

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Oberösterreich

Neues Konzept zur Finanzierung des Gesundheitswesens – das Ärztekammer-Modell

1. Ausgangslage	62
2. Naheliegend, aber keine Lösung – Finanzierung aus einer Hand	66
3. Das Konzept der Ärztekammern	68
4. Gegenargumente	72
5. Zusammenfassung	75

1. Ausgangslage

Das Krankenanstaltenrecht sieht vor, dass öffentliche Krankenanstalten berechtigt und verpflichtet sind, Patienten, die keiner stationären Aufnahme bedürfen, ambulant zu behandeln. Der Gesetzgeber hat die Versorgungszuständigkeit der Spitalsambulanzen allerdings – zumindest nach herrschender Meinung – auf einige wenige taxativ ausdrücklich aufgezählte Konstellationen beschränkt.

In Spitalsambulanzen sollen

- Leistungen der Ersten ärztlichen Hilfe erbracht werden,
- im Falle medizinischer Notwendigkeit ambulante Nachbehandlungen nach Spitalsaufenthalten durchgeführt werden,
- solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die dem Patienten außerhalb der Krankenanstalt in angemessener Entfernung nicht in geeigneter Weise zur Verfügung stehen (wobei einige Landes-Krankenanstaltengesetze dafür sogar eine Zuweisung durch einen niedergelassenen Arzt verlangen),
- sofern extramural nicht möglich über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung Befunde zur Vorbereitung eines stationären Aufenthaltes erhoben werden,
- Leistungen im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden erbracht werden, ebenso wie
- Leistungen im Zusammenhang mit klinischen Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten bzw. im Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung.

Abgesehen von einigen Spezialbereichen (Transplantationswesen, Fortpflanzungsmedizin, klinische Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten) gilt daher krankenanstaltenrechtlich prinzipiell, dass Spitalsambulanzen nur solche Leistungen erbringen sollen, die extramural nicht erbringbar sind. Dahinter steht ein für das österreichische Gesundheitssystem (so wie für das Gesundheitssystem anderer vergleichbarer europäischer Staaten) prägender Grundsatz: Ambulante Medizin soll primär wohnortnahe durch unternehmerisch tätige niedergelassene Ärzte und Zahnärzte angeboten werden, während öffentliche Krankenanstalten in erster Linie der Versorgung stationärer Patienten dienen und nur in Ausnahmefällen auch ambulante Leistungen erbringen sollten.

So weit die Theorie, die Realität sieht allerdings völlig anders aus. Studien aus der jüngeren Vergangenheit zeigen, dass in ganz Österreich ein außerordentlich hoher Anteil von ambulanten Leistungen in Spitalsambulanzen erbracht wird, der aus medizinischer Sicht genauso gut extramural in Ordinationen von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten erbringbar wäre (vergleiche dazu die Hinweise im Beitrag von *Schneider*, Literatur-Recherche und Abschätzung der Einsparpotenziale bei einer Zusammenlegung von Spitalsambulanzen und extramuralem (= niedergelassenem) Bereich, Abschnitt 3). Abgesehen davon, dass diese Entwicklung den Wünschen der Patienten entspricht, die, wie Umfragen bestätigen, die wohnortnahe Versorgung durch niedergelassene Ärzte bevorzugen, führt sie zu gesundheitspolitisch unerwünschten Ergebnissen. Die Spitalsambulanzen, die nicht darauf ausgerichtet sind, ambulante Routinefälle zu übernehmen, sind chronisch überlastet. Das führt zu Kritik von Seiten der Spitalsärzte, die ihre Verantwortung für die stationären Patienten aus Zeitmangel gefährdet sehen. Es gibt aber vor allem auch viel Kritik von Patienten, die mit zunehmenden Wartezeiten in übervollen Spitalsambulanzen konfrontiert sind und beklagen, dass das extramurale Angebot nicht ausreicht, um die benötigte ambulante Versorgung zu erhalten.

Für diese Misere werden vor allem zwei Gründe genannt:

- Zum einen zeigen Befragungen von Patienten, die Spitalsambulanzen aufsuchen, dass es teilweise am Bewusstsein mangelt, dass primär der extramurale Bereich in Anspruch genommen werden sollte. Für die Überlastung der Spitalsambulanzen wird daher die fehlende Patientenlenkung verantwortlich gemacht und auch zunehmend gesundheitspolitisch versucht, durch entsprechende Aufklärungsmaßnahmen Patienten zu motivieren, extramurale Versorgungsangebote zu nutzen. Diskutiert wird auch regelmäßig, zur Unterstützung der Patientenlenkung Selbstbehalte für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen einzubeheben. Allerdings scheuen die gesundheitspolitischen Verantwortungsträger vor einer derartigen Maßnahme derzeit zurück.
- Ein zweiter wesentlicher Grund für die Überlastung der Spitalsambulanzen wird darin gesehen, dass das extramurale Angebot unzureichend ist und daher Patienten, selbst wenn sie solche in Anspruch nehmen wollten, gezwungen sind, die Spitalsambulanzen aufzusuchen. Es gibt daher seit vielen Jahren politische Ankündigungen, den extramuralen Bereich zu stärken und auszubauen, um mehr wohnortnahe Versorgung sicherzustellen und die Spitalsambulanzen zu entlasten. Dass diese Versuche bislang weitgehend gescheitert sind, wird vor allem dem Finanzierungssystem angelastet.

Das österreichische Gesundheitssystem wird, genauso wie in allen Staaten mit „Bismarck-System“ – also mit gesetzlich eingerichteten Krankenversicherungen – dual finanziert. Das heißt, dass die öffentliche Finanzierung einerseits über gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherungsbeiträge und andererseits über Steuermittel sichergestellt wird. Dabei ist allerdings zu unterscheiden: Das extramurale Leistungsangebot und damit auch die niedergelassenen Kassenärzte werden fast ausschließlich von den Krankenkassen finanziert, weshalb auch eine Dynamik des Leistungsangebotes und damit ein Ausbau des extramuralen Bereiches zu Lasten der Krankenkassen geht. Demgegenüber erfolgt die Finanzierung des intramuralen Sektors, also der Spitalsaufenthalte, traditionell gemeinsam durch Krankenkasse und Länder. Das gilt sowohl für stationäre Aufenthalte als auch für Leistungen, die in den Spitalsambulanzen erbracht werden. In unserem Zusammenhang relevant ist aber vor allem, dass seit der Einführung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems die Zahlungen der Krankenversicherungsträger zur Anstaltspflege pauschaliert sind (dazu kommt, dass sie mit den Einnahmensteigerungen der Kassen fix valorisiert werden, unabhängig davon, in welchem Ausmaß sich die Spitalskosten erhöhen). Das bedeutet also, dass die Dynamik der Kostenentwicklung im Spitalbereich und damit auch im Bereich der Spitalsambulanzen zu Lasten der Länder geht. Oder anders ausgedrückt: Ein Ausbau des extramuralen Bereiches belastet ausschließlich die Krankenkassen, der Ausbau der Spitalsambulanzen im Wesentlichen die Länder. Das Bild wird dadurch abgerundet, dass die meisten Patienten in öffentlichen Krankenanstalten versorgt werden, denen gesetzlich eine Aufnahmepflicht aufgetragen ist. Ist daher der extramurale Bereich ungenügend ausgebaut und kann mit dem Bedarf an ambulanten Leistungen nicht mithalten, landen die Patienten in der Spitalsambulanz, deren Leistungszuwachs wegen des pauschalierten Kassenbeitrages an den Ländern hängen bleibt. Umgekehrt bringt der Ausbau der extramuralen Ressourcen, insbesondere des kassenärztlichen Stellenplans, den Krankenversicherungsträgern im Hinblick auf den Pauschalcharakter ihrer Spitalszahlungen keine Ersparnis, sondern nur zusätzliche Kosten. Die immer wieder beschworene Formel „Geld folgt Leistung“ greift daher in der Systemrealität nicht, was den Ausbau des extramuralen Bereiches entscheidend behindert. Versuche, diese Abschottung der Finanzierung des intra- gegenüber dem extramuralen Bereiches zu überwinden, gibt es zwar in der jüngeren Vergangenheit zuhauf. Sie waren aber immer darauf ausgelegt, dass die Finanziere, also die Länder und die Krankenversicherungsträger, einen Konsens über die Mittelverschiebung erzielen, was – wenig überraschend – kaum Früchte getragen hat.

Leistungserbringer:	Finanzierung aus:	Kostendynamik zu Lasten von:
Spitäler stationär	<ul style="list-style-type: none"> - Steuermittel - Pauschalierte SV-Beiträge - Leistungen aus privater KV - Selbstbehalte - Eigenanteil Rechtsträger 	Bundesländer, weil SV-Leistungen pauschaliert
Spitalsambulanzen		
Niedergelassene Kassenärzte (FÄ + AM)	<ul style="list-style-type: none"> - SV-Beiträgen - Selbstbehalte 	SV-Träger
Ambulatorien mit Kassenvertrag		
Privatärzte (FÄ + AM – tw. Kostenrückerersatz)		

Abb. 1: Derzeitige Finanzierungsstruktur

2. Naheliegend, aber keine Lösung – Finanzierung aus einer Hand

Der wohl unstrittige Befund, dass das derzeitige Finanzierungssystem Mittelverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich in der Praxis nicht gerade begünstigt, führt bei allen, die sich damit befassen, zunächst geradezu intuitiv zum auf den ersten Blick auch nicht unplausiblen Lösungsvorschlag der Finanzierung aus einer Hand. Würde das gesamte intra- und extramurale Gesundheitssystem aus einer Hand finanziert werden, so das Kalkül, dann würde sich der Finanzier genau überlegen, ob die Leistung kostengünstiger extra- oder intramural erbracht werden kann. Er würde, was derzeit nicht der Fall ist, sehr genau den Kostenaufwand im spitalsambulanten Bereich messen und mit dem Kostenaufwand bei der extramuralen Leistungserbringung vergleichen und würde sich dann – hoffentlich auch noch unter Berücksichtigung des Patientenwunsches nach möglichst wohnortnaher Versorgung – überlegen, wo die Leistung am vernünftigsten erbracht werden könnte. Dieser einzige Finanzier in einem monistischen Finanzierungssystem hätte es dann wahrscheinlich auch in der Hand, seine Planungsüberlegungen umzusetzen und damit die Leistungserbringung am „Best Point of Service“ sicherzustellen.

Dieses auf den ersten Blick natürlich logische Modell trifft allerdings auf entscheidende Vorbehalte, die trotz der schon jahrzehntelangen Propagierung der Finanzierung aus einer Hand dazu geführt haben, dass das Finanzierungssystem immer noch dual aufgebaut ist. Abgesehen davon, dass möglicherweise bisher auch politische Machtfragen die Finanzierung aus einer Hand verhindert haben, gibt es schlagende sachliche Gegenargumente. Wünscht man sich nämlich eine Finanzierung aus einer Hand, dann muss auch die Frage beantwortet werden, wer diese eine Hand sein soll, die für die gesamte intra- und extramurale Finanzierung zuständig ist.

In Frage kommt dafür der Staat, also bei Beibehaltung der bisherigen österreichischen Rollenverteilung, die Länder, die die Kompetenz erhalten könnten, intra- und extramuralen Bereich zu finanzieren. Oder anders ausgedrückt: In diesem Fall würde das derzeitige Finanzierungssystem „Bismarck’scher Prägung“ in ein verstaatlichtes Gesundheitssystem umgewandelt, wie wir es durchaus in einer großen Anzahl von europäischen Staaten vorfinden. Die Erfahrung zeigt aber eindeutig, dass verstaatlichte Gesundheitssysteme – wahrscheinlich wegen der Konkurrenz mit anderen vom Staat zu finanzierenden Gemeingütern – viel deut-

licher unter Unterfinanzierung leiden als Systeme, in denen Krankenkassen eingerichtet werden, die gemeinsam mit dem Staat (also im Rahmen eines dualen Finanzierungssystems) für die Kosten der Gesundheitsleistungen aufkommen. Alle diesbezüglichen Untersuchungen kommen daher zum selben Ergebnis: Verstaatlichte Gesundheitssysteme leiden noch viel mehr als Bismarck-Systeme mit Krankenkassen unter Ressourcendefiziten und Wartezeiten und zeigen eine signifikant niedrigere Patientenzufriedenheit. Es ist daher kaum zu erwarten, dass ein verstaatlichtes Gesundheitssystem in Österreich auf Akzeptanz der Bevölkerung hoffen könnte.

Die zweite Variante wäre, die Finanzierung zur Gänze den Krankenkassen zu übertragen (ein derartiges Finanzierungssystem besteht derzeit in Europa nicht). Dabei wird davon auszugehen sein, dass die Belastung mit Sozialversicherungsbeiträgen, also Lohnnebenkosten, kaum gesteigert werden kann. Krankenkassen, die die Gesamtfinanzierung aller Gesundheitsleistungen übernehmen müssten, wären daher in einem erheblichen Ausmaß von Steuersubventionen abhängig und damit wieder von den Prioritäten, die der Staat bei der Verteilung von Steuermitteln auf alle von ihm zu finanzierenden öffentlichen Güter setzen muss. Mehr noch: Da Versorgungsdefizite in einem solchen System wahrscheinlich zunächst nicht dem Staat, sondern den Kassen vorgeworfen würden, wäre zu erwarten, dass eine Unterdotierung des Gesundheitssystems politisch noch leichter fällt als in verstaatlichten Systemen. Dazu kommt, dass bei einer subventionsgestützten Finanzierung über die Kassen wahrscheinlich am ehesten ein Gesamtpauschalbetrag für die Finanzierung des Gesundheitssystems durchsetzbar wäre. Damit wäre aber genau das Gegenteil von dem erreicht, was die Befürworter der Finanzierung aus einer Hand eigentlich anstreben: Der extramurale Bereich käme unter die Räder. Eine pauschale Gesamtfinanzierung des intra- und extramuralen Bereiches würde wohl dazu führen, dass die sicher knappen Mittel primär für die Spitalsfinanzierung verwendet würden, wo die Mehrzahl der akuten vitalen Behandlungen stattfindet und kostenintensive medizinische Neuerungen angeboten werden, während der extramurale Bereich mit dem Rest abgefunden und damit ausgedünnt würde.

Das Mantra der Finanzierung aus einer Hand ist daher nur auf den ersten Blick überzeugend. Denkt man es zu Ende, würde es unweigerlich dazu führen, dass Ausgabenlimits bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen wesentlich leichter als derzeit durchgesetzt werden könnten und damit auch realpolitisch zu erwarten sind. Es ist daher wenig überraschend, dass die aus einer Hand finanzierten europäischen Gesundheitssysteme, nämlich die Beveridge-Systeme (mit verstaatlichtem Gesundheitssystem) durchwegs wesentlich schlechter dotiert sind als Bismarck-Systeme mit Krankenkassen und damit dualer Finanzierung.

3. Das Konzept der Ärztekammern

Die Ärztekammern haben schon vor Jahren ein Modell beschlossen, mit dem versucht wird, die finanzielle Barriere zwischen Spitalsambulanten Leistungen und niedergelassenen Kassenärzten, insbesondere Kassenfachärzten, zu beseitigen, ohne die oben beschriebenen Nachteile des Konzepts der Finanzierung aus einer Hand in Kauf nehmen zu müssen.

Dieses Konzept geht, um die Vorteile der „Bismarck-Konzeption“ des österreichischen Finanzierungssystems nicht zu verlieren, weiterhin von einer dualen Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen und den Steuerzahler aus. Im Unterschied zum derzeitigen Modell wird aber vorgeschlagen, den gesamten ambulanten Bereich, also sowohl die Leistungen der Spitalsambulanzen als auch die Leistungen der niedergelassenen Kassenärzte aus einer Hand, konkret durch die Krankenkassen, zu finanzieren.

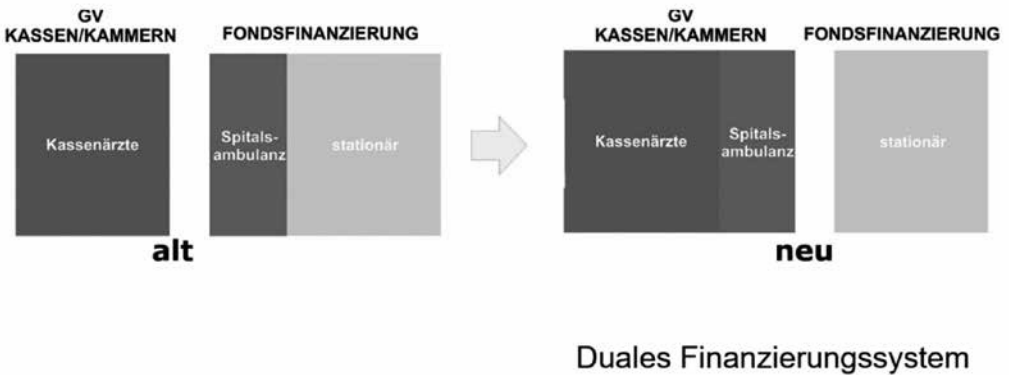


Abb. 2: Ärztekammer-Konzept

Diese Idee ist keineswegs neu, sondern hat sich in anderen Staaten vergleichsweise bewährt. Im Prinzip kennzeichnet das Prinzip der Finanzierung aller ambulanten Leistungen durch eine Hand zumindest die Grundstruktur des Finanzierungssystems in Deutschland. In Deutschland, wo die Finanzierung und Steuerung der ambulanten Leistungen bei den kassenärztlichen Vereinigungen liegt, vergüten diese nicht nur die Kassenleistungen der niedergelassenen Ärzte, sondern kaufen, sofern sie dies medizinisch oder strukturell für notwendig erachten, extramural nicht erbringbare Leistungen bei in den Spitalsambulanzen tätigen Spitalsärzten zu. Empirisch kann man jedenfalls feststellen, dass dieses System der Finanzierung aller Leistungen aus einer Hand dazu geführt hat, dass in Deutschland deutlich weniger Leistungen in Spitalsambulanzen erbracht werden als in Österreich (siehe dazu den Artikel von Greiling, Ansätze zur Verzahnung von intramuraler und extramuraler Krankenversorgung in Deutschland: Erfahrungen und eine kritische Einschätzung, Abschnitt 4).

Diese Konsequenz ist wenig erstaunlich. In Deutschland wurde die Steuerungsverantwortung für ambulante Leistungen zumindest grundsätzlich den Kassenärztlichen Vereinigungen in den einzelnen Bundesländern übertragen. Diese Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften öffentlichen Rechts, die aus den im jeweiligen Bundesland tätigen Kassenärzten bestehen. Diese haben naturgemäß ein Interesse, möglichst viele Leistungen extramural zu finanzieren, sind aber gleichzeitig daran interessiert, völlig unwirtschaftlichen Aufwand zu vermeiden und diesfalls ausnahmsweise Ärzte in den Spitalsambulanzen unter Vertrag zu nehmen.

Eine ähnliche Entwicklung wäre in Österreich erwartbar. Sie würde allerdings voraussetzen, dass – so wie bisher – das Kassensystem nicht ausschließlich von den Kassen, sondern über den Weg des sogenannten Gesamtvertrages paritätisch gemeinsam durch Krankenkasse und Ärztekammer gesteuert wird. Natürlich müsste diese gemeinsame Steuerung des Kassenbereiches, die das österreichische Kassensystem seit Einführung des ASVG geprägt hat, auch dann weiterhin aufrecht bleiben, wenn der gesamte ambulante Bereich über die Kassen finanziert werden würde. Das System ist letztlich auch alternativlos. Die Alternativen, die in den anderen europäischen Staaten mit „Bismarck-Systemen“ bestehen, kommen für Österreich wohl nicht in Frage. Das deutsche System der praktisch gänzlichen Übertragung der Steuerung des ambulanten Systems an die Ärzte selbst (im Wege der Kassenärztlichen Vereinigungen) ist wohl ebenso wenig konsensfähig wie das in den Benelux-Staaten vorgesehene Geldleistungssystem (wo zwar die Steuerung bei den Kassen bleibt, die Ärzte aber prinzipiell ihre Honorare mit den Patienten direkt abrechnen können, vergleichbar unserem Wahlarztssystem).

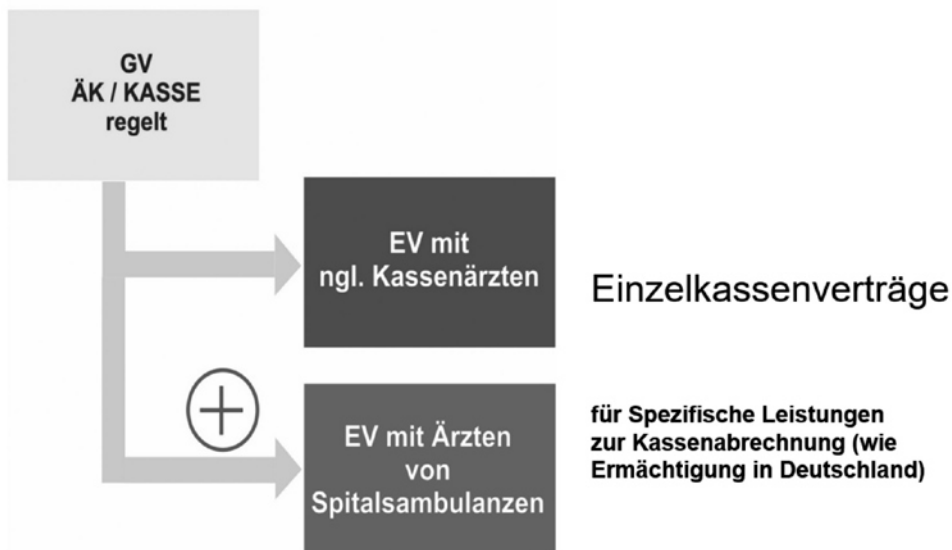


Abb. 3: Verhältnis Gesamtvertrag (GV) zu Einzelvertrag (EV)

Genauso wie bei den deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen wäre wohl auch in Österreich zu erwarten, dass eine Steuerung der ambulanten Leistungen im gesamtvertraglich hergestellten Konsens zwischen Krankenkassen und Ärztekammern zu einem Ausbau des extramuralen Bereiches führen würde, ohne allerdings das Prinzip des Best Point Of Service zu verlassen. Im Endergebnis hätten nämlich beide Partner des Systems dieselben Anreize. Die Krankenversicherungsträger haben, um die Erwartungshaltung ihrer Versicherten zu befriedigen, den Druck, wohnortnahe Betreuung anzubieten und damit den extramuralen Bereich auszubauen, gleichzeitig aber den wirtschaftlichen Zwang, Leistungen, die extramural nur ineffizient erbracht werden können, bei den Ärzten in den Spitalsambulanzen zuzukaufen. Nicht anders verhält es sich bei den Ärztekammern. Auch innerhalb der Kammern besteht, sowohl von Seiten der niedergelassenen als auch von Seiten der angestellten Ärzte, die Forderung, den extramuralen Bereich auszubauen und die Spitalsambulanzen zu entlasten, um die Spitalsärzte für die als ihre zentrale Aufgabe empfundene stationäre Versorgung freizuspielen. Gleichzeitig haben natürlich auch die Ärztekammern kein Interesse an Ineffizienzen, weil unnötig aufwändige Leistungen dazu führen, dass sie das Honorarpotential der Ärzteschaft schmälern. Beide Seiten hätten daher ein natürliches Interesse daran, ambulante Leistungen am Best Point of Service anzubieten, wenn auch mit der aus Patientensicht sinnvollen Einschränkung, dass im Zweifel eher einer wohnortnahen und damit extramuralen Versorgung der Vorzug gegeben würde.

Von Seiten der Ärztekammern wird daher seit Jahren vorgeschlagen, das duale Finanzierungssystem zu belassen, allerdings den gesamten ambulanten Bereich durch die Krankenkassen zu finanzieren und der Steuerung durch den paritätischen Gesamtvertrag zwischen Ärztekammern und Krankenkassen zu überantworten. Im Rahmen dieser paritätischen Steuerung würden dann wie bisher Einzelverträge mit niedergelassenen Kassenärzten (bzw. Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten) abgeschlossen werden, darüber hinaus aber neu auch (Teil-)Kassenverträge mit Ärzten in den Spitalsambulanzen zur Sicherstellung und Erbringung jener Leistungen, die extramural aus fachlichen oder infrastrukturellen Gründen nicht sinnvoll erbringbar sind.

Dieses System hätte den Vorteil, dass es die Barriere zwischen der Finanzierung der Spitalsambulanzen und der niedergelassenen Kassenärzte überwinden würde und damit zwischen jenen Anbietern, die schon derzeit eine große Schnittmenge beim Leistungsangebot aufweisen. Gleichzeitig müsste das duale Finanzierungssystem, wie es auch in den anderen Staaten mit Krankenkassen besteht, nicht aufgegeben werden und es wäre damit eine – sonst drohende – Verstaatlichung der Gesundheitsversorgung vermieden.

4. Gegenargumente

Gegen das hier vorgestellte Modell wurden in der Vergangenheit einige Einwände geäußert, die allerdings nicht zutreffend sind.

Zum einen wurde darauf hingewiesen, dass die Krankenversicherungsträger derzeit nur geschätzt ein Drittel der Kosten der Spitalsambulanzen bezahlen und finanziell gar nicht in der Lage wären, die Gesamtkosten zu übernehmen. Dieser Einwand ist natürlich insofern richtig, als die Übernahme der Gesamtfinanzierung für den ambulanten Bereich durch die Krankenversicherungsträger nur möglich ist, wenn diesen auch die entsprechenden finanziellen Mittel zur Verfügung stehen. Technisch scheint dieses Problem allerdings einfach lösbar. Die Krankenversicherungsträger bezahlen derzeit ihren Anteil an der Spitalsfinanzierung durch Pauschalbeträge, getrennt für ambulante und stationäre Leistungen, an den bundesländerweise eingerichteten Landesgesundheitsfonds. Administrativ lösbar wäre daher die Abdeckung des zusätzlichen Finanzbedarfs relativ einfach. Wenn errechnet ist, welchen Finanzierungsbedarf die Übernahme der Gesamtfinanzierung für die Spitalsambulanzen durch die Krankenversicherungsträger auslöst, müsste dieser Betrag von der Pauschalzahlung der Krankenversicherungsträger für stationäre Aufenthalte abgezogen werden. Im Ergebnis käme es daher zu einer kostenneutralen Umschichtung. Was sich die Spitäler an Ambulanzaufwand ersparen würden, würden sie beim Finanzierungsbeitrag für den stationären Bereich verlieren.

Eingewendet wurde ferner, dass mit diesem Modell ein weiteres essentielles Problem für den Ausbau des extramuralen Bereiches bestehen bleibt. Der Zuwachs an Sozialversicherungsbeiträgen und damit der Spielraum, den die Krankenversicherungsträger für den Ausbau des extramuralen Sektors haben, ist an die Entwicklung der Beitragsgrundlagen, also an die Einkommensentwicklung der Versicherten, gekoppelt. Diese Entwicklung läuft aber natürlich nicht parallel zum Anstieg des Bedarfes an extramuralen Leistungen, der einerseits von der Morbidität der Versicherten abhängt, andererseits aber auch sehr vom medizinischen Fortschritt, der es möglich macht, vorher nur stationär erbringbare Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben. Eine bedarfsgerechte Mittelverschiebung ist zwar derzeit schon in den einschlägigen Gliedstaatsverträgen zur Finanzierung des Gesundheitssystems vorgesehen, allerdings völlig zahnlos, weil dort nur das Gebot verankert ist, bei Leistungsverchiebungen Verhandlungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Ländern aufzunehmen, diese aber kaum jemals nennenswerte Ergebnisse erbracht haben. Notwendig wäre daher ein wirksamer automatischer Ausgleichsmechanismus. Ein solcher

könnte darin bestehen, dass bei Ausweitung des Leistungsumfanges im ambulanten Bereich eine automatische Reduktion der Fondsfinanzierung durch die Krankenversicherungsträger nach fixen festgelegten Parametern greift und damit wieder der finanzielle Handlungsspielraum der Krankenversicherungsträger zur Finanzierung des extramuralen Bereiches erweitert wird.

Argumentiert wird auch, dass die Wahl des Best Point of Service dadurch verzerrt werden könnte, dass in den Spitalsambulanzen die Infrastruktur, die auch für stationäre Patienten genutzt wird, zu einem zu günstigen Preis beschaffbar wäre. Abgesehen davon, dass es damit bei öffentlichen, aus staatlichen Mitteln unterstützten Krankenanstalten zu rechtlichen Problemen mit dem Beihilferecht der Europäischen Union käme, wäre diese Konsequenz natürlich auch nicht im Sinne des Modelles. Durch das Modell soll es natürlich nicht zu einer künstlichen Kostenverschiebung zu Lasten der für die stationäre Versorgung hauptverantwortlichen Länder kommen. Es ist zwar kaum zu erwarten, dass die Spitals-Rechtsträger, die im Hinblick auf die gesetzlich vorgesehene Abgangsdeckung der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung unterliegen, ihre Infrastruktur den in den Spitalsambulanzen unter Vertrag genommenen Spitalsärzten zu unangemessen niedrigen Preisen zur Verfügung stellen. Um hier aber Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, wäre es wohl am sinnvollsten, den Einzelvertrag über spitalsambulante Leistungen zu splitten. Denkbar wäre, schon im Gesamtvertrag (wie dies durchaus bei einigen diagnostischen Positionen auch derzeit bereits geschieht) zwischen ärztlichem Honorar und Sachaufwand zu unterscheiden bzw. dann den angemessenen Sachaufwand direkt den Rechtsträgern zu vergüten.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass in Österreich öffentliche Krankenanstalten im Rahmen der Sonderklasse auch Privatpatienten behandeln können und dass diese Einnahmen für öffentliche Krankenanstalten von durchaus beachtlicher Relevanz sind. Die privaten Krankenversicherungen sind daher auch bereit, Leistungen, die aufgrund des medizinischen Fortschrittes nicht mehr stationär erbracht werden müssen, weiterhin zu bezahlen. So gibt es etwa einen immer größer werdenden Katalog von tagesklinischen Operationen, die mit der Privatversicherung abgerechnet werden können, aber auch abrechenbare internistische Leistungen (z.B. die Chemotherapie für onkologische Patienten). Natürlich soll das Finanzierungsmodell diese schon bestehenden Einkunftsöglichkeiten der Krankenanstalten nicht gefährden, weshalb auch bei der Erbringung von spitalsambulantem Leistungen Zuzahlungen durch Privatversicherungen weiterhin möglich sein müssten.

Skeptiker des Ärztekammer-Modells befürchten schließlich, dass dann, wenn die Finanzierungsgrenze nicht mehr zwischen intra- und extramural verläuft,

sondern in die Krankenanstalt „hineinverschoben“ wird, unkontrollierbare Leistungsverschiebungen in Richtung Spitalsambulanz entstünden, um den Abgang aus dem stationären Bereich zu reduzieren. Natürlich wäre auch dies eine völlig unerwünschte Konsequenz, die die Intention der Stärkung des ambulanten extramuralen Bereiches konterkarieren würde. Notwendig wäre daher tatsächlich eine genaue Leistungsabgrenzung bei den Finanzierungszuständigkeiten. So wäre es wahrscheinlich sinnvoll, tagesklinische Leistungen weiterhin aus den für den stationären Bereich gewidmeten Finanzmitteln zu vergüten. Lösbar scheint diese Problematik, indem natürlich nicht nur kalkuliert werden müsste, welchen zusätzlichen Finanzbedarf die Kassen hätten, sondern gleichzeitig auch exakt zu definieren wäre, welche Leistungsarten von den Kassen im Rahmen der ambulanten Finanzierung übernommen werden müssen und welche – allenfalls auch ambulanten Leistungen – weiterhin aus dem prinzipiell nur mehr für den stationären Bereich gedachten Finanzierungstopf der Landesgesundheitsfonds zu vergüten sind.

5. Zusammenfassung

1. Das Ärztekammer-Konzept versucht, bei Aufrechterhaltung der Vorteile der in allen Staaten mit Krankenkassen vorgesehenen dualen Finanzierung von Gesundheitsleistungen das Potential für den Ausbau des extramuralen Bereiches und die Entlastung der Spitalsambulanzen auszuschöpfen.
2. Damit die Erbringung von ambulanten Leistungen am Best Point of Service nicht an der Konkurrenz der Finanziers scheitert, wird vorgeschlagen, den gesamten ambulanten Sektor, also nicht nur die Leistungen der niedergelassenen Ärzte, sondern auch spitalsambulante Leistungen aus einer Hand zu finanzieren.
3. Die Finanzierung des gesamten ambulanten Sektors soll – so wie bisher die Finanzierung des extramuralen Bereiches – durch die Krankenversicherungsträger erfolgen. Um diesen auch die dafür benötigten Mittel zu verschaffen, sollte der Finanzierungsanteil der Krankenversicherungsträger am Aufwand für stationäre Krankenbehandlungen kostenneutral reduziert werden.
4. Die Einbindung der Leistungserbringer, insbesondere der Ärzte, ist grundsätzlich auf drei verschiedenen Wegen möglich, die alle in den europäischen Staaten mit „Bismarck-System“, also mit gesetzlichen Krankenkassen, vorkommen. Denkbar wäre wie in Deutschland die Pauschalhonorierung der Gesamtärzteschaft, die dann die Aufteilung des Gesamthonorars auf die einzelnen Leistungserbringer und damit auch weite Teile der Leistungssteuerung übernimmt. Denkbar wäre ein System wie in den Benelux-Staaten, wo – vergleichbar unserem Wahlarztssystem – grundsätzlich die Honorarbeziehung nur zwischen Arzt und Patienten besteht und die Kassen einen von ihnen festgelegten Rückersatz leisten. Und denkbar ist schließlich das in Österreich seit Jahrzehnten bestehende System der „sozialpartnerschaftlichen“ Steuerung des ambulanten Bereiches durch Gesamtverträge, die zwischen Krankenversicherungsträgern und Ärztekammern vereinbart werden. Da kaum vorstellbar ist, dass ein Konsens über eine Einführung von Kassenärztlichen Vereinigungen wie in Deutschland oder eines generellen Wahlarztsystems wie in den Benelux-Staaten bei uns erreichbar ist, besteht schon aus diesem Grund die Notwendigkeit, am bisherigen Gesamtvertragssystem festzuhalten. Das bedeutet im Zusammenhang mit dem Ärztekammer-Modell, dass die Steuerung und Honorierung des gesamten ambulanten Sektors (also im Modell nicht nur der in den kassenärztlichen Ordinationen, sondern auch in den Spitalsambulanzen erbrachten Leistungen) gesamtvertraglich zwischen Ärztekammern

und Krankenkassen geregelt werden müsste. Es wäre allerdings zu erwarten, dass beide Systempartner Interesse haben, das mit dem Modell angestrebte Ziel der Ambulanzentlastung und der Stärkung des extramuralen Bereiches zu erreichen. Die Krankenkassen stehen unter dem Druck ihrer Versicherten, Leistungen möglichst wohnortnahe anzubieten, haben aber umgekehrt aus wirtschaftlichen Gründen Interesse daran, extramural nicht zu vernünftigen wirtschaftlichen Bedingungen erbringbare Leistungen in Spitalsambulanzen zuzukaufen. Ebenso erwarten sowohl die Spitals- als auch die niedergelassenen Ärzte von ihren Ärztekammern, dass sie sich um Entlastung der Spitalsambulanzen und Ausbau des extramuralen Bereiches bemühen. Es kann daher mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das vorgeschlagene Modell tatsächlich dazu führen würde, in beträchtlichem Umfang Leistungen aus den Spitalsambulanzen in den extramuralen Bereich zu verlagern.