoch sollte man davon ausgehen, dass ein Vergleich mit dem VPI die Situation eher unterschätzt.

3. Preisentwicklung ausgewählter ärztlicher Kassenleistungen

In diesem Abschnitt sollen nun einige Kassenleistungen näher analysiert werden. Die ausgewählten Leistungen stellen einen Mix aus Leistungen dar, zum einen sogenannte Grundleistungspositionen wie die Pos. „Ordination" A1 oder E1 (BVA und VAEB) bzw. E12 (SVA), die oft mit der Abgeltung der Vorhaltekosten (Fixkosten) junktimiert wird, oder die Position „TA", die wichtigste „bezahlte" gesprächsmedizinische Leistung im Kassenvertrag. Dazu kommen einzelne Sonderleistungen aus einzelnen Fachgebieten, sonographische Leistungen sowie Vorsorgeuntersuchungen (VU-Leistungen)[9] und Mutter-Kind-Pass-Leistungen (MKP-Leistungen)[10]. Für den Vergleich werden die Tarife der bundesweiten Träger[11] herangezogen.

Dargestellt wird die prozentuelle Preisentwicklung[12] seit 2005 bis heute, und zwar in 5-Jahres-Intervallen. Als Benchmark wird die Entwicklung des VPI 2005 (Basis 2005) gewählt (gestrichelte Linie), überschreitet die gestrichelte Linie eine andere Linie, so ist der Nominaltarif der Leistung dieses KV-Trägers nicht in der Höhe des VPI gestiegen. Bei Leistungen, die keinen Verrechnungsbeschränkungen (z. Bsp. MKP-Leistungen) unterliegen, würde dies einem „Reallohnverlust" entsprechen, der umso größer ist, je weiter die Endpunkte der Linien auseinander liegen.

9 Siehe dazu: https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht

10 Siehe dazu: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/Mutter_Kind_Pass

11 Siehe insb. die Honorarordnungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)

12 Die prozentuelle Preisentwicklung steht im Vordergrund. In einer Gesamtbetrachtung wären noch mindestens folgende Parameter zu beachten: tarifliches Ausgangs- sowie Endniveau sowie die absolute Veränderung.

Abbildungen	
Lfd. Nr.	Inhalt
1	Punktewertentwicklung (abgebildet ist jener Punktewert, der für die Vielzahl der Sonderleistungen aus den Fachgebieten anzuwenden ist)
2	Tarifentwicklung A1 - Erste Ordination - Arzt für Allgemeinmedizin (AM)
3	Tarifentwicklung B1 - Erster Krankenbesuch - Arzt für Allgemeinmedizin (AM)
4	Tarifentwicklung E1 (BVA und VAEB)/E12 (SVA) Erste Ordination - Facharzt für Augenheilkunde
5	Tarifentwicklung J1 - Ärztliche Koordinierungstätigkeit
6	Tarifentwicklung TA - Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache
7	Tarifentwicklung PS - Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch
8	Tarifentwicklung 11b - Intramuskuläre Injektion
9	Tarifentwicklung 34a - EKG in Ruhe
10	Tarifentwicklung 36a - Verbale Intervention bei psych. Krankheiten
11	Tarifentwicklung 38j - Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie
12	Tarifentwicklung US 10 - Sonographie des Unterbauches und/oder endovaginale Sonographie
13	Tarifentwicklung EK 2 - Echokardiographie einschl. Dopplersonographie des Herzens
14	Tarifentwicklung MU 1-5 - Erste bis fünfte Untersuchung der Schwangeren
15	Tarifentwicklung KU 1-8 - Erste bis achte Untersuchung des Kindes
16	Tarifentwicklung VU - allg. Untersuchungsprogramm mit Labor

Tabelle 1: Übersicht über die im Beitrag dargestellten kassenärztlichen Leistungen

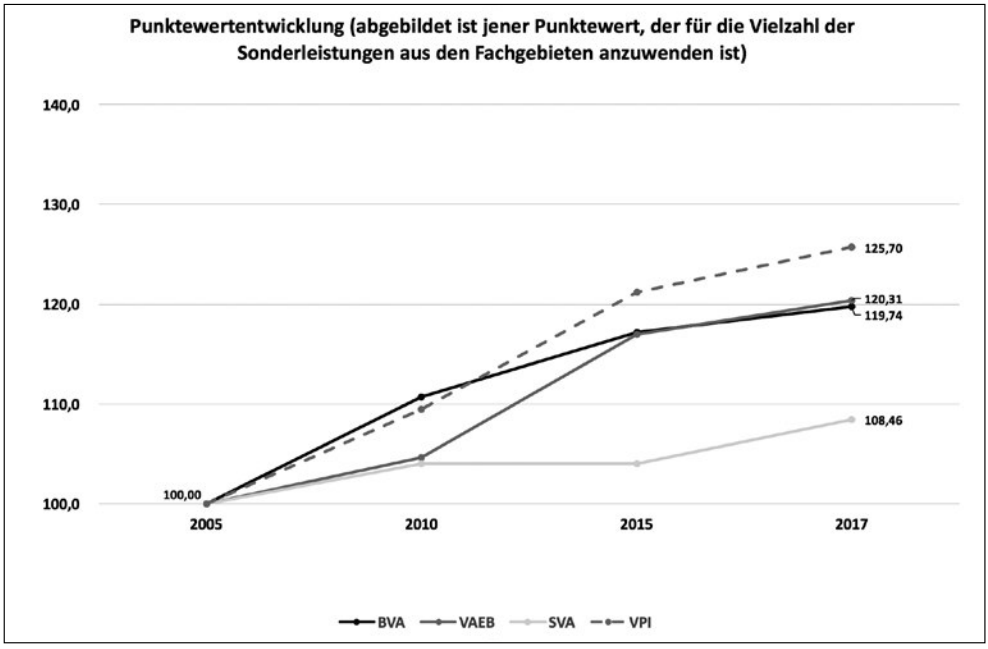


Abbildung 1: Punktewertentwicklung (abgebildet ist jener Punktewert, der für die Vielzahl der Sonderleistungen aus den Fachgebieten anzuwenden ist)

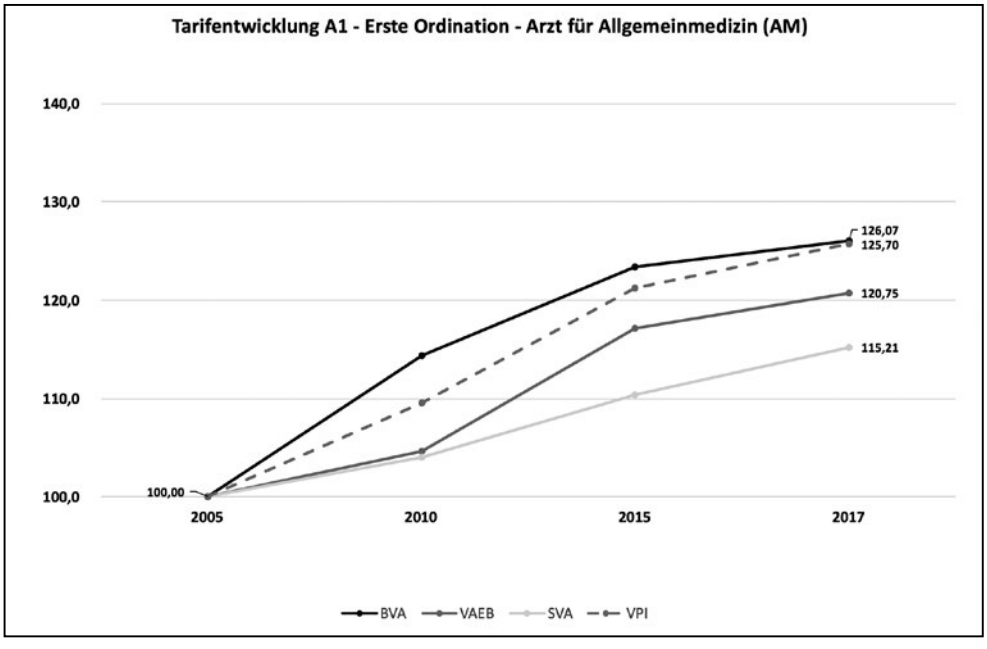


Abbildung 2: Tarifentwicklung A1 – Erste Ordination – Arzt für Allgemeinmedizin (AM)

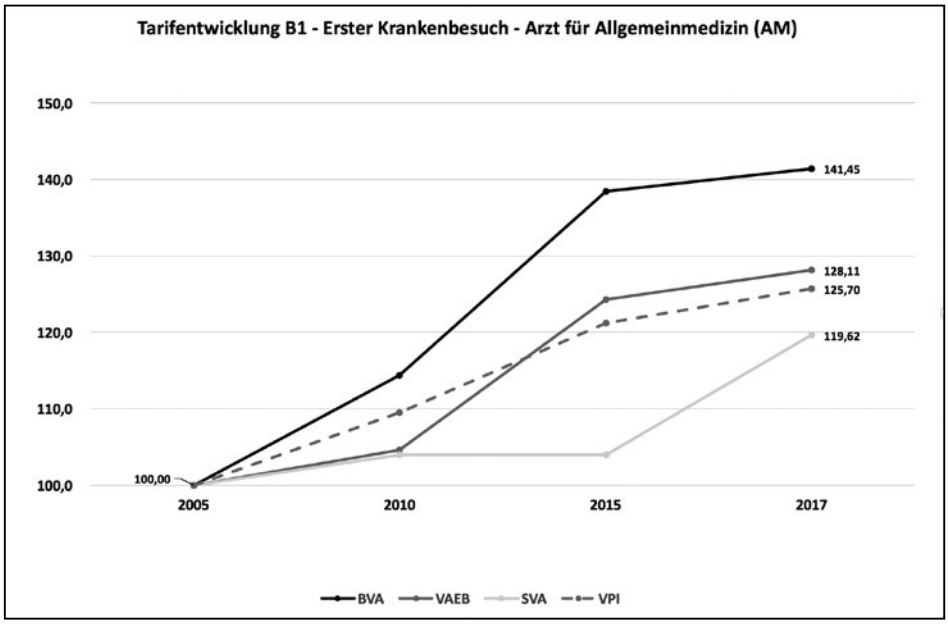


Abbildung 3: Tarifentwicklung B1 – Erster Krankenbesuch – Arzt für Allgemeinmedizin (AM)

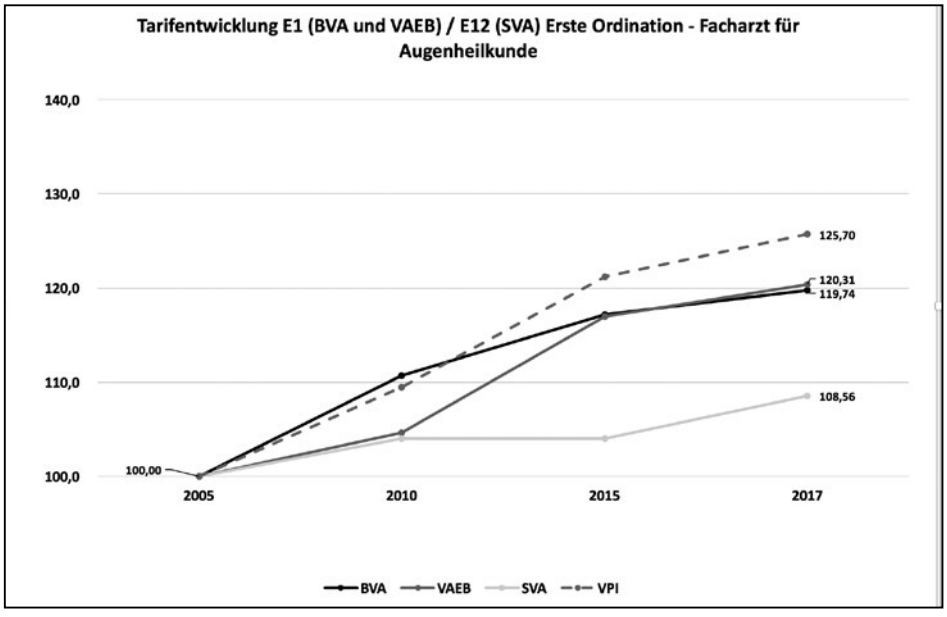


Abbildung 4: Tarifentwicklung E1 (BVA und VAEB) / E12 (SVA) Erste Ordination – Facharzt für Augenheilkunde

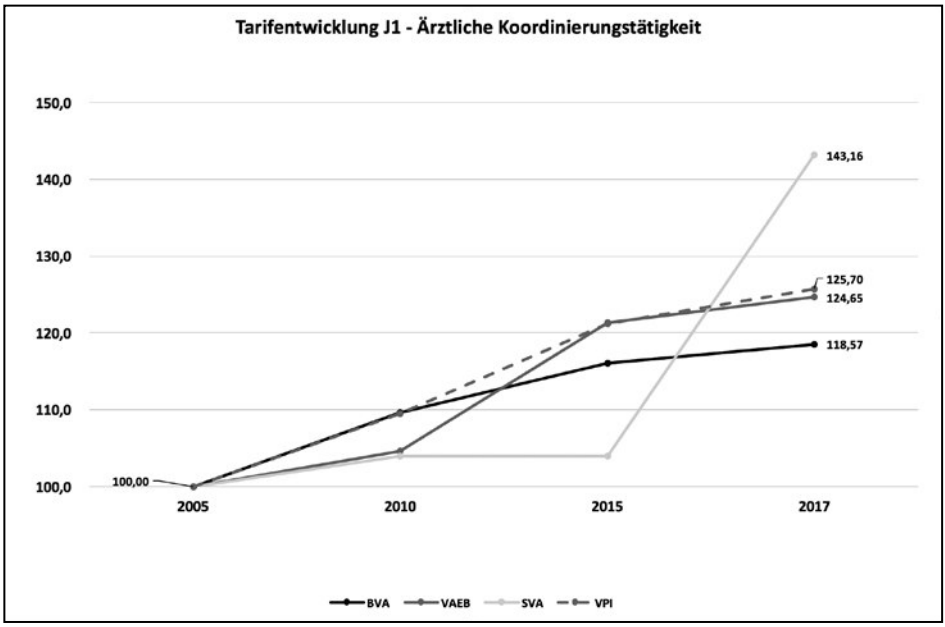


Abbildung 5: Tarifentwicklung J1 – Ärztliche Koordinierungstätigkeit

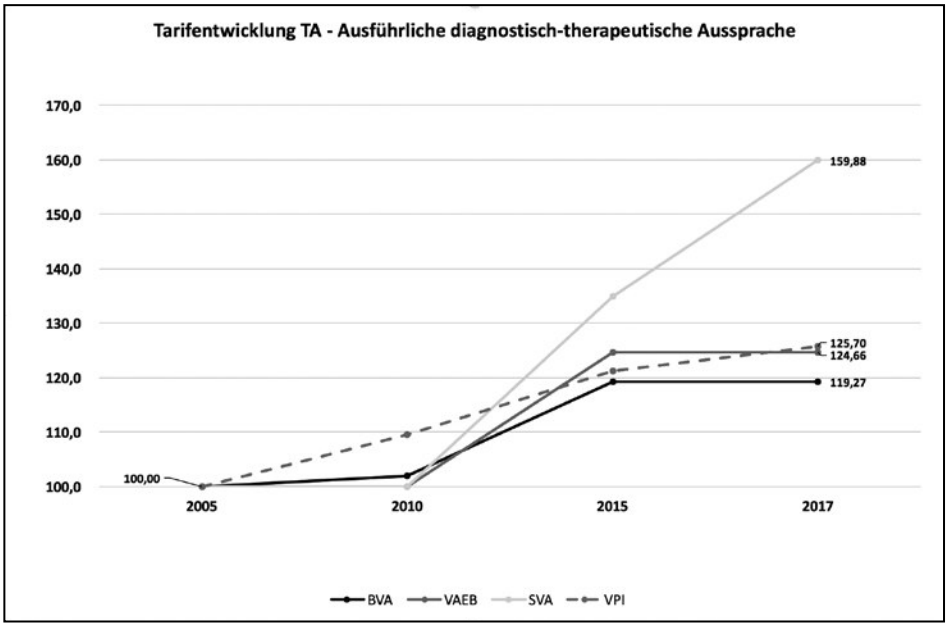


Abbildung 6: Tarifentwicklung TA – Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache

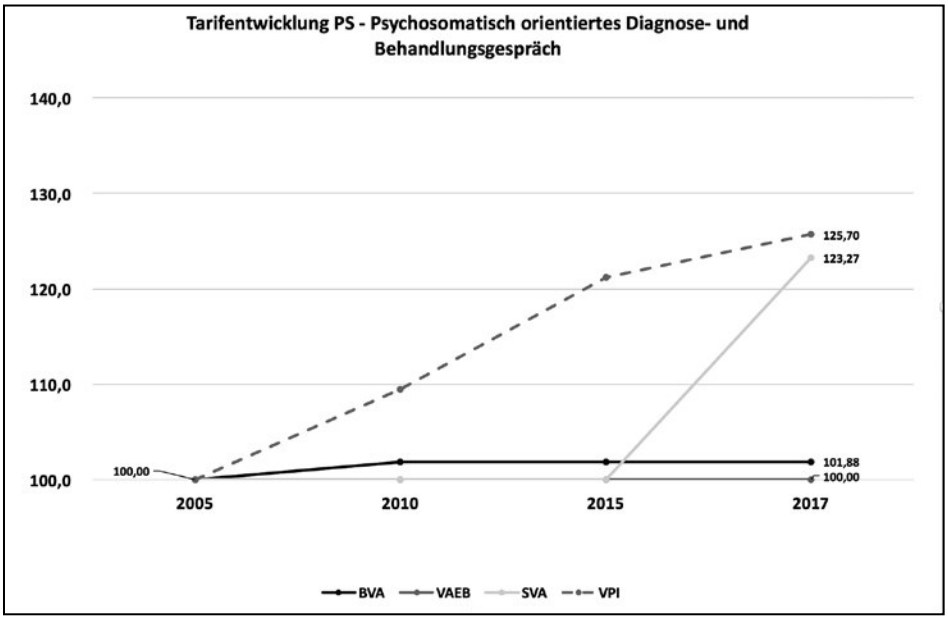


Abbildung 7: Tarifentwicklung PS – Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

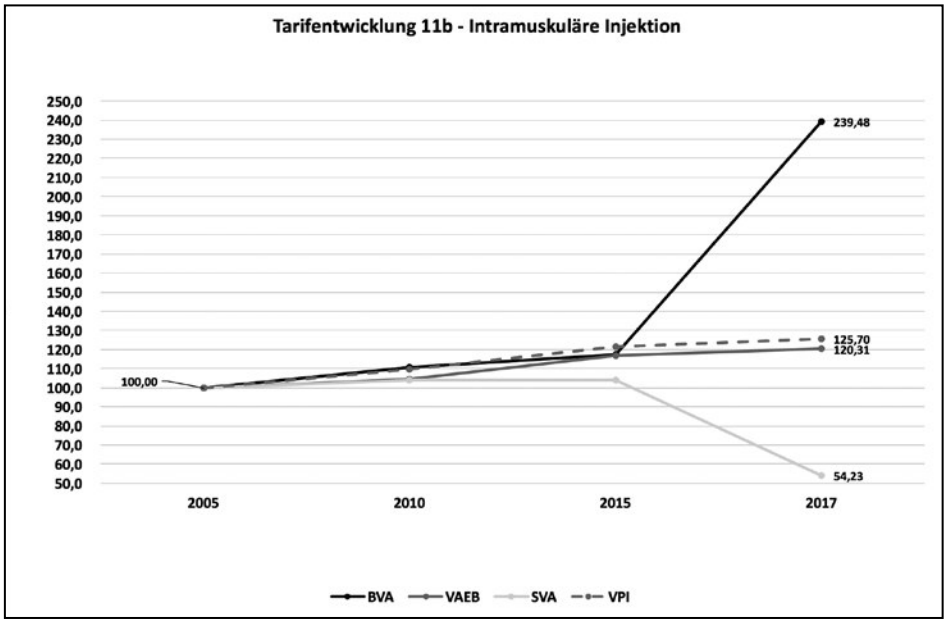


Abbildung 8: Tarifentwicklung 11b – Intramuskuläre Injektion

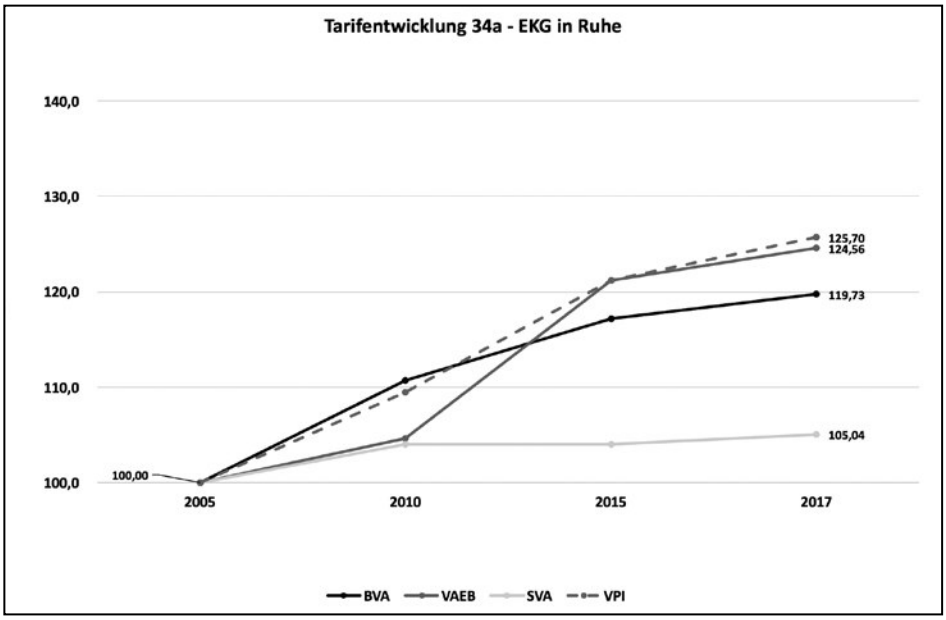


Abbildung 9: Tarifentwicklung 34a – EKG in Ruhe

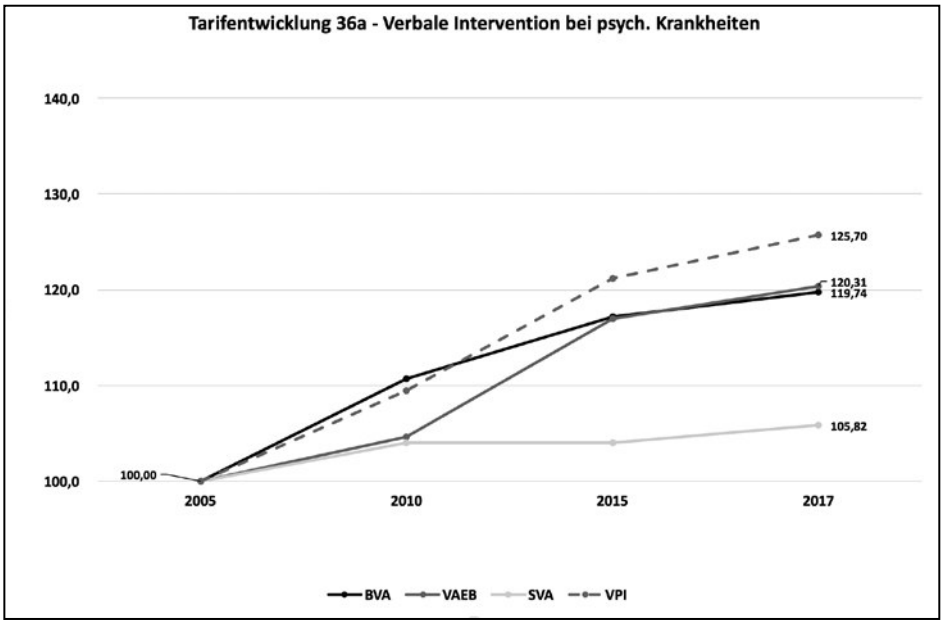


Abbildung 10: Tarifentwicklung 36a – Verbale Intervention bei Psych. Krankheiten

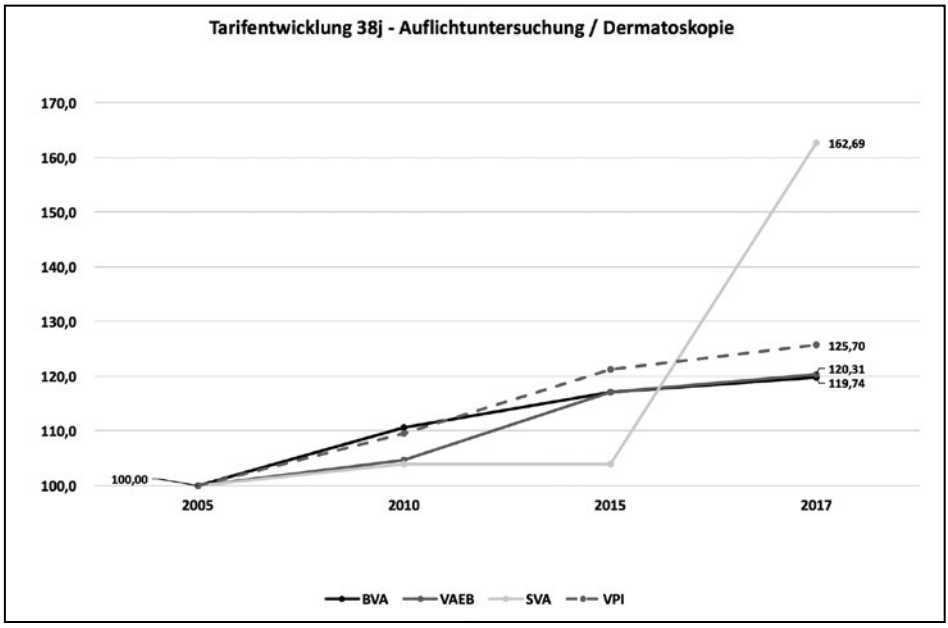


Abbildung 11: Tarifentwicklung 38j – Auflichtuntersuchung / Dermatoskopie

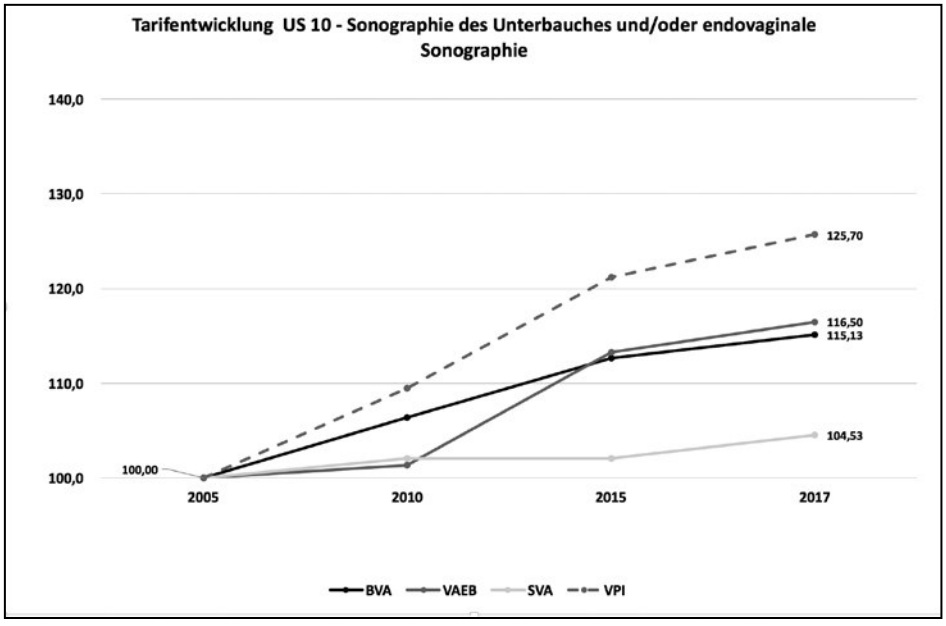


Abbildung 12: Tarifentwicklung US 10 – Sonographie des Unterbauches und/oder endovaginale Sonographie

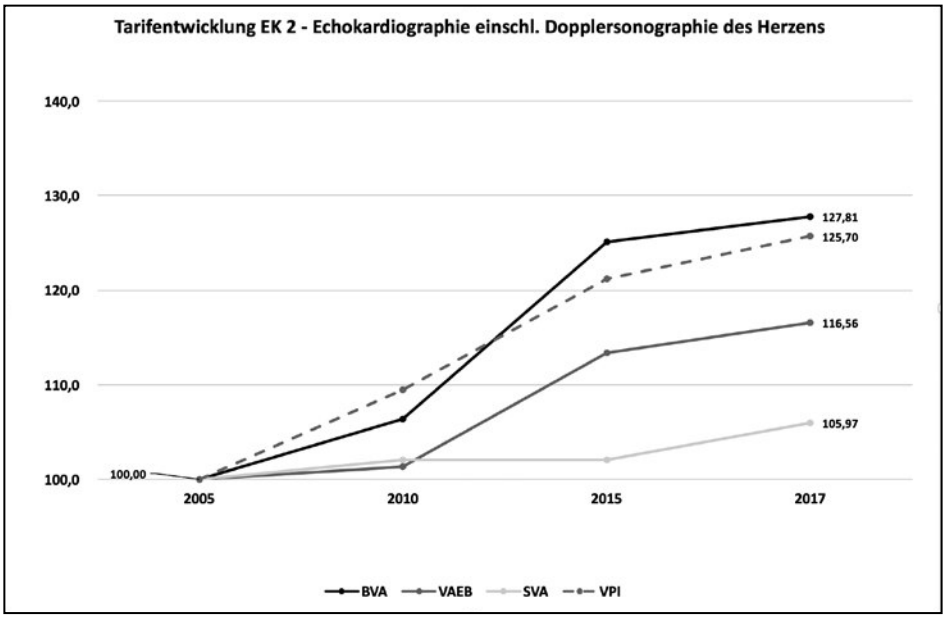


Abbildung 13: Tarifentwicklung EK 2 – Echokardiographie einschl. Dopplersonographie des Herzens

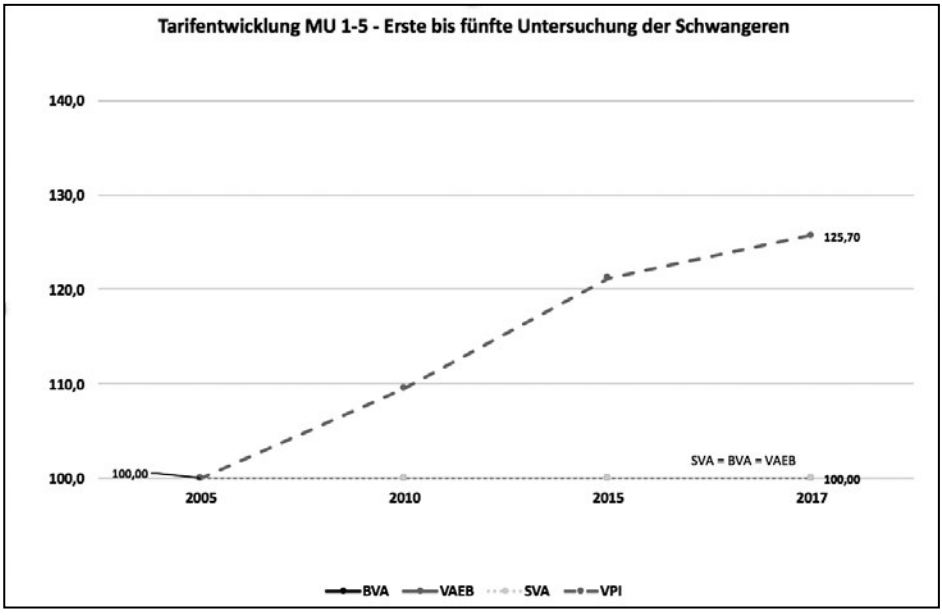


Abbildung 14: Tarifentwicklung MU 1-5 – Erste bis fünfte Untersuchung der Schwangeren

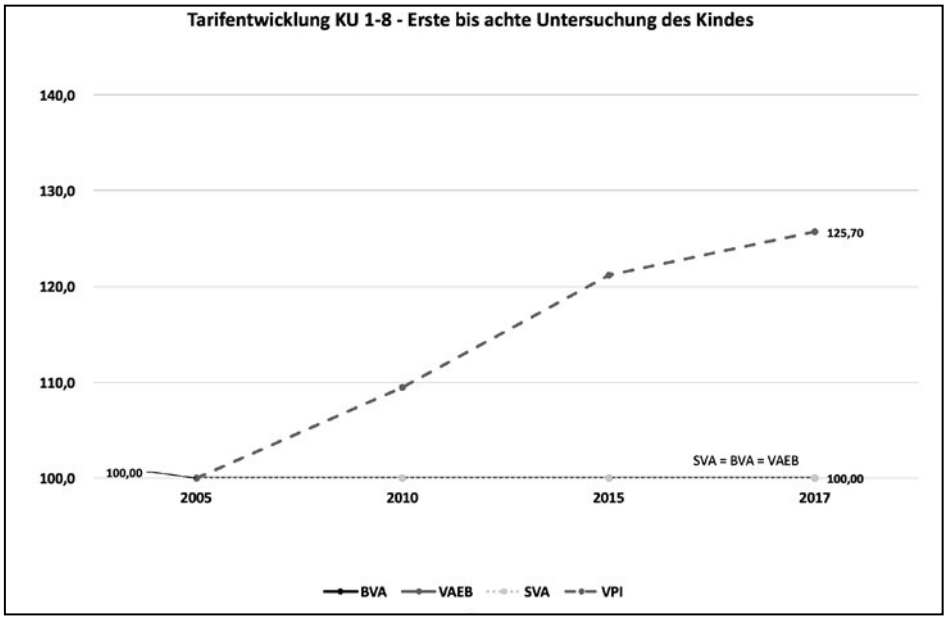


Abbildung 15: Tarifentwicklung KU 1-8 – Erste bis achte Untersuchung des Kindes

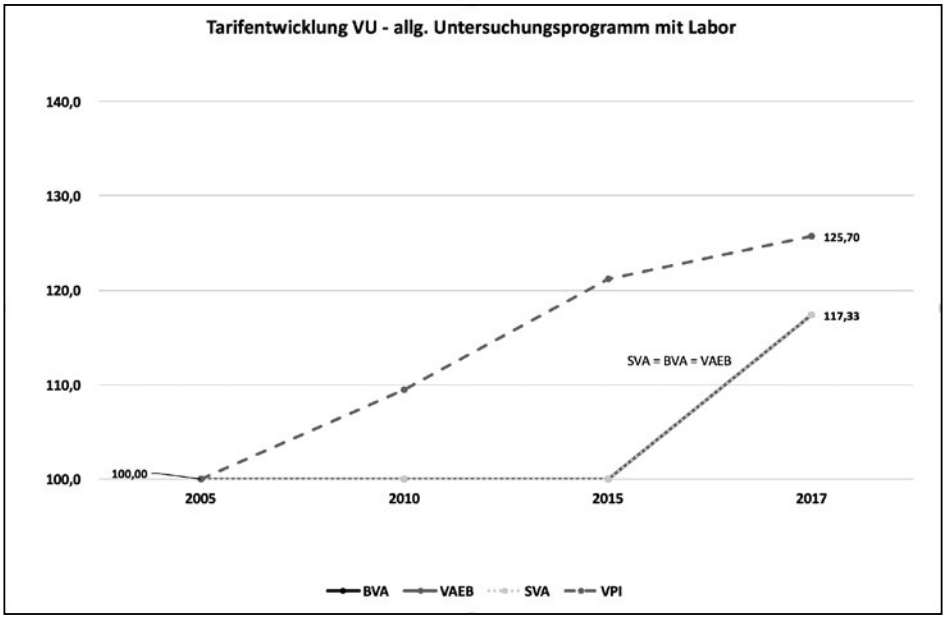


Abbildung 16: Tarifentwicklung VU – allg. Untersuchungsprogramm mit Labor

4. Fazit und Ausblick

Die Nominaltarife vieler Kassenleistungen steigen auch dank positiver Honorarabschlüsse bzw. Honorarautomatikvereinbarungen, zudem steigen die Fallwerte in der Regel, aber oftmals steigen diese nicht in gleicher Weise wie der VPI.

Zudem gibt es einige relevante Leistungsbereiche, die in den letzten Jahren stark vernachlässigt wurden und werden. Hier sei exemplarisch die jahrelange Nichtvalorisierung der VU und die immer noch nicht erfolgte Valorisierung der MKP-Honorare genannt, die wesentlich dazu beigetragen haben, dass in Summe, obwohl andere Leistungsbereiche teilweise überdurchschnittlich valorisiert wurden, diese „Reallohnverluste" nicht kompensiert werden konnten. Sogenannte Opportunitätskosten („Höherer Input (Zeit) bei unverändertem Output (Geld)"), sprich der signifikant höher gewordene Aufwand pro Fall, wären zwingend additiv zu berücksichtigen.

Will man die Kassenpraxis attraktiv halten, so gilt es, alle Bereiche angemessen zu valorisieren, neue Leistungen mit Bezug einer entsprechenden Kostenrechnung einzuführen. Ein wertschätzender, der Ausbildung gerecht werdender Arztstundensatz als Berechnungsgrundlage sollte selbstverständlich sein, damit nicht weiter an der Substanz im Sinne der Verminderung des Reingewinnes „genagt" wird. Einige Abschlüsse in diese richtige Richtung hat es in jüngster Zeit bereits gegeben.[13]

13 Siehe bspw. die KJP Abschlüsse der NÖGKK und der bundesweiten Träger VAEB, SVA und BVA.

Mag. Katharina Wieser

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG

Zusammenfassung Gesundheitsökonomischer Arbeitskreis „Warenkorb – Inflation für Kassenärzte“

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

1. Hintergrund **26**

2. Über den Index **27**

3. Kostenzusammenstellung und -gewichtung **28**

4. Geeignete Indizes für Kostengruppen **31**

5. Weitere Schritte **37**

Quellen **38**

Im November 2017 fand in Linz ein Arbeitskreis zum Thema „Warenkorb – Inflation für Kassenärzte“ statt, der von der Ärztekammer für OÖ einberufen wurde. Eingeladen waren Experten aus den Landesärztekammern, der ÖÄK, dem LIG, der JKU Linz sowie aus einer Linzer Steuerberatungskanzlei. Zweck des Treffens war eine erste Formulierung von Methoden zur Berechnung eines eigenen Index, der die Kostenentwicklungen von Arztpraxen wiedergibt. Dieses Paper ist eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops und stellt Ideen und Ansätze für weiterführende Arbeiten zu diesem Thema zur Verfügung.

1. Hintergrund

Seit langem besteht in der Ärzteschaft die Vermutung, dass sich die Kosten der niedergelassenen Ärzte anders entwickeln als die Kosten für Konsumenten. Die Kostenentwicklung für den Durchschnittskonsumenten wird über den Verbraucherpreisindex (VPI) abgebildet. Der VPI wird von der Statistik Austria berechnet und zur Verfügung gestellt. Da sich im Warenkorb einer Arztpraxis jedoch völlig andere Güter befinden als im Warenkorb eines privaten Konsumenten (z.B. Nahrungsmittel, Kleidung), liegt es nahe, dass sich die Kosten des ärztlichen Güterkonglomerats anders entwickeln. Obwohl diese Vermutung schon lange im Raum stand und vielfach diskutiert wurde, gab es bisher wenig Versuche, die Kostenentwicklung für den Warenkorb „Kassenarzt" tatsächlich seriös zu berechnen bzw. eine Methode dafür zu entwickeln. Bisher wird bei den Tarifverhandlungen der niedergelassenen Ärzte deshalb der VPI als eine Argumentationsgrundlage herangezogen. Die Berechnung eines eigenen Preisindex für die Kosten von niedergelassenen Kassenärzten würde vor allem zeigen, ob sich die bisherige Praxis bestätigt oder nachgebessert werden muss.

Um die zumindest gefühlte Divergenz zwischen VPI und der Kostenentwicklung bei niedergelassenen Kassenärzten näher zu untersuchen, hat die Ärztekammer für Oberösterreich Experten aus der Österreichischen Ärztekammer und den Länderkammern zum Workshop „Warenkorb für Ärzte" eingeladen, in dessen Rahmen Ideen und Lösungsansätze gesammelt wurden. Teilnehmer: Mag. Thomas Bergmair (ÖÄK), Mag. Friederike Frieß (ÄKNÖ), KAD-Stv. Mag. Stefan Rauchenzauner (ÄKSbg), Mag. Gerd Wonisch (ÄKStmk), KAD Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner (ÄKOÖ) und Mag. Katharina Wieser (Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung). Fachliche Unterstützung wurde von Univ.-Prof. Dr. Gerald Pruckner und Mag. Thomas Schober, PhD (Abteilung für Gesundheitsökonomie, Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Volkswirtschaftslehre) sowie von MMag. Thomas Katzmayr, LL.M. (Schwarz Kallinger Zwettler Wirtschaftsprüfung Steuerberatung GmbH, Linz) geboten. Im Folgenden soll eine Zusammenfassung über den Inhalt und die Ergebnisse des Workshops gegeben werden.

2. Über den Index

Indizes wie der VPI sind dimensionslose, relative Kennzahlen, mit deren Hilfe Veränderungen von Umsätzen, Kosten, BIP etc. über den Zeitverlauf gemessen werden können. Ein Index bezieht sich immer auf ein Basisjahr, in dem sein Wert 100 beträgt. Neben Preisindexen sind auch Aktienindexe gängige Beispiele aus der Ökonomie.

Indizes werden z.B. zur Darstellung von realen Output-Mengen benutzt. Nominelle Output-Mengen ergeben sich aus den Preisen der Produkte bzw. Dienstleistungen multipliziert mit ihrer Menge. Verändert sich nun der Preis im Zeitverlauf, verzerrt dies den Blick auf die Mengenänderung. Der Index gibt die Preisveränderung über den Zeitraum an und ermöglicht so eine Herausrechnung der Preisveränderung. Die Preise werden also im Basisjahr „festgefroren“, um die Mengenveränderung (realer Output) erkennen zu können. Das geschieht zum Beispiel beim Bruttoinlandsprodukt. So kann man erkennen, ob eine Wirtschaft wirklich gewachsen ist. Das inflationsbereinigte (reale) BIP zeigt die Mengenentwicklung in einer Wirtschaft. Ein Index ist demnach ein Deflator, der die Veränderung des Preises im gewählten Zeitraum darstellt.

$$\textit{Index } P_t = \frac{\textit{nomineller Output}_t}{\textit{realer Output}_t} = \frac{€Y_t}{Y_t}$$

$$\textit{Inflationsrate} = \frac{P_t - P_{t-1}}{P_{t-1}} = \%\Delta P_t$$

Der VPI im September 2017 beträgt im Verhältnis zum Basisjahr 2015 (2015 = 100) den Wert 102,8. Das bedeutet für diesen Zeitraum eine Preissteigerung um 2,8 Prozent.

In einer Ökonomie mit mehreren Gütern stellt sich ein weiteres Problem für die Berechnung des Preisindex. Im Zeitverlauf ändern sich nämlich nicht nur Preise, sondern auch die Zusammensetzung des Warenkorbes. Zum Beispiel könnte bei einem niedergelassenen Arzt die Kostenkategorie „Löhne“ im Zeitverlauf verhältnismäßig zugenommen haben, während andere Kostengruppen anteilig zurückgegangen sein könnten. Das bedeutet, dass auch die Zusammenstellung der Produkte eingefroren werden muss, um vergleichen zu können. Die Zusammenstellung des Warenkorbes kann dabei entweder vom Zeitpunkt des Basis-

jahres (nach Laspeyres) oder vom Zeitpunkt des Vergleichsjahres (nach Paasche) übernommen werden. Durch eine Verkettung von Indizes kann näherungsweise trotz abweichender Definitionen die Veränderung über eine längere Zeitperiode dargestellt werden.

Der Verbraucherpreisindex VPI verwendet Durchschnittpreise der Konsumgüter und orientiert sich an der Zusammenstellung des Warenkorbes im Basisjahr. Der VPI ist nicht mit dem BIP-Deflator gleichzusetzen, da in diesen noch weitere Größen einfließen (mehr als nur Konsumgüter).

$$VPI = \frac{\text{laufende Preise}}{\text{Preise im Basisjahr}} * 100$$

$$VPI_{2015} = 100;\ VPI_{2016} = 100{,}9;\ VPI_{Sept2017} = 102{,}8$$

Die Statistik Austria stellt neben dem VPI auch noch viele andere Subindizes zur Verfügung. Die Subindizes sind dabei bis zur Ebene 3 kostenfrei auf der Homepage der Statistik Austria abrufbar[1].

Für die Entwicklung eines eigenen Warenkorbes für niedergelassene Arztpraxen könnte man für einzelne Kostenkategorien solche Subindizes heranziehen (siehe Kapitel 4 – Geeignete Indizes für Kostengruppen).

3. Kostenzusammenstellung und -gewichtung

Die erste Frage, die sich bei der Erstellung eines Warenkorbes für Arztpraxen stellt, ist die, welche Kostenkategorien in einer Arztpraxis anfallen. Das können Personalkosten, Miete, EDV, Abschreibungen etc. sein. Die zweite Frage ist die der Gewichtung dieser Kosten in den Gesamtkosten. Also zum Beispiel, wie hoch der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten ist. Hierfür braucht es genaue Analysen der Kostenstruktur von Kassenarztstellen aller Fachrichtungen.

1 Daten finden sich in der statistischen Datenbank „StatCube"

3.1. Erhebung aus Deutschland

In Deutschland werden alle vier Jahre vom Statistischen Bundesamt die Kostenarten von Arztpraxen (Allgemeinmedizin und viele andere Fachärzte) und ihr Verhältnis zueinander bestimmt. Der Bericht über das Jahr 2015[2] ist auf der Homepage verfügbar. Grundsätzlich werden für die Befragung mittels Online-Fragebogen 5 Prozent der Arztpraxen zufällig ausgewählt. Es besteht Auskunftspflicht, wodurch es zu einer hohen Rücklaufquote kommt (für 2015: 73 Prozent). Die Aussagekraft der Erhebung ist daher sehr gut.

Im Ergebnis kann auf die Anteile einzelner Kostenarten an den Gesamtkosten geschlossen werden, auch wenn diese stark zusammengefasst sind. Besonders unter „sonstige betriebliche Aufwendungen“ befinden sich noch Kosten, deren Herauslösung durchaus interessant wäre. Die Kostenaufsplittung für eine allgemeinmedizinische Einzelpraxis im Vergleich zu Praxen der Fachrichtung „Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie“ stellte sich in Deutschland 2015 wie folgt dar:

Kostengruppen in % der Gesamtkosten in Deutschland, 2015	Allgemeinmedizinische Einzelpraxis	Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie
Personal	54,9 %	40,3 %
Sonst. betriebliche Aufwendungen	13,9 %	16,8 %
Mieten/Leasing	11,7 %	14,6 %
KFZ	4,8 %	0,0 %
Absetzb. Abschreibungen auf Praxiseinrichtung	4,6 %	10,0 %
Material/Laborarbeit/Nutzung fremder Infrastruktur	4,3 %	11,9 %
Versicherungen/Beiträge/Gebühren	2,6 %	1,4 %
Heizung/Strom/Gas/Wasser	2,0 %	3,0 %
Fremdkapitalzinsen	0,9 %	1,4 %
Absetzb. geringwertige Wirtschaftsgüter	-	0,2 %

In beiden Fächern sind die Personalkosten anteilig am höchsten, bei Praxen für Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie ist aber der Sachaufwand (Miete, Abschreibung, Material) höher als in Einzelpraxen für Allgemeinmedizin. Das Beispiel zeigt auf, dass die Kostenzusammensetzungen in verschiedenen Fachgruppen unterschiedlich ausfallen. Darüber hinaus lässt sich eine erste Einschät-

2 Statistisches Bundesamt (2017)

zung der Kostengruppen vornehmen, denn die Werte könnten in Österreich ähnlich liegen.

3.2. Daten von Steuerberatungskanzleien

Daten aus Steuerberatungskanzleien könnten hilfreich sein, um Kosten von Arztpraxen zu erheben. Leider ist das nur sehr bedingt möglich, da die Datenlage sehr uneinheitlich ist. Hier würde es hilfreich sein, nach deutschem Vorbild einen genormten Fragebogen – mit fixen Kostengruppen – an Ärzte zu senden. In Deutschland gab es bei der Erhebung eine Auskunftspflicht, was den hohen Rücklauf und die hohe Qualität der Daten erklärt. Es ist jedoch fraglich, ob eine solche Vorgehensweise in Österreich möglich bzw. empfehlenswert wäre. Aufgrund dieser Argumente hat man sich im Rahmen des Workshops darauf geeinigt, die Idee der Normpraxis weiter zu verfolgen.

3.3. Normpraxis

Im Zuge der Entscheidung, den Warenkorb für Ärzte anhand von Normpraxen zusammenzustellen, wurden Studien aus der Vergangenheit als Vorarbeiten auf diesem Feld zitiert. Dabei wurden im Auftrag der Ärztekammer Normpraxen für Allgemeinmedizin und andere Fächer als Vergleichswerte geschaffen. Im Rahmen einer Neudefinition und Aktualisierung dieser Normpraxen für alle Fachrichtungen könnte auf diese Studie zurückgegriffen werden.

4. Geeignete Indizes für Kostengruppen

Um die Kostensteigerung für die Normpraxen berechnen zu können, kann für verschiedene Kostengruppen auf bereits bestehende Indizes zurückgegriffen werden. Zu beachten ist dabei, dass es sich immer nur um Näherungswerte handeln kann, die die reale Preisentwicklung bei den Ärzten möglichst genau widerspiegeln sollen. Besonderes Augenmerk muss bei der Auswahl passender Indizes auf die großen Kostengruppen gelegt werden, da diese bei der Berechnung des Gesamtindex für Ärzte am meisten ins Gewicht fallen. Im Rahmen des Workshops wurde diskutiert, welche verfügbaren Datenquellen zu guten Näherungsergebnissen führen könnten.

(1) Personal

Die Personalkosten sind in Arztpraxen der Hauptkostenfaktor. Bei der Statistik Austria sind verschiedene Arbeitskostenindizes mit Basisjahr 2012 abrufbar. Aufgrund ihrer freien Verfügbarkeit wurde für diese Zusammenfassung der Arbeitskostenindex für den Dienstleistungsbereich gewählt. Jedoch erfasst die Statistik Austria weitere Indizes aus diesem Bereich. Demnach könnten Daten aus einem noch passenderen Bereich des Arbeitsmarktes vorliegen (z.B. aus dem Gesundheitswesen).

Arbeitskostenindex für Dienstleistungsbereich

Der Arbeitskostenindex für den Dienstleistungsbereich bewegte sich zwischen 2005 und 2016 deutlich über dem VPI und lag 2016 bei 138,9 Punkten[3] (VPI: 122,3).

(2) Mieten

Mieten für Praxen und Garagen sind eine weitere große Kostengruppe für Arztpraxen. Bei dieser Kostengruppe ist zu beachten, dass z.B. Mietpreise in Tirol ganz anders liegen als in Wien bzw. in der Stadt ganz anders als am Land. Die Kostensteigerungen werden daher ebenfalls nicht einheitlich sein. Es wäre daher überlegenswert, diesen Index nach Bundesländern aufzuschlüsseln. Allerdings sind auch innerhalb der Bundesländer die Mieten nicht einheitlich.

3 Der Arbeitskostenindex ist bei der Statistik Austria nur mit Basisjahr 2012 abrufbar. Um die Vergleichbarkeit mit dem VPI herzustellen, wurde auf das Jahr 2005 umbasiert.

Subindex VPI 2005 -> Wohnung/Wasser/Energie -> Mieten

Auch der Index für Mieten hat sich deutlich über dem VPI entwickelt (2016: 143,0; VPI: 122,3).

(3) Abschreibungen für Apparate und Geräte, Leasing

Prinzipiell spiegeln Abschreibungen die Kosten von Investitionen wider. Die Preissteigerung für Investitionen kann an der Entwicklung von Erzeugungskosten abgelesen werden. In Deutschland zeigt diese Steigerung der Index der Erzeugerpreise an, für den es sehr viele Subindizes (für Produktkategorien) gibt.

Index der Erzeugerpreise (im medizinischen Bereich)

z.B. Produktkategorie 32501 „Medizinische, chirurgische und zahnärztliche Instrumente, Apparate und Geräte"

Auch von der Statistik Austria wird ein Erzeugerpreisindex erhoben. Die online zur Verfügung gestellten Daten sind für diesen Zweck allerdings zu allgemein. Es könnte erfragt werden, ob es eventuell zutreffendere Daten für diesen Zweck gibt.

Im Workshop wurde angesprochen, dass derzeit in den Praxen ein Trend weg vom Kauf hin zum Leasing erkennbar ist. Das liegt daran, dass es oft nicht möglich ist, die hohen Investitionskosten aufzubringen, und sich Ärzte daher immer öfter für Leasingmodelle entscheiden. Die Preise für das Leasen medizinischer Apparate könnten sich ebenfalls an den Erzeugerpreisen orientieren, und daher wäre es eventuell möglich, hier denselben Index anzusetzen.

(4) Betriebskosten für Heizung, Strom und Gas, Wasser, Müll, Kanal

Um hier möglichst viele Betriebskosten abzudecken, können zwei Subindizes des VPI der Statistik Austria herangezogen werden:

Subindex VPI 2005 -> Wohnung/Wasser/Energie -> Energie (Strom und Heizung)

Subindex VPI 2005 -> Wohnung/Wasser/Energie -> Wohnung/Eigentum –> Dienstleistungen (Wasserversorgung, Wasserentsorgung, Müll, sonstige Dienstleistungen)

(5) KFZ

Für den Kostenbereich des KFZ lässt sich der Subindex „Verkehr“ des VPIs heranziehen. Er beinhaltet neben Ausgaben für das Auto (Anschaffung und Instandhaltung) auch Ausgaben für den öffentlichen Verkehr. Zudem gibt es noch einen Subindex zu KFZ-Versicherungen.

Subindex VPI 2005 -> Verkehr

Subindex VPI 2005 -> Verschiedene Waren und Dienstleistungen -> Versicherung-Dienstleistungen -> Versicherung-bezüglich Verkehr

(6) Sonstige Materialien und Aufwendungen

Bei den Sonstigen Materialien könnte wieder der Erzeugerpreisindex herangezogen werden. In Deutschland wird hier die Kategorie 325013 (GP-Systematik) „Spritzen; Nadeln, Katheter, Kanülen u.dgl.: andere augenärztliche u.a. Instrumente, Apparate und Geräte, für medizinische und chirurgische Zwecke, a.n.g., Teile und Zubehör“ zur Verfügung gestellt. Bei der Statistik Austria müsste erfragt werden, ob für diesen oder einen ähnlichen Bereich ein Erzeugerpreisindex erhoben wird.

(7) Versicherungen

Im Verbraucherpreisindex der Statistik Austria wird der Subindex „Versicherungen“ erhoben. Eventuell existiert hier noch eine Unterkategorie, die für spezifische Versicherungen einer Arztpraxis (z.B. Haftpflichtversicherung gegen Kunstfehler) passen könnte. Die allgemeinen Haushaltversicherungen werden jedoch erhoben.

Subindex VPI 2005 -> Verschiedene Waren, Dienstleistungen -> Versicherung – Dienstleistung -> Versicherung – Haushalt u- Eigenheim

(8) Bankaufwendungen

Im betreffenden, von der Statistik Austria zur Verfügung gestellten Subindex des VPI „Finanzdienstleistungen“ befinden sich Gebühren für die Finanzdienstleistungen von Banken und Postsparkassen (Depotgebühren und Bankgebühren).

Subindex VPI 2005 -> Verschiedene Waren, Dienstleistungen -> Finanz-Dienstleistungen

Bezüglich Aufwendungen für Fremdkapitalzinsen könnte z.B. die Entwicklung des EURIBORs betrachtet werden.

(9) Fremde Infrastruktur

Auch hier könnten sich Erzeugerpreisindizes finden, die die Kosten der Erstellung für z.B. Blutbilder und andere medizinische Laboranalysen wiedergeben. In diesem Detail sind jedoch keine Daten publiziert, und es müsste bei Statistik Austria bzw. beim Statistischen Bundesamt nachgefragt werden, ob für diese Unterkategorie Daten erhoben werden.

(10) EDV

Die Hauptkosten bei der EDV liegen nicht in der Hardware (die Kosten dafür sind vermutlich rückläufig und könnten wieder in einer Unterkategorie des Erzeugerpreisindex gefunden werden), sondern bei der Software, die sehr spezifisch ist, und der Wartung. Kostensteigerungen könnten hier bei Wartungsverträgen ersehen werden. Im Deutschen Erzeugerpreisindex für Dienstleistungen werden Preisindizes für IT-Dienstleistungen in den Unterkategorien „Software und Softwarelizenzen", „Support, Installationen und Wartung", „IT-Projektdienstleistungen" und „IT-Outsourcing" erhoben. Der Index könnte sich daher gut eignen.

Die Statistik Austria erhebt ebenfalls einen Erzeugerpreisindex für Dienstleistungen, aus dem sich etwa die Kategorie „Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie" eignen würde.

(11) Rechtsberatung, Steuerberater

Für die Kostensteigerungen dieser Dienstleistungen kann der Erzeugerpreisindex für Dienstleistungen der Statistik Austria herangezogen werden. Es finden sich hier die Subindizes „Rechtsberatung" und „Wirtschaftsprüfung und Steuerberatung; Buchführung".

(12) Aus- und Fortbildung

Beim VPI gibt es einen Unterindex „Kurse", bei dem auch Fortbildungskurse und Lehrgänge sowie EDV-Kurse enthalten sind. Dieser könnte auch für die Preisentwicklung bei Fortbildungskursen von Ärzten passen.

Subindex VPI 2005 -> Erziehung und Unterricht -> Kurse f. Aus- und Fortbildung

4.1. Beispiele für die Entwicklung von Indizes

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung einiger dieser oben genannten Subindizes im Vergleich zum VPI. Erkennbar ist, dass sich die Indizes zu „Arbeitskosten“ und „Wohnung, Wasser, Energie“, also zwei der Indizes zu den Hauptkostenpunkte in Arztpraxen, im Zeitraum 2005 bis 2016 deutlich über dem VPI bewegt haben. Die Kostenentwicklung für den Bereich „Verkehr“, einem kleineren Kostenpunkt, lag hingegen unterhalb des VPIs.

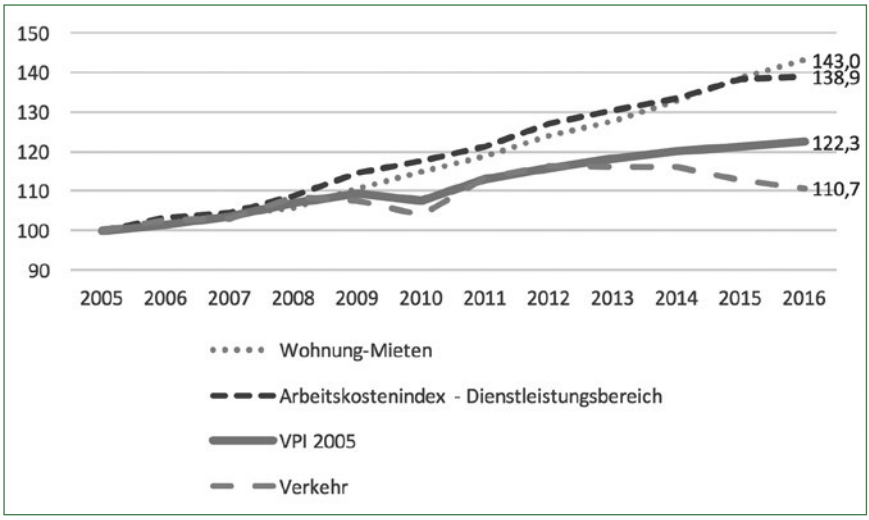


Abbildung 1: Verschiedene Indizes 2005-2016; Basisjahr 2005

4.2. Unternehmerlohn, Sozialversicherung und bürokratischer Aufwand

Für andere Aspekte einigte man sich im Workshop darauf, diese „Kosten" nicht in den Index des kassenärztlichen Warenkorbes einfließen zu lassen, da es sich dabei um keine Kosten im klassischen Sinn handelt. Allerdings werden diese Bereiche natürlich weiterhin als Argumente in den Honorarverhandlungen einfließen:

Der **Unternehmerlohn** ist das, was vom Umsatz der Praxis nach Abzug aller Kosten, Steuern und der Sozialversicherung bleibt. Nachdem der Arzt mit seinem Einkommen auch ein Konsument ist, könnte der Unternehmerlohn entsprechend dem VPI angepasst werden. Eine weitere Möglichkeit wäre eine Orientierung an Gehaltsanpassungen vergleichbarer Berufsgruppen.

Analog wurde für die Kosten der **Sozialversicherung** argumentiert. Kassenärzte sind nach ASVG versichert und zahlen gleichzeitig in den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer ein. Verändern sich diese Kosten, muss das natürlich in den Honorarverhandlungen berücksichtigt werden. Allerdings nicht mit Hilfe des Index für den ärztlichen Warenkorb, sondern als eigener Argumentationspunkt.

Einen weiteren Diskussionspunkt bildeten die **Bürokratiekosten**, die in der Vergangenheit stark angestiegen sind. Die Zeit, die ein Arzt für Dokumentation, Weiterbildung und anderen bürokratischen Aufwendungen verbringt, kann er weniger mit der Behandlung von Patienten verbringen. Das führt zu einer Verringerung der produktiven Zeit, also der Möglichkeit, Einkommen zu erwirtschaften (Opportunitätskosten). Neue gesetzliche Verpflichtungen zu vermehrten unproduktiven Aufwendungen (z.B. Fortbildungsverpflichtung, Dokumentationspflichten, Entsorgungsregelungen) müssen also in den Honorarverhandlungen extra berücksichtigt werden.

5. Weitere Schritte

Die sich aus diesem Workshop ergebenden weiteren Schritte zur Entwicklung eines Index für den Warenkorb von Ärzten sind: Einerseits die Definition von Normpraxen für alle Fachrichtungen auf Grundlage der Ärztekammer Studien aus den Jahren 1999 und 2006 und die Festlegung der daraus resultierenden Zusammenstellung des ärztlichen Warenkorbes.

Andererseits müssen für die Kostengruppen des Warenkorbes passende Indizes gefunden werden, die deren Preisentwicklungen möglichst genau abbilden. Die oben angeführten Indizes stellen erste Vorschläge dar, die jedoch in weiteren Arbeitsgruppen und mit Experten (z.B. von Statistik Austria) abgeklärt werden sollten.

Diese Arbeitsschritte zur Konkretisierung des Index für den ärztlichen Warenkorb sollten auf Bundesebene stattfinden und Experten aus allen Bundesländern mit einbeziehen. Im Ergebnis könnte eine zusammenführende Tabelle für jede Fachrichtung entstehen, aus der sich der Gesamtindex für den kassenärztlichen Warenkorb errechnen lässt.

Normpraxis Allgemeinmedizin	Personal	Miete/ Leasing	KFZ	…	…	…
Kostengewichtung	55,0 %	11,7 %	4,6 %	…	…	…
Index 2016 (Basis 2005 = 100)	138,9	143,0	110,7	…	…	…

Abbildung 2: Beispieltabelle zur Berechnung des Index für den Warenkorb der Kassenärzte für Allgemeinmedizin

Quellen

Statistik Austria: www.statistik.at

VPI und alle Subindizes sind auf der Homepage unter -> Wirtschaft -> Preise -> Verbraucherpreisindex (VPI/HVPI); im Tab „Stat. Datenbanken" in der statistischen Datenbank „StatCube" abrufbar.

Arbeitskostenindex auf der Homepage unter -> Soziales -> Arbeitskosten -> Arbeitskostenindex abrufbar.

Erzeugerpreisindex für den Produzierenden Bereich und Erzeugerpreisindex für den Dienstleistungsbereich auf der Homepage unter -> Wirtschaft -> Preise abrufbar.

Statistisches Bundesamt www.destatis.de

Statistisches Bundesamt (2017): Unternehmen und Arbeitsstätten – Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie von psychologischen Psychotherapeuten.

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 Pauschalsystem 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 Pauschalsystem.

Tatsächlich gibt es in Oberösterreich bereits erste Versuche mit Pauschalsystemen, 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 Durchschnittwerte 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. Honorardegressionen

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 Degressionen 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 Degressionen 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 beigekommen 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 Ärzteeinkommen. 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 zur erreichen und auszubauen.

Mag. Katharina Wieser

Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Befragung zum Honorarsystem der Kassenärzte in OÖ

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

1. Einleitung **52**

2. Steigende Kosten **53**

3. Pauschal- versus Einzelleistungssystem **54**

4. Leistungsbündelungen **55**

5. Kritik am derzeitigen Honorarsystem **56**

6. Ausweitung der ärztlichen Leistung **57**

7. Position der Ärzte zu neuen Ansätzen **59**

Eine Befragung der oberösterreichischen Kassenärzte zum Honorarsystem soll die Meinung der direkt Betroffenen verdeutlichen. Der Beitrag zeigt, wo aus Sicht der Ärzteschaft die größten Schwachstellen liegen und wie diese Gruppe zu möglichen Weiterentwicklungen des Systems steht.

1. Einleitung

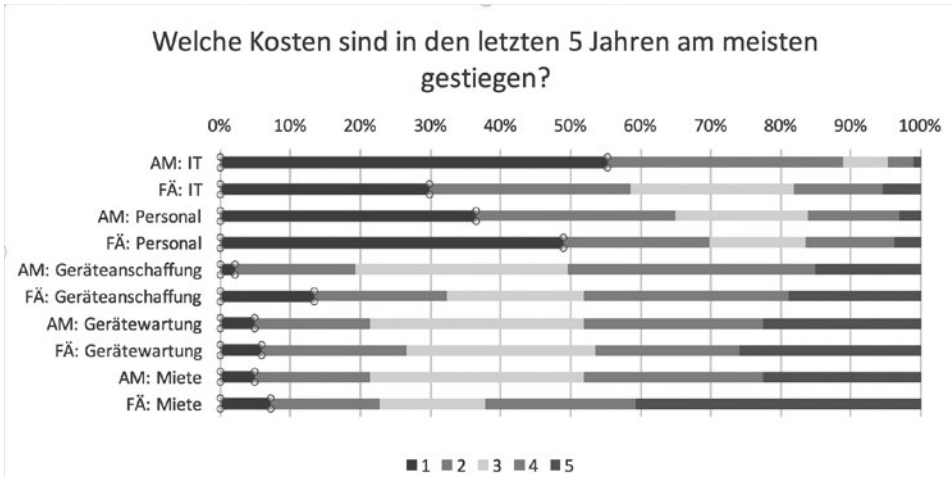
Bei der Befassung mit verschiedenen Honorarsystemen zur Abgeltung niedergelassener Kassenärzte ist es natürlich äußerst wichtig, auch die Meinung der betroffenen Ärzte selbst darzustellen. Deshalb wurde im Juli 2017 vom Ärztlichen Qualitätszentrum eine Befragung zu wichtigen Aspekten des Honorarsystems unter den niedergelassenen Ärzten in Oberösterreich durchgeführt. Der Fragebogen wurde an insgesamt 1.043 Kassenärztinnen und -ärzte versendet, wobei aufgrund inhomogener Bedingungen der Leistungsabgeltung die Fachgruppen Radiologie und Labor ausgenommen wurden. Der Rücklauf ist mit 55,6 % (572 Befragte) äußerst hoch, was auf die Brisanz des Themas in der Ärzteschaft schließen lässt. Die Umfrage wurde mit Hilfe des Online-Befragungstools easy research von der Firma QuestBack durchgeführt. Auf eine ergänzende postalische Aussendung wurde verzichtet, da der Anteil der nicht über E-Mail erreichbaren Personen gering ist.

Zusammensetzung der Kassenärztegruppen im Rücklauf	absolut	in %
Allgemeinmediziner	330	57,7 %
Fachärzte	242	42,3 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	42	17,4 %
Augenheilkunde und Optometrie	36	14,9 %
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	23	9,5 %
Innere Medizin	21	8,7 %
Kinder- und Jugendheilkunde	20	8,3 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	17	7,0 %
Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	17	7,0 %
Lungenkrankheiten	15	6,2 %
Urologie	15	6,2 %
Neurologie	14	5,8 %
Psychiatrie	10	4,1 %
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie	8	3,3 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	0,8 %
Unfallchirurgie	2	0,8 %

57,7 % der Befragten sind Ärzte für Allgemeinmedizin (330 Befragte), der Rest Fachärzte (242 Befragte). Unter den Fachärzten sind die Fächer Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Augenheilkunde und Optometrie und Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde am stärksten vertreten. Die Zusammensetzung der Fächer ist in der Gruppe der Befragten nahezu ident wie in der Grundgesamtheit, lediglich die Allgemeinmediziner sind etwas unterrepräsentiert. Die Ergebnisse können daher als repräsentativ für die oberösterreichischen Kassenärzte bezeichnet werden.

2. Steigende Kosten

Die Kosten der Kassenärzte steigen wie bei allen Berufen ständig an. Deshalb muss auch das Honorarsystem laufend entsprechend angepasst werden. In der Umfrage geben die befragten Ärzte an, dass in den letzten fünf Jahren die höchsten Kostenanstiege im Bereich der EDV zu verzeichnen waren. In einem Ranking von fünf Kostenbereichen wird der Bereich IT zu 45 % als größter Kostentreiber angegeben. Beinahe ebenso häufig (42 %) wird dem Faktor Personal der erste Platz bei den am meisten wachsenden Kostenbereichen eingeräumt. Hier gibt es jedoch Unterschiede zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten: Während Allgemeinmediziner die IT zu 55 % als den Kostenfaktor Nummer eins angeben (Personal zu 37 %), verzeichnen Fachärzte das Personal als Position mit dem höchsten Anstieg (zu 49 %) und reihen die IT nur zu 30 % an erster Stelle. Die Positionen Geräteanschaffung, Gerätewartung und Miete werden hingegen als weniger stark wachsende Kostenpunkte gesehen.



3. Pauschal- versus Einzelleistungssystem

Derzeit ist das österreichische Vergütungssystem eine Mischung aus einem Pauschal- (Grundleistungsvergütung, Fallpauschale) und einem Einzelleistungssystem. Die oberösterreichischen Kassenärzte sprechen sich in der Umfrage eher für eine Weiterentwicklung des Honorarsystems in Richtung eines Einzelleistungssystems aus. Etwas mehr als die Hälfte der Ärzte tendiert zu einem System mit mehr Einzelleistungsvergütungen bzw. möchte sogar ausschließlich über Einzelleistungspositionen honoriert werden. Nicht ganz ein weiteres Drittel ist mit dem derzeitigen Verhältnis zwischen Pauschal- und Einzelleistungspositionen zufrieden und möchte dieses beibehalten. Nicht einmal jeder fünfte Kassenarzt möchte hingegen mehr Pauschalleistungen im Honorarsystem haben. Allgemeinmediziner wünschen sich noch etwas häufiger eine stärkere Betonung der Einzelleistungen als Fachärzte. Zudem lässt sich eine Tendenz erkennen, dass Ärzte, die bereits länger in der Kassenordination arbeiten, eher zum Einzelleistungssystem tendieren als Ärzte, die kürzer in der Praxis sind.

Das derzeitige Honorarsystem verbindet Elemente eines Pauschalsystems (in Form der Grundleistungsvergütung/Fallpauschale) und eines Einzelleistungssystems (einzelne Leistungspositionen). Wie soll das Honorarsystem hinsichtlich eines Pauschalsystems weiterentwickelt werden?	Ärzte ges.	Allg.-med.	Fachärzte
Viel mehr Pauschalvergütungen	8,9 %	10,1 %	7,2 %
Etwas mehr Pauschalvergütungen	9,4 %	8,0 %	11,5 %
Verhältnis zwischen Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen soll so bleiben	29,0 %	26,3 %	32,8 %
Etwas weniger Pauschalvergütungen	19,0 %	20,2 %	17,4 %
Gar keine Pauschalvergütungen, sondern nur Einzelleistungsvergütungen	33,6 %	35,5 %	31,1 %

4. Leistungsbündelungen

Für bestimmte Kombinationen von Einzelleistungen gibt es im Honorarkatalog sogenannte Leistungsbündelungen. Das macht dann Sinn, wenn diese Zusammenstellung von Leistungen häufig erbracht wird, zum Beispiel bei einer gynäkologischen Regeluntersuchung. Das hat den Vorteil, dass vom Arzt anstatt einer ganzen Anzahl von Einzelleistungen nur noch eine Position abgerechnet werden muss.

In der Befragung beurteilt die überwiegende Mehrheit der Ärzte Leistungsbündelungen als neutral bzw. hat keine Meinung dazu. Jedoch stehen etwas mehr Ärzte Leistungsbündelungen negativ (18,3 %) als positiv (13,5 %) gegenüber. Fachärzte sehen Leistungsbündelungen kritischer als Allgemeinmediziner. Beinahe ein Viertel der Fachärzte beurteilt diese als eher oder sehr negativ, während sich nur etwa jeder Zehnte positiv ausspricht. Bei den Allgemeinmedizinern halten sich positive und negative Stimmen die Waage.

Wie beurteilen Sie Leistungsbündelungen für „Standarduntersuchungen" z.B. Routineprogramm Gyn?	Ärzte ges.	Allg.-med.	Fachärzte
Sehr positiv	2,2 %	3,1 %	0,9 %
Eher positiv	11,3 %	13,3 %	8,5 %
Neutral/weiß nicht	68,2 %	68,7 %	67,5 %
Eher negativ	15,1 %	13,3 %	17,5 %
Sehr negativ	3,2 %	1,5 %	5,6 %

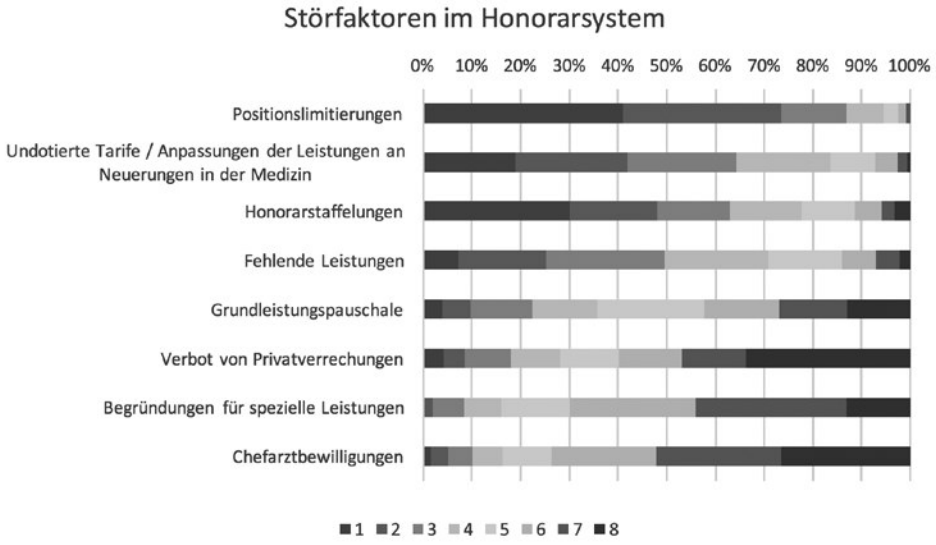
5. Kritik am derzeitigen Honorarsystem

Bei der folgenden Frage sollten die Ärztinnen und Ärzte acht vorgegebene Aspekte[1] des Honorarsystems danach reihen, welche sie am meisten stören. Grundsätzlich handelt es sich bei allen acht Punkten um häufig kritisierte Themenbereiche. Mit Abstand am unbeliebtesten sind bei den Ärzten Positionslimitierungen. In 87 % der Fälle landete dieser Faktor im Ranking in den Top drei der Störfaktoren. Ebenfalls ein Ärgernis sind Ärzten undotierte Tarife bzw. die Anpassungen der Leistungen an Neuerungen in der Medizin. In beinahe zwei Drittel der Rankings landete dieser Faktor auf Platz eins, zwei oder drei. Hier kann nachgebessert werden, indem neue Leistungen, für die die Kasse per Gesetz zuständig ist, noch rascher den Eingang in die Honorarordnung finden.[2] An dritter Stelle der Störfaktoren rangieren, beinahe gleichauf mit den undotierten Tarifen, die Honorarstaffelungen. In 62 % der durch die Ärzte durchgeführten Rankings wurde dieser Faktor unter die drei unerwünschtesten platziert.

Unter den Begriff der fehlenden Leistungen lassen sich z.B. ehemals reine Krankenhausleistungen subsummieren, die mittlerweile auch ambulant erbracht werden könnten, sich aber noch nicht im Honorarkatalog finden. Die oberösterreichischen Ärzte positionieren diesen Faktor etwa jedes zweite Mal unter die drei am meisten störenden. Bereits als weniger hinderliche Elemente des Honorarkataloges empfinden die Ärzte die Grundleistungspauschale und das Verbot von Privatleistungen. Von den acht Faktoren am wenigsten belastend empfinden die oberösterreichischen Ärzte, dass spezielle Leistungen begründet werden müssen und für manche Leistungen eine Chefarztbewilligungspflicht existiert.

1 Die Auswahl der Aspekte erfolgte durch ein erfahrenes Team der Ärztekammer für OÖ, das bereits unzählige Gespräche mit Ärzten zum Thema geführt hat und daher die Probleme der Ärzteschaft gut kennt.

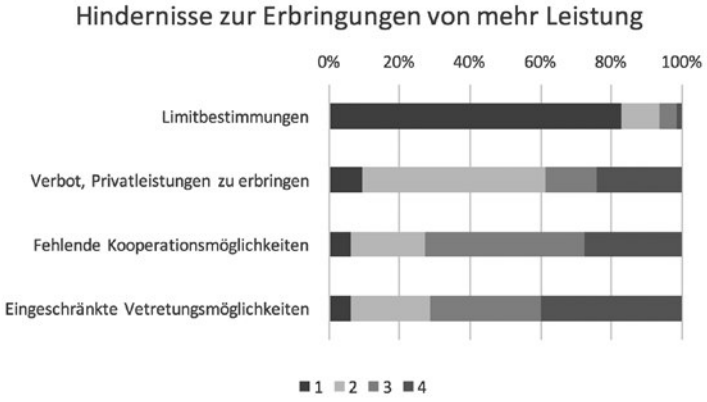
2 Siehe dazu auch den Beitrag zum Modell Moderne Medizin von Mag. Herdega und Mag. Garbeis.



6. Ausweitung der ärztlichen Leistung

Die oberösterreichischen Kassenärzte wären grundsätzlich dazu bereit, mehr Patienten zu behandeln bzw. für einzelne Patienten mehr Leistung zu erbringen. Jeder Zehnte gibt an, mehr leisten zu wollen, und weitere 76 % würden dies unter geänderten Rahmenbedingungen tun. Nur 13 % sind nicht dazu bereit, noch mehr Leistung zu erbringen als bisher. Zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten gibt es in dieser Frage einen nur sehr geringen Unterschied. Dieses Ergebnis bedeutet, dass in der Gruppe der Kassenärzte ein zusätzliches Arbeitskraftpotential vorhanden ist, das jedoch aufgrund der vorliegenden Rahmenbedingungen nicht genutzt werden kann.

Die folgende Fragestellung zeigt auf, welche Rahmenbedingungen des Honorarsystems die Ärzte am meisten daran hindern, mehr Leistung als bisher zu erbringen. Befragt wurden hier Ärzte, die in der vorigen Frage angegeben haben, grundsätzlich bzw. unter geänderten Rahmenbedingungen mehr Leistung erbringen zu wollen. Anhand eines Rankings, in dem vier Faktoren[3] gereiht werden konnten, stellten sich die Limitbestimmungen des Honorarvertrages mit Abstand als größtes Hindernis heraus. Hohe 83 % sahen diesen Aspekt als größten Hemmschuh für ein Mehr an Leistung an. Das Verbot zur Erbringung privatärztlicher Leistungen wurde als zweitgrößtes Hindernis gesehen. Die fehlenden Kooperationsmöglichkeiten und die eingeschränkten Vertretungsmöglichkeiten wurden bereits viel seltener in das Ranking mit einbezogen und in viel weniger Fällen als wichtigster Störfaktor angegeben.



3 Die Auswahl der Faktoren erfolgte durch ein erfahrenes Team der Ärztekammer für OÖ, das bereits unzählige Gespräche mit Ärzten zum Thema geführt hat und daher die Probleme der Ärzteschaft gut kennt.

7. Position der Ärzte zu neuen Ansätzen

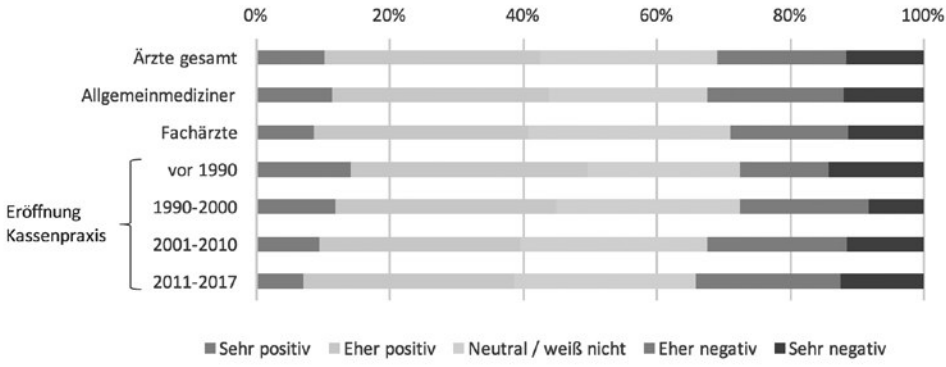
In der Befragung wurde die Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zu zwei Ideen für das Honorarsystem erhoben. Es handelt sich dabei lediglich um hypothetische Ansätze, die in Österreich nicht existieren.

7.1. Modell Pflicht- und Ergänzungsleistungen

Das Modell sieht vor, dass es im Rahmen der Honorarvereinbarung mit den Kassen einerseits einen Leistungskatalog mit Pflichtleistungen gibt, die in jeder Kassenordination zwingend erbracht werden müssen. Diese Leistungen werden jedenfalls wirtschaftlich adäquat abgegolten. Neben diesen obligatorischen Leistungen existiert ein ergänzender Leistungskatalog, aus dem einzelne Positionen angeboten werden können, jedoch nicht müssen.

Die oberösterreichischen Kassenärzte stehen dem Modell sehr divergent gegenüber. Etwa ein Viertel sieht den Ansatz neutral bzw. hat dazu keine Meinung. 42,5 % können dem Ansatz etwas Positives abgewinnen und 31 % sehen das Modell eher negativ. Eine eindeutige Tendenz der Ärzteschaft ist also nicht erkennbar.

Wie beurteilen Sie den Ansatz, einen Teil der Leistungen in der GKK-Honorarordnung als Pflichtleistungen für den Kassenarzt zu definieren, die jedenfalls zwingend in der Ordination zu erbringen sind (unter der Voraussetzung, dass diese wirtschaftlich adäquat honoriert werden), ergänzt um einen optionalen Leistungskatalog (kann angeboten werden, muss aber nicht)?



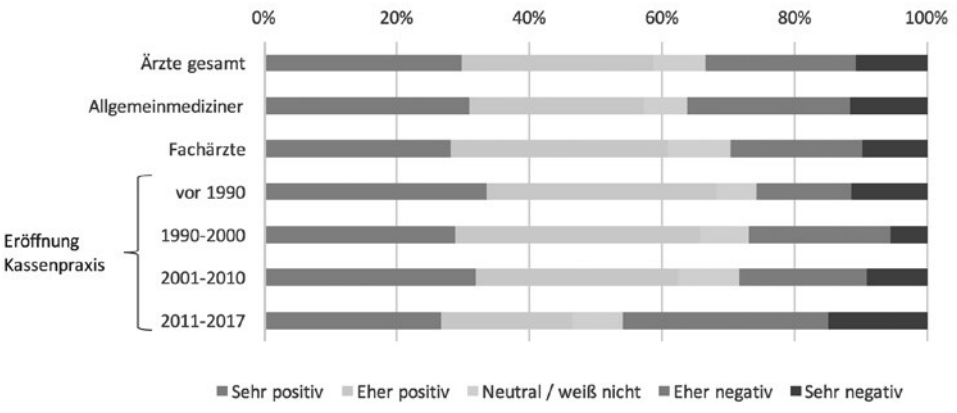
Und auch zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten gibt es in dieser Frage keine wesentlichen Meinungsunterschiede. Allerdings lässt sich erkennen, dass Ärzte, die bereits länger in der Kassenpraxis tätig sind, dem Modell etwas aufgeschlossener gegenüberstehen als Personen, die kürzer als Kassenarzt ordinieren.

7.2. Modell Selbstbehalte

In diesem hypothetischen Modell bekommen die Kassenärzte die Möglichkeit, für Leistungen, die von den Kassen nicht ausreichend honoriert werden, ergänzend Selbstbehalte bei den Patienten einzuheben.

Zu dieser Fragestellung fällt auf, dass nur sehr wenige Kassenärzte eine neutrale Einstellung hegen bzw. keine Meinung dazu haben. Lediglich 7,8 % wählten die neutrale Antwortkategorie. Patientenselbstbehalte scheinen also eine wichtige, bereits gut durchdachte und polarisierende Thematik in der Ärzteschaft zu sein. Im Ergebnis lässt sich ein leichter Trend zu einer positiven Einschätzung zu Zuzahlungen durch die Patienten erkennen, denn während sich beinahe 60 % für eine bejahende Antwortmöglichkeit entschieden (sehr positiv, eher positiv), bekundete nur etwa ein Drittel eine ablehnende Haltung (eher negativ, sehr negativ). Fachärzte stehen der Möglichkeit, Selbstbehalte einzuheben, noch etwas positiver gegenüber als Allgemeinmediziner. Und auch dieses Modell wird von länger tätigen Kassenärzten positiver bewertet. Besonders Ärzte, die ihre Kassenpraxis erst innerhalb der letzten sieben Jahre eröffnet haben, stehen Selbstbehalten als Ergänzung zu Kassenhonoraren kritisch gegenüber.

Was halten Sie von der Möglichkeit, von der Kasse ungenügend honorierte Leistungen durch einen Selbstbehalt des Patienten zu ergänzen?



Mag. Nick Herdega, MSc
Ärztekammer für Oberösterreich, Projektbereich

Mag. Kerstin Garbeis
Ärztekammer für Oberösterreich, Projektbereich

Prozess „Moderne Medizin“

1. Ausgangslage – Kassenfreier Raum **62**

2. Weitere Entwicklung in OÖ **63**

3. Der Prozess „Moderne Medizin“ im Detail **64**

4. Fazit **69**

Die Anerkennung des kassenfreien Raumes durch die Gerichte und Schiedsinstanzen hat die Notwendigkeit der raschen Aufnahme von neuen medizinischen Verfahren in den Leistungskatalog der Kassenverträge verdeutlicht. In OÖ wurde dabei ein von Ärztekammer und OÖGKK gemeinsam entwickeltes dynamisches Verfahren geschaffen, das die rasche Aufnahme derartiger neuer Leistungen sicherstellt. Der folgende Beitrag soll sowohl die Entstehungsgeschichte als auch die konkrete Ausgestaltung dieses Verfahrens überblicksweise darstellen.

1. Ausgangslage – Kassenfreier Raum

Während der Anspruch des Versicherten auf Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung gegenüber dem sozialen Krankenversicherungsträger gesetzlich geregelt ist, werden die ärztlichen Honorarverträge als Teil der Gesamtverträge zwischen dem Hauptverband – mit Zustimmung des Krankenversicherungsträgers – und der jeweils zuständigen Ärztekammer als privatrechtliche Verträge sozialpartnerschaftlich vereinbart. Dabei finden naturgemäß nur jene Leistungen Aufnahme in den Honorarkatalog, über die hinsichtlich Erbringung und Honorierung Konsens gefunden wird. Daraus ergeben sich zwei wesentliche Konsequenzen: Einerseits hinken in der Regel die Honorarkataloge der medizinischen Entwicklung immer hinterher. Treten daher neue medizinische Leistungsmethoden auf und werden State of the Art, dann dauert es naturgemäß einige Zeit, bis diese auf dem Verhandlungswege im Honorarkatalog Eingang finden. Andererseits kann es aufgrund der Privatautonomie beider Vertragsparteien auch sein, dass es zu bestimmten Leistungen gar keinen Konsens gibt, sei es, weil die von den Leistungserbringern angestrebte Honorierung von den Kassen abgelehnt wird, sei es, dass im Rahmen der Leistungserbringung vom Krankenversicherungsträger Rahmenbedingungen angeboten werden, die von den Leistungserbringern nicht akzeptiert werden. Dann finden diese Leistungen, obwohl an sich medizinisch sinnvoll und dem aktuellen Stand der Medizin entsprechend, (vorerst) keinen Eingang in die Honorarordnung, stellen jedoch andererseits einen Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Kasse dar, die bspw. bei Erbringung dieser Leistung durch den Wahlarzt entsprechend rückerstattungspflichtig wird.

Diese Diskrepanz zwischen dem gesetzlich vorgegebenen Anspruch auf Krankenbehandlung einerseits und der (möglichen) Unvollständigkeit der Honorarkataloge andererseits – also die Schwierigkeit, alle Leistungen, die dem gesetzlichen Anspruch zugehörig sind, auch zu beinhalten – wurde seit Mitte der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts unter dem Schlagwort „kassenfreier Raum" sowohl in der einschlägigen Rechtsliteratur als auch zwischen Sozialversicherung und ärztlicher Standesvertretung vehement diskutiert. Dabei ging es vor allem auch um die Frage der Konsequenzen des kassenfreien Raumes, wobei – vereinfacht dargestellt – zwei Ansichten vertreten wurden: Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger waren der Ansicht, dass die Honorarordnung abschließend zu verstehen ist, also eine Verrechnung von Leistungen, die darin nicht vorkommen, weder gegenüber dem Krankenversicherungsträger noch gegenüber dem Versicherten (als

Privatleistung) verrechenbar ist, sondern quasi in den Grundleistungsvergütungen bereits enthalten ist. Die ärztliche Standesvertretung war hingegen der Ansicht, dass Leistungen im kassenfreien Raum vom Arzt dem Patienten privat in Rechnung gestellt werden können, der Versicherte aber einen Anspruch gegenüber seinem Krankenversicherungsträger auf Kostenrückerstattung hat. Die in der Folge mit dieser Frage befassten Schiedsinstanzen (vgl. vor allem BSK SSV-NF 7/A 7) und Gerichte (z.B. OGH SSV-NF 8/33) gaben der letzteren Ansicht recht und bejahten entsprechende Privathonorierungsansprüche der Ärzte und Kostenrückerstattungsansprüche der Versicherten gegenüber ihrer Kasse, wenn es sich um Leistungen handelt, die in ihrer Art und ihrem Umfang über Grundleistungsvergütungen hinausgehen. Die Höhe des Rückerstattungsanspruches hat sich an Tarifen vergleichbarer Vertragspartner zu orientieren, bei Fehlen solcher sind marktkonforme Tarife heranzuziehen. Allerdings hielten diese Entscheidungen auch klar fest, dass im Gesamtvertrag auch andere Lösungen getroffen werden können, daher die konkrete Ausgestaltung des kassenfreien Raumes der Disposition der Gesamtvertragsparteien unterworfen ist und diese daher bspw. auch einen Privathonorierungsanspruch des Arztes zur Gänze ausschließen können.

2. Weitere Entwicklung in OÖ

Die Klarstellung der Rechtslage rund um den kassenfreien Raum wurde naturgemäß auch in OÖ von der Ärzteschaft grundsätzlich begrüßt. Die Forcierung dieses Bereiches durch die ärztliche Standesvertretung fand zwar unter den Mitgliedern generelle Zustimmung, gleichzeitig wurde jedoch von vielen Ärzten auch aus sozialpolitischen Gründen der ausschließliche Weg über die Verrechnung von Privathonoraren durchaus kritisch gesehen. Viele Fachgruppen waren der Ansicht, dass es sinnvoller sei, derartige Leistungen rascher als bisher in den mit der Kasse zu vereinbarenden Honorarkatalog aufzunehmen und damit sicherzustellen, dass diese Leistung allen Versicherten, ohne Rücksicht auf deren finanzielle Situation, auf Kosten der Krankenversicherungsträger zugutekommen. Die OÖGKK hatte ihrerseits ebenfalls die Sorge, dass auf lange Sicht der Honorarkatalog durch Nichtaufnahme moderner medizinischer Leistungen ausgehöhlt werden könnte und die Kasse nur mehr für Basisleistungen und veraltete Leistungsspektren Versorgung bietet. Da – wie oben dargestellt – für die Vertragspartner ein rechtlicher Regelungsspielraum gegeben war, wurde in der Folge daher in Verhandlungen zwischen Ärztekammer und OÖGKK versucht, eine Regelung im Gesamtvertrag

zu treffen, die allen Interessen größtmöglich Rechnung trägt und die Versorgung der Versicherten verbessert. Dazu wurde nicht nur der „Prozess Moderne Medizin" im Gesamtvertrag verankert, sondern von Beginn an auch stark genützt und gelebt.

Bereits im 21. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag im Jahre 2000 wurden dazu die entscheidenden Weichen gestellt, die dann in weiteren gesamtvertraglichen Vereinbarungen näher präzisiert wurden und einem ständigen Verbesserungsprozess anhand der praktischen Erfahrungen unterliegen.

3. Der Prozess „Moderne Medizin" im Detail

3.1. Grundsätze

Grundpfeiler des Prozesses Moderne Medizin ist die Übereinkunft, dass grundsätzlich Leistungen, die wissenschaftlich erprobt sind und in der freien Praxis in hoher Qualität auch angeboten werden können, auf Antrag einer der beiden Gesamtvertragsparteien zwingend in den Honorarkatalog aufzunehmen sind. Dies setzt naturgemäß auch die Festlegung eines entsprechenden Tarifs für diese Leistungen voraus. Da die Alternative zu dieser Vorgehensweise die private Verrechnung mit dem Patienten war, kam für die ärztliche Standesvertretung nur die Festlegung dieses Tarifes aufgrund einer objektiven betriebswirtschaftlichen Kalkulation in Frage, die von der Kasse auch nicht mit dem Hinweis auf vergleichbare niedrigere Tarife bei anderen Leistungsanbietern oder in anderen Bundesländern konterkariert werden kann. Im Gegenzug wurde die private Inanspruchnahme eines Vertragsarztes für Leistungen, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung darstellen – also dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Kasse zugehörig sind –, gesamtvertraglich ausgeschlossen. Die Kasse hat damit erreicht, dass die Vertragsärzteschaft weiterhin ihr Hauptaugenmerk auf die Weiterentwicklung des Kassenvertrages und seiner Honorarordnung richtet, die Ärzte haben damit eine von Verhandlungstaktiken unabhängige und objektiv betriebswirtschaftliche Tarifierung derartiger Leistungen erhalten, also die Zusage, dass sie zwar das Honorar nicht privat vom Patienten erhalten, dafür jedoch faktisch dasselbe Honorar gegenüber der Kasse durchsetzen können.

Eine private Verrechnung mit dem Patienten ist aber dann möglich, wenn die erbrachte Leistung keine Krankenbehandlung darstellt (z.B. Führerscheinuntersuchungen, rein prophylaktische Leistungen, ...), es sich um komplementärmedizinische – also wissenschaftlich nicht erprobte – Leistungen handelt oder der Patient von sich aus eine Privatbehandlung und damit Aufgabe seines Sachleistungsanspruches wünscht.

3.2. Voraussetzungen für die Aufnahme einer Leistung in den Honorarkatalog

Grundsätzlich wurde das Antragsprinzip vereinbart, daher ist die Aufnahme einer Leistung nur möglich, wenn diese vorher schriftlich von einer der beiden Gesamtvertragsparteien beantragt wird. In der Praxis hat sich herauskristallisiert, dass bei vielen Leistungen eine Diskussion über Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Aufnahme in das Schema Moderne Medizin von den jeweiligen Ärzten in den Fachgruppen geführt wird, ehe in der Regel durch den Fachgruppenvertreter der entsprechende Antrag gestellt wird. Die Diskussion in der Fachgruppe ist dabei wichtig, da es einerseits um die Frage der medizinischen Sinnhaftigkeit und wissenschaftlichen Erprobtheit der neuen Leistung geht, die wohl am besten durch die Fachärzte des betreffenden Faches selbst feststellbar ist, und andererseits naturgemäß ein Interesse der Fachgruppe bestehen muss, Leistungen einzuführen, die von einer möglichst großen Anzahl von Fachärzten des betreffenden Sonderfaches und nicht nur von ganz wenigen Einzelärzten erbracht werden bzw. überhaupt erbracht werden können. Die Fachgruppe stellt daher auch ein Korrektiv für eventuell überbordende Einzelinteressen ohne entscheidende Versorgungswirksamkeit dar.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass die aufzunehmende Leistung nicht bereits durch die Grundleistungsvergütung abgedeckt ist, weil nur über diese hinausgehende Leistungen auch im kassenfreien Raum privat verrechenbar wären. In der Praxis spielte dies bislang keine Rolle, da nur darüber hinausgehende Leistungen beantragt wurden. Gleiches gilt für Leistungen, die bereits in der Honorarordnung enthalten sind. Ist eine Leistung nur für Fachärzte eines bestimmten Faches abrechenbar, dann kann die generelle Verrechenbarkeit durch Fachärzte anderer Fächer nur im Rahmen der Honorarverhandlungen, nicht jedoch über den Prozess Moderne Medizin erreicht werden.

Eine neue Leistung kann – wie bereits oben dargestellt – im Rahmen des Prozesses Moderne Medizin auch nur aufgenommen werden, wenn die Kasse hierfür grundsätzlich leistungszuständig ist, es sich also um „Krankenbehandlung“ handelt.

Als zusätzliches Kriterium für die Aufnahme von Leistungen über den Prozess Moderne Medizin wurde vereinbart, dass die Erbringung im extramuralen Bereich auch sinnvoll sein muss. Dies ist bspw. dann nicht gegeben, wenn die Leistung im Großgeräteplan enthalten ist, wenn die Leistung so aufwendig ist, dass sie in der freien Praxis nicht erbringbar ist oder die Leistung aufgrund der medizinisch indizierten Patientenfrequenzen betriebswirtschaftlich im Vergleich zu den Tarifen bei anderen Anbietern erbringbar ist, wobei aber geringe Mehrkosten durch eine Verbesserung der Nahversorgung zu akzeptieren sind. In der Praxis hat sich gerade das letzte Kriterium aber als schwer objektivierbar und abwägbar herausgestellt. Zum einen war öfters die Frage der zu erwartenden Gesamtfrequenzen nicht wirklich seriös abschätzbar, weil nicht erkennbar war, wie viele niedergelassene Fachärzte diese Leistungen dann tatsächlich anbieten werden, ob die Leistung in der Folge in den Spitälern weiterhin angeboten wird oder aufgrund des (zusätzlichen) Anbots in der freien Praxis eingestellt wird, alles Fragen, die für das Abschätzen einer gesamtökonomischen Sinnhaftigkeit einer Leistung entscheidend sind. Zum anderen ist es schwierig zu beurteilen, wie viel an Mehrkosten tragbar ist, wenn statt der bisherigen Erbringung an nur wenigen Standorten einzelner Spitäler die Leistung nun wohnortnäher und flächendeckender von bspw. zehn niedergelassenen Fachärzten erbracht wird. Die „gesamtökonomische Sinnhaftigkeit" einer Leistung in Abwägung zu den Mehrkosten bei wohnortnaher Medizin beim niedergelassenen Vertrauensarzt war schwierig zu klären.

Um nicht durch diesen Punkt bei einzelnen Leistungsanträgen in massiven Zeitverlust oder zu unsachgemäßen Ablehnungen zu gelangen, soll dieser Problembereich hinkünftig dadurch gelöst werden, dass aufgrund der Erfahrungen der Vorjahre eine realistische Gesamtdotation zwischen den Gesamtvertragsparteien vorweg vereinbart wird, mit dem neue, über den Prozess Moderne Medizin aufgenommene Leistungen finanziert werden. Diese Vorgehensweise bewirkt, dass die Frage der ökonomischen Sinnhaftigkeit einer Leistung nicht mehr zwischen den Gesamtvertragsparteien zu diskutieren ist, sondern massiv auf die Ebene der ärztlichen Standesvertretung verlagert wird, da nunmehr die Fachgruppenwünsche, wenn diese die obige Gesamtdotation eines Jahres übersteigen würden, nicht alle befriedigbar wären, sondern in einem interkammeralen Verfahren festgelegt werden müsste, welche Leistungen sofort zum Zug kommen und welche auf das nächste Jahr verlagert werden. Bei dieser Entscheidung spielen dann naturgemäß auch Überlegungen zur gesamtökonomischen Sinnhaftigkeit einer Leistung neben anderen Faktoren (wie bspw. Versorgungswirksamkeit, Notwendigkeit der Flächendeckung einer Leistung etc.) eine Rolle. Diese Änderung des Prozesses befindet sich zwischen den Gesamtvertragsparteien gerade in der Finalisierungsphase. Dies wird den Prozess Moderne Medizin nochmals massiv beschleunigen.

3.3. Tarifierung der Leistung

Die Alternative zum Prozess Moderne Medizin ist – wie oben bereits dargestellt – die private Verrechnung gegenüber dem Patienten. Die Tarifierung der Leistungen hat sich daher nach einem vorweg festgelegten – damit auch von „Spargedanken“ der Kasse unbeeinflussbaren Überlegungen – objektiven und transparenten betriebswirtschaftlichen Kalkulationsverfahren zu errechnen. Es wurde daher eine Matrix vereinbart, die zur Tarifierung herangezogen wird, anhand der betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten befüllt wird und in der Folge nach einem fix vorgegebenen mathematischen Schema den Tarif errechnet. Grundgedanke ist, dass der Tarif daher nicht (wie bei Honorarverhandlungen üblich und notwendig) im Konsens festgelegt wird, sondern ausschließlich nach vorgegebenen betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten mathematisch ermittelt wird und Diskussionen über die Tarifhöhe damit obsolet sind. Naturgemäß stellt daher diese fixe Kalkulationsmatrix einen wesentlichen Grundpfeiler des Prozesses Moderne Medizin dar.

Es würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen, hier die Einzelheiten der Berechnung darzustellen. Das Kalkulationsschema berücksichtigt naturgemäß entsprechende Sachkosten (fixe und variable Kosten), die mit der beantragten Leistung einhergehen. Diese werden in aller Regel vom Antragsteller im Antrag dargestellt. Gleiches gilt für anteilige Raumkosten, auch entsprechende Leistungsfrequenzen bei den kleinen Kassen (sofern diese Leistung dort verrechenbar ist) werden bei den Fixkosten einkalkuliert. Bei Leistungen, die nicht nur aus Gründen der Krankenbehandlung, sondern mit relevanten Frequenzen auch zu anderen Zwecken erbracht werden können (z.B. sportmedizinische Untersuchungen zur Leistungsverbesserung, …), wird auch ein entsprechender Anteil bei den Fixkosten tarifmindernd mitkalkuliert. Einen wesentlichen Faktor stellen ebenso die Personalkosten dar, die mit der beantragten Leistung im Zusammenhang stehen. Entscheidend dabei ist der jeweilige zeitliche Aufwand, der mit der Erbringung verbunden ist. Dabei wird im Kalkulationsschema nicht nur der zeitliche Aufwand für den Arzt, sondern auch derjenige der Mitarbeiter mitberücksichtigt. Dabei wurden vorweg konkrete Werte für die Stundensätze von Ärzten und Mitarbeitergruppen (unterschiedlich nach deren Qualifikation) festgelegt, die jährlich nach einem vereinbarten Index auch valorisiert werden.

Limitierungen aus rein ökonomischen Überlegungen sind ausgeschlossen, Leistungen über diesen Prozess können lediglich medizinisch begründbaren Limitierungen unterworfen werden. Der Antragsteller gibt daher bei Antragstellung an, in welcher Bandbreite, gemessen an der Gesamtleistung, die entsprechende Leistung typischerweise anfallen wird. Zur Limitierung der Leistung kann nur der obere Wert der Limitierung herangezogen werden.

Aus Gründen der Qualitätssicherung können für Leistungen auch Geräte- oder spezielle Ausbildungsvoraussetzungen vereinbart werden.

Keine Rolle bei der Errechnung des Tarifes spielen daher insbesonders Tarifierungen von gleichen oder vergleichbaren Leistungen in anderen Bundesländern, da das Schema eine Tariffestlegung zu einem objektiv betriebswirtschaftlichen Tarif garantiert.

3.4. Ablauf nach Antragstellung

Um Verzögerungen bei der Einführung neuer Leistungen über den Prozess hintanzuhalten, wurden zwischen den Gesamtvertragsparteien auch stringente Fristvorgaben für den gesamten Ablauf festgelegt. Die Antragstellung seitens einer Fachgruppe erfolgt in aller Regel über vorgegebene Formulare, die eine Berücksichtigung aller zur Entscheidung notwendigen Angaben garantieren. Der Antrag inklusive aller Unterlagen wird bei Kammer und Kasse eingereicht, wobei meist im Vorfeld schon entsprechende Vorgespräche mit der Fachgruppe zur Klärung bestimmter Vorgaben erfolgt sind. Kasse und Kammer haben in der Folge vier Wochen Zeit, um zu den Angaben Stellung zu nehmen, Unterlagen nachzufordern, Unstimmigkeiten aufzuklären, offene Fragen anzusprechen. Falls in der Folge keine Differenzen zwischen Kammer und Kasse bestehen, wird die Leistung eingeführt und die betroffenen Ärzte werden per Informationsschreiben darüber informiert. Bei Differenzen wird versucht, diese auf Büroebene bzw. unter Beiziehung des Fachgruppenvertreters für medizinische Fragestellungen beizulegen. Gelingt dies nicht, ist der sog. Kalkulationsausschuss (gemischte Besetzung mit Funktionären und Büromitarbeitern) einzuberufen, der mit paritätischer Stimmgewichtung zwischen Kammer und Kasse eine Einigung zu treffen versucht. Würde es auch dabei zu keiner Einigung kommen, ist für die strittige(n) Frage(n) ein Sachverständiger zu bestellen, der dies abklärt. Die Kasse kann zwar auch dann eine Leistung noch immer ablehnen, allerdings kann die Ärztekammer den gesamten gesamtvertraglich vereinbarten Prozess Moderne Medizin in toto kündigen, wenn die Kasse von diesem Recht mehr als dreimal in zwei Jahren Gebrauch macht. Dies würde automatisch dazu führen, dass die private Verrechnungsmöglichkeit für Leistungen im kassenfreien Raum auflebt, was den Intentionen der Kasse massiv zuwiderlaufen würde und daher eine wirksame Sanktionsmöglichkeit für Ablehnungen entgegen den sachlichen Gegebenheiten darstellt.

Mit diesen Vorgaben ist daher ein möglichst rascher Ablauf des Verfahrens garantiert, bei Streitigkeiten wird in jedem Fall eine Entscheidung getroffen und es kann keine Seite den Prozess einseitig blockieren. In der Praxis war dieses Verfahren bislang nicht notwendig, es konnte bereits im Vorfeld bzw. auf Büroebene Einvernehmen herbeigeführt werden.

4. Fazit

Seit Schaffung des Prozesses Moderne Medizin wurden über diesen Prozess 19 neue Leistungen in die Honorarordnung aufgenommen. Es handelt sich dabei um Leistungen aus verschiedensten Fachgruppen und auch mit sehr unterschiedlichem Leistungsvolumen, teilweise ist es damit auch gelungen, Leistungen aus dem Spital in den extramuralen Versorgungsbereich zu transferieren. Das kumulierte Gesamtvolumen dieser Leistungen beträgt mittlerweile mehrere Millionen Euro. In zwei Fällen hat die Kasse bisher eine Leistung endgültig abgelehnt. Der Prozess wurde anhand der praktischen Erfahrungen mehrmals in Details verbessert, insbesondere zur Beschleunigung des Zeitlaufs. Die Klärung des Umganges mit der Frage der „gesamtökonomischen Sinnhaftigkeit“ ist zum Zeitpunkt dieses Artikels in der Finalisierungsphase und wird einen wesentlichen Beschleunigungsschub bewirken. Es hat sich auch gezeigt, dass die Phase bis zur eigentlichen Antragstellung doch auch einige Zeit in Anspruch nimmt, da die Abklärung innerhalb der Fachgruppe Diskussions- und Entscheidungszeit braucht und dafür oftmals bereits Details für das Kalkulationsschema mitzuüberlegen sind.

Der Prozess Moderne Medizin hat sich bewährt, weil er die Interessenslagen aller Beteiligten wirksam berücksichtigt. Das Interesse der Kasse liegt dabei vor allem darin, dass es keinen Bedarf nach einem kassenfreien Raum für schulmedizinische Leistungen gibt. Für die Ärzteschaft besteht der Vorteil vor allem darin, dass neue, medizinisch sinnvolle und erprobte Leistungen zu einem objektiv betriebswirtschaftlich kalkulierten Tarif ohne ökonomische Limitierungen in die Honorarordnung auf Antrag zwingend aufgenommen werden. Vor allem aber profitiert der Patient von dieser Vorgehensweise, der neue moderne medizinische Leistungen wohnortnah vom Arzt seines Vertrauens und als Sachleistung ohne Rücksicht auf seine ökonomische Situation in Anspruch nehmen kann.

Mag. Katharina Wieser

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG

Systeme zur Festlegung von Ärztehonoraren – administrative Preisbildung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

1. Preisbildung im Gesundheitswesen **72**

2. England **76**

3. Niederlande **79**

4. Irland **82**

Literaturverzeichnis **84**

Die Festlegung von Honoraren für Ärzte in der öffentlichen Gesundheitsversorgung gestaltet sich auf vielfältige Weise. Zahlreiche Gründe sprechen gegen die Regulation über den freien Markt. In vielen Ländern finden daher Verhandlungen zwischen öffentlichen Organisationen (z.B. Sozialversicherung) und den Leistungsanbietern statt. In diesem Beitrag soll auf drei europäische Länder eingegangen werden, in denen Honorare für Ärzte administrativ von staatlichen Organisationen festgesetzt werden.

1. Preisbildung im Gesundheitswesen[1]

Das Gesundheitswesen ist ein besonderer Markt, der in den meisten Staaten aus vielerlei Gründen nicht über den Preismechanismus koordiniert wird. Medizinische Leistungen (z.B. Blinddarm-Operationen) werden nicht eingekauft wie gewöhnliche Güter. Die Anbieter von medizinischen Leistungen (z.B. Ärzte) werden in vielen Ländern (z.B. Großbritannien, Italien) vom Staat angestellt und vollständig aus Steuermitteln bezahlt. Oder es sind alle Bürger dazu verpflichtet, Mitglied in einer (manchmal nicht wählbaren) Krankenversicherung zu sein (z.B. Deutschland, Österreich). In vielen Ländern sind daher medizinische Leistungskataloge gesetzlich vorgeschrieben und die Preise durch eine staatlich verordnete Gebührenordnung reguliert. Somit sind in den meisten Gesundheitssystemen die Anbieter und Nachfrager weder die souveränen Entscheider darüber, welche Leistungen angeboten und nachgefragt werden, noch sehen sie sich mit den vollen finanziellen Konsequenzen konfrontiert. Die einzelwirtschaftlichen Pläne werden daher nicht durch den Preismechanismus koordiniert. Die wichtigsten Gründe für diese Eingriffe in die unsichtbare Hand des Marktes im Gesundheitswesen sind Marktversagen und bestimmte Vorstellungen von Gerechtigkeit.

1.1. Marktversagen

Unter Marktversagen versteht man eine Situation, in der die Koordination über den Markt zu keiner effizienten Verteilung von Gütern bzw. Dienstleistungen führt. Es kann aus unterschiedlichen Ursachen zu Marktversagen kommen: Ein Grund für die staatliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sind sogenannte positive externe Effekte, also die Tatsache, dass durch die Konsumption eines Gesundheitsgutes (z.B. einer Impfung) andere Personen mitprofitieren. Wenn sich jemand impfen lässt, sinkt auch für alle nicht geimpften Personen die Gefahr, sich selbst zu infizieren. Zusätzlich handelt es sich bei Gesundheitsleistungen auch noch um Kollektivgüter: Das bedeutet, dass sich der Nutzen einer Person nicht reduziert, wenn auch eine andere Person das Gut konsumiert. Im Falle der Impfung: Von der verminderten Ansteckungsgefahr können mehrere Personen profitieren, ohne dabei den Nutzen für die anderen Personen zu reduzieren. Da viele Personen von der Impfung profitieren, wäre es nur logisch, dass diese die Kosten der

1 Breyer, Zweifel, Kifmann (2004)

Impfung mittragen. Allerdings kann schwerlich festgestellt werden, wer genau profitiert (Kollektivgut). Insofern scheint es angeraten, die Kosten von Impfungen staatlich zu finanzieren. Darüber hinaus lässt sich so die Durchimpfungsrate steigern. Dasselbe Prinzip gilt im Gesundheitswesen nicht nur für physische Auswirkungen, sondern auch für psychische Faktoren. So empfinden es viele Menschen als unangenehm, wenn andere Personen leiden oder sogar sterben, weil sie sich keine ausreichende Gesundheitsversorgung leisten können. Sie profitieren also davon, wenn arme Personen eine Behandlung bekommen, weil sie sich dann selber besser fühlen. Und auch die reine Vorhaltung von medizinischen Kapazitäten stellt ein Kollektivgut dar, von dem alle profitieren. Insofern könnte auch das eine Argumentation sein, alle Bürger zur Mitfinanzierung des Gesundheitssystems zu verpflichten.

Vor allem stellt der Zustand der Krankheit aber eine außergewöhnliche Situation dar, die es dem Individuum oft nicht (z.B. Bewusstlosigkeit) oder nur eingeschränkt (z.B. bei lebensbedrohenden Krankheiten) ermöglicht, eine rationale Konsumentenentscheidung zu treffen. Der souveräne Konsument, der in der Ökonomie eine Voraussetzung für eine effiziente Güterverteilung ist, ist daher im Gesundheitswesen in vielen Fällen nicht gegeben. Hinzu kommen eine fehlende Transparenz bei Qualität und Preis von Gesundheitsdienstleistungen (auch aufgrund dessen, weil Entscheidungen oft sehr rasch getroffen werden müssen) und unzureichende medizinische Kenntnisse der Patienten. Da es dem Konsumenten nicht oder nur schwer möglich ist, die Qualität der medizinischen Leistung im Vorhinein zu beurteilen, werden meist von staatlicher Seite Mindeststandards festgelegt, etwa durch die gesetzliche Festschreibung von Zulassungsverfahren zum Arztberuf und anderen Heilberufen, oder der Produkthaftung auf ärztliche Leistungen (Kunstfehler).

Ein weiterer Punkt ist, die Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse: Diese Theorie geht davon aus, dass junge gesunde Menschen heute einen zu geringen Betrag für spätere Gesundheitsausgaben zurücklegen (sparen) bzw. keinen oder einen zu geringen Versicherungsschutz abschließen würden und sie damit Gefahr laufen, im Alter in eine medizinische Unterversorgung zu schlittern. Damit scheint es gerechtfertigt, dass der Staat als Souverän ein bestimmtes Mindestmaß der Absicherung für den Krankheitsfall vorschreibt und damit das Wohlergehen der Bevölkerung fördert.

1.2. Gerechtigkeitsvorstellungen

Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist ein essentielles Gut, das nach den Gerechtigkeitsvorstellungen unserer Kultur jedem Menschen zusteht. Deshalb sollten unterschiedliche Zahlungsfähigkeiten keine Rolle für den Zugang zu Gesundheitsleistungen spielen. Da jeder Mensch mit unterschiedlichen Fähigkeiten geboren wird und im Laufe seiner Lebensbiographie verschiedenen Chancen und Hindernissen begegnet, scheint es ungerecht zu sein, dass daraus resultierende inhomogene Einkommensverhältnisse Auswirkungen auf die Möglichkeit zum Einkauf von Gesundheitsleistungen haben. Zumindest eine Basisversorgung[2] sollte jedem ermöglicht werden. Um dies zu gewährleisten, werden etwa je nach Leistungsfähigkeit verschieden hohe Beiträge zum Gesundheitssystem von den Individuen eingehoben oder Beiträge zu Krankenversicherungen mit Zuschüssen unterstützt.

Zudem würde eine freie Preisbildung am Krankenversicherungsmarkt dazu führen, dass Personen mit höherem Gesundheitsrisiko (z.B. durch eine angeborene Krankheit oder Behinderung) auch höhere Versicherungsprämien zahlen müssten. Auch dies wird als ungerecht empfunden. Angeborene Unterschiede beim individuellen Gesundheitsrisiko sollen keine finanzielle Schlechterstellung nach sich ziehen. In vielen Ländern gibt es daher ein gesetzliches Verbot der Risikoselektion für Krankenversicherungen (dürfen niemanden ablehnen) und einen darauf folgenden Risikostrukturausgleich, um eventuelle Schlechterstellungen einzelner Versicherungen zu glätten. Beachtet muss dabei aber werden, dass nicht alle Ursachen für ein höheres Gesundheitsrisiko ohne Zutun der Person entstehen (z.B. Rauchen, Übergewicht) und eine völlige Risikoumverteilung daher womöglich zu einem risikoaffineren Verhalten führen kann, das die Versicherungsgemeinschaft kollektiv tragen muss. Um diesen Effekt zu schwächen, gibt es etwa die Möglichkeit für Versicherer, Gesundheitsbewusstes Verhalten zu belohnen.

2 Was von den Basisleistungen umfasst wird und was nicht mehr, muss ebenfalls definiert werden und kann sehr unterschiedlich ausfallen.

1.3. Honorarfestlegungsverfahren

Bei den Ärzten muss das Gehalt oder das (von den Krankenkassen) bezahlte Honorar immer wieder neu festgelegt werden, sofern sich der Preis nicht über den Markt (Angebot und Nachfrage) reguliert. Dieser Prozess gestaltet sich je nach Land unterschiedlich. Im Wesentlichen gibt es jedoch zwei verschiedene Modelle[3]:

- Verhandlungen zwischen Finanzierungsträgern (z.B. Krankenhäuser, Krankenkassen) und Leistungserbringern bzw. deren legitimierten Vertretern.
- Administrative Preisbildungen, etwa durch staatliche Behörden. In einigen Ländern werden hierfür objektivierte Verfahren angewendet, in deren Zuge versucht wird, eine Erhöhung durch eine unabhängige Stelle und ein transparentes, faires System zu errechnen. Es sollen gleichzeitig eine adäquate Entlohnung der Ärzte und die zur Verfügung stehenden Mittel Beachtung finden.

Außerdem unterscheidet man zwischen verschiedenen Honorierungsverfahren[4]:

- Einstufiges Honorierungsverfahren: Die Krankenkasse oder der Patient bezahlt den Arzt direkt.
- Zweistufiges Honorierungsverfahren: Die Krankenkasse zahlt an eine Zwischenstelle (z.B. in Deutschland an die Kassenärztliche Bundesvereinigung) und diese verteilt dann das Gesamthonorar an die Ärzte.
- Gemischt zweistufiges Honorierungsverfahren: Prinzipiell wie beim zweistufigen Honorierungsverfahren, nur dass die Berechnung der Gesamthonorarsumme auf der ersten Stufe anders verläuft als die Berechnung der Einzelhonorare der Ärzte auf der zweiten Stufe.

Im Folgenden werden drei europäische Länder (England, Niederlande und Irland) vorgestellt, in denen die Preisbildung auf administrative Weise durch staatliche Behörden erfolgt.

3 Schulenburg (2007)
4 Rathmayr (2000)

2. England

Als Idealtypus eines Beveridge-Systems findet man in Großbritannien viele Elemente einer zentralen Finanzplanung und Leistungserstellung. Seit einiger Zeit befindet sich jedoch auch dieses System im Übergang zu einem System regulierter Versorgungsmärkte. Das heißt, dass einerseits die Wettbewerbsfunktion von Märkten stärker genutzt wird und diese andererseits durch quasi-staatliche Behörden reguliert werden.[5]

2.1. Doctors' and Dentists' Review Body

Die jährliche Anpassung der Löhne und Honorare aller im NHS tätigen Ärzte und Zahnärzte wird vom Doctors' and Dentists' Review Body (DDRB)[6] vorgeschlagen. Es handelt sich dabei um eine unabhängige Organisation, die vom Gesundheitsministerium finanziert wird. Die jährlich erscheinende Empfehlung enthält dabei jegliche Argumentationen der Ärzteseite, der öffentlichen Hand und auch neutrale Daten und Analysen. Die Organisation bezieht folgende Punkte in ihre Empfehlung mit ein:

- den Bedarf: Notwendigkeit neue Ärzte anzustellen und bestehende zu halten und zu motivieren,
- regionale und lokale Unterschiede im Arbeitsmarkt und deren Effekte auf das Arbeitskräftepotential bei den Ärzten,
- das verfügbare Budget der Gesundheitsministerien,
- das Inflationsziel der Regierung,
- den Grundsatz des NHS, dass der Patient an erster Stelle steht, und die Mechanismen, mit denen dieses Ziel erreicht werden kann,
- alle Argumente, die von der Regierung und den Ärzten sowie professionellen Vertretern und Anderen eingebracht werden,
- die gesetzlichen Verpflichtungen des NHS, inklusive des Anti-Diskriminierungsgesetzes.

5 Bundeszentrale für politische Bildung
6 Doctors' and Dentists' Review Body

Die Regierung ist jedoch nicht dazu verpflichtet, die vom DDRB abgegebenen Empfehlungen auch umzusetzen. Tatsächlich kam es bereits häufig zu einer Lohnerhöhung unter dem vom DDRB festgelegten Satz. 2017 beklagte Mark Foster, Vorstand der British Medical Association BMA, der Ärztevereinigung im Vereinigten Königreich, dass es trotz der vom DDRB vorgeschlagenen Lohn- bzw. Honorarerhöhungen zu einem realen Absinken der Löhne gekommen sei. Und das zu einem Zeitpunkt, wo die Ärzte mehr arbeiten als je zuvor. Bei Jungärzten betrage diese reale Lohnkürzung in den letzten fünf Jahren 17 Prozent und bei Hausärzten 13 Prozent.[7]

2.2. Clinical Commission Groups – CCGs

Im Zuge des Health and Social Care Acts 2012 kam es zur Gründung der Clinical Commission Groups, die 2013 die Primary Care Trusts ablösten. Es handelt sich dabei um klinisch geleitete Organe des NHS, die sich um die regionale Angebotsplanung und -deckung kümmern. Um diese Aufgabe zu erfüllen, vergeben die CCGs Verträge an Leistungsanbieter und kaufen so Gesundheitsleistungen für ihre Region ein. Derzeit gibt es 207 CCGs in England. Die CCGs arbeiten eng mit dem NHS zusammen. Die Mitglieder der CCGs sind die lokalen GP-Praxen. Gesteuert werden sie von gewählten GPs, anderen medizinischen Berufen (z.B. Krankenschwester, Facharzt) und Laien. Sie sind für die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung der Region zuständig (inkl. psychischer Gesundheitsversorgung, Notfallversorgung, ausgewählter Krankenhausleistungen und kommunaler Pflege) und tragen in etwa für zwei Drittel des gesamten NHS-Budgets in England Verantwortung. Der Sinn der CCGs liegt in der Anpassbarkeit der Gesundheitsversorgung an regionale Bedürfnisse. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen stehen in Konkurrenz um die Verträge mit den Clinical Commission Groups.[8]

2.3. Abgeltung von Hausärzten

Der Vertrag für die Honorierung von Allgemeinmedizinpraxen (General Medical Services Contract) besteht seit 2003 und wird zwischen dem General Practitioners Commitee (GPC), einem Teil der British Medical Association, und dem NHS Employers ausverhandelt. Der Vertrag regelt[9]

7 BMJ Careers
8 NHS https://www.nhscc.org/ccgs/
9 NHS Employers

- die globale Summe, die die Kosten der Praxisführung inklusive aller essentiellen und einigen zusätzlichen allgemeinmedizinischen Leistungen für die registrierten Patienten abdeckt. Diese wird nach der Carr-Hill-Formel berechnet, die eine gewichtete Kopfpauschale darstellt. Einbezogen werden Geschlecht und Alter der Patienten, die Anzahl neuer Patienten, das Morbiditätsprofil der Bevölkerung, der ländliche Charakter einer Gegend und Faktoren der Marktkräfte. Es gibt jedoch eine Minimum Practice Income Guarantee, die bei Unterschreitung einer gewissen Mindestpauschale zu Ausgleichszahlungen führt. Diese Garantie soll jedoch in den nächsten Jahren auslaufen.

- Zusatzleistungen, die Praxen anbieten können und dies normalerweise auch tun (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern, Mutterschaftsleistungen, Kleine Chirurgie, Verhütungsmaßnahmen).

- das Quality and Outcome Framework (QOF), das evidenzbasierte Qualitätsindikatoren festlegt (z.B. Anteil der Patienten mit koronaren Herzbeschwerden mit gemessenem Blutdruck unter 150/90 mmHg). Die Erfüllung dieser Indikatoren wird bepunktet und dann auch mit einem Geldwert belohnt. Das Regelwerk wird jährlich überarbeitet und vom NHS Employers veröffentlicht. Es lässt sich in die vier Bereiche klinische Leistungen, Praxisorganisation, Patientenerfahrung und zusätzliche Leistungen einteilen. Besondere Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen Diabetes, koronare Herzkrankheiten und Bluthochdruck. Die Summe des QOF macht bis zu einem Drittel des gesamten Praxiseinkommens aus.[10]

- erweiterte Leistungen (Enhanced services), die ebenfalls von Praxen angeboten werden dürfen. Erweiterte Leistungen können landesweit oder lokal anerkannt werden, um die Bedürfnisse der Bevölkerung abzudecken.

Die Abgeltung einer Praxis kann daher aus diesen vier Finanzierungsquellen kommen. Der Vertrag wird immer mit einer Praxis abgeschlossen, nie mit einem Mediziner. Zudem ist eine zunehmende Zahl von Ärzten angestellt und nicht selbstständig tätig.[11]

10 Czypionka, et al. (2001)
11 Cylus et al. (2015)

2.4. Abgeltung von Fachärzten

In Großbritannien arbeiten fast alle Fachärzte in Krankenhäusern. Ein Netz niedergelassener Fachärzte, wie in Österreich, gibt es nicht. Die Gehälter der angestellten Fachärzte werden jedoch ebenfalls zentral festgelegt.

3. Niederlande

Die Regulierung des niederländischen Gesundheitsmarktes besteht derzeit aus einer Mischung von staatlichen Vorgaben, korporatistischen Elementen und marktbezogenen Steuerungsmechanismen. Der Trend geht allerdings klar in Richtung Liberalisierung und Markt. Besonders die Bedarfsplanung ist jedoch nach wie vor stark staatlich über das Gesundheitsministerium (z.B. Genehmigung von Krankenhäusern) reglementiert.[12]

3.1. Dutch Healthcare Authority

Bei der Dutch Healthcare Authority[13] (Nederlandse Zorgautoriteit, NZA) handelt es sich um eine autonome administrative Autorität, die zum Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport gehört. Die Pflichten und Aufgaben wurden im Healthcare Market Regulation Act festgehalten. Die NZA beschäftigt über 400 Mitarbeiter und ist für die Wahrung der Interessen der niederländischen Bürger, mit Blick auf Verfügbarkeit, Leistbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung, zuständig. In diesem Sinne erstellt die NZA Regeln, reguliert Gesundheitsdienstleister und Krankenversicherungen und erstellt Empfehlungen für das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport. Das von der NZA erstellte Regelwerk soll ein positives Marktverhalten der Akteure nach sich ziehen und gleichzeitig den Preiswettbewerb fördern. Die NZA überwacht außerdem die Einhaltung der Regelungen durch die Versicherer und Leistungsanbieter. Vor allem im Bereich der Versorgung durch Hausärzte (GPs) und Zahnärzte sowie bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung legt die Nederlandse Zorgautoriteit fest, welche Leistungen an die Patienten verrechnet werden können und wie viel diese maxi-

12 Bundeszentrale für politische Bildung
13 The Dutch Healthcare Authority

mal kosten dürfen. Viele Tarife und Leistungsbeschreibungen werden also zentral bestimmt. Die überwiegende Mehrheit der Leistungsbeschreibungen und Preise werden allerdings mittlerweile direkt zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern verhandelt.

Auch der niederländische Ärzteverband (Nederlandse Vereniging von Artsen – VvAA), der sich in einen Hausärzte- und einen Fachärzteverband unterteilt, spielt bei der Regulierung des Versorgungssystems eine wichtige Rolle. Zwar bietet das Gesundheitswesen den Versicherungen und Leistungserbringern viel Raum für Verhandlungen, jedoch existiert auch immer mehr die Möglichkeit zum Abschluss selektiver Verträge, die die Rolle korporatistischer Verhandlungssysteme zurückdrängt. Es werden vermehrt Verträge direkt zwischen Versicherungen und einzelnen Leistungsanbietern abgeschlossen. Eine weitere wichtige gestaltende Organisation stellt der nationale Patientenverband (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie – NPCF[14]) dar, der neben Staat, Krankenversicherungen und Leistungserbringern als vierte Kraft in gesundheitspolitischen Regulierungsgremien vertreten ist.[15]

3.2. Abgeltung von Hausärzten

Im Jahre 2015 wurde in den Niederlanden ein neues Finanzierungssystem für Allgemeinmedizinische Praxen eingeführt. Seither besteht das Finanzierungsmodell aus drei Segmenten[16]:

Segment 1 beinhaltet alle Basisleistungen, für die der Arzt die erste Ansprechperson ist und für die er als Gatekeeper in die zweite Versorgungsebene fungiert. Dieses Segment setzt sich wiederum aus drei Teilen zusammen:

- eine Kopfpauschale pro registriertem Patienten, die z.B. nach Alter der Patienten gewichtet wird,
- eine Zahlung pro Inanspruchnahme (auch für telefonische Konsultationen und Visiten) und
- Provisionen für verschiedene andere Leistungen (z.B. mental health care, Krankenschwesterleistungen).

14 Zusammenschluss von ca. 300 Patienten- und Verbraucherorganisationen
15 Bundeszentrale für politische Bildung
16 Wammes et al. (2014); Madelon et al. (2016)

Für Leistungen aus diesem Segment werden landesweit, wie oben beschrieben, vom Dutch Health Care Authority (Nederlandse Zorgautoriteit) Maximalpreise festgelegt.

Segment 2 besteht aus multidisziplinären Programmen für Diabetes Typ 2, Herzkrankheiten, Asthma und COPD und soll die integrierte Versorgung fördern. In Versorgungsstandards ist festgelegt, was zu einer adäquaten Versorgung dieser vier Krankheitsbilder gehört. Versorgungsgruppen, die aus 4 bis 150 GPs bestehen, kümmern sich um die Organisation der notwendigen Versorgung dieser Krankheiten, koordinieren die Versorgung der Patienten und entlohnen andere in die Versorgung involvierte Leistungsanbieter. Die Preise für Leistungen aus diesem Segment müssen von den Ärzten mit den Versicherungen ausverhandelt werden und werden als gebündelte Leistungen als Fixtarif pro Patient ausbezahlt. Es müssen daher Verträge mit Versicherungen bestehen, um solche Leistungen abrechnen zu können. 80 Prozent der GP-Praxen schlossen sich jedoch 2014 einer Versorgungsgruppe an. Für Patienten besteht keine Verpflichtung, sich in einer Versorgungsgruppe eintragen zu lassen.

Segment 3 lässt Ärzten und Versicherungen Raum, um sowohl Volumen als auch Preis für weitere Leistungen aus den Bereichen „pay for performance" und Innovation auszuverhandeln. Beispiele hierfür wären Leistungsdaten aus den Bereichen Erreichbarkeit der Praxis und Effizienz bei der Verschreibung von Medikamenten oder bei Überweisungen.

Die Einnahmen aus dem ersten Segment sollten ungefähr 77 Prozent des gesamten Praxisumsatzes ausmachen. Zwischen Gesundheitsministerium und Vereinigungen von Patienten, Versicherern und Ärzten wurde für die Segmente 1 und 2 ein jährliches Ausgabenwachstum von 1,5 Prozent und für das Segment 3 von 1 Prozent zur Leistungsverschiebung in die Primärversorgung vereinbart.

3.3. Abgeltung von Fachärzten

Auch in den Niederlanden arbeiten fast alle Fachärzte in einem Krankenhaus, entweder als Selbstständige in einer im Krankenhaus angesiedelten Gruppenpraxis oder als Angestellte des Krankenhauses. Honorare für selbstständige Fachärzte in solchen Gruppenpraxen wurden bis 2015 ebenfalls national festgelegt, können aber seither mit dem Krankenhaus frei verhandelt werden. Das Gesundheitsministerium hoffte, dass in Folge dieser Änderung viele Fachärzte eine Anstellung im Krankenhaus eingehen würden, jedoch wählte nur ein sehr kleiner Teil der Spezialisten diese Option. Nur ein kleiner Teil der Fachärzte arbeitet außerhalb

des Krankenhauses, zum Beispiel in sogenannten Ambulatory Surgery Centern. In diesen Zentren werden Fachärzte leistungsorientiert bezahlt (fee-for-service) und das Honorar wird mit den Versicherungen ausverhandelt. Die Patienten können prinzipiell mit einer Überweisung zu jedem Facharzt gehen, allerdings ist es den Versicherungen freigestellt, nur für Behandlungen der bei ihnen unter Vertrag stehenden Fachärzte aufzukommen. Die Rückerstattung für Leistungen bei Nicht-Vertragsärzten kann je nach Versicherungsvertrag bis zu null Prozent ausmachen.[17]

4. Irland

Oberste Verantwortung für das Gesundheitswesen trägt die Regierung unter der Führung des Gesundheitsministeriums. Der Minister ist für die strategische Ausrichtung und die grundsätzliche Organisation von Gesundheitsleistungen inklusive gesetzlicher Regelungen zuständig.[18]

4.1. Health Service Executive

Seit dem Jahr 2005 ist die Health Service Executive (HSE) in Irland für das operative und finanzielle Management des gesamten Gesundheitswesens zuständig. Dafür wird jedes Jahr ein umfassender Plan für die Gesundheitsdienstleistungen verfasst, der vom Ministerium für Gesundheit und Kinder (Ministry of Health and Children, MoHC) nur noch genehmigt werden muss. In diesem Schriftstück wird unter anderem festgehalten, wie das Budget auf Krankenhäuser, die Primärversorgung und andere Leistungen aufgeteilt wird, und es beinhaltet auch eine Obergrenze für Beschäftigungszahlen innerhalb des Gesundheitswesens. Grundsätzlich orientiert sich die HSE dabei an der Gesundheitsstrategie, die vom MoHC formuliert wird.[19]

Grundsätzlich wird das Budget für das Gesundheitswesen in Irland nur zu einem kleinen Teil auf Basis von ressourcenbezogenen Formeln festgelegt, sondern es wird vielmehr versucht, zukünftige Ausgaben zu schätzen. Dafür werden etwa die

17 Wammes et al (2014)
18 McDaid et al (2009)
19 McDaid et al (2009)

Vorjahresausgaben, Lohnabschlüsse, demographische Veränderungen, Entgelte für dir Erreichung von Qualitätszielen, die Inflation und erwartete Gebührenerträge durch Patienten herangezogen. Aus diesem Budget ergeben sich die Zahlungen an die Spitäler und die Kopfpauschalen für die Primärversorgung.[20]

4.2. Abgeltung von Hausärzten

Die meisten Hausärzte arbeiten selbstständig in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Die überwiegende Mehrheit behandelt sowohl öffentlich Versicherte als auch private Patienten, nur wenige arbeiten ausschließlich in einem der beiden Sektoren. Patienten, die über eine Medical Card oder eine GP Visit Card verfügen, müssen sich bei einem General Practitioner registrieren lassen. Ärzte, die für den öffentlichen Gesundheitsservice tätig sind, gehen einen individuellen Vertrag mit dem National Shared Service PCRS (Primary Care Reimbursement Service) ein, das Teil der HSE (Health Service Executive) ist. Prinzipiell setzen sich die Rückerstattungen für GPs aus einer gewichteten Kopfpauschale und den Gebühren für spezielle Services (z.B. Visiten) zusammen. Die Kopfpauschale orientiert sich hauptsächlich am Alter der Person und der Entfernung zur Praxis.[21] Der PCRS ist für die operative Abwicklung der Berechnung und Auszahlung an die Vertragspartner verantwortlich und erstellt jährliche Statistiken.[22]

4.3. Abgeltung von Fachärzten

Fachärzte in öffentlichen Spitälern sind angestellt und arbeiten unter dem „Common Contract for Medical Consultants". Im privaten Sektor arbeiten Fachärzte auf einer „Fee-for-service"-Basis. Die meisten angestellten Fachärzte im öffentlichen Sektor behandeln auch Privatpatienten und werden für diese ebenfalls leistungsbezogen entlohnt.[23]

20 McDaid et al (2009)
21 Health Service Executive (HSE) – Primary Care Reimbursement Service (PCRS); McDaid et al (2009)
22 Citizens Information
23 McDaid et al (2009)

Literaturverzeichnis

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2004): Gesundheitsökonomik. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.

Cylus, Jonathan; Richardson, Erica; Findley, Lisa; Longley, Marcus; O'Neill, Ciaran; Steel, David (2015): United Kingdom: Health System Review. Health System in Transition Vol. 17 No. 5 2015. European Observatory on Health Systems and Policies.

Czypionka, Thomas; Riedel, Monika; Obradovits, Martin; Sigl, Clemens; Leutgeb, Johannes (2011): Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich. Health System Watch III/Herbst 2011. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Kronemann, Madelon; Boerma, Wienke; van den Berg, Michael; Groenewegen, Peter; de Jong, Judit; van Ginneken, Ewout (2016): The Netherlands: Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 18 No. 2. WHO, Copenhagen.

McDaid, David; Wiley, Miriam; Maresso, Anna; Mossialos, Elias (2009): Ireland: Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 11 No. 4. WHO, Copenhagen.

Rathmayr, Doris (2000): Anreizwirkungen unterschiedlicher Arzt-Honorierungssysteme. Papers Gesundheitswissenschaften. OÖGKK-Hausdruckerei. Linz.

Schulenburg, J.-Matthias Graf von der; Greiner, Wolfgang (2007): Gesundheitsökonomik. 2. Auflage. Mohr Siebeck, Tübingen.

Wammes, Joost; Jeurissen, Patrick; Wetsert, Gert (2014): The Dutch Health System. Radboud University Medical Center. Download unter: http://www.nvag.nl/afbeeldingen/2015/nscholing/Netherlands%20Health%20Care%20System%202014%20(PDF).pdf

Internetquellen

BMJ Careers http://careers.bmj.com/careers/advice/DDRB_recommends_pay_rise_of_1%2525_for_doctors vom 29.06.2017

Bundeszentrale für politische Bildung http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72905/gesundheitspolitik-in-europa im November 2017

Citizens Information http://www.citizensinformation.ie/en/health/health_system/general_medical_services_payments_board.html im November 2017

Doctors' and Dentists' Review Body https://www.gov.uk/government/organisations/review-body-on-doctors-and-dentists-remuneration im November 2017

Health Service Executive (HSE) – Primary Care Reimbursement Service (PCRS) http://www.hse.ie/eng/staff/PCRS/

Irish Medical Organisation (IMO) http://www.imo.ie/

Nederlandse Zorgautoriteit (The Dutch Healthcare Authority) https://www.nza.nl/organisatie/sitewide/english/

NHS https://www.nhscc.org/ccgs/ im November 2017

NHS Employers http://www.nhsemployers.org im Juli 2017

The Dutch Healthcare Authority https://www.nza.nl/organisatie/sitewide/english/ im Juli 2017

Deutsche Bank
Wealth Management

Die Welt ist nicht vorhersagbar.

Vertrauen Sie auf ein weltweit erfahrenes Investment-Team.

Die Finanzmärkte werden zunehmend komplexer. Wir sind davon überzeugt, dass Anlageentscheidungen von der Bewertung eines erfahrenen globalen Teams profitieren. Dabei haben wir nicht nur die Welt im Blick, sondern beachten Ihre individuellen Anlagebedürfnisse. So profitieren Sie von einem ebenso strukturierten wie erprobten Investment-Prozess. wm.austria@db.com

Deutsche Bank Wealth Management ist der Markenname für den Wealth Management Geschäftsbereich der Deutsche Bank AG und ihrer Tochtergesellschaften. Die jeweils verantwortlichen rechtlichen Einheiten, die Kunden Produkte oder Dienstleistungen der Deutsche Bank Wealth Management anbieten, werden in den entsprechenden Verträgen, Verkaufsunterlagen oder sonstigen Produktinformationen benannt.
Quelle: Deutsche Bank Wealth Management Investment GmbH.

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 Kiesl (OÖGKK), MPH, OMR Dr. Thomas Fiedler (ÄKOÖ) und Mag. Dr. Michael Müller (SVA).

Mag. Franz Kiesl, 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 behandelter 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 (Ärztekammer 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 Beitragseinnahmensteigerung angehoben werden, was in den letzten Jahren zu überdurchschnittlichen Tarifanhebungen in OÖ geführt hat. Außerdem wird der Tarifanhebungsprozentsatz 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. praxisgerecht 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 Tarifanhebung 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 Honorarsummenlimitierun-

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,
Ärztekammer 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 kostendeckend 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 großteils 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.

News aus den Gesundheits-systemen

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter www.lig-gesundheit.at finden.

INHALT

Großbritannien: Finanzielle Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten: Stillen

Österreich: Start für E-Medikation in Apotheken

Großbritannien: GPs in Notfallambulanzen

Österreich: Neue Strategien für mehr Gesundheitskompetenz

Niederlande: Zwei Minister für Gesundheit

Deutschland: Vorstoß bei ausschließlicher Fernbehandlung

Europa: Re-Health: Beitrag zur Gesundheit von Migranten und Flüchtlingen

LIG-Newsletter
Die „News aus den Gesundheitssystemen" können regelmäßig bezogen werden.
Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

GROSSBRITANNIEN

Finanzielle Anreize für Gesundheitsbewusstes Verhalten: Stillen

Im Vereinigten Königreich ist die Rate der stillenden Mütter sehr niedrig. Während etwa in Norwegen nach sechs Monaten noch 80 Prozent der Mütter stillen, sind es in manchen Regionen Englands sechs bis acht Wochen nach der Geburt nur noch 12 Prozent. Um diese Werte zu verbessern, wurden in einem Versuch Müttern Gutscheine angeboten, wenn sie länger stillen.

Stillen ist gesund und spart Kosten

Stillen hat nachweislich positive Effekte auf die Gesundheit des Kindes. So ist das Risiko für Magen-Darm-Erkrankungen, Brust- und Ohrinfektionen, Übergewicht, plötzlichen Kindstod, Leukämie im Kindesalter, Ekzeme und Typ-2-Diabetes sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenleben bei gestillten Kindern geringer. Eine lange Liste an positiven Effekten also, die man sich im Vereinigten Königreich nicht ausreichend zunutze macht. Das kostet dem NHS im Jahr geschätzte 17 Millionen Pfund für zusätzliche Krankenhausaufenthalte und Hausarztbesuche.

Die Studie

Eine Pilotstudie der Universität Sheffield und der Universität Dundee, die von der National Prevention Research Initiative und Public Health England finanziert wurde, versuchte nun die Rate der gestillten Kinder mit Hilfe von finanziellen Anreizen zu erhöhen. Über 10.000 frisch gebackene Mütter aus drei Regionen Nordenglands nahmen an der Studie teil. Den Frauen wurden Einkaufsgutscheine im Wert von 120 Pfund angeboten, wenn sie ihre Babys im Alter von zwei Tagen, zehn Tagen und sechs Wochen stillten oder mit abgepumpter Muttermilch fütterten. Wenn die Babys bis ins Alter von sechs Monaten gestillt wurden, erhielten die Mütter einen weiteren Einkaufsgutschein in der Höhe von 80 Pfund.

Ergebnis

Im Vergleich zu Regionen, in denen keine finanziellen Anreize geboten wurden, konnte die Quote in den Projektregionen um sechs Prozentpunkte, von

32 Prozent auf 38 Prozent, gesteigert werden. Es gibt jedoch auch Kritik an der Studie, denn es ließ sich nicht überprüfen, ob die Aussagen der Mütter über die Art der Ernährung ihres Babys auch stimmten. Das räumen die Verfasser der Studie auch ein, jedoch wurde in den Versuchsregionen nicht nur darauf geachtet, dass das Anreizsystem adäquat und machbar gestaltet wurde, sondern auch auf weitgehend verfügbare Stillberatungen, erklärt die Co-Autorin der Studie, Mary Renfrew. Eine Hebamme meinte, dass durch das Projekt Stillen für Frauen, die es zuvor als befremdlich empfunden hatten, leichter wurde. Eine Teilnehmerin berichtete, dass Stillen zuerst sehr schwer ist und die Anreize bei ihr dazu beigetragen hätten, nicht gleich aufzugeben und es weiter zu versuchen. Generell sei das Projekt ein wichtiger Schritt, um aufzuzeigen, dass Stillen teilweise sehr schwierig sein kann – vor allem in einkommensschwachen Regionen und für Frauen mit geringer familiärer und gesellschaftlicher Unterstützung.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien www.lig-gesundheit.at/grossbritannien

ÖSTERREICH

Start für E-Medikation in Apotheken

Im Jänner 2018 macht Elga einen weiteren Schritt nach vorne: In Vorarlberg startet die E-Medikation, die es Ärzten und Apothekern ermöglicht, die aktuelle Arzneiliste eines Patienten auf Knopfdruck einzusehen. So sollen in Zukunft gefährliche Wechselwirkungen vermieden werden.

Wechselwirkungen sind unterschätztes Problem

Wechselwirkungen zwischen Medikamenten sind problematischer als gemeinhin vermutet wird. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass etwa jeder zehnte Spitalsaufenthalt aufgrund von Medikamenteneinnahmen erfolgt. Alexander Biach, Präsident des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, informiert darüber, dass rein statistisch gesehen drei gemeinsam eingenommene Arzneimittel bereits drei Nebenwirkungen

auslösen können, bei fünf Präparaten sind es dann bereits zehn Wechselwirkungen.

E-Card als Schlüssel

Im Rahmen der E-Medikation sollen künftig Apotheken mit eingebunden werden – und zwar nicht nur bei rezeptpflichtigen Medikamenten. Denn auch frei erhältliche Arzneien, wie z.B. Aspirin, können zu Nebenwirkungen führen. In Zukunft sollen Patienten daher auch beim Bezug von wechselwirkungsrelevanten rezeptfreien Präparaten die E-Card stecken. Vor dem Kauf wird dann die Medikamentenliste des Patienten gleich überprüft. Auch der Obmann der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Manfred Brunner, ist davon überzeugt, dass die Maßnahme die Sicherheit der Versicherten erhöht. Die Krankenhäuser sind leider noch nicht in die E-Medikation eingebunden. Daran werde aber gearbeitet, so die Ankündigung durch Gesundheitslandesrat Christian Bernhard (VP).

Erster Probebetrieb

In den letzten Jahren wurden Pilotprojekte und Studien zur E-Medikation durchgeführt, um ein wissenschaftlich abgesichertes, technisch funktionierendes und praktikables System zu gewährleisten. Zwei Monate soll es nun einen Probebetrieb in Dornbirn geben, danach sollen alle 51 Apotheken in Vorarlberg an das System angeschlossen werden. Der Präsident der Vorarlberger Apothekerkammer und des österreichischen Apothekerverbandes, Jürgen Rehak, räumt ein, dass es zu Beginn durchaus zu kleineren technischen Schwierigkeiten kommen kann. Er sieht die Maßnahme aber auch deshalb positiv, weil sich durch die verbesserte Information die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten verbessert.

Regionales Projekt

Das Projekt zur E-Medikation wurde in Vorarlberg gemeinsam von VGKK, Ärzte- und Apothekerkammer vorangetrieben. Ärztekammer-Präsident Michael Jonas sieht darin einen Beweis für die Innovationskraft regionaler Kassen und weist darauf hin, dass mit einer zentralen Kasse die Vorarlberger wohl noch lange auf die E-Medikation warten müssten. Ein bundesweites Rollout ist zwar für 2018 fixiert, es fehlt aber noch die notwendige Verordnung des Gesundheitsministeriums.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich www.lig-gesundheit.at/oesterreich

GROSSBRITANNIEN

GPs in Notfallambulanzen

Im letzten Winter stießen die Spitäler in Großbritannien an ihre Grenzen: Das hohe Patientenaufkommen führte zu einer heillosen Überlastung. Der Einsatz von Hausärzten (GPs) soll nun die Notfallambulanzen entlasten. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zu der Maßnahme zeigt zwar eine Reduktion bei den Wartezeiten, jedoch auch eine Zunahme bei der Verschreibung von Antibiotika.

Immer mehr Patienten

Die Patientenzahlen in den A&E-Zentren sind stark im Steigen begriffen. Zu einem großen Teil liegt das auch daran, dass immer mehr Menschen in die Ambulanzen kommen, die eigentlich bei ihrem Hausarzt besser aufgehoben wären. Zahlen des NHS zeigen, dass 2015 ganze 16 Prozent der Patienten mit nur einem Ratschlag wieder nach Hause geschickt wurden – vier Prozent mehr als noch zwei Jahre zuvor. Der NHS konnte schon seit Jahren selbstgesteckte Ziele bei den Wartezeiten nicht erreichen und letzten Winter eskalierte die Situation völlig.

Leichte Fälle zum GP

Um den steigenden Patientenzahlen in den Notfallambulanzen entgegenzuwirken, wurde im März 2017 ein 100 Millionen Pfund schweres Maßnahmenpaket geschnürt. Das soll den Spitälern eine Triage der Patienten ermöglichen: Leichte Fälle können dann direkt an die dem Krankenhaus vorgelagerte allgemeinmedizinische Praxis weiterverwiesen werden. Das soll das hoch spezialisierte Krankenhauspersonal entlasten und für echte Notfälle freihalten.

Die Studie

Eine Studie der University of Liverpool stellte fest, dass der Einsatz von Hausärzten in Notfallambulanzen zwar zu einer Reduktion der Wartezeiten führt, jedoch auch vermehrt Antibiotika verschrieben werden. Die halbjährige Studie in einer der bestbesuchten pädiatrischen Notfallambulanzen Europas – im Alder Hey Children's Hospital in Liverpool – zeigte, dass ein Fünftel der Patienten auch beim Hausarzt hätte versorgt werden können. Allerdings wurden dort bei 26 Prozent der Kinder Antibiotika verschrieben, während nur 20 Pro-

zent der Notfallärzte Antibiotika einsetzten. Das zeigt Vorteile der Vorgangsweise, aber auch neue Herausforderungen.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien www.lig-gesundheit.at/grossbritannien

ÖSTERREICH

Neue Strategien für mehr Gesundheitskompetenz

Viele Österreicher und Österreicherinnen nutzen das Internet, um sich über gesundheitsbezogene Themen zu informieren. Allerdings können 59 Prozent nicht beurteilen, welche Quellen vertrauenswürdig sind. Ganze 22 Prozent verstehen nicht, was der Arzt ihnen sagt. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger stellte in Alpbach zwei Tools vor, die die Gesundheitskompetenz von Herrn und Frau Österreicher stärken sollen.

„Das Wissen der Menschen über gesundheitsbezogene Themen wirkt sich auf das Gesundheitsverhalten, die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen und das Management bei chronischen Erkrankungen aus. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit und die Zahl der stationären Aufnahmen knüpfen daran an", sagt Alexander Biach, der Verbandsvorsitzende des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Somit haben mangelnde Gesundheitskenntnisse auch Auswirkungen auf die Kosten im Gesundheitswesen: „Die Menschen steuern die falschen und die teuersten Anlaufstellen in der Gesundheitsversorgung an", so Biach weiter. Das ist auch ein Grund für z.B. überlaufene Spitalsambulanzen. Die neu entwickelten Tools sollen dabei helfen, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern.

Die Tools

Die Faktenbox (unter www.hauptverband.at/faktenbox) hilft den Menschen, eine fundierte Entscheidung in Gesundheitsfragen treffen zu können: etwa zum Thema Impfen, Früherkennung oder Nahrungsergänzungsmittel. Die Zusammenstellung vertrauenswürdiger Informationen in verständlicher Sprache

soll dabei helfen, Mythen und Halbwissen zu beseitigen. Bisher gibt es factsheets zu acht Themen.

Die App „Medbusters" stellt ebenfalls vertrauenswürdige Gesundheitsinformation zur Verfügung, jedoch für die mobile Anwendung am Handy. Die Inhalte werden von Medizinjournalisten erstellt. Anwender können selbst Themen einbringen und so den Inhalt mitgestalten. Die App kann kostenfrei unter www.medbusters.at für Android und iOS heruntergeladen werden.

Evidenzbasierte Information

Bei der Erstellung der notwendigen evidenzbasierten Gesundheitsinformationen für die Faktenbox waren Experten der Donau-Universität Krems und des deutschen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beteiligt. Für die Erstellung der Gesundheitsseite der Donau-Universität Krems (www.medizin-transparent.at) habe man im Vorfeld 990 Gesundheitsartikel analysiert. Das Ergebnis: 59 Prozent waren stark über- oder untertrieben. Und auch Infobroschüren haben bei der Untersuchung schlecht abgeschnitten: Nur 14 Prozent erfüllten mehr als die Hälfte der Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen. „Für die Zusammenstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen bedarf es einer sorgfältigen Recherche und Auswahl der Quellen, der Darstellung von Vor- und Nachteilungen z.B. verschiedener Behandlungen, fairer und verständlicher Beschreibungen und der Unterlassung offener oder versteckter Vorschriften", betont Klaus Koch vom IQWiG.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich www.lig-gesundheit.at/oesterreich

NIEDERLANDE

Zwei Minister für Gesundheit

Am 26. Oktober 2017 wurde in den Niederlanden die neue Regierung eingesetzt. Seither sind im Ministerium für Gesundheit, Wohlbefinden und Sport gleich zwei Minister vertreten – das erste Mal in der Geschichte des Gesundheitsministeriums.

In der neuen Regierung hatte außer dem Premierminister keiner der neu eingesetzten Minister Erfahrungen in einem solchen Amt. Vermutlich ist auch das der Grund für eine historisch hohe Anzahl an Doppelbesetzungen in den Ministerien, die zuvor mit nur einem Minister auskamen: Außer dem Gesundheitsministerium wurden noch die Ministerien für Justiz, Bildung und Äußeres mit je zwei Ministern ausgestattet.

Dabei ist jedoch immer nur eine Person hauptverantwortlich. Der Unterschied ist im Namen zu finden: Beim Gesundheitsministerium sind das der Minister „of" Health, Welfare and Sports (Hugo de Jonge) und der Minister „for" Medical Care (Bruno Bruins). Bruins ist damit lediglich für den Bereich der medizinischen Versorgung zuständig, während de Jonge für die Altenversorgung, das Wohlbefinden und Sport die Verantwortung trägt.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in den Niederlanden: www.lig-gesundheit.at/niederlande

DEUTSCHLAND

Vorstoß bei ausschließlicher Fernbehandlung

Bisher durfte in Deutschland ein Patient lediglich dann telemedizinisch behandelt werden, wenn der Arzt ihn bereits vorher kannte. In einem Modellprojekt in Baden-Württemberg werden ab 2018 nun erstmals Patienten ausschließlich über (Video-)Telefonie versorgt. Eine vorangegangene Änderung der Berufsordnung im Bundesland macht dies möglich.

DocDirekt

Gesetzlich Versicherte in den Modellregionen Stuttgart und Tuttlingen werden voraussichtlich ab März 2018 die Möglichkeit haben, über DocDirekt einen Tele-Arzt zu konsultieren, sofern der Hausarzt nicht erreichbar ist. Werktags zwischen 9 und 19 Uhr werden sich dort Ärzte über Telefon und/oder Video um die Anliegen der Patienten kümmern.

Das Prozedere

Medizinische Fachangestellte nehmen vorerst Personalien und Krankheitssymptome auf. Notfälle werden sofort an die 112 weitergeleitet. In allen anderen Fällen leiten die MFA die Daten an den Tele-Arzt weiter. Die speziell geschulten Haus- oder Fachärzte nehmen dann einen Rückruf der Patienten vor. Nach Aufnahme von Anamnese und Beschwerdebild kann der Tele-Arzt den Fall idealerweise abschließend beraten. Wenn es notwendig erscheint, besteht aber auch die Möglichkeit, an eine sogenannte PEPP-Praxis zu verweisen. Es handelt sich dabei um patientennah erreichbare Portalpraxen, die mit DocDirekt zusammenarbeiten. Sie erhalten für die taggleiche Behandlung von DocDirekt-Patienten eine extrabudgetäre Vergütung.

Die Tele-Ärzte von DocDirekt werden speziell für die besonderen Anforderungen von telefon- und videobasierten Behandlungen geschult und erhalten kostenlos eine webbasierte Software zur Vorbereitung der Telefongespräche mit den Patienten. Sie können frei entscheiden, wie viel Zeit sie für das Projekt aufbringen wollen, und werden ebenfalls extrabudgetär vergütet.

Zukunftsaussichten

Das Modellprojekt wird zwei Jahre laufen und setzt sich zum Ziel, einerseits Praxen zu entlasten und andererseits Erfahrungen mit einer telemedizinischen Behandlung als erste Anlaufstelle zu sammeln. Danach soll das Projekt in den Regelbetrieb übernommen werden. Weitere Projekte im Bereich der Fernbehandlung sollen folgen. Dr. Ulrich Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, betont dabei, dass jeder einzelne Modellantrag sehr kritisch geprüft werde und die telemedizinische Behandlung ausschließlich durch Mitglieder der Kammer vorgenommen werden dürfe, nicht etwa durch im Ausland tätige und ansässige Ärzte. Außerdem würden begleitende wissenschaftliche Evaluierungen vorgenommen, die prüfen, ob die Qualität der Fernbehandlung der einer Vor-Ort-Behandlung gleichkomme.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland: www.lig-gesundheit.at/deutschland

EUROPA

Re-Health: Beitrag zur Gesundheit von Migranten und Flüchtlingen

Europa stand und steht im Zuge der aktuellen Migrationsbewegung vor großen Herausforderungen. Die Europäische Union hat sich zum Ziel gesetzt, die Mitgliedsstaaten bei der Bewältigung der gesundheitlichen Anliegen von Migranten und Flüchtlingen zu unterstützen. Dafür wurde im Februar 2016 das Projekt Re-Health gestartet.

Das Projekt wurde von der Abteilung Migrantengesundheit der Internationalen Organisation für Migration (IOM) in Brüssel initiiert und wird vom dritten überarbeiteten EU Gesundheitsprogramm (2014–2020) mitfinanziert. Es handelt sich dabei um eine Fortführung anderer EU-finanzierter Projekte (wie PHBLM und Equi-Health). Das Ziel von Re-Health ist die Etablierung eines Tools, das die Nachverfolgung der medizinischen Geschichte von Migranten erlaubt, das Wissen über die Gesundheitsbedürfnisse von Migranten verbessert, den Transit in das Zielland erleichtert und die Integration in ein nationales Gesundheitssystem verbessert. Besonders wichtig ist der Einsatz in zentralen Ankunftsgebieten.

Zu diesem Zweck wurden drei wesentliche Schritte umgesetzt: der Aufbau einer elektronischen Gesundheitsdatenbank mit persönlichen Gesundheitsdaten (e-PHR, electronic Personal Health Records), eine Erprobungsphase und eine Pilotphase des e-PHR in verschiedenen europäischen Staaten (Griechenland, Kroatien, Italien, Slowenien).

In den Jahren 2017/2018 soll nun unter dem Projekttitel Re-Health2 die Implementierung und Etablierung einer überarbeiteten Version des Tools in den EU-Ländern erfolgen. Der Gesundheitszustand aller ankommenden Migranten soll systematisch und lückenlos erfasst werden und Präventionsmaßnahmen sollen durch den Einsatz von Mediatoren und Dolmetschern allen Migranten zugutekommen.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna
VALUES WORTH SHARING
«Meine Bank legt Wert auf Werte.»
Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009
LGT
Private Banking
lgt.at/values

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekooe.at

Bestellformular: http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

aekooe Ärztekammer für Oberösterreich