

Tätigkeitsbericht 2005

Der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der Sächsischen Landesärztekammer tagte am 19.01.2005 und am 15.06.2005. Der Schwerpunkt der Ausschussarbeit lag vordergründig in der Erarbeitung eines Positionspapiers über die Neuen Versorgungsformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Verbindung von ambulanter und stationärer Betreuung. Dazu war eine intensive Zusammenarbeit der Ausschüsse „Krankenhaus“, „Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik“ und „Ambulante Versorgung“ sowie des Ärztlichen Geschäftsbereiches und der Rechtsabteilung erforderlich. Nach Beratung und ausführlicher Diskussion in den Ausschüssen formulierten die drei Ausschussvorsitzenden das Papier. Es stellt in einzelnen Passagen einen Kompromiss zwischen den beiden ambulanten Ausschüssen und dem „Krankenhausausschuss“ dar, zum Beispiel bei der Bewertung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

1. Die Ziele des Gesetzgebers:

Wirtschaftliche und finanzielle Einsparungen stehen im Vordergrund. Die Neuen Versorgungsformen sollen zur Überwindung von Behandlungsdefiziten durch Abbau der sektoralen Gliederung mehr Wettbewerb der Beteiligten im Gesundheitswesen und durch Qualitätsverbesserung beitragen.

2. Die Neuen Versorgungsformen im Einzelnen:

- Die Hausarztzentrierte Versorgung

Besonders umstritten ist der Begriff des „besonders qualifizierten Hausarztes“. Diese Versorgungsform geht eindeutig in Richtung des Primärarztsystems und findet zum Beispiel seinen Niederschlag im Vertrag der BARMER-Ersatzkasse mit dem Deutschen Hausärzteverband und dem Deutschen Apothekerverband, der eine Kombination von Hausarztzentrierter Versorgung (§73b) und Integrierter Versorgung (§§140a ff.) SGB V ist.

- Medizinische Versorgungszentren

Hauptkritikpunkt ist der deutliche Wettbewerbsnachteil für die fachärztliche Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Es besteht die Gefahr des Verlustes der Freiberuflichkeit des Arztes. Das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung wird verwischt.

- Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung

Schon vorher bestand eine Teilnahme an der ambulanten Behandlung durch Ermächtigungssprechstunden, vor- und nachstationärer Behandlung, ambulantes Operieren am Krankenhaus, Behandlung in Universitätspolikliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen. Neu ist die ambulante Behandlung im Rahmen der DMP sowie die hochspezialisierte Leistungserbringung bei seltenen Erkrankungen, die einen besonderen Krankheitsverlauf haben, bei Einrichtungen der Behindertenhilfe und bei Unterversorgung, solange diese besteht.

- Integrierte Versorgung

Möglich sind Verträge mit verschiedenen Leistungssektoren oder auch Verträge mit interdisziplinär-fachübergreifender Versorgung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind von den Vertragsverhandlungen ausgeschlossen. Die Honorierung wird vom Gesamthonorar der Kassenärztlichen Vereinigungen entnommen.

3. Meinungsstand der Ausschüsse:

Mit den Neuen Versorgungsformen werden parallel agierende Verantwortungsbereiche geschaffen. In Folge der rein ökonomischen Sicht des Gesetzgebers ist eine Integration im

ärztlichen Sinn nicht zu erkennen. Die Schaffung der neuen Strukturen führt zu einer Verschiebung der Finanzmittel aus der Versorgung in die Schaffung neuer Strukturen und somit zu einer Verminderung des finanziellen Volumens für die Versorgung. Die Neuen Versorgungsformen sind gewollt als Institutionen mit Verdrängungsfunktion gegenüber kleineren Einrichtungen konzipiert, insbesondere gegenüber dem spezialisierten niedergelassenen Arzt. Die Einflussmöglichkeiten der beiden ärztlichen Körperschaften werden zurückgedrängt und der Zusammenhalt der Ärzteschaft beschädigt. Das Ziel des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, ein hohes Versorgungsniveau mit angemessenen Beitragssätzen bei Erhaltung der Solidarität, Subsidiarität und der Selbstverwaltung sind nur durch eine grundlegende Reform der derzeitigen Sozialversicherungssysteme zu erreichen. Eine Überwindung der strengen sektoralen Versorgung bei Wahrung der Freiberuflichkeit und Erhalt der hausärztlichen sowie der ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgungsschiene ist anzustreben. Das Belegarztwesen ist der richtige Weg und sollte weiterentwickelt werden, denn eine ambulante Behandlung vor stationärer Behandlung erscheint dann besonders sinnvoll, wenn der Hauptbehandler in beiden Sektoren tätig ist.

Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau, Vorsitzender;
(veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“ 6/2006)