

Ärztchrecht & Schiedsstellen

Ergeht an
alle PrimärärztInnen,
alle MittelbauvertreterInnen,
alle ärztlichen LeiterInnen
sowie die Verwaltungen der
öffentlichen Krankenanstalten in OÖ und an
die FachgruppenvertreterInnen und -
stellvertreterInnen

Dr. Maria Leitner
Kurzzzeichen: wh
Tel.: + 43 732 77 83 71-207
Fax: + 43 732 78 36 60-207
waldhauser@aekoee.at

Linz, am 24. Mai 2016

Sondergebühren –

Einigung über 4-Jahres-Vertrag mit dem PKV ab 1.7.2016

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
sehr geehrte Damen und Herren,

das Sondergebühren-Verhandlungsteam der Ärztekammer - bestehend aus Kurienobmann VP Dr. Harald Mayer, Primärärztevertreter MR Prim. Dr. Herbert Stekel, Prim. Dr. Werner Saxinger, MR Dr. Kurt Sihorsch, Univ. Doz. Prim. Dr. Andreas Shamiyeh, Dr. Thomas Muhr, HR MR Prim. Dr. Oswald Schuberth, MR Dr. Helmut Prieschl, sowie von Seiten des Büros KAD Hon.Prof. Dr. Felix Wallner, Mag. Martin Keplinger und Dr. Maria Leitner - konnte mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen in langwierigen Verhandlungen nunmehr ein durchaus erfreuliches Ergebnis erzielen, das von der Kurienversammlung der angestellten Ärzte in der Sitzung vom 19.5.2016 genehmigt wurde.

Die wichtigsten Eckpunkte des neuen Vertrages:

- **Valorisierung über alle Fächer!**
- **AGR wird valorisiert!**
- **Abschaffung des Seniorenrabattes!**
- **Inhaltliche Vereinfachungen!**

Die lange Verhandlungsdauer und die hohe Verhandlungsfrequenz – 7 Runden waren notwendig – haben sich insofern bezahlt gemacht, als wir mit diesem Vertrag zum einen

deutlich über allen vergleichbaren Abschlüssen liegen und zum anderen mit der Abschaffung des Seniorenrabattes ein wichtiger, zukunftsweisender Schritt gesetzt werden konnte.

Der neue Vertrag beginnt mit **1.7.2016 und gilt bis 31.3.2020**.

Damit es zu keinen Abrechnungsproblemen durch die Häuser kommt, wurde der bisherige Vertrag noch bis 30.6.2016 prolongiert.

Wir dürfen Ihnen das Verhandlungsergebnis kurz im Überblick darstellen:

➤ **Valorisierung der Honorare**

Wie ausgeführt, war es uns ein besonderes Anliegen, wieder einen einheitlichen Tarif unabhängig vom Alter des Patienten zu erreichen. Wir halten dies deshalb für so wichtig, weil der Anteil der älteren Patienten ständig steigt und damit für immer mehr Patienten der Seniorenrabatt anfällt.

Die Honorarerhöhung im neuen Vertrag besteht daher aus zwei Komponenten, nämlich:

- dem **Wegfall des Seniorenrabattes von bisher 4,4 %** (der Seniorenrabatt betrifft etwa 60 % der Abrechnungen) und
- einer **allgemeinen Valorisierung aller Honorare**.

Die Honorarerhöhungen erfolgen dabei in zwei Staffeln:

1. Staffel 1.7.2016 bis 31.3.2018
2. Staffel 1.4.2018 bis 31.3.2020

• **Tariferhöhung für die Senioren (über 65jährigen)**

Die über 65jährigen Patienten machen derzeit etwa 60 % der Abrechnungen aus. Da es ab Beginn der zweiten Staffel, also **ab 1.4.2018 zu einem einheitlichen Tarif** für alle Patienten kommen soll, werden die Honorare für die Senioren weit überproportional erhöht.

Die Seniorentarife für die **Hauptbehandler**, also die konservativen und operativen Honorare, werden mit 1.7.2016 um **4,4 %**, sowie mit 1.4.2018 nochmals um **3,6 %**, für die Laufzeit des Vertrages, **insgesamt also um 8 %** erhöht. Dasselbe gilt für die Konsilien, die Strahlentherapie, das Intensivhonorar, den Betrag für die Infiltrationen, die Coloskopiepauschale, sowie die Lebervenenendruckmessung.

Wir konnten erreichen, dass es im Unterschied zu vielen Vertragsabschlüssen in der Vergangenheit gelungen ist, auch für die „**Nicht-Hauptbehandler**“, also für alle diagnostischen Fächer und die physikalische Medizin, eine entsprechende Valorisierung zu erreichen. Die Seniorentarife für die Nicht-Hauptbehandler steigen ab 1.7.2016 um **3,5 %**, sowie ab 1.4.2018 nochmals um **3,5 %**, **insgesamt also um 7 %**.

- **Tariferhöhung für die unter 65jährigen Patienten**

Die Honorare für die Behandlung der unter 65jährigen Patienten durch **Hauptbehandler**, also die konservativen und operativen Honorare, werden in beiden Staffeln, also am 1.7.2016 und nochmals am 1.4.2018 um **jeweils 1,7 %** erhöht, also **insgesamt um 3,4 %**. Dasselbe gilt für die Konsilien (einschließlich des Neugeborenenkonsils, das der PKV ursprünglich nicht erhöhten wollte, weil wir den österreichweit höchsten Tarif haben), den Betrag für die Infiltrationen, die Coloskopiepauschale sowie die Lebervenendruckmessung.

Die Honorare für die Behandlung der unter 65jährigen durch die „**Nicht-Hauptbehandler**“, also für die diagnostischen Fächer und physikalische Medizin, werden am Beginn beider Staffeln, also mit 1.7.2016 und mit 1.4.2018 um **jeweils 1,2 %** angehoben.

- **Durchschnittliche Gesamterhöhung**

Da der Anteil der über 65jährigen an den Abrechnungen in Oberösterreich bei etwa 60 % liegt, kommt es während der Laufzeit des Vertrages im Durchschnitt (Senioren und unter 65jährige Patienten) zu einer Erhöhung der Tarife um **etwa 6,2 % für die Hauptbehandler** und **etwa 5,2 % für die Nicht-Hauptbehandler**. Wir liegen damit im Unterschied zu den bisherigen Abschlüssen in den anderen Bundesländern doch deutlich über der erwarteten Inflation. Natürlich hängt das Ergebnis aus der Perspektive der einzelnen Sonderfächer davon ab, wie hoch der Anteil der über 65jährigen Patienten ist. Dieser liegt in vielen Fällen höher als der Durchschnitt. Von der überproportionalen Erhöhung der Seniorentarife profitieren allerdings naturgemäß die Abteilungen, die Kinder und Jugendliche versorgen nicht. Hier war es unser dringender Wunsch, zum Ausgleich einen besonderen Behandlungszuschlag zu erreichen. Diese Forderung wurde aber vom PKV kategorisch abgelehnt.

- **Entbindungspauschale**

Im Zusammenhang mit dem Wegfall des Seniorenrabattes ist es gelungen, die **Entbindungspauschale** überdurchschnittlich anzuheben, nämlich jeweils um **je + 8%** in beiden Valorisierungsstaffeln.

- **Chemotherapie**

Das mit dem letzten Vertrag eingeführte Pilotprojekt mit den zwei Pauschalien bis drei Tage bzw. ab vier Tagen hat erwartungsgemäß zu enormen Honorarsteigerungen für die Onkologen geführt. Der PKV war daher unter keinen Umständen mehr bereit, dieses Pilotprojekt weiter zu führen.

Mit der neuen Regelung wird wieder umgestellt auf einen Tagessatz, jedoch werden anders als bei der alten Regelung vor 2014 nunmehr alle i.v. zytostatischen onkologischen Therapien und alle i.v. Antikörpertherapien bezahlt, auch die tagesklinisch durchgeführten.

Vereinbart wurde ein Betrag in Höhe von **€ 187,-- pro Tag**. Mit diesem Betrag liegen wir deutlich über den vergleichbaren Beträgen der anderen Bundesländer.

➤ **AGR – Honorare werden valorisiert**

Vom PKV werden wir immer wieder damit konfrontiert, dass die Versicherungen die Sondervereinbarung für Akutgeriatrie/Remobilisation/Palliativeinheiten abschaffen möchten. Dagegen konnten wir uns erfolgreich wehren:

Es ist darüber hinaus einzigartig in Österreich gelungen, eine Valorisierung zu erreichen! In der ersten Valorisierungsstaffel werden die Tarife um **+ 5%** angehoben, in der zweiten Staffel um **+ 1,7%**.

➤ **Strukturelle Änderungen in der Honorarvereinbarung**

- **Behandlungsfall**

Mit dem neuen Vertrag wird grundsätzlich nicht mehr auf das Krankheitsgeschehen abgestellt, sondern auf den Behandlungsfall, wie schon in den meisten anderen Bundesländern. Dies hat Auswirkungen für die Regelungen bei der Transferierung, bei der Weiterbehandlung/Wiederaufnahme und bei den interdisziplinären Regelungen. Insgesamt konnten damit eine weitgehende Vereinheitlichung und durchwegs Vereinfachungen erzielt werden.

- **Transferierung**

Hier entfällt die Unterscheidung nach dem Krankheitsgeschehen, gleichzeitig werden die Honorarsätze erhöht: statt bisher **80%** werden für jedes Krankenhaus jeweils **90%** der

Hauptbehandlungshonorare bezahlt. Unverändert bleiben der Satz für die Diagnostik mit 55% und für Konsilien und Intensivbehandlungshonorare mit 100%.

Neu ist auch, dass bei interdisziplinären Behandlungsfällen im Falle eines Transfers nunmehr anstelle von bisher 80% ein derartiger Aufenthalt zur Gänze mit 100% verrechenbar ist.

Ausgenommen von der Transferierungsregelung bleiben weiterhin der Transfer in oder von einer AGR bzw. Palliativabteilung und die **Akutaufnahme**, da werden weiterhin für beide Häuser 100% bezahlt.

Aufrecht bleibt auch die im letzten Vertrag getroffene Sonderregelung gemäß Pkt. A.5.1. mit der Verrechnungsmöglichkeit des invasiven Konsils, wenn sofort noch am Tag der Aufnahme eine Transferierung in eine andere Krankenanstalt stattfindet.

- **Weiterbehandlung / Wiederaufnahme**

Auch hier gelten die neuen Honoraransätze mit **90%** anstelle von 80% und es ist gelungen, den Zeitraum mit 7 Tagen beizubehalten (angemerkt wird, dass in den anderen Bundesländern überall längere, ungünstigere Zeiträume vereinbart sind).

- **Interdisziplinäre Behandlungen**

Mit der Einführung des Behandlungsfalles ist hier die größte Vereinfachung umgesetzt worden. Folgende Varianten sind zu unterscheiden:

- **Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen**

Bislang wurden zwar bei unterschiedlichen Krankheitsgeschehen die Honorare zur Gänze bezahlt, bei gleichem Krankheitsgeschehen jedoch die Tage zusammen-gerechnet und es wurde von einem durchgehenden Aufenthalt ausgegangen.

Nunmehr werden unabhängig vom Krankheitsgeschehen **jeweils 90%** der konservativen Honorare bezahlt.

- **Mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen**

Wie bisher sind pro Fachrichtung max. 2 Operationen verrechenbar. Bislang waren insgesamt max. 4 Operationen verrechenbar (die höchste mit 100%, alle weiteren mit je 65%).

Nunmehr sind zwar weiterhin max. 2 Operationen pro Fachrichtung verrechenbar, jedoch **insgesamt unbeschränkt** und **alle Operationen gleich mit 90%**, dh. es könnten theoretisch bei drei unterschiedlichen Behandlern insgesamt sechs OP-Gruppen zu je 90% verrechnet werden, usw. Die MehrfachOP-Regelung kommt hier nicht zum Tragen.

- Operative und konservative Behandlungen

Hier gab es bisher die komplizierteste Regelung: es wurde bei einer Verlegung von einer konservativen auf eine operative Abteilung nicht nur auf das Krankheitsgeschehen abgestellt, sondern auch auf die Behandlungsdauer; zum anderen wurden Konsiliaroperationen (wenn also der Patient auf einer konservativen Abteilung gelegen ist und ohne Weiterverlegung von einer anderen Abteilung eine OP durchgeführt wurde) ja nur bei einem anderen Krankheitsgeschehen bezahlt.

Ansonsten galt hier die Regelung, dass insgesamt nur das OP-Honorar und drei Konsilien bezahlt wurden, dieses war als Gesamthonorar für beide Abteilungen zu sehen.

Die Neuregelung vereinfacht dies nunmehr:

Es werden **generell jeweils 90%** bezahlt, also für den konservativen Hauptbehandler und für die Operateure und dies unabhängig vom Krankheitsgeschehen. Dh. beispielsweise, dass bei einer Schrittmacherimplantation sowohl der Internist als auch der Chirurg 90% ihres Honorars verrechnen können (statt wie bisher nur OP-Honorar + 3 Konsilien).

Unverändert bleibt, dass die zur Operation gehörige postoperative Nachbehandlung mit dem OP-Honorar abgegolten ist.

• MehrfachOP-Regelung

Erfreulicherweise ist es gelungen, den Prozentsatz für die 2. Operation **von 65% auf 70%** anzuheben, dies jedoch unabhängig davon, ob die 2. Operation im selben Operationsgeschehen war bzw zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt wurde.

In ganz wenigen Ausnahmefällen konnte bisher für eine zweite Operation, wenn mehrzeitig in einer anderen Region durchgeführt, auch 100% verrechnet werden, jedoch war diese Verrechnung immer strittig und wurde von den Versicherungen immer wieder beeinsprucht.

➤ Neues OP-Schema, Version 5.1

Das bisherige OP-Schema Version 5.0 wurde nur um ganz wenige Positionen verändert:

Die **Vitrektomie** kommt jetzt einheitlich in **Gruppe VIII**.

Klargestellt wird, dass damit alle Zusatzeingriffe abgegolten sind, jedoch kann die Cataract zu 50% zusätzlich zur OP-Gruppe VIII verrechnet werden.

Klargestellt wurde hier auch, dass auch Vitrektomien ohne jegliche Zusatzeingriffe nunmehr auch mit Gruppe VIII bezahlt werden.

Die Hemihepatektomie war bisher in Gruppe VII und in Gruppe VIII enthalten. Die Position in Gruppe VII wurde gestrichen, es kann einheitlich Gruppe VIII verrechnet werden.

Textlich verändert wurde die Position Y 303, die radiologisch endoskopische Dilatation war bislang auf den Ösophagus beschränkt und wird nunmehr auf den gesamten Gastro-intestinaltrakt ausgedehnt.

Neu aufgenommen wird Pos. T 427 für die Sanierung der Analfistel und neugeschaffen wurde in Gruppe III T 308 „Implantatsetzung zu Kontinenzhaltung im analen Sphinkterbereich“ (angemerkt wird hier, dass für die Inkontinenzoperation mit Schrittmacherimplantation Gruppe V T 517 herangezogen werden kann).

➤ **Sonderregelungen**

• **Cataractoperation / IVOM**

Die Cataract ist die mit Abstand am häufigsten abgerechnete Operation, wobei auf Grund der medizinischen Entwicklung die Frequenz eine besondere Dynamik hat. Von Seiten des PKV wurde daher wieder eine massive Reduktion der Cataractonorare verlangt.

Erfreulicherweise ist es wieder gelungen, eine weitere Absenkung zu verhindern, die Cataractonorare bleiben wiederum für die Vertragsdauer unverändert!

Auch ist es gelungen, die intravitreale okuläre Medikamentenabgabe im Vertrag beizubehalten und dies ohne Absenkung.

Lediglich der YAG-Laser wurde gestrichen, da er im LKF-System nicht mehr als stationäre Leistung erfasst ist.

• **Schlaflabor**

Auch hier wurde vom PKV wieder eine deutliche Reduktion der derzeitigen Tarife verlangt, zumal wir im Vergleich zu andern Bundesländern eine verhältnismäßig hohe Tarifierung haben.

Es ist gelungen, eine Absenkung zu verhindern, der Schlaflabortarif bleibt unverändert.

• **Neuregelung Physikalische Medizin**

Auf vielfachen Wunsch der Fachgruppe wurde eine Unterscheidung getroffen zwischen Krankenhäusern, in denen die physikalische Therapie durch Fachärzte für physikalische Medizin und Rehabilitation durchgeführt wird und anderen Krankenhäusern.

Das bedeutet, dass Nicht-Fachärzte für PMR einen um 20% verminderten Tarif verrechnen können, jedoch nur für die Erstkonsultation, Folgekonsilien sind nicht verrechenbar (die alte Sonderregelung in C.3. „Physikalische Therapie durch Nicht-Physikalisten“ bleibt zwar für zwei Ausnahmen noch aufrecht, ist aber ein Auslaufmodell).

Es wurde also eine ähnliche Differenzierung getroffen wie schon beim Labor.

- **Differenzierung bei Labor**

Aufgrund der langen Vertragsdauer wurde eine Vorsorge getroffen für den Fall, dass in einem Gruppe 2 Krankenhaus (ohne Laborinstitut) ein Laborfacharzt hauptberuflich mit Vollzeitvertrag die Institutsleitung übernimmt: dieser kann dann auch den höheren Tarif verrechnen, wobei gleichzeitig der Tarif der Nicht-Labor-Häuser kostenneutral abgesenkt wird.

➤ **Tagesklinikvereinbarung**

Die stationäre Sondervereinbarung über definierte verweildauerunabhängige Leistungen wird unverändert weitergeführt.

➤ **Anwendbare Schlichtungsstellenentscheidungen**

Die Anlage V wird ergänzt um die während der Vertragsdauer in der Zwischenzeit in der Schlichtung getroffenen Entscheidungen von genereller Bedeutung bzw. wird sie adaptiert an die neue Honorarvereinbarung.

So wird etwa die Sonderregelung über die Parallelverrechnung von interventioneller Radiologie und Chirurgie gestrichen, da diese nicht mehr notwendig ist, weil mit der interdisziplinären Regelung nunmehr ohnedies die Honorierung garantiert ist und zwar mit je 90% der Honorare.

Damit es zu keiner Verzögerung der Verrechnungen in den Häusern kommt, wurde der derzeitige Vertrag noch bis 30.6.2016 prolongiert.

Sobald der endgültige Vertragstext und das OP-Schema vorliegen und formell unterfertigt sind, werden wir diese selbstverständlich unverzüglich auf unserer Homepage veröffentlichen unter www.aekoee.at - Infomappe Sondergebühren.

Wir dürfen Sie einladen, dort die weiteren Details zu entnehmen.

Überdies ist geplant, für die VerrechnerInnen in den Spitälern einen **Informationsworkshop** abzuhalten, voraussichtlicher Termin ist der 13. Juli 2016, wir werden dazu aber noch eine gesonderte Einladung verschicken.

Abschließend dürfen wir zusammenfassen, dass es mit diesem Abschluss gelungen ist, mit der Abschaffung des Seniorenrabattes eine wertvolle Investition in die Zukunft zu tätigen und mit der gleichzeitigen Valorisierung der Tarife im Gesamtdurchschnitt einen Abschluss über der prognostizierten Inflationsrate und über vergleichbaren anderen Abschlüssen zu erzielen. Darüber hinaus ist es zu einer Reihe struktureller Änderungen gekommen, die durchwegs sinnvoll sind und - wovon wir aufgrund unserer Daten und Berechnungen überzeugt sind - sich auch positiv auswirken werden.

Es freut uns, dass wir Sie über dieses erfreuliche Ergebnis informieren können.

Freundliche Grüße
ÄRZTEKAMMER FÜR OBERÖSTERREICH

VP Dr. Harald Mayer
Kurienobmann angestellte Ärzte

Dr. Peter Niedermoser
Präsident

MR Prim. Dr. Herbert Stekel
Primärärztevertreter

Prim. Dr. Werner Saxinger
Sondergebührenreferent

Dieses Dokument wurde elektronisch signiert.