

Qualität im Gesundheitswesen und ärztliche Gesamtverträge – wie passt dies zusammen?

Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle durch Gesamtverträge

1

Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle durch Gesamtverträge

Praxisseminar SVR SS 2012

Aktuelle Fragen zum Vertragspartnerrecht

O. Univ.-Prof. Dr. Konrad Grillberger
Mi 27. Juni 2012, 14.00 Uhr, HS 205

Qualität im Gesundheitswesen und ärztliche Gesamtverträge – wie passt dies zusammen?

27. Juni 2012 Praxisseminar Universität Salzburg, SS 2012

Dr. Johannes Gregoritsch
Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

3

Inhalt

- **Qualität im Gesundheitswesen**
- **Rechtliche Verankerung von Qualität, insbesondere in jüngst novellierten ASVG-Bestimmungen**
- **Aktuelles Beispiel aus der Praxis: Mammographie**
- **Generelle rechtliche Beurteilung der Möglichkeiten und Grenzen von Qualitätsregelungen in ärztlichen Gesamtverträgen**

4

Thesen

- **Qualität – insbesondere den Inhalt der Behandlung durch die Ärzte betreffend - wird immer bedeutsamer**
- **Gesetz – bzw. Verordnungsgeber schaffen teils quantitativ/ teils qualitativ (zu) wenig Vorgaben (z.B. § 84 b, § 342 Abs 2a Z 8 ASVG, aber auch...)**
- **Konkretisierungen bleiben in vielen Fällen den Gesamtvertragsparteien überlassen**

Frage: Sind die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Gesamtvertragsparteien ausreichend und zweckmäßig um Qualität zu garantieren?

5

Herausforderungen

- **Genereller Fortschritt der medizinischen Wissenschaft (laufende Änderung des *state of the art*, unübersehbare Anzahl an Publikationen)**
- **Immer mehr Spezialisierung; neue medizinische Sonderfächer (z.B. neues Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie), neue Gesundheitsberufe**
- **Generelle ökonomische Notwendigkeiten in der Gesundheitsversorgung („Spardruck“)**
- **Rasch anwachsende Erkenntnisse aus der Gesundheitsökonomie (*evidence based medicine* u.a.)**

6

Historisches



18. Jh.: Anfänge des öffentlichen Gesundheitswesens in Österreich; bereits erste Qualitätsregeln

Schaffung der ärztlichen Elite („ius practicandi“) – Auswirkungen bis heute (vgl. aktuelle Diskussion um den Entwurf des ÄsthOpG betreffend Schönheitsoperationen)

7

Historisches



19. Jh.: Idee der Sozialversicherung (Arbeitnehmerversicherung) – praktisch 1:1 für Österreich übernommen

Die 1911 folgende Reichsversicherungsverordnung (RVO) legt Eckpunkte des noch heute geltenden SV-Rechts fest: „Korporatistische Gemeinschaft“; auch: Sorgfaltspflichten und grundlegende Ökonomieregeln

8

Lebende Personen



Dr. Irmgard
Schiller-
Frühwirth, MPH

Dr. Gottfried
Endel



9

... beschäftigt im Hauptverband ...

mit

evidence based medicine (EBM)

(...als einem „Kernstück“ von Qualität!)

10

... und anerkannt im ASVG!

Nicht dem SV-Verwaltungskostendeckel 2004 unterliegen ... „die Aufwendungen und Belastungen für Maßnahmen zur Verringerung der Kosten für nicht auf wissenschaftlicher Grundlage oder nicht auf gesichertem Wissen beruhende medizinische Leistungen (evidence based medicine)“ (§ 609 Abs 1 Z 8 ASVG)

11

Was ist Qualität?

ISO-Norm 9001:2008: „Qualität ist das Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produkts, Systems oder Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien“.

...und damit ein sehr umfassendes und komplexes Konzept mit subjektiven und objektiven Aspekten und abhängig von einer formulierten Zielvorgabe

12

Subjektive und objektive Qualität im Gesundheitswesen

Qualität



Objektive Ansätze

Qualitätsmessung und Beurteilung anhand objektiv formulierter und extern nachvollziehbarer Kriterien

Subjektive Ansätze

Subjektive Wahrnehmung der Qualität der Behandlung durch die Patienten und andere Interessengruppen

13

Interessenskonflikte ?

- **PatientInnen:** angemessene Krankenbehandlung, sichere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, keine „Überarztung“ (im Sinne unnötiger belastender Untersuchungen und Behandlungen), möglicherweise aber Interesse an nicht EBM-gesicherten Methoden
- **Krankenversicherungsträger:** Beachtung finanzieller Rahmen, bestmögliche Qualität bei der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben (EBM!)
- **Ärztikammern:** Breite, möglichst umfassende Berufsausübungsgarantie für ÄrztInnen, Festlegung von Regelungen betreffend Qualität und Qualitätssicherung im eigenen Wirkungsbereich, eher ablehnend gegenüber EBM
- **Ärztinnen und Ärzte:** ethisches Handeln („individuelle“ Behandlungsqualität), Einkommenserzielung

14

Dimensionen von Qualität

- Qualitätsbegriff der Gesundheitsökonomie (nach *Donabedian*, 1966)

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

übernommen durch das Bundesgesetz über Qualität im Gesundheitswesen 2004 (basierend auf Art. 6 der einschlägigen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG); dieses Gesetz definiert auch Ziele eines „Qualitätssystems“ nach internationalen Vorgaben

- Qualitätssicherung – Regelungen im Ärztegesetz
- Qualitätsmanagement

15

Dimensionen von Qualität

**Ist Qualität nur eine
Frage der Ökonomie?**

16

Zuordnung von Qualitätsbestimmungen

Dreiecksverhältnis

Arzt/Ärztin- Patient/Patientin- Krankenversicherungsträger

- *Arzt/Ärztin- Patient/Patientin:* Behandlungsvertrag („Durchschlagen“ von einschlägigen öffentlich-rechtlichen Qualitätsregeln sowie privatrechtlichen Haftungsbestimmungen)
- *Patient/Patientin- Krankenversicherungsträger:* Pflichtversicherungsverhältnis, Anspruch auf Krankenbehandlung (u.a.)
- *Arzt/Ärztin- Krankenversicherungsträger:* Einzelvertrag, beruhend auf dem normativen Teil des Gesamtvertrages (und damit auch Übernahme von Qualitätsbestimmungen)

17

Gesamtvertrag

Stellenplan: Starke ökonomische Ausrichtung, Strukturqualität

Honorarordnung: Starke ökonomische Ausrichtung in mehreren Facetten (Gesamtausgabenorientierung, Verteilung von Ärztteeinkommen) aber auch enorme Steuerungsmöglichkeiten für Prozess- und Ergebnisqualität (die teilweise tatsächlich bereits genutzt werden).

18

Qualität der Behandlung im engerem Sinn

- Steuern hier die Honorarordnungen in die richtige Qualitätsrichtung?
- Können jüngst erfolgte, ökonomisch ausgerichtete ASVG Novellierungen daran etwas ändern (Kriterien für die Erstellung von Honorarordnungen, aber auch Folgekostenvereinbarungen)?

19

Konkrete Problembereiche

- Grundsätzlich keine „Dynamik“ im vertragsärztlichen Leistungsbereich
- Keine Sicherstellung, dass auch tatsächlich eine zweckmäßige Behandlung erfolgt (mit anderen Worten: wenig EBM – Orientierung)
- Honorarkataloge teilweise „überaltert“, neue Leistungen kommen praktisch immer additiv dazu
- Verzögerungen bei Umsetzung des „*state of the art*“

20

Aber ...

- Schon jetzt Festlegungen wie Gerätestandards bei technischen Fächern sowie Regelungen über Ausbildungsnachweise
- Schon jetzt „*evidence based economy*“ in den Honorarordnungen, Beispiel: Limitierungsbestimmungen (Evidenz der Erfahrungen der Gesamtvertragsparteien wird von der Judikatur anerkannt, „Vermutung der Angemessenheit“)
- Neues Sonderfach – neue Chance: Kinder- und Jugendpsychiatrie

21

Rechtsprobleme

Qualitätssicherung exklusiv im ÄrzteG?

- Kein Hinweis darauf im Gesetzestext, auch nicht in den Materialien zu den Novellen des ÄrzteG und des ASVG
- Außerdem: Qualität ist ein sehr unbestimmter Begriff. Vgl Definition in § 2 GQG. Man würde die Kompetenzen des GV sehr weitgehend einschränken.
- GV können daher grundsätzlich auch Regelungen enthalten, die der Qualität von ärztlichen Leistungen dienen.

Arbeitsrecht und Sozialrecht

22

Wozu sind Gesamtvertragsparteien verpflichtet?

”
Welche Möglichkeiten stehen gesamtvertraglichen Regelungen offen?

23

Rechtsprobleme

Rechtliche Basis für Qualitätsregelungen im GV

- § 342 Abs 1 Z 3 ASVG – Rechte und Pflichten der Vertragsärzte
- § 342 Abs 1 Z 4 ASVG – Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlungsweise
- § 342 Abs 2a ASVG – Honorarordnungen sind mit der Zielsetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu vereinbaren

Rechtsprobleme

Möglichkeiten von Regelungen im GV

- Beschränkungen der Verrechenbarkeit von Leistungen
- Bonus – Malus – Honorargestaltung
- Ausschluss von unwirksamen Leistungen

Welche Rechtsansicht vertreten hL/Rsp betr. die Möglichkeit im GV bestimmte Leistungen auf gewisse Fachgebiete zu beschränken bspw. Festsetzung von Standards bei der Leistungserbringung?

Beschränkungen der Verrechenbarkeit

- VfGH: Es steht den Parteien des GV offen, welche Mittel sie einsetzen, um das ihnen gesetzlich vorgegebene Ziel zu erreichen, soweit diese Mittel zur Zielerreichung geeignet, angemessen und auch sonst sachlich gerechtfertigt sind... (zB VfSlg 16.463, 16.607 uva).
- Diese Judikatur hat Limitierungsbestimmungen gebilligt, wodurch das Honorar von Vertragsärzten begrenzt wird.

Beschränkungen der Verrechenbarkeit

- Anerkannt sind auch Regelungen, die Leistungen bestimmten, facheinschlägigen Ärzten vorbehalten, um damit der Qualitätssicherung oder dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung zu tragen (BSK 1998 SSV-NF 12 AZ: Dopplersonografie nur für Chirurgen mit Zusatzausbildung; OGH DRdA 2000, 156 PSA Wertbestimmung nur durch Vertragsärzte für Labordiagnostik).
- Auch keine Kostenerstattung, wenn andere Ärzte in Anspruch genommen werden.

Beschränkungen der Verrechenbarkeit

- GV enthalten gelegentlich auch Regelungen, die die **Verrechenbarkeit** von Leistungen an eine **vorherige „Verrechnungsberechtigung“** durch Kasse mit ÄK vorsehen zB OÖGV für Augenärzte Pos 69 HO: Hochleistungsperimetrie nur bei Gerätenachweis und nach vorheriger Berechtigung durch Kasse und ÄK nach einvernehmlich festgelegten Richtlinien.

Beschränkungen der Verrechenbarkeit

- Verrechenbarkeit ist bereits derzeit, wenn auch nur selten, von bestimmten Indikatoren abhängig. ZB Honorarordnung GKK Salzburg: 24-Stunden-Blutdruckmessung nur verrechenbar, wenn Patient Bluthochdruck von mehr als 115 diastolisch hat.

Aktuelles Fallbeispiel

Mammographie:

- Klassische Risikountersuchung
- Schwierigkeiten beim „Screening“
- Neuregelung durch Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-GV
- Verpflichtende Übernahme von Qualitätsbestimmungen in die kurativen Gesamtverträge
- Erstellung einer sehr ausdifferenzierten Indikationenliste

31

Aktuelles Fallbeispiel

Betreten von „Neuland“?

- Obligatorische Fortbildungsnachweise
- Obligatorischer Nachweis der geforderten Frequenzen
- Entfall der Verrechnungsberechtigung als Sanktion

32

Zur Indikationenliste

Bisher wenig genutztes Steuerungsinstrument:

- Warum?

Bei der Mammographie neu:

- Erstmals EBM-gesicherte Indikationen

33

**Dürfen die Vertragsparteien überhaupt
eine Indikationenliste festlegen?
Wie muss diese ausgestaltet sein?**

34

Taxative Indikationenliste

Probleme aus verschiedenen Richtungen:

- Einschränkung des gesetzlichen Behandlungsanspruches des Versicherten (§ 133 Abs 2 ASVG)
- Keine Bindung der Wahlärzte durch GV. Aber § 30 Abs 4 Muster KrO: Verrechnungsbeschränkungen sind auch für Kostenerstattung entsprechend anzuwenden.

Taxative Indikationenliste

Erwerbsfreiheit des Vertragsarztes:

- Eingriff durch Verrechnungsbeschränkung wohl zu bejahen
- Öffentliches Interesse? Unwirksame bzw nutzlose Leistungen sollen nicht auf Kosten der SV erbracht werden.
- Geeignetes und erforderliches Mittel?

Taxative Indikationenliste

Beschränkung des Behandlungsanspruches:

- Durch GV nicht möglich
- Einzelfallbeurteilung durch Gericht
- Ähnliche Situation wie bei alternativen Heilbehandlungen

**Ist eine formelle
Entziehung der Verrechnungsberechtigung notwendig wenn bspw. die
Jahresfrequenzen nicht erreicht werden?**

Mindestfrequenzen

- Idee: Mit höherer Fallzahl steigt die Qualität. Wer Fallzahl nicht erreicht, darf nicht verrechnen
- Auch hier: Verhältnismäßiger Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit?
- Aber grundsätzlich keine Einschränkung des Behandlungsanspruches der Versicherten
- Auch die Kostenerstattung für Wahlärzte unterliegt dieser Beschränkung (§ 30 Abs 4 Muster KrO).

Kann aus einer Nichterbringung der Fortbildungsverpflichtung der Verlust der Verrechnungsberechtigung resultieren?

Fortbildungspflichten

- Verrechenbarkeit von Fortbildungsmaßnahmen abhängig
- Verhältnismäßiger Eingriff in Erwerbsausübungsfreiheit? Hängt wohl von der Art und Intensität der Fortbildung ab.
- Fortbildungspflicht auch für Mitarbeiter? Muss Vertragsarzt Mitarbeiter kündigen oder entlassen, wenn sie die Fortbildung verweigern oder nicht positiv absolvieren?

Zuständigkeit bei einer Beschwerde gegen den Entfall der Verrechnungsberechtigung?

Ist eine Privatverrechnung möglich wenn nach den gesamtvertraglichen Regelungen keine Verrechnungsberechtigung mehr besteht?

Begründung und Beendigung der Verrechnungsberechtigung

Varianten der „Erteilung“

- Verrechnungsberechtigung –
Rechtscharakter?
- Unmittelbar auf Grund des GV:
Regelfall bei Fachgebietsbeschränkungen
(zB nur von Fachärzten für...)

Begründung und Beendigung der Verrechnungsberechtigung

Varianten der „Erteilung“

- Berechtigung durch KVtr im Einvernehmen
mit der ÄK. ZB HonorarOGKK OÖ: Pos
53b Coloskopie. Nur verrechenbar von
Fachärzten für Chirurgie und Innere
Medizin, die hierzu von GKK und ÄK
berechtigt wurden
- Berechtigung allein durch KVtr
Kann das ein GV vorsehen? Abweichung
vom GV? (§ 343 Abs 1 3. Satz ASVG)

Begründung und Beendigung der Verrechnungsberechtigung

Ende der Berechtigung

- Regelung im GV möglich: Befristung auflösende Bedingung, durch Erklärung des KV-Trägers? Sachliche Rechtfertigung erforderlich
- Bei Streitigkeiten ist PSK zuständig

**Ist ein Ausschluss von
Behandlungsmethoden wegen
unzureichender Erfolgsaussichten durch
den GV möglich?**

Ausschluss von unwirksamen Leistungen durch GV?

- GV können Leistungsansprüche der Versicherten nicht wirksam beschränken
- Entscheiden also die Gerichte über den Inhalt des Krankenbehandlungsanspruches?
- Wird eine „Negativliste“ im GV vereinbart, ergibt sich das Problem der außervertraglichen Leistung, wenn sie ein Vertragsarzt dennoch erbringt und sie dem Patienten in Rechnung stellt.

Resumee und Ausblick

- Vorbild: Regelungen in der BRD?