



Überlegungen zur zukünftigen Honorierung von Primärversorgungseinheiten.

Ergebnisse eines gemeinsamen Workshops von
VertreterInnen der Sozialversicherung und
VertreterInnen der JAMÖ (Junge Allgemeinmedizin
Österreich).

1.3.2018

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung, Gesundheitsökonomie
1031 Wien, Kundmangasse 21
Kontakt: Tel. 01/ 71132-0
ewg@hvb.sozvers.at

Inhalt

Inhalt	i
1 Einleitung	2
1.1 Die Notwendigkeit eines neuen Honorierungsmodells für die Primärversorgung	2
1.2 Workshop mit jungen AllgemeinmedizinerInnen und VertreterInnen der Sozialversicherung	4
2 Ergebnisse	6
2.1 Erwartungen.....	6
2.1.1 Erwartungen der jungen AllgemeinmedizinerInnen an die Sozialversicherung	6
2.1.2 Erwartungen der SV an ÄrztInnen in der Primärversorgung	7
2.1.3 Erwartungen nachvollziehbar und gerecht.....	8
2.2 Zielsetzungen der Honorierung	9
2.3 Gemeinsames Bild der zukünftigen Honorierung von Primärversorgungseinheiten	10
2.3.1 Gemischtes Honorierungsmodell.....	10
2.3.2 Prospektiv festgelegte Grundpauschale	10
2.3.3 Risikoadjustierte Pauschale pro Patient/Patientin.....	10
2.3.4 Erstattung von Personalkosten für das erweiterte Kernteam	11
2.3.5 Einzelleistungsvergütung für ausgewählte Leistungen	12
2.3.6 Performanceabhängige Komponente	12
3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung	13
4 Quellen	14
5 Anhang: Liste der TeilnehmerInnen	15

1 Einleitung

1.1 Die Notwendigkeit eines neuen Honorierungsmodells für die Primärversorgung

Spätestens seit der Gesundheitsreform 2013 steht die Stärkung der Primärversorgung in Österreich weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. Viele wichtige Schritte zum Ausbau der Primärversorgung sind bereits erfolgt^a:

- Die Bundes-Zielsteuerungskommission verabschiedete am 30.6.2014 ein Konzept für die neue Primärversorgung mit dem Titel „Das Team rund um den Hausarzt“^b.
- Die inhaltliche Ausrichtung der Primärversorgung wurde im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) weiterentwickelt. Neben einem Aufgabenprofil für die Primärversorgung enthält der neue ÖSG auch einen Leistungskatalog^c (Leistungsmatrix) für die Primärversorgung. Beides bildet die Grundlage für die standort-spezifische Festlegung von Versorgungsaufträgen.
- Die Stärkung der Primärversorgung wird sowohl in der neuen, im Jahr 2017 abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens als auch in der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG „Zielsteuerung Gesundheit“ und im Gesundheitszielsteuergesetz weiterhin als Ziel verfolgt. Für die Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung (nach dem Primärversorgungsgesetz), sollen 200 Mio. Euro zur Verfügung gestellt werden.^d
- Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag bzw. die Landeszielsteuerungsübereinkommen, welche aufgrund der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit abgeschlossen werden, legen Ziele zur Stärkung der Primärversorgung und deren Implementierung fest. Demzufolge sollen 75 Primärversorgungseinheiten in ganz Österreich bis zum Jahr 2021 umgesetzt sein.^e
- Schließlich wurde mit dem Primärversorgungsgesetz (PVG 2017) eine wichtige rechtliche Grundlage für die neue Primärversorgung geschaffen.

Zwei weitere wichtige Schritte zur Stärkung der Primärversorgung sind der Abschluss eines Gesamtvertrages für die Primärversorgung und (damit auch zusammenhängend) die Entwicklung eines Honorierungsmodells für die neue Primärversorgung. Der B-ZV führt die

^a Für einen Überblick und eine kritische Auseinandersetzung siehe Fischer T, Schauppenlehner M 2018.

^b Siehe https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Das_Konzept_zur_Primaerversorgung, abgerufen am 4.8.2017.

^c Aufgrund der Systematik des bundeseinheitlichen Leistungskatalogs des BMGF, welcher der Leistungsmatrix zugrunde liegt, besteht eine Einschränkung auf jene Leistungen, die vorrangig von der ärztlichen Berufsgruppe erbracht werden.

^d Vgl. Art. 31 (1) der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens: „Die Vertragspartner kommen überein, finanzielle Mittel gemäß den nachstehenden Bestimmungen zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben zweckzuwidmen, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung, die primär in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fällt, sowie den Aufbau von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung, abstellen. Es wird angestrebt, über die Laufzeit dieser Vereinbarung bis 2020 für diese Zwecke insgesamt 200 Millionen Euro zweckzuwidmen. (...)“

^e Vgl. Artikel 6 B-ZV: Messgröße und Zielwert zu operativem Ziel 1.1. Siehe auch Art. 31 (1) der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens: „(...) Im Bereich der Primärversorgung wird als Ziel die Realisierung von zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung angestrebt.“

„Festlegung von Eckpfeilern für Verträge und Honorierungssysteme“^a explizit als eine Maßnahme zur Stärkung der Primärversorgung an. Die Weiterentwicklung von Honorierungsmodellen wird außerdem im B-ZV als eigenständige Maßnahme angeführt.^b Demnach sollen Honorierungssysteme auf Grundlage der Versorgungsaufträge für die Primärversorgung weiterentwickelt werden.

Anhaltspunkte, in welche Richtung die Entwicklung von Honorierungsmodellen aus Sicht der Politik gehen soll, finden sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Demnach soll künftig stärker pauschal honoriert werden: „Des Weiteren sind (...) Honorierungssysteme (...) grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form zu gestalten.“^c bzw. „Des Weiteren ist eine stärkere pauschalisierte Abgeltung von Leistungsbindeln anzustreben.“^d

Der Gesamtvertrag nach § 342b ASVG für Primärversorgungseinheiten^e hat gemäß Absatz 2 unter anderem auch die **Grundsätze der Vergütung** und die **Ausgestaltung der Honorarvereinbarungen** zu regeln. Bezüglich des Honorierungsmodells wurden durch den Gesetzgeber folgende Vorgaben gemacht:

„Das Honorierungssystem bezüglich der Leistungen der Primärversorgungseinheit hat dazu beizutragen, dass die dem Primärversorgungsgesetz (§§ 4 bis 6) zu Grunde liegenden Ziele erreicht und die an diese Versorgungsform gestellten Anforderungen sicher erfüllt werden. Die Honorierung hat sich aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie gegebenenfalls aus Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen und ist in Grundzügen im Gesamtvertrag zu vereinbaren. Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit sind auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren. Die sich aus einzelnen Elementen zusammensetzende Grundpauschale dient, unabhängig vom Patientenkontakt zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur, der personellen, technischen und apparativen, Ausstattung sowie der mit dieser erbrachten Leistungen. Mit Fallpauschalen soll der Behandlungsaufwand pro Patient/in abgebildet werden, wobei nach Indikations- oder Anspruchsgruppen differenziert werden kann. Für Leistungen mit besonderem Betreuungs- und Behandlungsaufwand sind Einzelleistungsvergütungen zu vereinbaren. Bonuszahlungen können für spezielle vereinbarte Versorgungsziele, insbesondere in Umsetzung der im Versorgungskonzept festgelegten Versorgungsziele vereinbart werden.“^f

^a Vgl. Artikel 6 B-ZV: Maßnahmen zu operativem Ziel 1.1.

^b Unter dem operativen Ziel 3 „Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen“.

^c Vgl. Art. 13 (1) Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens: „Es wird vereinbart, die bestehenden Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme im österreichischen Gesundheitswesen in der Form weiterzuentwickeln, sodass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere eine stärkere Ausrichtung am Versorgungsbedarf, unterstützt und ein möglichst effektiver und effizienter Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzmittel sichergestellt wird. Des Weiteren sind die Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme aller Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens aufeinander abzustimmen und grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form zu gestalten. (...)“

^d Vgl. Art. 13 (2) Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

^e Gesamtvertrag betreffend ärztliche Hilfe für Primärversorgungszentren, die als Gruppenpraxen geführt werden, bzw. Primärversorgungsnetzwerke, die als dislozierte Gruppenpraxis geführt werden.

^f § 342b (3) ASVG, eigene Hervorhebungen.

1.2 Workshop mit jungen AllgemeinmedizinerInnen und VertreterInnen der Sozialversicherung

Aufgrund der Notwendigkeit der Entwicklung eines neuen Honorierungsmodells für die Primärversorgung müssen konkrete Vorschläge erarbeitet werden. Um auch die Anforderungen an ein Honorierungsmodell von jenen Personen zu berücksichtigen, die potentiell damit arbeiten werden, entstand die Idee einen gemeinsamen Workshop mit AllgemeinmedizinerInnen und VertreterInnen der Sozialversicherung durchzuführen. Angesichts des bevorstehenden Generationenwechsels von AllgemeinmedizinerInnen (rund drei Viertel der AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag sind 50 Jahre oder älter^a) kam die Idee auf, den Workshop mit Nachwuchs-AllgemeinmedizinerInnen durchzuführen. Immerhin handelt sich dabei um jene Personen, die in den nächsten Jahrzehnten in der Primärversorgung tätig sein werden. Diese Vorstellungen können dann in weiterer Folge als Diskussionsbeitrag für die Gespräche zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung dienen.

Mit dem **Ziel, die Gemeinsamkeiten in den Vorstellungen von jungen AllgemeinmedizinerInnen und der Sozialversicherung über die Eckpfeiler der Honorierung von und der Arbeitsweise in Primärversorgungseinheiten herauszuarbeiten**, wurde daher von der Abteilung Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG) im Hauptverband am 12. Dezember 2017 ein Workshop veranstaltet. Daran nahmen sechs junge AllgemeinmedizinerInnen teil, die über den Verein „Junge Allgemeinmedizin Österreich“ (JAMÖ) kontaktiert wurden und in diesem auch Mitglied sind. Seitens der Sozialversicherung nahmen sechs ExpertInnen von HVB, WGKK, OÖGKK und NÖGKK teil.^b

Im Rahmen des Workshops wurden folgende Fragen bearbeitet:

Erwartungen:

- Was erwarten sich ÄrztInnen, die in der Primärversorgung arbeiten, von der Sozialversicherung? (Allgemein, Arbeitsweise in der Primärversorgung) bzw.
- Was erwartet sich die Sozialversicherung von ÄrztInnen in Primärversorgungseinheiten?

Ziele der Honorierung:

- Welche Ziele will die Sozialversicherung mit der Honorierung verfolgen? bzw.
- Welche Ziele sollen mit der Honorierung aus Sicht der ÄrztInnen verfolgt werden?

Künftige Honorierung:

Vor dem Hintergrund der (erarbeiteten) Ziele der Honorierung sowie den Grundlagen für den Versorgungsauftrag für die Primärversorgung im ÖSG 2017^c:

^a HVB 2017.

^b Die Liste der TeilnehmerInnen befindet sich im Anhang.

^c Eine kurze Darstellung findet sich in Fischer T/Schauppenlehner M 2018. Für Details sei auf den ÖSG verwiesen, der auf der Homepage des Gesundheitsministeriums abrufbar ist:
https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_und_OeSG_2017 (zuletzt abgerufen am 5.2.2018).

- Wie soll für Leistungen der Primärversorgung honoriert werden?
- Was sollen die Eckpfeiler eines künftigen Honorierungsmodells sein?

Für jede einzelne Fragestellung erarbeiteten zunächst die jungen AllgemeinmedizinerInnen und die VertreterInnen der Sozialversicherung getrennt ihre Vorstellungen. Anschließend wurden die beiden Sichtweisen gemeinsam diskutiert. Für die Zielsetzungen der Honorierung und die Vorstellungen zur künftigen Honorierung von Primärversorgungseinheiten wurde schließlich ein gemeinsames Bild formuliert. Die Ergebnisse von diesem Prozess werden im Folgenden dargestellt.

2 Ergebnisse

2.1 Erwartungen

2.1.1 Erwartungen der jungen AllgemeinmedizinerInnen an die Sozialversicherung

Die Erwartungen der jungen AllgemeinmedizinerInnen an die Sozialversicherung lassen sich in sechs Stichwörtern wiedergeben: 1. Wertschätzung, 2. Kommunikation, 3. Flexibilität, 4. sinnvolle Versorgung, 5. erträgliche Arbeitsbelastung und 6. Unterstützung beim Weg in die Selbstständigkeit.

1. Die **Wertschätzung** drückt sich für die jungen AllgemeinmedizinerInnen durch das Vertrauen der Sozialversicherung in die Kompetenz der ÄrztInnen aus und darin, dass man als gleichwertiger Partner gesehen wird. Die Erwartung ist, dass den ÄrztInnen vertraut wird, dass sie Entscheidungen im Sinne der PatientInnen treffen. Ihre ethische Grundhaltung soll nicht durch Aktionen der Sozialversicherung, wie beispielsweise „Mystery Shopping“ in Frage gestellt werden. Die Chefarztbewilligung für Medikamente in der derzeitigen Form wird in diesem Zusammenhang auch kritisch gesehen. Die Bewilligungspflicht erfordert von den ÄrztInnen, dass sie bei der Verschreibung von Heilmitteln Entscheidungen öfter reflektieren müssen. Diesem Aspekt kann von den ÄrztInnen auch etwas Positives abgewonnen werden: Es existiert ein Verständnis für die Notwendigkeit eines unterstützenden Hilfstools, um die wirtschaftliche Behandlung von PatientInnen zu unterstützen. Die aktuelle Chefarztbewilligung wird jedoch nicht als adäquates Mittel zu diesem Zweck gesehen, da dabei die Erwartung nicht erfüllt wird, dass man den ÄrztInnen vertraut. Gewünscht wird eine Unterstützung für Entscheidungen, aber keine Bewertung jeder einzelnen Handlung.
2. Von der **Kommunikation** zwischen ÄrztInnen und Sozialversicherung wird erwartet, dass diese auch wertschätzend ist. Positives und negatives Feedback – auch in Form von Benchmarking – ist erwünscht, jedoch sollte dies auf einer partnerschaftlichen Ebene geschehen. Dazu bedarf es den Aufbau einer guten Feedback-Kultur, sofern diese noch nicht existiert.
3. Von der Sozialversicherung erwarten sich die jungen AllgemeinmedizinerInnen außerdem **Flexibilität**:
 - a. Wichtig ist Ihnen die Anerkennung der Tatsache, dass es eine Vielfalt an Modellen und Möglichkeiten gibt, um die Ziele einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung der PatientInnen zu erreichen.^a Es gibt oft unterschiedliche Arbeitsweisen und Herangehensweisen, von denen mehrere ihre Berechtigung haben. Auch bei der Organisationsform für die Primärversorgung wünscht man sich Flexibilität. Die Frage, ob Primärversorgung in einer Gruppenpraxis oder in einem Netzwerk stattfindet, sollte genauso nebensächlich sein, wie die Frage, ob die darin arbeitenden ÄrztInnen freiberuflich tätig sind oder in einem Angestelltenverhältnis, solange

^a Leitlinien und Guidelines werden als sinnvolle Unterstützung betrachtet.

die Versorgung die erwünschten Resultate erzeugt. Somit ist auch für die Existenzsicherung von Einzelpraxen außerhalb von PVE Sorge zu tragen.

- b. Wichtig empfinden junge AllgemeinmedizinerInnen eine gewisse Flexibilität in der Gestaltung der Öffnungszeiten. Die Öffnungszeiten von Primärversorgungseinheiten, insbesondere an Tagesrandzeiten und Wochenenden, sollten praktikierbar sein und dem regionalen Bedarf entsprechen. Dabei sollten für die Randzeitenabdeckung auch hausärztliche Notdienstregelungen mitberücksichtigt werden. Zusätzliche einschränkende Reglementierungen von Fortbildungs- und Urlaubszeiten würden die Attraktivität zudem unnötig gefährden.
4. Eine weitere Erwartung der jungen AllgemeinmedizinerInnen ist, dass sie eine **sinnvolle Versorgung** anbieten können. Das bedeutet auch, dass die Qualität über den wirtschaftlichen Interessen stehen soll.
5. Wichtig ist den jungen MedizinerInnen auch eine erträgliche Arbeitsbelastung, wobei dies nicht nur Ausdruck des Wunsches nach einer ausgewogenen *Work-Life-Balance* ist, sondern auch aus Gründen der Qualität gefordert wird. Die Arbeitsbelastung soll bei der Stellenplanung Berücksichtigung finden.
6. Zu Beginn einer Tätigkeit im niedergelassenen Bereich hat der Erwerb von fachlichen Kompetenzen und Erfahrungen die höchste Priorität. Um dies bestmöglich zu unterstützen, erwarten sich die jungen AllgemeinmedizinerInnen Modelle, in denen sie für einen begrenzten Zeitraum (z.B. für 3 Jahre) vom administrativen Aufwand bestmöglich entlastet werden und keine unternehmerischen Aufgaben übernehmen müssen. Der Vorteil wäre, dass der anschließende Wechsel in eine selbstständige Tätigkeit leichter und damit auch attraktiver wäre. Entsprechende Vertragsregelungen sollen größtmögliche Flexibilität zeigen. Unternehmerische Risiken müssen klar kalkulierbar sein.

2.1.2 Erwartungen der SV an ÄrztInnen in der Primärversorgung

Die VertreterInnen der Sozialversicherung erwarten sich von den ÄrztInnen in der Primärversorgung 1. die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe und Teamarbeit, 2. eine umfassende und abschließende Behandlung, 3. eine bedarfs- und patientInnenorientierte Behandlung, 4. Bekenntnis zu einem solidarischen Gesundheitssystem und Wertschätzung, 5. eine gemeinsame Weiterentwicklung des Systems, 6. das Leben des Public Health Gedankens und 7. Transparenz.

1. **Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe und Teamarbeit:** VertreterInnen anderer Gesundheitsberufe sollen in die Primärversorgung einbezogen werden, sowohl im Kernteam als auch über Kooperationen im erweiterten Team. Die Delegation von Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe wird als essentiell erachtet, damit sich die ÄrztInnen auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können^a. Es wird erwartet, dass die Arbeit in der Primärversorgung im Team erfolgt.
2. Erwartet wird von der Primärversorgung eine **umfassende und abschließende Behandlung**. Unter umfassender Behandlung wird eine umfassende Grundversorgung verstanden. Konkret bedeutet das, dass die Versorgungsaufträge

^a Anmerkung: Dies erfordert auch ein Umdenken in der Gesellschaft. Auch bei den PatientInnen muss die Erkenntnis ankommen, dass nicht für alles ein Arzt/eine Ärztin notwendig ist.

auf Basis von Aufgabenprofil und Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) umgesetzt werden sollen. Die darin vorgesehenen (Basis-)Aufgaben sind zu erfüllen und Basis-Leistungen sind jedenfalls zu erbringen. Der Begriff „abschließende Behandlung“ drückt die Zielsetzung aus, dass PatientInnen möglichst innerhalb der Primärversorgungsstufe versorgt werden und unnötige PatientInnenwege und -kontakte bei FachärztInnen bzw. Spitalsambulanzen vermieden werden sollen.

3. Die Versorgung soll für alle Versicherte **bedarfs- und patientInnenorientiert** erfolgen. Die erbrachten Leistungen sollen dem Bedarf der PatientInnen entsprechen und in hoher Qualität erbracht werden. Unter-, Über- und Fehlversorgung sind zu vermeiden. Aus der Bedarfsorientierung ergibt sich auch, dass Primärversorger keine Risikoselektion betreiben dürfen. D.h. es darf zu keiner Bevorzugung von gesünderen Versicherten oder gar einer Ablehnung von behandlungsintensiven Versicherten kommen. Darüber hinaus soll die Versorgung zur Zufriedenheit der PatientInnen erfolgen.
4. Die VertreterInnen der Sozialversicherung erwarten von Ihren VertragspartnerInnen, dass sie die grundlegenden **Werte** der Sozialversicherung teilen. Ein Bekenntnis zu einem solidarischen Gesundheitssystem und Loyalität dem Partner Sozialversicherung gegenüber sind wichtig. Ein wertschätzender Umgang soll selbstverständlich sein.
5. Eine weitere Erwartung an die künftigen PrimärversorgerInnen ist die Bereitschaft zur **gemeinsamen Weiterentwicklung** des Systems. Sowohl die einzelnen Primärversorgungseinheiten als auch die Primärversorgung als Ganzes sollen als lernendes System betrachtet werden.
6. Die VertreterInnen der Sozialversicherung legen außerdem großen Wert darauf, dass die AllgemeinmedizinerInnen in der Primärversorgung den **Public-Health-Gedanken** leben. Die Grundsätze „Gesunderhaltung“ und „Bevölkerungsorientierung“ sollen für sie leitend sein.
7. Von großer Bedeutung für die VertreterInnen der Sozialversicherung ist, dass **Transparenz** bezüglich des Leistungsgeschehens existiert. Eine Leistungs- und Diagnosedokumentation (z.B. anhand ICPC-2) wird als Notwendigkeit betrachtet, um innovative Versorgungsformen wie die Primärversorgung und neue Honorierungsmodelle evaluieren und weiterentwickeln zu können. Der dadurch entstehende administrative Aufwand soll jedoch so gering wie möglich gehalten werden.^a

2.1.3 Erwartungen nachvollziehbar und gerecht

Für die an die Sozialversicherung bzw. an die jungen MedizinerInnen gerichteten Erwartungen wurde von der jeweils betroffenen Seite zu einem großen Teil **Verständnis** geäußert. Grundsätzlich wurden die **Erwartungen** von den TeilnehmerInnen als **legitim und vertretbar** angesehen. In einigen Details weichen die Sichtweisen von VertreterInnen der Sozialversicherung und den jungen ÄrztInnen allerdings voneinander ab. Vor allem bei der

^a Wichtig ist auch, dass sich den ÄrztInnen der Sinn der Leistungsdokumentation erschließt, wenn bei Pauschalhonorierung ihr Honorar nicht mehr von der Erfassung der einzelnen Leistungen abhängt. Software-Lösungen werden als sinnvoll erachtet. Außerdem würde es die Dokumentation erleichtern, die Granularität des Einzelleistungskatalogs für Dokumentationszwecke so gering wie möglich zu halten.

Erwartung der jungen AllgemeinmedizinerInnen „Vertrauen der Sozialversicherung in ihre Kompetenz“ und der von der Sozialversicherung erwarteten Transparenz gibt es Potential für Widersprüche. Hier gilt es, Verständnis für die Positionen der jeweils anderen Seite und eine **Kompromissbereitschaft** aufzubringen.

2.2 Zielsetzungen der Honorierung

Das künftige Honorierungsmodell für die Primärversorgung soll nicht bloß als Abrechnungssystem, sondern als strategisches Instrument betrachtet werden, um die unten angeführten Ziele zu erreichen:

- Eine qualitativ hochwertigen Versorgung
- Erhöhung der **Versorgungswirksamkeit**
- **Die Schaffung von gesicherten finanziellen Rahmenbedingungen** für LeistungserbringerInnen, um die Erfüllung der Versorgungsaufträge zu ermöglichen.
- **Minimierung von Risikoauslese** (keine Ablehnung von behandlungsintensiven Versicherten)
- Förderung von **Prävention** und **Gemeindearbeit**
- **Faire Honorierung**
- Steigerung der **Attraktivität** einer Niederlassung bzw. Tätigkeit als Arzt/Ärztin in der Primärversorgung durch Sicherheit und Konstanz des Einkommens, einer im Verhältnis zu FachärztInnen angemessenen Vergütung. Für eine Tätigkeit in ländlichen Gebieten bedarf es besonderer Anreize^a
- Förderung der **Motivation** durch ausreichende Zeit für angemessene Behandlung für PatientInnen sowie einen **geringen administrativen Aufwand** durch die Abrechnung
- Förderung von **Teamarbeit**
- Ermöglichung von **Delegation** (Wegfall des zurzeit durch die Gesamtverträge erzeugten Zwangs zur persönlichen Leistungserbringung der ÄrztInnen. Beseitigung des ökonomischen Drucks zur persönlichen Leistungserbringung.)
- Förderung von **Transparenz**

^a Die Attraktivierung einer Tätigkeit am Land muss nicht zwingend über das Honorierungsmodell erfolgen. Um Anreize zu schaffen, müssen auch attraktive Rahmenbedingungen geschaffen werden, wie z.B. ausreichende Kinderbetreuung, Möglichkeit für zur Berufsausübung des Partners/der Partnerin.

2.3 Gemeinsames Bild der zukünftigen Honorierung von Primärversorgungseinheiten

2.3.1 Gemischtes Honorierungsmodell

Die WorkshopteilnehmerInnen konnten sich auf Eckpfeiler eines künftigen Honorierungsmodells^a für die Primärversorgung einigen, wodurch zur Erfüllung der in Abschnitt 2.2 formulierten Zielsetzungen der Honorierung beigetragen werden soll. Das gemeinsame Bild für die künftige Vergütung ist ein **gemischtes Honorierungsmodell**. Es soll aus folgenden Elementen bestehen^b:

- Grundpauschale
- risikoadjustierte Kopf- bzw. Fallpauschale
- Einzelleistungsvergütung für ausgewählte Leistungen
- Erstattung von Personalkosten für das erweiterte Kernteam
- leistungsabhängige Komponente (*Pay-For-Performance*)

2.3.2 Prospektiv festgelegte Grundpauschale

Mit dieser Pauschale sollen Sachkosten (Infrastruktur) und der Personalaufwand für das Kernteam abgegolten werden. Die Höhe der Pauschale soll nicht von der Anzahl der versorgten PatientInnen bzw. Fälle abhängig sein. Die Pauschale erfüllt auch die Funktion, das wirtschaftlichen Risikos für die Primärversorgungseinheit zu reduzieren und somit die Attraktivität einer Tätigkeit in der Primärversorgung zu erhöhen.

2.3.3 Risikoadjustierte Pauschale pro Patient/Patientin

Es wurden drei unterschiedliche Szenarien erarbeitet:

- **Szenario 1 – Kopfpauschale („Capitation“)** mit Listensystem: Kopfpauschale pro eingeschriebenen Patient/ingeschriebener Patientin, die unabhängig davon ausgezahlt wird, ob und wie häufig der Patient/eine Patientin Leistungen der Primärversorgungseinheit in Anspruch nimmt. Ein Kopfpauschalen-Modell erfordert ein verpflichtendes Listensystem, in dem Versicherte einer Primärversorgungseinheit zugeordnet sind. Versicherte können wählen, bei welchem Primärversorger sie eingeschrieben sind, sind jedoch dann eine Zeitlang an diesen gebunden.^c

^a In Diskussionen, die nach dem Workshop geführt wurden, wurde korrekt angemerkt, dass neben der Formulierung von Eckpfeilern für ein Honorierungsmodells auch noch weitere Festlegungen getroffen werden müssen. Dies betrifft z.B. die Bereitstellung von Ordinationsbedarf, Valorisierungs- und Verhandlungsvereinbarungen, Umgang mit Privatleistungen.

^b In weiteren Diskussionen der Workshopergebnisse innerhalb der Ärzteschaft kamen noch Fragen zum Honorierungsmodell auf, die allerdings nicht im Workshop besprochen wurden. Eine offene Frage ist, wie innerhalb des vorgeschlagenen Honorierungsmodells die Abgeltung für Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Therapie Aktiv erfolgen soll. Eine Möglichkeit ist die Berücksichtigung in der risikoadjustierten Kopf- bzw. Fallpauschale. Alternativen sind die Berücksichtigung in der leistungsabhängigen Komponente (Pay-for-Performance) oder die Honorierung analog zum Status Quo. Eine andere Frage ist, wie die Honorierung für PatientInnen, die mittels Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK) Sachleistungen in Anspruch nehmen, gestaltet wird.

^c In Ausnahmefällen wird ein Wechsel des Primärversorgers auch vor Ablauf der Einschreibeperiode möglich sein.

Szenario 1 ist das von der Gruppe präferierte Modell. Es wird jedoch an der kurzfristigen Umsetzbarkeit gezweifelt. Dennoch wird die Umsetzung dieses Modells von den TeilnehmerInnen des Workshops als mittelfristiges Ziel betrachtet. Eine Gestaltungsmöglichkeit in diesem Szenario ist, die Grundpauschale (Abschnitt 2.3.2) nicht gesondert zu honorieren, sondern in die Kopfpauschalen hinein zu kalkulieren.

- **Szenario 2 – Fallpauschale pro Quartal:** Im Gegensatz zur Kopfpauschale fällt das Honorar für die Quartalspauschale nur dann an, wenn ein Patient/eine Patientin Leistungen in Anspruch genommen hat. Die Fallpauschale fällt nur einmal pro Quartal und Patient/Patientin an, unabhängig von der Anzahl der Kontakte eines Patienten/einer Patientin in diesem Quartal.
- **Szenario 3 - Kopfpauschale mit freiwilliger Einschreibung und Fallpauschalen für nicht eingeschriebene PatientInnen:** In diesem Szenario ist es PatientInnen möglich, sich freiwillig für eine Primärversorgungseinheit einzuschreiben. Grundsätzlich sieht man die Gestaltung von (finanziellen) Anreizen für Versicherte, sich freiwillig einzuschreiben, auch als eine Handlungsoption, die es zu prüfen gilt. Die Honorierung für diese PatientInnen erfolgt mittels einer kontaktunabhängigen Kopfpauschale. Parallel dazu erhält die Primärversorgungseinheit für die Versorgung von nicht eingeschriebenen PatientInnen eine Quartalsfallpauschale.

Durch die Pauschale pro Patient/Patientin sollen alle Leistungen^a abgegolten sein, die nicht explizit als Einzelleistung honoriert werden (siehe unten). Dies betrifft insbesondere – bis auf wenige Ausnahmen – die Basisleistungen aus der Leistungsmatrix. Für die Pauschalen in den drei Szenarien sind keine Limitierungen (Deckelungen) vorgesehen

In jedem der drei Szenarien sollen die Pauschalen risikoadjustiert werden^b. Das bedeutet, dass der monetäre Wert der Pauschale nicht für alle PatientInnen einheitlich ist. Ziel der Risikoadjustierung ist, dass die Höhe der Pauschale möglichst gut das Ausmaß des Behandlungsbedarfs widerspiegelt. Das bedeutet, dass das Honorar für behandlungsintensive PatientInnen höher und für wenig behandlungsintensive PatientInnen niedriger sein muss. Zunächst sollen einfache Methoden zur Risikoadjustierung zur Anwendung kommen (z.B. Berücksichtigung von Altersklassen). Längerfristig sind die Methoden weiterzuentwickeln, wobei auch die notwendigen Datengrundlagen geschaffen werden müssen. Eine Option dazu ist, die Aufwände für die Versorgung unterschiedlicher PatientInnen in einigen Primärversorgungseinheiten bzw. Ordinationen zu erfassen und darauf aufbauend risikoadjustierte Pauschalen zu kalkulieren.

2.3.4 Erstattung von Personalkosten für das erweiterte Kernteam

VertreterInnen von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die nicht zum Kernteam der Primärversorgungseinheit gehören, können entweder in der Primärversorgungseinheit angestellt werden oder selbstständig tätig sein und über eine Kooperation mit eingebunden werden. Im Falle einer Anstellung sollen die Personalkosten pauschal erstattet werden.^c Die Leistungen des erweiterten Teams sind in diesem Fall auch zu dokumentieren. Im Fall einer Kooperation entfällt diese Erstattung, da die VertreterInnen von nicht-ärztlichen

^a Alle ärztlichen Leistungen und jene, die an Mitglieder des Kernteams delegierbar sind.

^b Vgl. auch Jung R und Meinert T 2018.

^c Bei einer Vergrößerung des erweiterten Kernteams im Einvernehmen mit der Sozialversicherung ist eine entsprechende Anpassung vorzunehmen.

Gesundheitsberufen dann selbstständig mit der Krankenkasse abrechnen, sofern sie einen Vertrag mit dieser haben.

2.3.5 Einzelleistungsvergütung für ausgewählte Leistungen

Für einige Leistungen, die entweder sehr aufwendig sind oder deren Erbringung extra gefördert werden soll, soll weiterhin eine Einzelleistungsvergütung existieren. Aufwendige Leistungen zeichnen sich durch einen großen Investitionsaufwand, einen hohen Materialbedarf und/oder durch die hohe Inanspruchnahme der Zeit des Arztes/der Ärztin aus.^a Leistungen, für deren Erbringung eine Zusatzqualifikation erforderlich ist, sollen auch mittels Einzelleistungsvergütung abgegolten werden.^b

Konkret sollen die nachstehenden Leistungen über Einzelleistungsvergütung honoriert werden, wobei zu beachten ist, dass es sich hierbei um keine abschließende Aufzählung handelt:

- Traumatologische Basisversorgung
- Basischirurgie
- Radiologische Leistungen
- Sonographische Diagnostik
- Psychiatrische Testung
- Manuelle Therapie
- Injektionen in ein Gelenk / Punkttion von Gelenken
- Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen/Substitutionstherapie
- Visiten
- Notfälle (Notfalluntersuchung und -behandlung)
- Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- Vorsorgeuntersuchungen^c

Für jene Leistungen, die als Einzelleistung honoriert werden, soll ein einfacher Honorarkatalog existieren.^d

2.3.6 Performanceabhängige Komponente

Ein kleiner Teil der Honorierung – nicht mehr als fünf Prozent der Honorarsumme – soll leistungsabhängig gestaltet werden (*Pay-For-Performance*). Die Höhe des Honorars hängt dabei von der Erreichung von vorgegebenen Zielwerten bei verschiedenen Indikatoren ab, die noch zu entwickeln sind. Die verwendeten Indikatoren sollen die Prozessqualität abbilden. Beispiele dafür können sein: Gute Qualität der Leistungsdokumentation, Teilnahme an Qualitätszirkeln, Anteil der PatientInnen mit einem bestimmten Krankheitsbild (z.B. Adipositas), der leitlinienkonform versorgt wird.

^a Die Inanspruchnahme der Zeit von Mitgliedern des Kernteams ist bereits durch die Grundpauschale abgegolten.

^b Vgl. auch Spezialleistungen der Primärversorgung in der ambulanten Leistungsmatrix des ÖSG.

^c Ziel ist, dass Vorsorgeuntersuchungen auch mit der Pauschale pro Patient (Kopfpauschale oder Quartals-/Fallpauschale) abgegolten werden. Da es derzeit einen eigenen Vertrag für Vorsorgeuntersuchungen gibt, wird das als nicht kurzfristig umsetzbar eingeschätzt.

^d Die Granularität soll gegenüber den derzeitigen Honorarordnungen reduziert werden. D.h. es sollen Leistungen teilweise zusammengefasst werden.

3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

In einem Workshop mit VertreterInnen der Sozialversicherung und jungen AllgemeinmedizinerInnen konnten in relativ kurzer Zeit gemeinsame Eckpfeiler erarbeitet werden, wie ein neues Honorierungsmodell für die Primärversorgung aussehen könnte. Demnach wird vorgeschlagen, für die Abgeltung der Leistungen von Primärversorgungseinheiten künftig ein gemischtes Honorierungsmodell anzuwenden, welches eine Grundpauschale, eine risikoadjustierte Kopf- (bzw. Fallpauschale), Einzelleistungsvergütung für ausgewählte Leistungen, die Erstattung von Personalkosten für das erweiterte Kernteam und eine leistungsabhängige Komponente (*Pay-For-Performance*) umfasst. Interessant an dem Prozess war, dass die Vorstellungen beider Gruppen zum Vergütungsmodell zu einem hohen Grade übereinstimmten und kaum Kompromisse bei der Formulierung der Eckpfeiler notwendig waren.

Die erarbeiteten Grundzüge eines neuen Honorierungsmodells für die Primärversorgung überschneiden sich auch größtenteils mit den in § 342b ASVG formulierten Vorgaben an ein Honorierungsmodell. Dennoch gibt es zwei bedeutende Abweichungen:

- 1.) Von den TeilnehmerInnen des Workshops werden Kopfpauschalen klar gegenüber Fallpauschalen präferiert.
- 2.) Das im Workshop erarbeitete Modell sieht eine Erstattung von Personalkosten für VertreterInnen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe vor, die nicht zum Kernteam der Primärversorgungseinheit gehören, aber von dieser angestellt werden. Diese Vorgehensweise entspricht auch jener, die derzeit schon in Pilotprojekten praktiziert wird.

Das Ergebnis des Workshops zeigt auch, dass sowohl auf Seite der jungen AllgemeinmedizinerInnen als auch auf Seite der VertreterInnen der Sozialversicherung eine hohe Bereitschaft (bzw. ein starker Wunsch) existiert, bei der künftigen Honorierung von Primärversorgung wirklich innovative Modelle auszuprobieren. Die TeilnehmerInnen hoffen, dass bei der Verhandlung des Gesamtvertrages für die Primärversorgung diese Chance auf Innovation genutzt wird und dass diese Vorstellungen einen Beitrag zu den Überlegungen im Rahmen der Verhandlung des Gesamtvertrages leisten.

4 Quellen

Fischer T, Schauppenlehner M (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich: Ein erster Zwischenstand, in: Soziale Sicherheit 1/2018, 22-32.

HVB 2017: Vertragsärztinnen und –ärzte in Österreich. Bestandsaufnahme und Analyse. März 2017. Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.639522&version=1490770055> (zuletzt abgerufen am 10.1.2018).

Jung R, Meinert T (2018): Pauschalhonorierung. Ein Risiko? Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von Honorierungsmodellen für den niedergelassenen Bereich, in: Soziale Sicherheit 1/2018, 10-21.

5 Anhang: Liste der TeilnehmerInnen

TeilnehmerIn	Institution
Baier Michael	JAMÖ
Brose Markus	JAMÖ
Fischer Timo	HVB
Floimayr Andrea	OÖGKK
Fürthauer Johanna	JAMÖ
Goltz Andreas	HVB
Gonzales Christian	JAMÖ
Griesser Ursula	WGKK
Huter Sebastian	JAMÖ
Krippel Barbara	HVB
Nikzad Masiar	NÖGKK
Rech Jonas	JAMÖ
Moderation	
Jung Reinhard	HVB