

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Geschäftsführung, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Überlegungen zu den Auswirkungen der Kassenfusion auf die Vertragspartner- verhandlungen für Kassenärzte

(Diese Überlegungen geben die persönliche Meinung des Autors wieder.)

1. Funktion der kassenärztlichen Vertragspartnerschaft	93
2. Honorarverhandlungen nach der Kassenfusion	96
3. Zustandekommen einer bundesweit einheitlichen Honorarordnung unwahrscheinlich	98
4. Bundesweit einheitlicher Stellenplan unwahrscheinlich	103
5. Einheitlicher Leistungskatalog	104
6. Strukturelle Weiterentwicklungen	105
7. Regionalisierung der Kassenverhandlungen	106
8. Zusammenfassung	109

1. Funktion der kassenärztlichen Vertragspartnerschaft

Die Geschichte der sozialen Krankenversicherung ist lang, und sie ist eine Erfolgsgeschichte. Vorbild für das österreichische System waren die Sozialversicherungsgesetze, die in Deutschland unter dem seinerzeitigen Reichskanzler Bismarck eingeführt wurden. In Österreich wurden gegen Ende des 19. Jahrhunderts gesetzlich Versicherungszweige geschaffen, die von selbstverwalteten Sozialversicherungsträgern administriert wurden, unter anderem eine soziale Krankenversicherung. Die soziale Krankenversicherung sollte und soll dafür sorgen, dass jeder Versicherte die notwendige Krankenbehandlung bekommt, unabhängig von seinen persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnissen.

Diese Zielsetzung konnte praktisch vollständig erreicht werden. Fast die gesamte Bevölkerung ist von der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst. Der Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei darauf gerichtet, die Versicherten mit einem möglichst lückenlosen Angebot an Gesundheitsleistungen zu versorgen. Zumindest im kurativen Bereich ist die gesetzliche Krankenversicherung zur Übernahme aller medizinisch notwendigen Leistungen verpflichtet. Gravierendere Ausnahmen bestehen allenfalls im zahnärztlich-prothetischen Bereich. Das ärztliche Leistungsspektrum ist hingegen ziemlich vollständig abgebildet, abgesehen davon, dass neue ambulante Leistungen vielfach zunächst nur in Spitalsambulanzen angeboten werden und es einige Zeit in Anspruch nehmen kann, bis diese Leistungen auch das von den Krankenkassen finanzierte Leistungsrepertoire der Kassenärzte erreichen.

Zu den Wesensmerkmalen der „Bismarck-Systeme“ (im Unterschied zu den komplett verstaatlichten Gesundheitssystemen) gehört, dass den gesetzlichen Krankenkassen freiberufliche, selbstständig in Ordinationen tätige Ärzte gegenüberstehen. Im Unterschied zu verstaatlichten Gesundheitssystemen ist es grundsätzlich nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, selbst medizinische Leistungen zu erbringen. Die Aufgabe der sozialen Krankenversicherung beschränkt sich auf eine „Bemühenspflicht“, freiberufliche Ärzte unter Vertrag zu nehmen und damit den Versicherten Zugang zu ambulanten ärztlichen Leistungen zu verschaffen, die in der Regel direkt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet werden.

Die Ausverhandlung der Vertragsinhalte des Kassenvertrages ist in den Staaten mit Bismarck-System unterschiedlich geregelt. In Österreich setzt das ASVG seit der Stammfassung auf einen sozialpartnerschaftlichen Prozess. Sowohl die Ver-

teilung und Auswahl der Kassenärzte als auch deren Arbeitsbedingungen, insbesondere die Honorarordnungen, werden zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der zuständigen Ärztekammer im Rahmen eines im ASVG so bezeichneten „Gesamtvertrages“ vereinbart. In Österreich gibt es kein System der Zwangsschlichtung. Kommt es nicht zu einer Einigung zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer, entsteht ein gesamtvertragsloser Zustand, in dem die Versicherten nur noch Wahlärzte vorfinden, die sie aus eigener Tasche bezahlen müssen und erst in weiterer Folge einen (in der Regel teilweisen) Rückersatz von ihrer Krankenkasse erlangen können.

Der Gesetzgeber wollte damit ein System schaffen, das die Verhandlungspartner auf Augenhöhe bringt. Die Augenhöhe hat deshalb große Bedeutung, weil den Ärzten mit der gesetzlichen Krankenversicherung ein Monopolist gegenübersteht. Es bestand daher zu Recht die Befürchtung, dass dieser Monopolist unangemessene Vertragsbedingungen erzwingen könnte. Eine derartige Konsequenz war nicht nur für die Ärzteschaft unzumutbar, sondern hätte auch unerwünschte Auswirkungen auf die extramurale Versorgung der Bevölkerung gehabt. Nur wenn die Ärzteschaft im Kassensystem akzeptable Vertragsbedingungen vorfindet, kann damit gerechnet werden, dass sie auch in genügender Anzahl in diesem System tätig wird. Dazu kommt, dass die Kassenärzte den Krankenkassen das Investitionsrisiko abnehmen, indem sie sich selbst auf eigene Kosten um die Errichtung der notwendigen Infrastruktur kümmern. Schlechtere Arbeitsbedingungen, insbesondere unzulängliche Tarife, haben daher unmittelbare Auswirkungen auf die Ordinationsinvestitionen und damit auf das der Bevölkerung zur Verfügung stehende Leistungsangebot.

Das Kalkül des Gesetzgebers ist über Jahrzehnte aufgegangen. Seit mehr als 50 Jahren gab es keinen vertragslosen Zustand. Die Versorgung mit Kassenärzten funktionierte trotz aller Systemschwächen. Über viele Jahre hinweg war es letztlich immer möglich, für offene Kassenstellen Ärzte zu finden, die dazu bereit waren, im Rahmen des Kassensystems ihre Leistungen zu erbringen. In Umfragen bestätigte sich wiederholt, dass die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der ärztlichen Versorgung auch im extramuralen Bereich sehr hoch war.

Trotz dieser im internationalen Vergleich sehr hohen Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung wurde 2018 eine radikale Krankenversicherungsreform durchgesetzt. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde der weitaus größte Teil der Bevölkerung, nämlich alle unselbstständig Beschäftigten, über die länderspezifisch organisierten Gebietskrankenkassen versichert. Lediglich für selbstständige Unternehmer, Landwirte und öffentlich Bedienstete bzw. Beschäftigte im Bereich Eisenbahn und Bergbau gab es bundesweite Sondersicherungsträger. Mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz BGBl I 2018/100 kam es zu weitgehenden Fusio-

nierungen der Krankenkassen. Die neun Gebietskrankenkassen und alle Betriebskrankenkassen wurden aufgelöst und in der ÖGK zusammengefasst. Außerdem wurden die BVA und die VAEB zur BVAEB fusioniert und die SVA und die SVB in die gemeinsame SVS überführt.

Erklärtes Ziel der Reform war es, durch Synergiegewinne innerhalb von 5 Jahren 1 Milliarde € einzusparen, die in die Verbesserung der medizinischen Versorgung reinvestiert werden sollte. Ziel war es auch, das Kassensystem für die Leistungserbringer attraktiver zu machen und die Versorgung der Bevölkerung mit Kassenärzten zu verbessern. Klar ist mittlerweile, dass keines dieser Ziele erreicht werden konnte. Die Kassenfusion hat nicht zu Einsparungen, sondern zu Mehrausgaben bei den Kassen geführt. Noch nie waren in Österreich so viele Kassenstellen unbesetzt wie heute und noch nie waren die Wartezeiten bei Kassenärzten so lange wie nach der Kassenfusion. Die Unzufriedenheit mit den Krankenkassen ist daher sowohl bei den Versicherten als auch bei den Ärzten deutlich angestiegen.

2. Honorarverhandlungen nach der Kassenfusion

Aber auch die über Jahre bewährte Vertragspartnerschaft zwischen Kassen und Ärztekammern hat unter der Kassenfusion gelitten.

§ 718 Abs. 6 ASVG enthält eine Übergangsregelung für die bestehenden Kassengesamtverträge. Nach dieser Bestimmung gelten die mit Einführung der Kassenfusion, also zum 1.1.2020 bestehenden und mit den Landesärztekammern abgeschlossenen regionalen Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen weiter, bis ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag zwischen ÖÄK und ÖGK zustande kommt. Bis zum Abschluss eines bundeseinheitlichen Gesamtvertrages liegt die Kompetenz für die Weiterentwicklung der regionalen Gesamtverträge (sowohl hinsichtlich der Honorarordnung als auch bezüglich struktureller Änderungen wie etwa die Erweiterung des Leistungsspektrums der Kassenärzte) in der Verhandlungskompetenz der Landesärztekammern. Die Landesärztekammern können auch autonom ihren regionalen Gesamtvertrag kündigen und bleiben in diesem Fall für den Neuabschluss eines regionalen Gesamtvertrages zuständig, solange es keinen bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag gibt. Aber selbst für den Fall, dass jemals ein bundesweit einheitlicher Gesamtvertrag zustande kommen sollte, können davon ausgesparte Vertragsinhalte weiterhin regional geregelt werden, etwa der kassenärztliche Stellenplan oder die Honorarordnung.

Bis es einen vollständigen bundesweiten Gesamtvertrag für die ÖGK gibt, liegt daher das Verhandlungsmandat auf der Ärzteseite bei den Landesärztekammern. Demgegenüber ist auf Kassenseite die regionale Autonomie zumindest de iure weggefallen. Die Landesgeschäftsstellen können nur in dem Rahmen tätig werden, in dem sie von der Zentrale dazu ermächtigt werden.

In der Praxis der ersten Verhandlungsrunden nach der Kassenfusion hat sich bereits die gesamte Schärfe dieses Dilemmas gezeigt. Es gab – zumindest bisher – kein zentrales einheitliches Verhandlungsteam auf Seiten der ÖGK, das in der Lage gewesen wäre, in allen neun Bundesländern die Honorarverhandlungen zu führen. Den Verhandlungsteams der Ärzteseite standen daher Verhandler der ÖGK-Landesgeschäftsstelle gegenüber, die praktisch über kein Pouvoir verfügten. Nachvollziehbarerweise ist es für die Ärzteschaft auf Dauer nicht akzeptabel, mit Vertretern der Kasse verhandeln zu müssen, die selbst keinen Verhandlungsspielraum haben und die im Rahmen der Verhandlungen nur ausrichten können,

welche Tarifvalorisierung sich die zentralen Entscheidungsgremien der ÖGK vorstellen können.

Dieser geradezu kafkaeske Verhandlungsprozess widerspricht völlig dem sozialpartnerschaftlichen Konzept des Vertragspartnerrechtes im ASVG. Das ASVG geht davon aus, dass sich die „Sozialpartner“ im Verhandlungsweg auf einen Kompromiss einigen. Gespräche, bei denen nur eine Seite ein Verhandlungspouvoir hat, während die andere Seite nur wiedergeben kann, welchen Standpunkt die bei den Verhandlungen gar nicht auftretende Zentrale einnimmt, haben aber mit echten Verhandlungen nichts mehr zu tun. Es ist nicht zu erwarten, dass sich die Ärzteschaft auf Dauer eine derartige Verhandlungssituation gefallen lassen wird. Wenn es nicht mehr möglich ist, auf Augenhöhe zwischen den Entscheidungsträgern einen Kompromiss auszuverhandeln, führt sich das Vertragspartnersystem ad absurdum.

3. Zustandekommen einer bundesweit einheitlichen Honorarordnung unwahrscheinlich

Ein Verhandlungsablauf, bei dem eine gar nicht am Verhandlungstisch sitzende Zentrale der Gegenseite das Verhandlungsergebnis apodiktisch vorgibt, würde von keiner organisierten Berufsgruppe akzeptiert werden und wird auf Dauer mit Sicherheit auch nicht von der Ärzteschaft akzeptiert werden können. Die Alternative könnte natürlich darin bestehen, auf bundesweite Verhandlungen zu setzen. Zu solchen wäre die Kassenseite wohl bereit und imstande. Es steht außer Frage, dass es ein Ziel des SV-OG war, im Zuge der Kassenfusion auch österreichweit einheitliche Tarife für die Kassenärzte der ÖGK zu erreichen.

In der Realität ist es aber kaum vorstellbar, dass es, selbst bei mittelfristiger Perspektive, zu einem bundeseinheitlichen Tarif bzw. zu bundeseinheitlichen Abrechnungsbedingungen kommt.

Die Honorarordnungen beschränken sich nicht auf die Festsetzung von Leistungstarifen, sondern sind ein über viele Jahrzehnte gewachsenes und sehr komplexes Gefüge. Das beginnt damit, dass Leistungen, die in einzelnen Honorarordnungen gebündelt sind, in anderen Bundesländern in differenzierte Leistungspositionen aufgespalten sind. Es gibt in allen Honorarordnungen in mehr oder minder großem Ausmaß Positionslimitierungen, die die Verrechenbarkeit einzelner Leistungen entweder mit einer fixen Höchstanzahl oder mit einem Prozentsatz der Patienten begrenzen. Und es gibt, vor allem bei den diagnostischen Fächern, Degressionen, mit denen einerseits sinkende Grenzkosten abgebildet werden sollen, andererseits aber auch ein Steuerungseffekt beabsichtigt ist, um eine entsprechende Verteilung der Patientenströme und damit auch der Honorarsumme zu erreichen. Diese begleitenden und von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlichen Honorarbedingungen machen es äußerst schwierig, die Tarife der unterschiedlichen Honorarordnung überhaupt zu vergleichen.

Faktum ist, dass sich die reinen Tarifansätze einzelner Leistungspositionen zwischen den Bundesländern zum Teil deutlich unterscheiden. Diese Unterschiede in den Tarifen sind wesentlich stärker als die tatsächlichen Umsatzunterschiede der Kassenärzte. Das hängt wiederum damit zusammen, dass aus verschiedenen Gründen über Jahrzehnte hinweg in den Bundesländern unterschiedliche Tarifschwerpunkte gesetzt wurden. Hintergrund dafür konnten zweifellos auch stan-

despolitische Gründe sein. Im Vordergrund stand bei diesen unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen aber natürlich immer die gemeinsam mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse verfolgte Strategie der regionalen extramuralen Patientenversorgung. Mit unterschiedlichen Tarifsätzen sind auch bewusste Leistungsanreize verbunden. Das diesen Anreizen zugrundeliegende Steuerungsziel ist in städtischen Regionen anders als in ländlich geprägten Regionen. Es kann auch unterschiedlich sein, je nachdem, wie die Versorgungskette zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten aufgebaut ist. Die Steuerungsziele berücksichtigen auch immer den Konnex zum Spitalsbereich, weil die ambulante Versorgung letztlich ein Zusammenspiel zwischen Spitalsambulanzen und kassenärztlichen Ordinationen ist. Es ist daher wenig verwunderlich, dass es zum Teil beträchtliche Unterschiede zwischen einzelnen Leistungspositionen gibt.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungspositionen sind allerdings wesentlich deutlicher als die Umsatzunterschiede zwischen den Kassenärzten verschiedener Bundesländer. Das liegt wieder an dem besonderen Charakter der Kassenverhandlungen. Die Kassen haben im Prinzip von jeher eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik verfolgt. Die Crux daran ist aber, dass die Kassen keinen Einfluss auf den allergrößten Teil ihrer Einnahmen haben. Vor allem stehen die Einnahmen der Kassen in keinem Zusammenhang mit dem Bedarf und der Inanspruchnahme an extramuralen medizinischen Leistungen. Im Unterschied zu Deutschland können die österreichischen Krankenkassen ihre Beitragssätze nicht selbst festlegen. Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrages wird vielmehr als Prozentsatz des Versicherteneinkommens durch den Bundesgesetzgeber politisch festgelegt. Da die Krankenversicherungsbeiträge zwischen Dienstnehmer und Dienstgeber aufgeteilt werden, sind sie auch ein wesentlicher Teil der Lohnnebenkosten und beeinflussen damit auch die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen. Der Gesetzgeber trifft daher bei der Festlegung des Krankenversicherungsbeitrages die politische Entscheidung, welche Kosten für Dienstgeber und Dienstnehmer verkräftbar sind. Mittelbar trifft er damit natürlich auch eine Entscheidung darüber, in welchem Ausmaß kassenärztliche Versorgung außerhalb der Spitäler ermöglicht werden kann. Die Einnahmen der Kasse hängen, da der Beitrag in einem Prozentsatz des Versicherteneinkommens festgelegt ist, aber auch von der Wirtschaftsentwicklung bzw. dem Ergebnis der von den Kassen nicht beeinflussbaren Lohnabschlüsse ab.

Aus dieser Situation heraus ist für die Kassen nicht die Höhe der Valorisierung der alleinige Kalkulationsfaktor, sondern auch die Veränderung der Leistungsfrequenzen sowie die Einführung neuer Leistungen oder die Ausweitung des Stellenplans, die in der Regel auch mit höheren Mehrkosten verbunden ist.

Die Tarifvalorisierungen erfolgen bei den Kassenverhandlungen in der Regel auch nicht völlig linear, sondern werden gewichtet auf die Leistungspositionen aufgeteilt. Werden in einem Bundesland bestimmte Positionen in besonderem Ausmaß erhöht, müssen andere vernachlässigt werden. Dieser Effekt führt dazu, dass die Tarifunterschiede zwischen den einzelnen Leistungspositionen nicht mit den Gesamteinkommensunterschieden der Kassenärzte korrelieren.

Gemessen werden im Rahmen der Statistiken, die der Dachverband der Sozialversicherungsträger erstellt, u.a. die Durchschnittshonorare in den einzelnen Bundesländern, aufgegliedert nach Fachrichtungen. Der Unterschied bei den Durchschnittshonoraren je Arzt ist deutlich geringer als die Spanne zwischen den Positionstarifen. Es ist aber unbestreitbar, dass es auch dabei durchaus signifikante Unterschiede gibt. Letztlich ist es aber aus den zuvor angeführten Gründen schwierig, aus diesen Unterschieden genau abzuleiten, welcher Bundesländertarif aus Ärztesicht lukrativer ist. Die Schwäche dieser Statistik besteht zum einen darin, dass sie nicht auf einzelne Ärzte, sondern auf einzelne Vertragspartner abstellt. Vertragspartner kann sowohl die Einzelordination als auch eine Gruppenpraxis sein, sodass das Durchschnittshonorar bei immer mehr Fächern nicht das Durchschnittshonorar des einzelnen Arztes abbildet. Die Vergleichbarkeit leidet daher darunter, dass die Nutzung, aber auch die Größe von Gruppenpraxen in den Bundesländern stark differiert. Vor allem aber ist das Durchschnittshonorar natürlich nicht nur von den Tarifen, sondern auch von der Anzahl der Patienten abhängig. Höhere Durchschnittseinkommen in einem Bundesland können daher sowohl ein Hinweis auf höhere Tarife, aber auch ein Hinweis auf eine höhere Patientenzahl sein.

Dieses Problem der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Honorarordnungen ist weniger ausgeprägt bei der zweiten, vom Dachverband erhobenen Vergleichsgröße, nämlich dem Fallwert. Der Fallwert beschreibt das Durchschnittshonorar pro Patient und wird wieder nach Fächern und Bundesländern aufgegliedert dargestellt. Wenig überraschend sind die Unterschiede beim Fallwert wieder geringer als beim Durchschnittshonorar. Aber auch der Fallwert trifft keine völlig verlässliche Aussage darüber, welches Honorarsystem der Bundesländer aus Sicht der Ärzte günstiger ist. Tendenziell zeigt sich, dass – auch wenn es dazu immer wieder Gegenbeispiele gibt – eine höhere Patientenzahl mit einem geringeren Fallwert verbunden ist, weil dem Arzt weniger Zeit zur Erbringung von Leistungen an einzelnen Patienten bleibt. Auch der Fallwert schließt, weil eben auch nicht für jeden Patienten derselbe Leistungsaufwand entsteht, eine „Frequenztangente“ ein. Auch er ist nicht nur vom Tarif abhängig, sondern auch davon, in welchem Ausmaß ein Arzt im Durchschnitt Leistungen an seinen Patienten erbringt bzw. erbringen muss. Wäre dem nicht so, wäre der Fallwert innerhalb eines Bundes-

landes, also im Rahmen desselben Tarifsystems, bei jedem Kassenarzt gleich. Tatsächlich unterscheiden sich die Fallwerte von Kassenärzten aber auch im selben Bundesland, also bei identen Tarifen recht deutlich.

Einen wirklich korrekten Vergleich zwischen den bestehenden Honorarordnungen der Bundesländer könnte man daher nur dadurch erreichen, dass ein Arzt mit einem im jeweiligen Bundesland durchschnittlichen Leistungsvolumen nach allen Bundesländer-Honorarordnungen durchgerechnet wird. Aber auch dieser Vergleich hinkt letztendlich. Der durchschnittliche Vergleich bedeutet noch lange nicht, dass alle Ärzte des jeweiligen Bundeslandes von der Übernahme der Honorarordnung eines anderen Bundeslandes profitieren würden, auch wenn das das Ergebnis des Durchschnittsvergleiches wäre. Dazu kommt, dass Honorarordnungen auch einen ganz bewusst eingesetzten Steuerungseffekt haben und die tarifmäßige Bevorzugung bestimmter Leistungen auch einen Anreiz zu deren Erbringung schafft. Die Übernahme einer anderen Honorarordnung mit anderen Tarifschwerpunkten könnte daher auch einen Einfluss auf das erbrachte Leistungsspektrum haben.

Unter dem Strich bleibt jedenfalls, dass es zwischen den Honorarordnungen der Bundesländer, wie sie in jahrzehntelangen Verhandlungen mit der Gebietskrankenkasse entstanden sind, Unterschiede gibt, auch wenn deren Auswirkungen für den einzelnen Kassenarzt schwer beurteilbar sind. Faktum ist aber auch, dass – noch dazu in einer Zeit, in der es ohnehin schwer ist, Bewerber für Klassenverträge zu finden – Kassenärzte keine Honorarabsenkungen hinnehmen werden, die durch eine bundesweit einheitliche Tarifordnung entstehen. Bundesländer, für die eine bundesweit einheitliche Tarifordnung Einbußen bedeuten würde, würden sich mit Sicherheit im Rahmen der für den Abschluss einer bundesweiten Honorarordnung zuständigen „Bundeskurie der Niedergelassenen Ärzte“ gegen einen Tarifabschluss wehren. Es ist schon politisch höchst unwahrscheinlich, dass sich die „Bundeskurie der Niedergelassenen Ärzte“ über einen solchen Widerstand hinwegsetzen würde. Vor allem aber verbliebe selbst bei Abschluss eines bundesweiten Gesamtvertrages jeder Landesärztekammer weiterhin die Möglichkeit, den Gesamtvertrag mit der Konsequenz zu kündigen, dass in diesem Bundesland alle Einzelverträge erlöschen und ein regionaler vertragsloser Zustand eintritt.

Das Zustandekommen eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages würde daher eine Tarifeinigung auf höchstem Niveau aller Bundesländer voraussetzen. Es gibt Berechnungen, dass dafür eine Anhebung der gesamten österreichweiten Honorarsumme für Kassenärzte um bis zu 30 % notwendig ist. Es ist höchst unwahrscheinlich, dass die Politik den Kassen in einem derart hohen Ausmaß zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung stellt. Es ist umgekehrt aber auch praktisch ausgeschlossen, dass es zu einem Konsens über eine neue Tarifordnung kommt,

die für bestehende Kassenverträge mit Honorarabsenkungen verbunden ist. Es ist daher selbst längerfristig kaum vorstellbar, dass es zu einer bundesweit einheitlichen Honorarordnung kommen kann. Im Ergebnis bedeutet das, dass die derzeit bestehenden Honorarordnungen auch weiterhin in Verhandlungen zwischen der jeweiligen Landesärztekammer und der ÖGK weiterentwickelt werden müssen.

4. Bundesweit einheitlicher Stellenplan unwahrscheinlich

Aber auch eine österreichweite Festlegung des Stellenplans für Kassenärzte nach einheitlichen Schlüsselzahlen ist in der Praxis höchst unwahrscheinlich und kaum zu erwarten.

Tatsächlich divergiert die Versorgungsabdeckung, also der Versorgungsschlüssel „Einwohner je Arzt“, in den Bundesländern deutlich. Das mag zum Teil ein Hinweis auf Unterversorgung sein. Es kann aber auch an regionalen Bedürfnissen liegen. So gibt es Bundesländer mit hoher Arztdichte, in denen die Vertragsärzte gleichzeitig in überdurchschnittlichem Maße Nebenbeschäftigungen nachgehen. Die Kassenarztdichte alleine gibt über die Versorgungssituation eben deshalb nicht verlässlich Auskunft, weil sich die tatsächlichen durchschnittlichen Ordinationszeiten zwischen den Bundesländern unterscheiden. Der Stellenplan hängt aber auch mit den bundesländerweise unterschiedlichen Rollenverteilungen zwischen Allgemein- und Fachärzten zusammen. Es wäre daher wahrscheinlich auch nicht sachgerecht, einen einheitlichen Versorgungsschlüssel auf alle Bundesländer anzuwenden.

5. Einheitlicher Leistungskatalog

Noch am ehesten realistisch wäre wohl eine Angleichung des Leistungsspektrums, zumindest ein österreichweit einheitlicher Mindestleistungskatalog. Es stellt sich allerdings die Frage, wie umfassend dieser definiert ist. Wahrscheinlich würde ein Mindestleistungskatalog faktisch zu keinen wesentlichen Erweiterungen führen, weil die tatsächlichen Unterschiede im kassenvertraglich abgedeckten Leistungsspektrum zwischen den Bundesländern verhältnismäßig gering sind.

6. Strukturelle Weiterentwicklungen

Aus den oben genannten Gründen wird es auch in absehbarer Zukunft eine Weiterentwicklung der Gesamtverträge nur auf regionaler Ebene geben und es daher nötig sein, dass sich die ÖGK auf Bundesländerebene mit den Landesärztekammern auseinandersetzt.

Eine derartige Regionalisierung der Verhandlungen wäre aber auch noch aus einem anderen Grund angezeigt. Strukturelle Innovationen des Gesamtvertrages, wie z.B. die Einführung der Gruppenpraxen oder besonderer Vertretungsregelungen, wurden in der Vergangenheit nicht zentral und gleichzeitig in allen Bundesländern eingeführt. Vielmehr entwickelte sich bei diesen strukturellen Weiterentwicklungen der Kassenverträge eine Art Wettbewerb der besten Ideen. Neuerungen, die in einem Bundesland erfolgreich waren, wurden in weiterer Folge unter Berücksichtigung der zwischenzeitigen Erfahrungen regelmäßig auch in anderen Bundesländern nachvollzogen. Es wurde immer als einer der Vorteile des dezentralen Gebietskrankenkassensystems angesehen, dass es zu einem Wettbewerb der Systeme kommen kann und dass darin ein nicht unerhebliches Innovationspotential steckt.

Dieses Innovationspotential hat sich durch die Kassenfusion deutlich reduziert. Vorstöße in einzelnen Bundesländern werden immer schwieriger. Das liegt zum einen an der Zentralisierung der Entscheidungsstrukturen, die es den Verantwortlichen vor Ort in den Bundesländern schwer macht, eigenständige Wege zu gehen. Es liegt aber auch daran, dass die Präjudizialität einzelner Zusagen durch die ÖGK nunmehr eine andere Dimension hat. Während Vereinbarungen, die von einer Gebietskrankenkasse getroffen wurden, auf andere Bundesländer nicht automatisch abfärbten, ist es nunmehr für die ÖGK schwer zu erklären, wenn in einem Bundesland einer Innovation zugestimmt wird, diese in anderen Bundesländern abzulehnen. Die Chance, dass eine in ihren Konsequenzen noch nicht genau absehbare neue Idee erprobt wird, ist systembedingt geringer geworden, weil immer das Bedenken mitschwingt, diese Idee sofort in allen Bundesländern umsetzen zu müssen.

7. Regionalisierung der Kassenverhandlungen

Es ist daher schwer vorstellbar, dass es unter solchen Bedingungen gelingen kann, ein Kassensystem aufrecht zu erhalten, dass für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv ist bzw. dem es überhaupt möglich ist, auch die derzeitigen Kassenärzte dauerhaft bei der Stange zu halten.

Als Gegenargument wird immer wieder auf das von jeher zentralisierte Honorarsystem der Zahnärzte verwiesen. Bei den Zahnärzten gab es immer schon eine einheitliche österreichweite Honorarordnung, die noch dazu für alle Krankenversicherungsträger gilt. Verschwiegen wird bei dieser Argumentation allerdings, dass sich der zahnärztliche Gesamtvertrag seit Jahrzehnten kaum weiterentwickelt hat und dass dieser Stillstand von den Zahnärzten offenbar nur deshalb hingenommen wird, weil es einen sehr breiten kassenfreien Raum gibt. Bekanntlich wird die Prothetik nicht vom Kassenvertrag erfasst. Dieser (private) Teil des Leistungsspektrums der Kassenzahnärzte konnte sich daher sehr wohl dynamisch entwickeln. Eine denkbare Zukunftsperspektive für das Kassensystem könnte daher darin bestehen, das Sachleistungssystem auch bei den Ärzten einzuschränken. Denkbar wäre, nur eine Basisversorgung bundesweit zu regeln und die übrigen Leistungen im kassenfreien Raum, d.h. im Rahmen eines Geldleistungssystems abzuwickeln. Das würde allerdings bedeuten, dass es zu einer deutlichen Erhöhung der Selbstbeteiligungsquote für die Versicherten auch im kassenärztlichen Bereich kommen würde.

Wenn man diese Rückbildung des Sachleistungssystems verhindern möchte, wird kein Weg an einer stärkeren Regionalisierung vorbeiführen. Das System der ÖGK wird aufgrund der nicht wegzudiskutierenden Ausgangsbedingungen nur überlebensfähig sein, wenn den Geschäftsstellen in den Bundesländern größere Autonomie zugestanden wird.

Solange allerdings ganz Österreich aus einem einzigen Gesamttopf der ÖGK finanziert wird, kommt eine Rückkehr zum ursprünglichen System mit voller Autonomie der einzelnen Bundesländer wohl nicht mehr infrage. Denkbar wäre allerdings, sich am System Vorarlberg bzw. am deutschen System der Kassenärztlichen Vereinigungen zu orientieren und aus diesen Systemen das Beste zu machen. Überlegungen in diese Richtung fanden auch bereits Zustimmung in der Bundeskurie der Niedergelassenen Ärzte.

Vorstellbar wäre etwa, auf die einzelnen Bundesländer pauschale Honorarsummen aufzuteilen. Ähnlich wie in Deutschland könnte daher die ÖGK mit den auf Ärzteseite zuständigen Landesärztekammern für jedes Bundesland eine Gesamthonorarsumme vereinbaren. Während es wegen der Vielfalt der Honorarordnungen für die ÖGK unmöglich ist, für jedes Bundesland zentral die Honorarordnungen im Detail auszuhandeln und weiterzuentwickeln, wäre es sehr wohl möglich, die jeweiligen Gesamthonorarsummen zu vereinbaren. Diese vereinbarte Honorarsumme könnte dann völlig autonom und von den Entscheidungsträgern der ÖGK unbeeinflusst im Bundesland von der jeweiligen Ärztekammer auf die Vertragsärzte verteilt werden. Dieses System gibt es bereits seit Jahrzehnten in Deutschland. Auch in Deutschland wird den Kassenärzten eines Bundeslandes im Rahmen der von diesen gebildeten Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt ein Gesamtbetrag zur Verfügung gestellt und ist es dann Aufgabe der Kassenärzte selbst, dieses Gesamthonorar fair untereinander aufzuteilen. Eine solche Vorgangsweise würde es nicht nur erlauben, auf regionale Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen, sondern würde auch für alle Beteiligten, insbesondere für die ÖGK, Planungssicherheit bringen.

Da die Kasse im Rahmen eines derartigen Modells eine vorweg festgelegte Pauschalsumme zur Verfügung stellen würde, müsste auch der damit „eingekaufte“ Leistungsumfang genau definiert werden. Medizinischer Fortschritt, der in die Pauschalsumme noch gar nicht eingepreist werden konnte, müsste naturgemäß extra honoriert bzw. die Pauschalsumme entsprechend angepasst werden. Die Pauschalsumme müsste sich (vorzugsweise sogar automatisch) verändern, wenn sich die Anzahl der anspruchsberechtigten Versicherten signifikant ändert, weil dies natürlich mit einem entsprechenden Mehr- oder auch Minderaufwand verbunden wäre. Und auch der Stellenplan müsste eine autonome Angelegenheit der jeweiligen Landesärztekammer bleiben. Zumindest innerhalb eines vereinbarten Rahmens müsste es weiter Entscheidung der Ärzte sein, ob sie den eingegangenen Versorgungsauftrag mit weniger Ärzten und längeren faktischen Ordinationszeiten erfüllen oder die Arbeit auf mehr Ärzte mit kürzeren Ordinationszeiten aufteilen.

Ein derartiges dezentrales System sollte, wie in Deutschland bereits von jeher praktiziert, die Rolle der Krankenkassen darauf beschränken, für die Finanzierung der Kassenmedizin zu sorgen und mit der Ärzteschaft Ziele für die Patientenversorgung zu vereinbaren. Wie diese Ziele erreicht werden, sollte allerdings Aufgabe der Ärzte selbst sein, die auch am besten beurteilen können, welchen konkreten Leistungsbedarf ihre Patienten haben. Dieses System hätte daher einerseits den Vorteil, dass die Allokation der Finanzmittel bedarfsgerechter als heute erfolgen würde. Es hätte aber auch den Vorteil, dass dieses System regional funktionieren

und damit eine auf die regionalen Bedürfnisse zugeschnittene Weiterentwicklung der bestehenden Honorarordnungen erlauben würde. Das deutsche System der Kassenärztlichen Vereinigungen könnte allerdings nicht eins zu eins umgesetzt werden, weil es in Österreich kein Instrument der Zwangsschlichtung gibt. So wie in der Vergangenheit, müsste es der sozialpartnerschaftlichen Einigung überlassen bleiben, zu welchen Bedingungen, insbesondere natürlich zu welchem Preis, welche kassenärztlichen Leistungen eingekauft bzw. erbracht werden. Die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte stimmt optimistisch, was diesen Konsens anlangt. In den Jahrzehnten vor der Kassenfusion kam es trotz fehlender Zwangsschlichtung nie zu einem vertragslosen Zustand, weil sich Ärzteschaft und Kassen immer auf einen Gesamtvertrag einigen konnten. Voraussetzung dafür waren aber immer Verhandlungen auf Augenhöhe. Gelingt es nicht, diese Verhandlungsstruktur wiederherzustellen, wird es relativ rasch unmöglich werden, das Sachleistungssystem der ÖGK aufrechtzuerhalten.

8. Zusammenfassung

- Das österreichische Gesundheitssystem basiert – über Jahrzehnte sehr erfolgreich – auf dem Prinzip, dass die extramurale ärztliche Versorgung durch freiberuflich in Ordinationen tätige ÄrztInnen erbracht wird.
- Dem Monopol der Krankenkassen bei der Finanzierung der extramuralen Medizin wurde die verpflichtende partnerschaftliche Einbindung der Ärztekammern gegenübergestellt, um auf kollektiver Ebene Verhandlungen auf Augenhöhe zu erreichen. Damit sollen nicht nur Ärzte vor der Übermacht des Monopols geschützt werden, sondern vor allem im Interesse der Patienten einigermaßen attraktive Bedingungen für Kassenärzte sichergestellt werden, um flächendeckend Kassenärzte zu finden und diesen den nötigen Investitionsspielraum zu sichern.
- Die Kassenfusion hat die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. Es gelang nicht, die angekündigte „Patientenmilliarde“ einzusparen. Gleichzeitig ist die Zufriedenheit mit dem Kassensystem sowohl auf Patienten- als auch auf Ärzteseite gesunken.
- Auch das System der Vertragspartnerschaft hat unter der Kassenfusion gelitten.
- Es wird auch mittelfristig nicht möglich sein, Einvernehmen über einen bundesweit einheitlichen ÖGK-Tarif zu erzielen. Voraussetzung dafür wäre, dass die ÖGK imstande ist, einen Tarif anzubieten, mit dem es zu keinen Verschlechterungen der derzeitigen Tarifsituation in allen Bundesländern kommt. Aus heutiger Sicht ist es sehr unwahrscheinlich, dass der ÖGK die dafür benötigten erheblichen zusätzlichen Finanzmittel zur Verfügung stehen.
- Die Tarifverhandlungen für die ÖGK-Versicherten werden daher von der ÖGK auch weiterhin auf Ebene der Bundesländer mit den jeweils zuständigen Landesärztekammern zu führen sein. Der ÖGK ist es aber offenbar nicht möglich, für die Verhandlungen in den Bundesländern ihre zentralen Entscheidungsträger zur Verfügung zu stellen. Den Verhandlern der Ärztekammer stehen daher in der Regel regionale Gesprächspartner gegenüber, die nur über ein von vornherein durch die zentralen Entscheidungsträger der ÖGK begrenztes Pouvoir verfügen. Da auf diesem Weg keine offenen Verhandlungen auf Augenhöhe herstellbar sind, ist nicht zu erwarten, dass sich die Ärztekammern auf Dauer darauf einlassen werden.

- Der einzige Ausweg aus dem daraus entstehenden Verhandlungsdilemma bestünde in einer stärkeren Regionalisierung der Verhandlungen. Diese könnte nach dem Vorbild der deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen darin bestehen, dass jede Landesärztekammer mit der ÖGK eine Leistungsvereinbarung abschließt, mit der ein bestimmtes Leistungsspektrum zu einem festgelegten Gesamtpreis „eingekauft“ wird. Es sollte dann in weiterer Folge (ähnlich wie in Deutschland) Aufgabe der Ärzteschaft selbst sein, den Gesamtbetrag fair auf die beteiligten Vertragsärzte aufzuteilen. Stärkere Veränderungen der Frequenzen (Mehr- genauso wie Minderleistungen) oder Veränderungen des Leistungsspektrums (Aufnahme zusätzlicher oder Entfall von Leistungspositionen) müssten dabei selbstverständlich extra berücksichtigt werden.