

Das Projekt der Gesundheitsagenturen aus juristischer Sicht

Von em. Univ. Prof. Theodor Tomandl

Grundlage meines Referates sind 3 Entwürfe: nämlich zu einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, zu einem Bundesgesetz über die Errichtung von Gesundheitsagenturen und zu einer weiteren Novellierung des ASVG. Zu welchen Änderungen würden sie bei der Erbringung ärztlicher Hilfe, insbesondere durch niedergelassene Ärzte, führen und wie sind diese Änderungen aus meiner Sicht zu bewerten? Auf mögliche Auswirkungen auf den Pflege- und Rehabilitationsbereich oder auf die private ärztliche Behandlung oder die private Anstaltspflege werde ich ebenso wenig eingehen, wie auf sonstige Rechtsfragen, welche die Entwürfe aufwerfen.

Lassen sie mich als erstes kurz die Ausgangslage skizzieren. Der Anspruch der Kassenpatienten auf Krankenbehandlung ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz. Diese Behandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Die Krankenversicherung ist nach herrschender Auffassung allerdings nicht verpflichtet, die zur Erfüllung dieses Anspruches erforderlichen Gesundheitsleistungen selbst zu erbringen, sie hat sich vielmehr nur darum zu bemühen, dass diese Leistungen durch Vertragspartner erbracht werden. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um die Erbringung ärztlicher Leistungen durch niedergelassene Ärzte, worunter ich im Folgenden auch Gruppenpraxen verstehe, auf der einen Seite und durch Krankenanstalten und Anstaltsambulatorien auf der anderen Seite handelt. Die Rechtsbeziehungen zwischen der Krankenversicherung und den niedergelassenen Ärzten werden durch Gesamtverträge geregelt, die den Inhalt der Einzelverträge zwingend bestimmen und auf der Seite der Ärzte von den Landesärztekammern, auf der Seite der Sozialversicherung vom Hauptverband abzuschließen sind. An all diesen Bestimmungen wollen die vorliegenden Entwürfe ebenso wenig etwas ändern, wie an der grundsätzlichen Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Krankenanstalten. Aufgrund eines bis Ende 2004 befristeten Staatsvertrages zwischen Bund und Ländern wurde in jedem Bundesland ein eigener Fonds eingerichtet, der die Finanzierung der öffentlichen und der gemeinnützigen privaten Krankenanstalten übernimmt. In diese Fonds zahlen der Bund, die Länder und vor allem die Sozialversicherung Beiträge ein. Mit der Zahlung der Beiträge durch die Krankenversicherung gelten sämtliche Leistungen dieser Krankenanstalten, also nicht nur jene im stationären Bereich, als abgegolten, die für die Versicherten und deren leistungsberechtigte Angehörigen erbracht wurden. Dafür sind die Krankenanstalten gesetzlich verpflichtet, die von der Krankenkasse eingewiesenen Patienten aufzunehmen,

Diese völlig verunglückte Regelung bedeutet einen massiven ökonomischen Anreiz für die Krankenversicherung, möglichst viele Gesundheitsleistungen in Krankenanstalten zu verlegen, da dies für sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden ist. Andererseits bedeutet jede Auslagerung einer Leistung aus der Krankenanstalt in den niedergelassenen Bereich das Entstehen von Mehrkosten. Die sachlogische und kostengünstigste Lösung dieses Problems bestünde in der Neuverhandlung der Vereinbarung mit den Ländern, um einen ökonomischen Anreiz in die Gegenrichtung, vom Spital weg in die niedergelassene Praxis, zu schaffen. Warum dieser Versuch auch diesmal nicht unternommen wurde, obwohl die Auswirkungen dieser Regelung seit Jahren bekannt sind, lässt sich nur erahnen. Die Gründe dafür müssen auf politischer Ebene liegen. Statt dessen soll die Grundvereinbarung bis 2008 verlängert werden.

Was soll sich nun ändern? Der sehr allgemein gehaltene Entwurf der Vereinbarung mit den Ländern sieht die Mitwirkung der Bundesgesundheitsagentur beim Aufbau einer integrierten Planung der Struktur der österreichischen Gesundheitsversorgung auf der Basis eines Österreichischen Strukturplans Gesundheit sowie eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems vor. Mitwirkung kann nur bedeuten, dass es noch andere Stellen gibt, die an diesen Aufgaben arbeiten sollen. Wer das ist, verschweigen die Entwürfe. Zu den eigenständigen Aufgaben der Agentur soll die Ausarbeitung verbindlicher Anforderungen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements und der Gesundheitstelematik sowie von Grundlagen zur Weiterentwicklung und Ausdehnung des leistungsorientierten

Finanzierungssystem vom stationären auf den ambulanten und schließlich auch auf den niedergelassenen Bereich gehören. Die Landesgesundheitsagenturen sollen die Ausarbeitungen der Bundesgesundheitsagentur auf Landesebene konkretisieren und umsetzen. Der Entwurf zur ASVG-Novelle sieht ergänzend vor, dass die zuständige Bundesministerin auf der Grundlage der Empfehlungen der Bundesgesundheitsagentur Verordnungen erlassen kann, mit denen auf diesen Gebieten Ziele festgelegt werden, die für den Hauptverband und die zuständigen Sozialversicherungsträger verbindlich sind.

Das Beharren auf der alten Grundvereinbarung erfordert damit als Preis einen hohen administrativen Aufwand: eine Unmenge an unterschiedlichen Vorbereitungsarbeiten durch in den Entwürfen nicht genannte Stellen sowie die Gründung und Betreibung von zehn Agenturen. Dieser Aufwand lässt sich meines Erachtens nur dann vertreten, wenn der Zusatznutzen, der durch diese Planungs-, Dokumentations- und Evaluierungsaufgaben erreicht wird, den Aufwand übersteigt. Ob dies der Fall ist, vermag ich nicht zu beurteilen.

Eigenartig ist jedenfalls der zur Absicherung vorgesehene Sanktionsmechanismus. Er besteht im Ergebnis darin, dass bei Nichteinhaltung der vorgesehenen Verpflichtungen durch die Länder oder die Landesgesundheitsagenturen der Bund seine Beiträge für die Landesfonds und bei Verstößen der Landesfonds und der Krankenanstaltenträger die Sozialversicherung ihre Beiträge für den betreffenden Landesfonds zurückhalten kann. Die Folge wäre eine vorübergehende Kürzung der für die Finanzierung der Krankenanstalten erforderlichen Mittel. Dadurch wird zwar Druck auf die Länder ausgeübt, es bleibt aber völlig offen, wie dann die Krankenanstalten finanziell über die Runden kommen sollen, und zwar vor allem dann, wenn ihnen selbst kein Vorwurf gemacht werden kann. Für Verstöße des Bundes bei der Umsetzung der Vereinbarung sind zudem keinerlei Sanktionen vorgesehen.

Kommen wir damit auf den Grundgedanken der Gesundheitsagenturen zurück. Sie sollen die Finanziers der im Rahmen der Krankenversicherung zu erbringenden ärztlichen Leistungen zur Kooperation zwingen. In ihnen, die in der Rechtsform einer GmbH zu errichten sind, sollen der Bund, die Länder und die Sozialversicherung als Gesellschafter in einem noch offenen Kräfteverhältnis vertreten sein. Die eigentliche Sacharbeit ist von den Mitarbeitern oder beauftragten Dritten unter Leitung eines Geschäftsführers, der im Sinne des GmbH-Gesetzes gegenüber den Gesellschaftern weisungsgebunden ist, zu erbringen, alle wesentlichen Ergebnisse bedürfen aber sowohl in der Bundesgesundheitsagentur als auch in den Landesgesundheitsagenturen der Genehmigung durch die Generalversammlung.

Blicken wir damit auf die immer wieder angesprochene Hauptaufgabe der Gesundheitsagenturen, eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen und dem Krankenanstaltenbereich herbeizuführen. Dazu müsste es zu Verschiebungen in den jeweils eingesetzten finanziellen Mitteln kommen. Auf diesem Gebiete liegen denn auch die konkreten Bestimmungen der Entwürfe. Sie gehen zunächst davon aus, dass die bisher direkt den Landesfonds zugeführten Mittel des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung in Hinkunft über die Gesundheitsagenturen laufen sollen. Diese können dafür aber nur einen derzeit noch nicht bestimmten Teil für besondere Aufgaben abzwiegen, alles Übrige haben sie den Landesfonds zu überweisen. Diese bloße Weiterleitungsfunktion halte ich für überflüssig.

Der entscheidende Aspekt scheint zu sein, dass die Bundesgesundheitsagentur einen Reformpool anzulegen hat, der Leistungsverschiebungen zwischen dem niedergelassenen und dem Anstaltsbereich fördern soll. Da in den vorliegenden Entwürfen die Beiträge der Sozialversicherung noch nicht beziffert sind, lässt sich derzeit allerdings nicht erkennen, ob sich diese im bisherigen Rahmen halten sollen, wie er zur Finanzierung der Krankenanstalten vereinbart wurde, oder ob in den Pool in Hinkunft auch Mittel der Sozialversicherung fließen sollen, die bisher für den niedergelassenen Bereich verwendet wurden. Davon wird es aber abhängen, ob es im Ergebnis auch zu Mittelverschiebungen aus dem niedergelassenen Sektor in den Anstaltensektor kommen kann oder ob der Pool nur zu Mittelabzweigungen aus dem Anstaltensektor in den niedergelassenen Sektor dienen soll. Darauf, dass der Sozialversicherung eine gegenüber dem bisherigen Rechtszustand erhöhte Beitragslast aufgebürdet werden soll, könnte die Bestimmung deuten, dass die Mittel des Pools zu gleichen Teilen dem niedergelassenen und dem Anstaltenbereich zuzuordnen sind.

Was unter dieser vorgegebenen Zuordnung zu verstehen ist und welchen Sinn sie haben soll, erscheint mir unklar. Soll es sich dabei nur um eine vorläufige, rein buchhalterische Aufteilung der Mittel auf die für beide Bereiche eingerichteten Konten handeln, durch welche die Art der späteren Mittelverwendung nicht präjudiziert wird oder ist darunter zu verstehen, dass diese Mittel tatsächlich nur zu je 50% in jedem der beiden Bereiche zur Verfügung stehen sollen? Gehen wir zunächst einmal davon aus, dass in der Zuordnung bereits eine Verwendungsentscheidung liegt. Was hätte das zur Folge? Der Pool soll Leistungsverschiebungen fördern. Wenn die dazu vorgesehenen Mittel aber jeweils zur Hälfte für einen Bereich reserviert sind, dann fragt sich, wie es zu solchen Verschiebungen kommen soll. Will man etwa bestimmte Operationen aus den Anstalten in den niedergelassenen Bereich auslagern, dann werden die Mittel des Pools für den niedergelassenen Bereich benötigt, um für die erforderliche Anzahl der Fachärzte und deren Ausstattung sorgen zu können. Die Krankenanstalten sparen auf der anderen Seite die Kosten für diese Operationen ein. Was soll dann mit den für die Krankenanstalten bereitgestellten Poolmitteln geschehen? Ein Teil konnte etwa dafür benötigt werden, um jene Mitarbeiter, die diese Operationen bisher durchgeführt haben, umzuschulen. Die Umschulungs- oder sonstige Kosten, die anlässlich der Einstellung dieser Operationen entstehen könnten, werden aber wesentlich geringer sein als die Kosteneinsparungen. Wenn für beide Bereiche wirklich gleich viel Geld aufgewendet werden soll, dann müsste für jede Förderung auf Seite der niedergelassenen Ärzte eine gleichwertige Förderung auf Seite der Krankenanstalten erfolgen. Das kann doch nicht der Sinn der Poolidee sein. Aber auch die bloß vorläufige Verbuchung auf ein Konto macht wenig Sinn. Wenn dadurch die tatsächliche Verwendung nicht präjudiziert werden soll, dann ist sie unnötig. Sie besitzt aber Anreizwirkung. Wenn ein bestimmter Betrag bereits auf dem Konto eines Bereiches aufscheint, dann entsteht psychologisch ein Widerstand dagegen, diese Mittel später für den anderen Bereich aufzugeben. Das steht aber einer optimalen Mittelverwendung entgegen.

Was sollte daher geschehen? Ich halte die Grundidee für richtig, dass Leistungsverschiebungen nicht nur im Einbahnverkehr erfolgen sollen. Das Ergebnis dürfte aber nicht schon abstrakt vorgegeben sein, ohne dass dabei zu prüfen wäre, welche Ziele durch den Einsatz dieser Mittel erreicht werden sollen. Zudem sollte überdacht werden, ob der Pool wirklich nur Verschiebungen zwischen den beiden Bereichen und nicht auch Verbesserungen oder Ersparnisse in nur einem Bereich fördern sollte. So kann es sein, dass bestimmte Krankenanstalten besser als bisher für bestimmte Aufgaben ausgebaut werden sollten. Wenn dies freilich nur dazu führt, dass dadurch andere Krankenanstalten entlastet werden, ohne die Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte zu verändern, dann fiel dies aus dem Aufgabenbereich des Pools heraus, weil keine Verschiebung zwischen den beiden Bereichen erfolgt. Die Zuständigkeit des Pools wäre nur gegeben, wenn auch Auswirkungen auf den niedergelassenen Bereich zu erwarten sind. Da aber auch solche Veränderungen zur Verbesserung des bestehenden Gesundheitssystems erforderlich sind, sollten sie – unabhängig davon, dass sie die Landesfonds auch autonom vornehmen könnten - in die Poolaufgaben einbezogen werden.

Wie könnte daher eine vernünftige Lösung aussehen? Sicherlich nicht so, dass nur einer der Partner Gewinner und der andere der Verlierer ist. Die Gesundheitsagenturen können nur dann zu einer Erfolgsstory werden, wenn sich sowohl die Sozialversicherung als auch die Erhalter der Krankenanstalten von ihr Vorteile versprechen können. Das setzt einmal voraus, dass die bisher frei zur Verfügung stehenden Mittel auf beiden Seiten gekürzt und die dadurch gewonnenen Beträge in den Pool transferiert werden. Dadurch entsteht für beide Seiten Druck, alle Anstrengungen zu unternehmen, um ihre Aufgaben auch mit den geringeren Mitteln erfüllen zu können. Die Mittel des Pools sollten nun genau dazu eingesetzt werden, die Erreichung dieses Zieles zu ermöglichen. Die Förderung durch den Pool dürfte allerdings nur vorübergehender Art sein, um die Schwierigkeiten und Kosten der Umstellung bewältigen zu können und keinesfalls auf Dauer angelegt sein. Jede Dauerförderung wäre ein fruchtloses Nullsummenspiel: die durch die Veränderung bewirkte Kostenersparnis würde durch die Förderung des Pools wieder ausgeglichen. Zudem dürfte kein Verteilungsschlüssel für die beiden Bereiche vorgegeben werden. Wesentlich sinnvoller erschiene es mir, wenn über die Verwendung der Poolmittel nur einvernehmlich entschieden werden könnte. Dies würde zu einem Interessenausgleich zwingen.

Damit möchte ich mich nun ausschließlich dem niedergelassenen Bereich zuwenden. Dazu ist vorweg eine grundlegende Feststellung zu treffen: Alle Planungen und Vorgaben, die in den Entwürfen vorgesehen sind, können für die niedergelassenen Ärzte nur verbindlich werden, wenn dies entweder ausdrücklich gesetzlich geregelt oder in den ärztlichen Gesamtverträgen verankert wird. Unmittelbare gesetzliche Verpflichtungen der Ärzte enthalten die vorliegenden Entwürfe nicht. Nur am Rande sei erwähnt, dass auch keine gesetzliche Verpflichtung zur Errichtung der Gesundheitsagenturen vorgesehen ist. Der Gesetzentwurf über die Errichtung ist als reines Ermächtigungsgesetz ausgestaltet und behält zudem jene Verpflichtungen, die nach der Vereinbarung mit den Ländern durch den Bund zu erfüllen sind, zum Großteil der Ausgestaltung durch den Gesellschaftsvertrag vor. Die Sozialversicherungsträger sind zwar, so der Entwurf, an den Gesellschaften beteiligt, aber kein Bundesland kann zum Abschluss eines Gesellschaftsvertrages gezwungen werden. Diese gesetzgeberische Vorgangsweise hat zur Konsequenz, dass die Bundesministerin zwar die Agentur nicht errichten darf, wenn die gesetzlichen Vorgaben im Gesellschaftsvertrag nicht erfüllt sind, sie besitzt aber keine rechtliche Handhabe, um die Gründung der Agentur und die Durchsetzung der Vorgaben zu erzwingen. Damit ist aber auch klargestellt, dass durch die Gründung der Agenturen und die Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrags keinerlei Verpflichtungen der Ärzte begründet werden können.

Damit richtet sich der Blick auf die Frage, ob sich in den Entwürfen unmittelbare oder zumindest mittelbare Verpflichtungen der Ärzte finden. Die Antwort ist Nein. Die Entwürfe streben die Erreichung ihres Zieles vielmehr durch bestimmte Einflussnahmen auf das Kassenvertragsrecht an. Sie tasten allerdings in keiner Weise das Grundmodell an, dass es keinerlei Abschlusszwang für ärztliche Gesamtverträge gibt. Ob und wie lange es Gesamtverträge gibt, hängt daher auch in Hinkunft ausschließlich davon ab, ob sich Sozialversicherung und Ärzteschaft darauf einig werden können.

Der eben angedeutete Einfluss auf dieses System besteht in zweierlei. Es bleibt zwar dabei, dass die Gesamtverträge die ausreichende Versorgung der Leistungsberechtigten mit den durch das Gesetz und die Satzung vorgesehenen Leistungen sicherzustellen haben, neu ist, dass dabei auf die erwähnten Verordnungen über die anzustrebenden Ziele, wozu auch Kriterien für die Festlegung des Stellenplanes gehören, Bedacht zu nehmen ist. Damit werden bestimmte inhaltliche Vorgaben für die Gesamtverträge gemacht. Welche rechtliche Bedeutung besitzen sie allerdings? Wir können das an Hand des geltenden Rechts beurteilen. Die Gerichte gehen davon aus, dass dann, wenn die Gesamtverträge nicht alle Leistungsansprüche der Versicherten abdecken, die Gesamtverträge weder unwirksam sind noch durch das Gericht oder sonstige Stellen ergänzt werden können. Sie haben lediglich den Versicherten das Recht eingeräumt, sich die erforderliche Leistung privat zu beschaffen und dafür Kostenersatz von der Krankenversicherung zu verlangen. Es ist daher davon auszugehen, dass Gesamtverträge, welche die vorgegebenen Ziele nicht oder nicht vollständig erreichen, aus diesem Grunde nicht unwirksam sind. Daran kann meines Erachtens auch der folgende Satz nichts ändern, wonach Bestimmungen in schon bestehenden Verträgen innerhalb eines Jahres so anzupassen sind, dass sie den Verordnungen mittelfristig entsprechen. Es handelt sich auch dabei um einen Auftrag an die Partner der Gesamtverträge, dessen Ausführung rechtlich nicht erzwungen werden kann. Das geht schon deshalb nicht, weil die Umsetzung von bloß als Zielen formulierten Vorgaben stets eine Konkretisierung verlangt, die wiederum einen entsprechend weiten Ermessensspielraum voraussetzt. Das bisher bestehende Vertragspartnerrecht würde aus den Angeln gehoben werden, würde dieses Recht zur Konkretisierung bestimmter gesundheitspolitischer Zielsetzungen einem Gericht, einer Schiedskommission oder einer sonstigen Stelle übertragen werden. Für eine derartige Absicht fehlt in den Entwürfen auch jeder Hinweis.

Der zweite Weg, mit dem die Entwürfe versuchen, die Zielsetzungen durchzusetzen, besteht in neuen gesetzlichen Verpflichtungen der Sozialversicherungsträger. Sie haben sich bei der Vergabe von Kassenverträgen an die Leitlinien und Planungen der Gesundheitsagenturen zu halten. Weiters heißt es: Bund und Länder kommen überein, „wirksame Sanktionen vorzusehen“. Was ist darunter zu verstehen? Nach dem derzeit geltenden § 342 ASVG ist der Stellenplan und die Auswahl der Kassenärzte im Gesamtvertrag zu regeln, die Aufnahme als Kassenarzt hat gem. § 343 ASVG nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer zu erfolgen. Nach geltendem Recht ist daher

jede einseitige Vorgangsweise der Sozialversicherungsträger ausgeschlossen, sie bedarf stets des Einvernehmens mit der Ärztekammer, und zwar sowohl hinsichtlich der Grundlagen im Rahmen des Gesamtvertrages als auch bei der Besetzung der Kassenarztstelle im Einzelfall. In den Entwürfen findet sich kein Hinweis darauf, dass diese Bestimmungen aufgehoben werden sollen. Die ASVG-Novelle spricht, wie schon gesagt, nur davon, dass in den Gesamtverträgen auf die Verordnungen Bedacht zu nehmen ist. In den Ausführungsgesetzen ist daher von diesen in der Vereinbarung mit den Ländern erwähnten wirksamen Sanktionen gegenüber den Trägern der Sozialversicherung nicht die Rede.

Ich gehe daher davon aus, dass mit dieser Sanktionsbestimmung nicht mehr ausgesagt werden soll, als dass sich die Sozialversicherungsträger bemühen müssen, die Vorgaben der Gesundheitsagenturen in ihren Verhandlungen mit den Ärztekammern möglichst durchzusetzen. Selbst wenn durch veränderte Gesetze tatsächlich Sanktionen gegen die Sozialversicherungsträger angedroht würden, könnten sie nur dann wirksam werden, wenn der jeweilige Sozialversicherungsträger keine ernsthaften Anstrengungen zur Umsetzung der vorgegebenen Ziele unternimmt. Ganz abgesehen davon, dass es äußerst schwierig sein würde, auszuloten, wie weit dieses Bemühen im jeweiligen Fall gehen müsste, bliebe die Umsetzung all dieser Bemühungen aber nach wie vor an die Zustimmung der Ärztekammern gebunden.

Der in der Ländervereinbarung angesprochene Sanktionsmechanismus erscheint daher weitgehend wirkungslos. Daran würde sich auch nichts ändern, sollte der Gesetzgeber versuchen – was wie gesagt, derzeit nicht der Fall zu sein scheint – auch den anderen Partnern der ärztlichen Gesamtverträge, nämlich den Ärztekammern, ähnliche Verpflichtungen aufzuerlegen.

Was folgt aus meinen bisherigen Darlegungen? Die verschiedenen Planungen und Leitlinien sollen sich auch auf den niedergelassenen Sektor beziehen, so soll insbesondere der Österreichische Strukturplan Gesundheit auch eine verbindliche Planung des Leistungsangebots für den niedergelassenen Bereich enthalten. Den niedergelassenen Bereich würden aber auch Vorgaben für das Nahtstellenmanagement, die Qualitätsstandards, das Informations- und Kommunikationswesen sowie Vorgaben für ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem treffen. Überdies könnten dem niedergelassenen Bereich im Rahmen des Reformpools Mittel zugewendet oder entzogen werden. Die Umsetzung all dieser Planungen und Vorgaben hängt jedoch davon ab, wieweit sie von den Trägern der Sozialversicherung und den Ärztekammern bei der Ausgestaltung der Gesamtverträge tatsächlich berücksichtigt werden. Es soll nicht unterschätzt werden, dass auf die Ärztekammern bei einer Realisierung der Entwürfe ein starker politischer Druck zukommen würde, der Umsetzung dieser Planungen nicht im Wege zu stehen. Rechtlich würde es aber auch weiterhin in der autonomen Entscheidungsgewalt der Ärztekammern liegen, ob und inwieweit sie daran mitwirken.

Ist aber die Mitwirkung der Ärzteschaft an der Umsetzung all dieser Vorhaben unverzichtbar, dann stellt sich die Frage, ob die vorgesehene Organisationsstruktur dazu angetan ist, die Mitarbeit der Ärzte auch zu fördern. Das ist meines Erachtens jedoch zu wenig der Fall. Die Ärzteschaft soll nicht in den Kreis der Gesellschafter der Gesundheitsagenturen aufgenommen werden. Gesellschafter sollen nur Bund, Land und Sozialversicherung sein. Über alle Pläne, Leitlinien und sonstigen Ausarbeitungen entscheidet die Generalversammlung der Agentur, also die Vertreter dieser Gesellschafter. Die Erbringer der Gesundheitsleistungen oder - wie sie in den Entwürfen genannt werden - die wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens sollen lediglich in der so genannten Gesundheitskonferenz vertreten sein. Dieser soll die Aufgabe zukommen, die Geschäftsführung und die Generalversammlung zu beraten. Konkret ist allerdings nur vorgesehen, dass sie in wesentlichen Angelegenheiten vor der Beschlussfassung in der Generalversammlung unter Setzung einer Frist anzuhören ist.

Ich halte das für völlig unzureichend. Es ist eine Lebenserfahrung, dass es sehr schwierig ist, die Zustimmung zu Maßnahmen zu gewinnen, wenn mit den davon Betroffenen vorher nicht gesprochen und ihnen keine Gelegenheit gegeben wurde, ihren Standpunkt rechtzeitig einzubringen. Wenn sie erst dann informiert und angehört werden, wenn die geplante Maßnahme bereits ausformuliert ist, dann ist schlicht und einfach mit Widerstand zu rechnen. Nun kann man einwenden, dass es doch dann, wenn Interessengegensätze vorhanden sind, möglich sein muss, dass jede Seite ihren Standpunkt zuerst einmal für sich selbst definiert und

das vor allem dann, wenn – wie dies hier auf der Nachfrageseite im Gesundheitswesen der Fall ist – eine Seite aus mehreren Mitgliedern besteht. Dieser Einwand überzeugt aber vor dem Hintergrund unseres Problems nicht.

Blicken wir einmal auf das Arbeitsrecht. In vielen Fragen, vor allem aber bei geplanten Betriebsänderungen, sind die Interessen der Unternehmensleitung und der Arbeitnehmer häufig sehr unterschiedlich bis gegensätzlich. Dennoch verpflichtet der Gesetzgeber die Arbeitgeberseite dazu, den Betriebsrat so rechtzeitig von geplanten Betriebsänderungen zu informieren, dass eine Beratung über deren Gestaltung noch durchgeführt werden kann. Information und Beratung haben also bereits dann einzusetzen, wenn zwar eine bestimmte Absicht besteht, die aber noch keineswegs im Detail ausgearbeitet ist. Die Realität beweist, dass das Außerachtlassen dieser Vorgangsweise zu massiven Widerständen auf Arbeitnehmerseite führt, während es doch häufig gelingt, durch rechtzeitige Einbindung des Betriebsrats in den Planungs- und Entscheidungsvorgang die Mitwirkung oder zumindest die Toleranz der Arbeitnehmerseite zu gewinnen.

Meines Erachtens sollte man sich diese täglich im Umgang mit Menschen wiederholbare Erfahrung zu Nutze machen und die Ärzteschaft schon frühzeitig in die Planungsvorhaben einbinden. Das bedeutet freilich nicht, der Ärzteschaft das Recht einzuräumen, durch ihr Veto die Planungen zu verhindern. Selbstverständlich muss es den Nachfragern nach ärztlichen Leistungen letztlich möglich sein, ihr Vorgehen unter sich abzustimmen. Es erscheint mir aber nicht sehr zielführend, wenn – wie dies die Entwürfe vorsehen – der Gesundheitskonferenz erst die von der Geschäftsführung für die Generalversammlung ausgearbeiteten Planungen vorgelegt werden und ihr dann nur die Möglichkeit eingeräumt wird, innerhalb einer vorgegebenen Frist Stellung zu nehmen. Damit wird nicht einmal ein Gesprächskontakt zwischen den Gesellschaftern und den Ärzten vorgesehen.

Was könnte und sollte daher geschehen? Meines Erachtens sollten die Ärzte - je nach Sachproblem aber auch Vertreter anderer Gesundheitsberufe - schon in einem Stadium eingebunden werden, in dem erst an den Plänen und anderen Vorhaben gearbeitet wird. Auch diese Mitwirkung an der Planung ändert freilich nichts daran, dass die Umsetzung im Wege der Gesamtverträge erfolgen muss, wozu in jedem Fall die Zustimmung der Ärzteschaft erforderlich ist. Diese Zustimmung sollte aber leichter zu erreichen sein, wenn die Anliegen der Ärzte schon im Vorfeld vorgebracht und möglichst auch berücksichtigt worden sind. Es gibt zwar keine Garantie dafür, dass die mit der Durchführung der Gesamtvertragsverhandlungen befassten Ärztevertreter in allem dem folgen werden, was die Repräsentanten der Ärzte im Rahmen der Gesundheitsagentur akzeptiert haben, die Mitwirkung von Ärztevertretern an den Planungen wird diese Akzeptanz aber mit Sicherheit erhöhen.

Meines Erachtens sollten die Entwürfe daher in diese Richtung überarbeitet werden.