

# **Auf den StandPunkt gebracht**

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Schwerpunktthema „Homogene Finanzierung von Spitalsambulanzen und Kassenärzten“.

Dieses Mal mit Beiträgen von

**Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer  
für Oberösterreich**

**Mag. Karl Lehner, MBA, Geschäftsführer Oberösterreichische  
Gesundheitsholding (OÖG)**

**Mag. Franz Kiesel, MPM, Ressortdirektor  
der OÖ Gebietskrankenkasse**

**Dr. Peter Niedermoser**

Präsident, Ärztekammer für Oberösterreich

Seit ich standespolitisch tätig bin, höre ich Kritik am dualen österreichischen Finanzierungssystem. Genauso lange höre ich, dass gejamert wird, dass der extramurale Bereich stagniert und die Spitalsambulanzen zunehmend überlastet sind. Und ebenfalls seit Jahrzehnten lese ich in praktisch jedem Regierungsprogramm, dass sich die Bundesregierung zum Ausbau der extramuralen Versorgung bekennt und die Spitäler entlastet werden müssen.

Geschehen ist aber faktisch nichts. Allen Systembeteiligten ist natürlich klar, dass unser Finanzierungssystem kontraproduktiv ist, was die Ambulanzentlastung anlangt. Während die Kassen für die Spitalsfinanzierung einschließlich der Spitalsambulanzen Pauschalbeträge bezahlen, faktisch unabhängig davon, in welchem Ausmaß sich das Leistungsvolumen entwickelt, müssen sie den Ausbau der extramuralen Medizin alleine finanzieren. Ob ein stärkerer Ausbau des extramuralen Bereiches mit den zur Verfügung stehenden Kassenmitteln in der Vergangenheit möglich gewesen wäre, sei dahingestellt. Faktum ist jedenfalls, dass in einigen Bundesländern die Kassen die Versicherungsbeiträge nicht zur Gänze investiert und Gewinne erzielt haben. Faktum ist aber auch, dass sie dafür als besonders wirtschaftlich gelobt und meiner Erinnerung nach nie mit dem Argument kritisiert wurden, dass man dieses Geld für den Ausbau der kassenärztlichen Versorgung nutzen hätte können. Nachvollziehbar ist aber jedenfalls, dass Krankenkassen von Beitragseinnahmen abhängen, deren Höhe sie nicht selbst bestimmen und die sie auch nicht beliebig erhöhen können, und nachvollziehbar ist auch, dass es für die Kassen schwieriger ist, so wie der Staat Schulden zu machen, und dass sie daher bemüht sind, mit ihren Beitragseinnahmen auszukommen.

Auf der anderen Seite stehen die öffentlichen Spitäler mit ihren Spitalsambulanzen, für die Aufnahmepflicht gilt. In der Praxis steht daher jeder Ambulanzzarzt mit einem Fuß im Kriminal, wenn er Patienten, die die Ambulanz aufsuchen, unbehandelt nach Hause schickt. Es ist daher wenig erstaunlich, dass die Ambulanzen mittlerweile in einem unerträglichen Ausmaß überfüllt sind. Wir sind damit weit weg von der ursprünglichen Konzeption des Gesetzgebers, der eigentlich die Vorstellung hatte, dass Spitalsambulanzen nur solche Leistungen erbringen sollen, die aus fachlichen oder strukturellen Gründen außerhalb des Spitals nicht erbringbar sind. Tatsächlich weiß ich aus vielen Gesprächen mit den Kolleginnen und Kollegen, dass ein sehr gro-

ßer Anteil der ärztlichen Leistungen, die in den Spitalsambulanzen erbracht werden, genauso gut in Ordinationen erbringbar wäre.

Es gibt eine ganze Reihe von Gründen, weshalb Patienten Spitalsambulanzen mit Beschwerden aufsuchen, die genauso gut bei niedergelassenen Kassenärzten behandelbar sind. Einer der Gründe mag sein, dass die Behandlung in einer Spitalsambulanz die einzige Inanspruchnahme ärztlicher Leistung ohne jeglichen Selbstbehalt ist. Während in Apotheken die Rezeptgebühr selbstverständlich ist, beim Aufsuchen von Ärzten die kleinen Kassen prozentuelle Selbstbehalte verrechnen und selbst die Gebietskrankenkassen eine e-card-Gebühr einheben, ist das Aufsuchen einer Spitalsambulanz in Österreich völlig kostenlos.

Ein weiterer, immer wieder angeführter Grund für unnötige Inanspruchnahmen von Spitalsambulanzen wird von vielen darin gesehen, dass – vor allem aus anderen Kulturkreisen mit anderen Gesundheitssystemen kommende – Patientinnen und Patienten die Spitalsambulanz aufsuchen, weil sie gar nicht gewöhnt sind und nicht daran denken, einen niedergelassenen Arzt zu konsultieren. Auch das mag stimmen.

Der Hauptgrund für die zunehmende Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen liegt aber ganz woanders, nämlich im unzureichenden Angebot an extramuralen Leistungen, sowohl was die Anzahl der niedergelassenen Ärzte anlangt als auch was ihr Leistungsspektrum betrifft. Und der Grund dafür ist auch ganz simpel: finanzielle Mittel fehlen, um den extramuralen Bereich entsprechend auszubauen.

In der Theorie gibt es zwar den politischen Schlachtruf, dass Geld der Leistung zu folgen habe und dass daher entsprechende Mittel zum Ausbau des extramuralen Sektors zur Verfügung gestellt werden sollten. Rechtlich sieht das dann so aus, dass der Bundesgesetzgeber seit mittlerweile über zehn Jahren mit verschiedenen Kommissionen auf Landesebene experimentiert, die sich den Kopf über Mittelverschiebungen zerbrechen sollen. Faktisch handelt es sich dabei aber um Alibimechanismen, weil alle diese Gremien immer paritätisch zwischen Land und Kassen besetzt wurden. Die Kassen haben aber von jeher den Ausbau des extramuralen Bereiches von zusätzlichen finanziellen Mitteln abhängig gemacht und auf die damit erreichbare Spitalsambulanzentlastung und damit Kostensenkung bei den Ländern verwiesen. Umgekehrt waren die Spitäler aber nie bereit, ihrerseits Mittel einzusparen, einerseits weil sie an diese Entlastung nie recht geglaubt haben, vor allem aber, weil auch im Spitalsbereich jeder Cent abgeht.

Ich höre daher auch ständig von vielen echten und auch selbsternannten Experten, dass die Idee des Best Point of Service, also der Leistungserbringung am wirtschaftlich und fachlich besten Ort, in einem dualen Finanzierungssystem nicht verwirklichtbar sei, sondern die Finanzierung aus einer Hand voraussetzt. Ich, aber auch viele meiner Kollegen in der Landesvertretung, waren diesem Vorschlag gegenüber immer skeptisch. Ich habe mir angewöhnt, diese Forderung immer mit der Gegenfrage zu beantworten, wer denn eigentlich diese eine Hand sein sollte, die für die Finanzierung des intra- und extramuralen Bereiches gemeinsam verantwortlich wäre. Plausibel könnte dies wohl nur der Staat sein, auf welcher Ebene auch immer. Finanzierung aus einer Hand kennen wir daher in Europa gerade nicht in den Staaten, in denen es Krankenkassen gibt, sondern nur in den Staaten mit verstaatlichtem Gesundheitssystem. Wir wissen aber auch, dass gerade verstaatlichte Gesundheitssysteme besonders unter Unterfinanzierung leiden und ausnahmslos durch lange Wartezeiten und wesentlich höhere Patientenunzufriedenheit geprägt sind als die Finanzierungssysteme, in denen auch die Kassen eine Rolle spielen, anders gesagt in den Gesundheitssystemen mit dualer Finanzierung.

Wir haben uns daher innerhalb der Ärztekammern schon vor vielen Jahren den Kopf darüber zerbrochen, welchen Ausweg es dann eigentlich gibt, um die derzeit bestehende Barriere zwischen der Finanzierung der intra- und extramuralen Medizin zu überwinden. Gerade wenn man nach Deutschland blickt, scheint es uns naheliegend, ein System anzudenken, bei dem zwar die duale Finanzierung erhalten bleibt, aber die gesamte ambulante Finanzierung aus einer Hand erfolgt. Dieses System wurde mehrfach im Vorstand der Österreichischen Ärztekammer befürwortet, hat aber außerhalb bisher wenig Anhänger gefunden.

Ich fürchte, dass dies nicht an der Idee selbst liegt, sondern sich einem anderen Phänomen, das der österreichischen Gesundheitspolitik zugrunde liegt, verdankt: Beklagt werden zwar ständig und laut die Unzulänglichkeiten der aktuellen Situation. Wenn aber Änderungen vorgeschlagen werden, wird nicht in einem konstruktiven Diskurs versucht, die Tauglichkeit solcher Änderungsvorschläge zu prüfen und korrigierend zu verbessern. Neue Vorschläge werden vielmehr zunächst einmal als Bedrohung angesehen und es werden mit großer Akribie Argumente gesammelt, weshalb dann doch das Weiterwursteln mit bestehenden Lösungen sinnvoller ist als ein Systemwechsel.

**Mag. Karl Lehner, MBA**

Geschäftsführer, Oberösterreichische Gesundheitsholding (OÖG)

Ausgangsbasis des Modells der Ärztekammer ist die gemeinsame Finanzierung und Steuerung des Spitalsambulanten und des niedergelassenen Bereichs. Darüber hinaus fordert die Ärztekammer eine stärkere Patientenlenkung im Sinne wirksamer Gatekeeping-Systeme und damit eine Entlastung der Spitalsambulanzen.

Aus Sicht eines flächendeckend agierenden Spitalsträgers wie der OÖ Gesundheitsholding mit Angeboten sowohl im Ballungsraum als auch in der Peripherie und zudem in den verschiedensten Versorgungsstufen<sup>1</sup> sind folgende Kritikpunkte anzuführen:

- Das Modell der Ärztekammer verschiebt die oft kritisierte Sektorengrenze zwischen intra- und extramuralem Bereich unmittelbar in den Spitalsbereich und ist daher als problematisch abzulehnen.
- Die sogenannte Entlastung der Spitalsambulanzen erfordert einerseits eine wirksame Patientenlenkung, die höchst unpopulär, in Österreich ohne Tradition und bzgl. einer politischen Umsetzung unrealistisch ist, und führt andererseits zu einer geringeren Deckung der Fixkosten sowie zu Remanenzkosten.
- Die Umsetzung wirksamer Gatekeeping-Systeme hat in Österreich keine bzw. keine gute Tradition.
- Das Modell der Ärztekammer sieht eine Regelung durch das Gesamtvertragssystem vor. Damit regeln die Vertragspartner Ärztekammer und Sozialversicherung die ambulante Versorgung inkl. Spitalsambulanzen, was alleine schon aus dem Blickwinkel einer stringenten Betriebsführung abzulehnen ist.

Die Entwicklung von Primärversorgungsmodellen im Rückblick:

- Dazu zunächst ein Blick in die jüngere Vergangenheit in der Österreichischen Gesundheitspolitik: Seit der Gesundheitsreform im Jahr 2013

---

<sup>1</sup> Universitäts-Klinik, Schwerpunktspitäler, regionale Standardspitäler

besteht in Österreich das Ziel zur Behandlung der Patientinnen und Patienten am „Best Point of Service“ (BPos).<sup>2</sup>

- Ein Jahr später wurde das neue Modell im Bereich der Primärversorgung mit „Primary Health Care Centers“ (PHC-Modellen) etabliert. Die PHC wurden zu „Primärversorgungseinheiten“ (PVE) weiterentwickelt bzw. begrifflich neu gefasst.

Viele Spitalsambulanzen haben einen hohen Zulauf an Patientinnen und Patienten, die zwar eine Versorgung benötigen, nicht aber als Akutpatientinnen/-patienten einzustufen sind und daher die Versorgung nicht notwendigerweise im Krankenhaus erfolgen müsste.

Folgende Ansätze können zu einer Lösung der Problematik beitragen:

- **Im Rahmen innovativer verschränkter Versorgungsmodelle** wie z.B. dem Pädiatriemodell im Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf<sup>3</sup>, dem Gyn-Modell im Klinikum Freistadt<sup>4</sup>, dem Model für MRT-Leistungen im Klinikum Rohrbach<sup>5</sup> oder ganz generell einer Primärversorgungseinheit an einem Krankenhaus oder in dessen unmittelbarer Nähe kann eine **vernünftige Triagierung** dieser Patientinnen und Patienten **Richtung Primärversorgung** einerseits **und im erforderlichen Fall Richtung Krankenhausambulanz** oder weiterer Einrichtungen des Spitals andererseits erfolgen.
- Im fachärztlichen Bereich können **neue attraktive Modelle für Spitalsärztinnen und -ärzte** geschaffen werden, die zugleich auch in solchen „Gesundheitszentren“ Patientinnen und Patienten vor und nach der notwendigen Krankenhausbehandlung betreuen. Diese Modelle sind **nicht in Konkurrenz, sondern in Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft** und selbstständigen nichtärztlichen Berufsgruppen (wie z.B.

<sup>2</sup> Bundesgesetzblatt / Nr. 200/2013 (Zielsteuerung Gesundheit)

<sup>3</sup> Eine im Klinikum verortete Kassen-Gruppenpraxis für Pädiatrie wird von den ÄrztInnen des Klinikums betrieben.

<sup>4</sup> Auf der Gyn.-Geb.-Abteilung des Klinikums werden durch eine Vereinbarung zwischen dem Klinikum und der OÖ Gebietskrankenkasse zu definierten Zeiten auch Gyn.-Leistungen aus dem niedergelassenen Bereich angeboten, weil im gesamten Bezirk keine Kassenordination für diesen Fachbereich verfügbar ist

<sup>5</sup> Mit dem intramuralen MRT-Gerät werden durch eine Vereinbarung zwischen dem Klinikum und der OÖ Gebietskrankenkasse auch extramurale PatientInnen versorgt

Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger-/Innen) zu etablieren.

- **Die Vorteile liegen auf der Hand:** Synergien bei der Raum- und Geräternutzung bzw. ganz generell im gesamten Infrastrukturbereich, Behandlungskontinuität, interessante Teilzeitmodelle, Triagierung der Patientinnen und Patienten ohne politisch kaum durchsetzbare Gatekeeping-Systeme, längere Öffnungszeiten, nach dem Subsidiaritätsprinzip abgestufte Behandlungskonzepte, multiprofessionale Zusammenarbeit, bessere Gesamtkoordination zwischen den Leistungsanbietern, Nutzung von an den Klinikum-Standorten verfügbaren Kinderbetreuungsmodellen usw.
- **Großgeräte** wie z.B. CT, MRT **oder ganze medizinische Servicebereiche** (z.B. Radiologieinstitute) könnten im Klinikum **gemeinsam für intramurale und extramurale Leistungen** bzw. im klinikumnahen Bereich z.B. in Form eines Ambulatoriums betrieben werden. Dabei ist die Einbindung der externen Partner sowohl in Form einer Beteiligung und damit in selbstständiger als auch in einem Angestelltenverhältnis möglich. Das ist auch deshalb von Relevanz, weil insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte zunehmend weniger Bereitschaft zeigen, unternehmerisches Risiko zu übernehmen.
- Bezüglich der integrativen **Versorgungsmodelle** gibt es **in Deutschland** seit Jahren insbesondere im fachärztlichen Bereich medizinische Versorgungszentren (MVZ), die in und um Kliniken situiert sind und vielfach auch von diesen oder gemeinsam mit anderen Partnern betrieben werden. **Zielsetzung ist dabei immer die sektorenübergreifende abgestufte Versorgung** insbesondere auch im ländlichen Raum. In diesem Bereich hat Österreich eindeutigen Nachholbedarf.

Es muss gelingen und es ist auch die klare Zielsetzung der OÖG, diese neuen Modelle stärker mit den Spitälern zu vernetzen. Ja, es muss auch möglich sein, dass Spitäler selbst solche Zentren im Sinne von Gesundheitszentren an ihren Standorten oder deren Umfeld gemeinsam mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und nicht ärztlichen Berufsgruppen betreiben.

Es muss den Spitalsträgern möglich sein, innovative Versorgungsmodelle, wie Primärversorgungseinheiten, Gesundheitszentren bzw. medizinische Versorgungszentren an bzw. in der Nähe ihrer Standorte anbieten zu können. Darüber hinaus ist einzufordern, bei nachweisbaren Versorgungspro-

blemen im niedergelassenen Bereich (z.B. längerfristige Nichtbesetzung von Kassenstellen) diese in die Verantwortung von Spitalsträgern zu übergeben und MVZ-ähnliche Strukturen unter deren Trägerschaft zu etablieren. Damit können sowohl der Zustrom ambulanter Patientinnen und Patienten in die Spitalsambulanzen effizient gesteuert, die Bevölkerung in peripheren/ländlichen Regionen suffizient versorgt und zudem attraktive, individuelle Modelle für die ärztlichen und nichtärztlichen Berufe geschaffen werden.

### **Mag. Franz Kiesel, MPM**

Ressortdirektor, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Im Mittelpunkt der Kritik des österreichischen Gesundheitssystems steht die Trennung in den sogenannten „intra- und extramuralen“ Bereich.

Gemeint ist damit, dass es Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen außerhalb der Mauern des Krankenhauses (extramural) und innerhalb der Mauern des Krankenhauses (intramural) gibt. Die intramuralen Leistungen (stationäre und ambulante Spitalsleistungen) werden über den Gesundheitsfonds finanziert, der insbesondere aus Steuermitteln und aus pauschalierten SV-Beiträgen gespeist werden. Die extramuralen Leistungen werden von den Krankenkassen (also über Beiträge) finanziert. Diese duale Finanzierung führt tatsächlich dazu, dass die Leistungen nicht primär am Best Point of Service (BPoS), also dort erbracht werden, wo es bei definierter Qualität gesamtwirtschaftlich am sinnvollsten ist, sondern dort, wo es den Interessen der Finanziere (also der Länder und der Kassen) entgegenkommt.

Eine Intention und aus meiner Sicht auch der einzige zumindest theoretisch positive Effekt des Ärztekammermodells „Finanzierung aller ambulanten Leistungen aus einer Hand“ liegt darin, dass die Kassen als dann alleinzuständiger Financier dafür sorgen könnten, dass die ambulanten Leistungen nach den Kriterien des BPoS (also nach Qualität und gesamtwirtschaftlicher Sinnhaftigkeit) entweder dem niedergelassenen Bereich oder dem spitalambulanten Bereich zugeordnet werden könnten. Eine Kostenreduktion durch gezielte Leistungsverlagerungen würde ausschließlich den finanzierenden Kassen zu Gute kommen.

Schon dieser Theorie ist entgegenzuhalten, dass die Leistungserbringung in erster Linie nicht davon abhängt, dass die Leistung aus Sicht der Anbieter

angemessen finanziert wird, sondern vielmehr von den verfügbaren Ressourcen und Kapazitäten, die sich durch eine geänderte Finanzierung per se nicht ändern. Außerdem verbleiben im Spitalsambulanzbereich, der Leistungen an den niedergelassenen Bereich abgibt, sog. „Remanenzkosten“, die u.U. dazu führen, dass nach der Leistungsverlagerung zusätzliche Kosten im niedergelassenen Bereich anfallen, die durch Kostenreduktionen im Ambulanzbereich nicht ausgeglichen werden. In Summe kommt es dann durch die Leistungsverlagerung zum (angeblichen) BPoS zu einer Erhöhung der Kosten. Nachdem diese beim Ärztekammermodell allein von den Kassen zu tragen wäre, würden diese solche Leistungsverlagerungen nicht umsetzen.

Abgesehen davon löst das Ärztekammermodell aus meiner Sicht kein einziges der aktuellen Probleme im Zusammenhang mit den Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich, die da sind: Schwierigkeiten, freiwerdende (Plan)Stellen zu besetzen; lange Wartezeiten auf Termine sowie auf eine Untersuchung/Behandlung sowohl in den Ambulanzen als auch in den Ordinationen; Patientenablehnungen im niedergelassenen Bereich; keine klar definierten Versorgungsaufträge – weder für die Spitalsambulanzen noch für die niedergelassenen Vertragsärzte; unzureichende Erreichbarkeit niedergelassener Ärzte insbesondere zu Tagesrandzeiten und am Wochenende.

Im Gegenteil: Die Anzahl an Planstellen, das Terminmanagement, die Definition von Öffnungszeiten, die Festlegung eines Versorgungsauftrages usw. müssten dann auch im spitalsambulanten Bereich – neben den Vorgaben der Rechtsträger für ihre angestellten Ärzte – zwischen den Kassen und der Ärztekammer vereinbart werden. Wie schwierig es ist, mit der Ärztekammer patientenfreundliche Versorgungsmodelle zu vereinbaren, die naturgemäß den Interessen der Ärzteschaft zuwiderlaufen können, zeigt der niedergelassene Bereich.

Kurz zusammengefasst bestehen gegen das Ärztekammermodell aber noch weitere erhebliche Einwände:

- Die viel kritisierte „Mauer“ zwischen dem niedergelassenen Bereich und dem Spitalsbereich wird in das Krankenhaus hineinversetzt, was dazu führt, dass eine bestehende Organisation mit ihrem Personal, ihrer Infrastruktur, ihren Prozessen, ihrer Datenhaltung, ihrer Aufgabenverteilung, ihren Haftungsregelungen und ihrer Aufsicht quasi zweigeteilt würde. Ein Teil würde wie bisher der Verantwortung der Rechtsträger unterliegen, der andere Teil der Verantwortung der Kassen.

- An der dualen Finanzierung würde sich nichts ändern, es verschieben sich lediglich die Grenzen.
- Die Ambulantisierung der Spitalsleistungen würde natürlich weiter voranschreiten (medizinischer Fortschritt, tagesklinische Fälle, sogenannte „Ein-Tages-Aufenthalte“). Diese Entwicklung ginge dann voll zu Lasten der Kassen, ohne dass diese auf das Verschiebungspotential irgendeinen Einfluss hätten.
- Die Spitalsärzte wären einerseits angestellt beim Rechtsträger des Krankenhauses, andererseits würden sie als quasi freiberufliche Ärzte von den Kassen honoriert werden. Für die freiberufliche Tätigkeit würden sie die Infrastruktur des Krankenhauses benützen und müssten dafür Beiträge an das Krankenhaus, ihren Dienstgeber, entrichten. Bürokratieabbau und klare rechtliche Verhältnisse schauen anders aus!
- Rechtliche Anordnungen des Dienstgebers an den Spitalsarzt würden für seine Tätigkeit als „Vertragsarzt“ nicht gelten. Der Spitalsarzt wäre „Diener zweier Herren“, unter Berücksichtigung der Tätigkeiten für Privatversicherte sogar „dreier Herren“.
- Apropos Sonderklassehonorare: Ein Schelm, wer denkt, dass über das Ärztekammermodell „Sekundägebühren“ auch für den ambulanten Bereich eingeführt werden sollen.
- Die Ärztekammer argumentiert richtigerweise, dass bei ihrem Modell die von den Kassen in den stationären Bereich bezahlten Mittel „kostenneutral“ in den ambulanten Bereich verschoben werden müssten. Es ist aber jedem klar, dass die Länder maximal jenen Betrag verschieben würden, den sie aus dem Gesundheitsfonds für die ambulanten Leistungen bereitstellen. Nachdem diese Beträge die tatsächlichen Kosten für die ambulanten Leistungen nur zu einem Bruchteil abdecken, würden die Kassen von vornherein mit nicht gedeckten Zusatzkosten belastet werden. Diese Zusatzkosten würden sich durch die oben schon angesprochene, von den Kassen nicht beeinflussbare Verschiebung weiterer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich weiter erhöhen. Eine dynamische Reduktion der Spitalspauschalen der Kassen würde nämlich ziemlich sicher am vehementen Widerstand der Länder scheitern.

Zusammenfassend löst das Ärztekammermodell „Finanzierung aller ambulanten Leistungen aus einer Hand“ keines der aktuellen Probleme unseres Gesundheitssystems. Im Gegenteil würden damit weitere, ganz gravierende Probleme verursacht. Die Gesamtkosten des ambulanten Versorgungssystems würden sich erhöhen. Die von der Ärztekammer proklamierte Kostenneutralität für die Kassen durch eine Umschichtung der Spitalsfinanzierungsbeiträge in den ambulanten Bereich ist illusorisch.

Was sich freilich ändern würde, ist Folgendes: Der Einfluss der Ärztekammer auf die Gestaltung des medizinischen Versorgungssystems würde sich deutlich erhöhen. Die Androhung von Vertragskündigungen im Zuge von Honorarverhandlungen würde sich nicht mehr auf den niedergelassenen Bereich beschränken, sondern die gesamte ambulante Versorgung umfassen. Sonderklassegebühren würden für den gesamten ambulanten Bereich verlangt werden, sodass nicht nur die Kassen, sondern auch die Patienten selbst über ihre Privatversicherungsbeiträge finanziell belastet würden.