

Anfrage

**der Abgeordneten Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen
an die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen**

betreffend Unterschiede bei der Honorierung von Kassenärzten im Bereich Allgemeinmedizin

Im österreichischen Gesundheitssystem wird die Vergütung von Ärzten für unterschiedliche ärztliche Leistungen in Verträgen mit den einzelnen Krankenkassen festgehalten. Diese Verträge und die damit verbundene Honorierung von Ärzten durch die Krankenversicherung ist dabei in Österreich in jeder Krankenkasse unterschiedlich hoch und unterscheidet sich auch nach der jeweiligen Fachrichtung der Ärzte. So kann es vorkommen, dass die BVA einem Arzt dieselbe Leistung besser honoriert als beispielsweise die Wiener Gebietskrankenkasse.

Zudem bestehen noch zahlreiche Unterschiede bei den verschiedenen Fachrichtungen. Darüber hinaus sind Tarife und Honorarordnungen der Krankenkassen unterschiedlich strukturiert und daher schwer vergleichbar. Für die bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern pflichtversicherten Beitragszahler_innen ist es jedoch von Interesse, zu erfahren, wie viel ihr Arzt letztendlich an einer Leistung verdient und auch, warum hier die Tarife und Honorare der Kassen für dieselbe Leistung des Arztes so unterschiedlich ausfallen.

Aus diesem Grund stellen die unterfertigten Abgeordneten nachstehende

Anfrage:

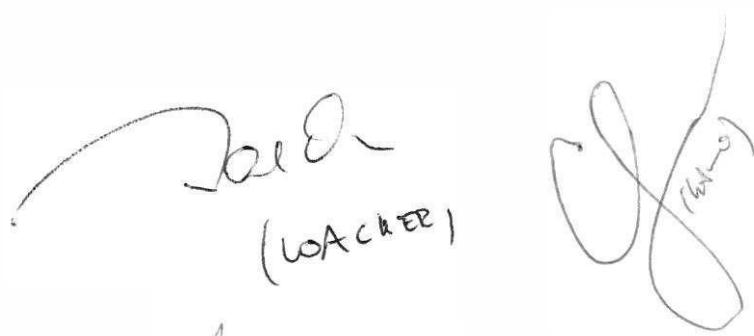
1. Wie war der Stand der Tarife bzw. Honorare für folgende Leistungen im Bereich der Allgemeinmedizin/"Hausärzte" zum 1. Januar 2017? (bitte getrennt nach Krankenversicherungsträger und in Euro, bzw. ggf. entsprechendes Punktesystem umgerechnet in Euro mit Angabe der jeweiligen Positionsnummer im Honorarkatalog):
 - a. Erstordination Allgemeinmediziner
 - b. Tagesordination außerhalb der Ordinationszeiten in dringenden Fällen
 - c. Nachtordination (kompletter Tarif für eine Ordination inkl. Nachzuschlag, 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. Grippeschutz
 - 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
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: "Nachvisite/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)
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?
6. Warum variieren die Tarife bzw. Honorarordnungen der einzelnen Krankenkassen so stark?
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?
8. Werden die Tarife und Honorare an die Inflation angepasst?
 - a. Wenn nein, warum nicht?
9. In welchen zeitlichen Abständen erfolgt die tatsächliche Verrechnung der Kassen mit den Ärzten?
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?
11. Laut Stellungnahme des Hauptverbandes in Anfragebeantwortung 10582/AB ist bei den derzeit geltenden Tarifen und Honoraren für Kassenärztes maximal möglich, kostendeckend zu arbeiten - eine Querfinanzierung mit Privatleistungen wird in dieser Stellungnahme als "üblich" angesehen. Wie stellen Sie sicher, dass zu nicht marktauglichen Konditionen auch in Zukunft ausreichend Ärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen?
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 eingergehen?
 - a. Wenn ja, wann kann mit der Umsetzung dieser Maßnahmen gerechnet werden?
 - b. Wenn nein, warum nicht?


(SCHMID)


(WACKER)



(WACKER)

