



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2
1030 Wien

T + 43 (0) 1 / 71132-1211
recht.allgemein@sozialversicherung.at
Zl. REP-43.00/17/0144 Ht

Wien, 30. Juni 2017

Betreff: Parlamentarische Anfrage Nr. 13326/J (Abg. Loacker u.a.) betreffend Unterschiede bei der Honorierung von Kassenärzten im Bereich Allgemeinmedizin

Bezug: Ihr E-Mail vom 19. Juni 2017,
keine GZ; Dr. Porsch, Abtlg. II/A/7

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Die Anfrage umfasst eine Reihe von Fragen, deren Antworten sich aus den öffentlichen und kostenlos zugänglichen Kundmachungen der Gesamtverträge im Rechtsinformationssystem des Bundes RIS ergeben, siehe ris.bka.gv.at/SV-Recht, Dokumentart „Gesamtvertrag“. Es wird im Folgenden an einschlägigen Stellen auf diese Kundmachungen verwiesen.

Es wäre angesichts des Umfangs der betroffenen Datenbestände in der vorgegebenen Zeit mit den vorhandenen Ressourcen auch nicht möglich gewesen, diese Fragen im verlangten Detaillierungsgrad vollständig und vergleichbar aufzuschlüsseln. Falls in einzelnen Zusammenhängen jedoch Fragen auftreten sollten, stehen wir dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

1. Wie war der Stand der Tarife bzw. Honorare für folgende Leistungen im Bereich der Allgemeinmedizin/"Hausärzte" zum 1. Januar 2017? (bitte getrennt nach Krankenversicherungsträger und in Euro, bzw. ggf. entsprechendes Punktesystem umgerechnet in Euro mit Angabe der jeweiligen Positionsnummer im Honorarkatalog):

- a. Erstordination Allgemeinmediziner
- b. Tagesordination außerhalb der Ordinationszeiten in dringenden Fällen
- c. Nachtordination (kompletter Tarif für eine Ordination inkl. Nachtzu-



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

- schlag, falls vorhanden)
- d. Ordination an Sonn- und Feiertagen in dringenden Fällen
- e. Ggf. Dienstpauschale für Sonntage
- f. Blutabnahme für Kinder (bzw. bis Zeitpunkt, zu dem Patient_in nach Honorarordnung oder Tarif als Kind gilt)
- g. Blutabnahme Erwachsene (ab Zeitpunkt, an dem Patient_In nach Honorarordnung oder Tarif nicht mehr als Kind gilt)
- h. Rotes Blutbild
- i. Impfungen
- i. Gripeschutz
 - ii. FSME bzw. Zeckenschutzimpfung
 - iii. sämtliche empfohlene und für Patient_innen kostenfreie Kinderschutzimpfungen (aufgeschlüsselt)
- j. Ausstellen eines Rezeptes
- k. Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde, bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode
- l. Interartikuläre Injektion bzw. Injektion großes Gelenk

Siehe die kundgemachten Gesamtverträge.

2. Die KGKK vergütet einem Allgemeinmediziner eine "Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung" 34,58€ laut Honorarordnung. Die WGKK vergütet dieselbe Leistung mit 60,00€. Wieso ergeben sich in der Vergütung dieser Leistung derart große Unterschiede?
 - a. Wie war der Stand der Tarife bzw. Honorare für diese Leistung in den übrigen Krankenkassen zum 1. Januar 2017? (bitte getrennt nach Krankenversicherungsträger und in Euro, bzw. ggf. entsprechendes Punktesystem umgerechnet in Euro mit Angabe der jeweiligen Positionsnummer im Honorarkatalog)
3. Aus den Honorarordnungen der Kassen ergeben sich folgende Tarife für die ärztliche Leistung: "Nachtvisite/Besuch bei Nacht zwischen 20 und 7 Uhr":
 - BGKK: 46,21€
 - KGKK: 63,06€
 - NÖGKK: 51,38€
 - OÖGKK: 63,76€
 - SGKK: 90,00€
 - STGKK: 59,47€
 - TGKK: 52,36€
 - a. Aus welchen sachlichen Gründen ergeben sich in der Vergütung dieser Leistung derart große Unterschiede?
 - b. Wie war der Stand der Tarife bzw. Honorare für diese Leistung in den übrigen Krankenkassen zum 1. Januar 2017? (bitte getrennt nach Krankenversicherungsträger und in Euro, bzw. ggf. entsprechendes Punktesystem umgerechnet in Euro mit Angabe der jeweiligen Positionsnummer im Honorarkatalog)



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Siehe Frage 1. Hinsichtlich der Unterschiede in der Vergütung der Leistung wird auf die Ausführungen zu Frage 6 verwiesen.

4. In vielen Fällen ist die Vergütung einer ärztlichen Leistung gedeckelt und nur begrenzt vom Arzt verrechenbar?

5. Welche Systeme der Decklungen von Leistungen werden von den einzelnen Kassen verwendet?

a. Wie begründet sich die Deckelung der Leistungen?

b. Ist diese Deckelung in allen Kassen gleich?

i. Wenn nein, worin liegen die Unterschiede und wie begründen sie sich?

Siehe Frage 1. Hinsichtlich der Gründe und der Unterschiede wird auf die Ausführungen zu Frage 6 verwiesen.

6. Warum variieren die Tarife bzw. Honorarordnungen der einzelnen Krankenkassen so stark?

Siehe § 341 Abs. 1 ASVG. Die Verträge sind nach dem Gesetz „mit den örtlich zuständigen Ärztekammern“ und anderen landesbezogen organisierten Interessenvertretungen abzuschließen, was dazu führt, dass die Honorierungen unterschiedliche Kosten- und Angebotsstrukturen berücksichtigen.

Es ist dabei auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des jeweiligen Krankenversicherungsträgers zu berücksichtigen (vgl. § 342 Abs. 2a Z 2 ASVG, siehe grundsätzlich *Kletter*, Die Honorierung im Vertragsarztrecht, DRdA 2011, S. 18 ff. und zusammenfassend die Darstellung bei *Sonntag*, ASVG⁸, § 342 Rz 121 ff.).

Auf das Erkenntnis des VfGH B 254/10 vom 24. Februar 2011, VfSlg 19.306, ist hinzuweisen. Unter „II. Erwägungen“, Pkt. 1.4.2 und 1.4.3, wird Folgendes ausgeführt:

„Es liegt im Gestaltungsspielraum der Partner des Gesamtvertrages, entweder die nach medizinisch-sachkundigem Verständnis (also nach der fachlichen Verkehrsauffassung) zusammengehörigen und daher zu einer Einzelleistung zusammengefassten Haupt- und Nebenleistungen unabhängig davon, in welchem Umfang die jeweiligen Leistungsteile in jedem Behandlungsfall schlagend werden und welchen Zeitaufwand sie jeweils im Einzelnen verursachen in Form einer einheitlichen Tarifposition abzugelten (und damit hinsichtlich der jeweils umfänglich ungewissen Nebenleistungen eine gewisse Pauschalierungswirkung zu erzielen).“

Die Partner des Gesamtvertrages dürfen aber auch eine solche ärztliche Leistung, die mitunter Nebenleistungen inkludiert, weil diese lege artis und daher auch zum Pauschalhonorar erbracht werden müssen, in einzelne Teil(Haupt- und Neben)leistungen zerlegen und für jede der in Betracht kommenden Teilleistungen einen eigenen Tarif vorse-



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

hen, so dass sich für jede Erbringung der Gesamtleistung je nach Art und Ausmaß der erforderlichen Nebenleistungen von Fall zu Fall unterschiedliche Honorare ergeben können.“

Weiters in Pkt. 1.5 der Erwägungen:

„... Auf diese Weise versuchen die Gesamtvertragsparteien einen Ausgleich zwischen dem Interesse der (Vertrags-)Ärztenschaft an einem (hohen) Einkommen aus ihrer Tätigkeit und jenem des beteiligten Krankenversicherungsträgers - letztlich: der betroffenen Versichertengemeinschaft - an einem ausgeglichenen Haushalt herzustellen. ...“

7. Wann werden Honorarordnungen und Tarife zwischen den Kassen und der Ärztekammer in den einzelnen Bundesländern jeweils verhandelt?
a. Wer legt den Zeitpunkt der Verhandlungen fest?

Es gibt dazu keine zeitlichen Vorgaben.

8. Werden die Tarife und Honorare an die Inflation angepasst?
a. Wenn nein, warum nicht?

Ja. Die genaue Ausgestaltung obliegt den Vertragsverhandlungen.

9. In welchen zeitlichen Abständen erfolgt die tatsächliche Verrechnung der Kassen mit den Ärzten?

Bei den Gebietskrankenkassen im Regelfall nach Quartalen, bei anderen Krankenversicherungsträgern auch monatlich.

10. Wie sorgt das BMGF dafür, dass die Gebietskrankenkassen nicht zu einem unattraktiven Vertragspartner der Ärzte werden, wenn die Honorare in anderen Kassen deutlich höher ausfallen?

Die Frage wäre unmittelbar durch die Frau Gesundheitsministerin zu beantworten.

Angesichts der Honorarumsätze kann jedoch von fehlender Attraktivität von Kassenhonoraren keine Rede sein. Es wird auf die beiliegenden Auszüge der Ärztekosten-Jahresstatistik des Jahres 2015 (Tabellenblätter 3 und 5) verwiesen.



Duschschnittlicher
Kassenumsatz 2015.›



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

11. Laut Stellungnahme des Hauptverbandes in Anfragebeantwortung 10582/AB ist bei den derzeit geltenden Tarifen und Honoraren für Kassenvertragsärzte maximal möglich, kostendeckend zu arbeiten - eine Querfinanzierung mit Privatleistungen wird in dieser Stellungnahme als "üblich" angesehen. Wie stellen Sie sicher, dass zu nicht markttauglichen Konditionen auch in Zukunft ausreichend Ärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen?

Das Zitat ist aus dem Zusammenhang gerissen und falsch dargestellt.

Aus der Ärztekosten-Jahresstatistik (Beilage zu Frage 10) ist ersichtlich, dass die Erzielung eines angemessenen Einkommens möglich ist.

12. Der neue Hauptverbandschef Alexander Biach sprach sich am 9. Mai 2017 in einer Aussendung für die Harmonisierung der Kassenleistungen aus. Wird damit auch eine Harmonisierung der Tarife und Honorarordnungen für Kassenärzte einhergehen?
a. Wenn ja, wann kann mit der Umsetzung dieser Maßnahmen gerechnet werden?
b. Wenn nein, warum nicht?

Entsprechende Schritte hängen von der Bereitschaft der Verhandlungspartner ab, zu realistischen Honorarbeträgen einschlägige Vereinbarungen zu treffen.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Dr. Josef Probst
Generaldirektor

Ärztelkosten - Jahresstatistik
Umsätze je abgerechneten Arzt
Abrechnungsjahr: 2015

Tabelle 3

Z e i l e	Ärztelkategorie (-gruppe)	Abgerechneter Betrag je Vertragsarzt ¹⁾	abgerechneter Betrag je abgerechneten Arzt			
			§ 2-Kassen	VA für Eisenbahnen und Bergbau	VA öffentlich Bediensteter	SVA der gewerblichen Wirtschaft
			in Euro			
1	I n s g e s a m t	332.188	293.061	12.440	37.274	22.064
2	Ärzte für Allgemeinmedizin	257.056	219.957	10.427	25.835	15.628
3	Allgemeine Fachärzte	332.836	310.244	12.097	40.276	21.583
4	Anästhesiologie	-	-	-	-	-
5	Lungenkrankheiten	397.431	346.693	12.272	35.593	21.226
6	Augenheilkunde	395.389	351.599	15.836	48.579	21.573
7	Chirurgie	279.478	313.367	10.051	36.581	19.359
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten	319.790	280.959	9.935	37.493	20.751
9	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	218.705	217.550	3.061	23.904	11.324
10	Innere Medizin	401.179	413.626	22.350	66.567	35.968
11	Kinder- und Jugendheilkunde	261.837	239.259	2.748	21.532	15.214
12	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	362.665	314.074	10.065	38.092	23.892
13	Neurologie, Psychiatrie	295.508	326.950	12.591	31.977	11.815
14	Neurologie	333.283	325.347	8.784	24.219	15.015
15	Psychiatrie	272.392	242.774	4.027	13.438	6.599
16	Kinder- und Jugendpsychiatrie	451.436	274.402	3.175	13.284	8.058
17	Neurochirurgie	105.021	154.106	10.419	30.926	17.171
18	Orthopädie	413.243	389.421	14.620	47.228	24.651
19	Urologie	342.277	283.588	24.150	52.982	30.043
20	Unfallchirurgie	172.680	184.570	11.691	36.432	15.866
21	Sonstige Fachärzte	1.624.431	1.404.209	54.565	193.699	145.784
22	Radiologie	1.087.197	988.727	30.209	118.101	74.664
23	Physikalische Medizin	737.207	698.334	14.002	56.891	30.323
24	Laboratorien	5.929.890	4.922.113	267.487	730.266	687.435
25	Pathologie	2.695.782	2.293.638	62.345	304.080	136.588

1) Jahresumsatz dividiert durch die Zahl der Vertragsärzte zum Stichtag 31. Dezember.

Ärztelkosten - Jahresstatistik
Gesamtübersicht
Abrechnungsjahr: 2015

Alle Verrechnungsstellen der § 2-Kassen

Tabelle 5

Z e i l e	Ärztelkategorie (-gruppe)	Zahl der			Abge- rech- neter Betrag in Euro	Zahl der Fälle pro Arzt	Abgerechneter Betrag	
		Vertrags- ärzte ¹⁾	abge- rech- neten Ärzte	Fälle			pro Fall	pro Arzt
							in Euro	
1	Insgesamt	6.994	6.828	35.253.307	2.001.018.029	5.163	56,76	293.061
2	Ärzte für Allgemeinmedizin	3.950	3.844	16.783.468	845.516.261	4.366	50,38	219.957
3	Allgemeine Fachärzte	2.814	2.774	12.113.996	860.617.831	4.367	71,04	310.244
4	Anästhesiologie	1	-	-	-	-	-	-
5	Lungenkrankheiten	142	143	540.532	49.577.165	3.780	91,72	346.693
6	Augenheilkunde	357	350	2.207.275	123.059.621	6.307	55,75	351.599
7	Chirurgie	109	105	258.010	32.903.505	2.457	127,53	313.367
8	Haut- und Geschlechtskrankheiten	240	235	1.454.451	66.025.312	6.189	45,40	280.959
9	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	419	403	1.582.222	87.672.819	3.926	55,41	217.550
10	Innere Medizin	377	365	1.333.352	150.973.628	3.653	113,23	413.626
11	Kinder- und Jugendheilkunde	282	283	1.163.909	67.710.354	4.113	58,17	239.259
12	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	226	227	1.092.909	71.294.889	4.815	65,23	314.074
13	Neurologie, Psychiatrie	75	57	213.969	18.636.156	3.754	87,10	326.950
14	Neurologie	83	90	307.857	29.281.209	3.421	95,11	325.347
15	Psychiatrie	83	96	219.001	23.306.304	2.281	106,42	242.774
16	Kinder- und Jugendpsychiatrie	12	18	13.790	4.939.241	766	358,18	274.402
17	Neurochirurgie	3	2	4.478	308.211	2.239	68,83	154.106
18	Orthopädie	222	219	979.484	85.283.283	4.473	87,07	389.421
19	Urologie	166	164	696.979	46.508.437	4.250	66,73	283.588
20	Unfallchirurgie	17	17	45.778	3.137.697	2.693	68,54	184.570
21	Sonstige Fachärzte	230	210	6.355.843	294.883.937	30.266	46,40	1.404.209
22	Radiologie	179	163	1.877.557	161.162.581	11.519	85,84	988.727
23	Physikalische Medizin	20	20	73.208	13.966.681	3.660	190,78	698.334
24	Laboratorien	25	22	3.773.115	108.286.485	171.505	28,70	4.922.113
25	Pathologie	6	5	631.963	11.468.190	126.393	18,15	2.293.638

1) Stand 31. Dezember.

