

Editorial



Es ist eine schwierige Aufgabe, über die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik zu schreiben. Schwierig deshalb, weil in den vergangenen Monaten ein Gesetzesvorschlag zur Gesundheitsreform den anderen ablöste. Was gestern noch Programm war, ist heute schon wieder veraltet. Es bleibt kaum Zeit, alles durchzuarbeiten und zu analysieren.

Das aktuelle Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das am 17. Oktober 2003 durch den Bundesrat verabschiedet wurde, ist aber im Vergleich zum ersten Entwurf in Bezug auf die Ärzteschaft moderater ausgefallen.

Von Staatsdirigismus und Misstrauen geprägte Gesetzespassagen wurden gemildert. Auch ein staatlicher Korruptionsbeauftragter hat der sachlichen Diskussion nicht standgehalten. Dafür haben aber Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen in überbordendem bürokratischen Umfang Kontrollverpflichtungen auferlegt bekommen.

Die ärztliche Fortbildung bleibt in wesentlicher Verantwortung der Landesärztekammern. Eine Pflichtfortbildung wird es nicht geben. Und die in unserem Heilberufekammergesetz sowie in der Berufsordnung geregelte Fortbildungspflicht wird nun Bestandteil des SGB V. Damit erfährt das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer eine deutliche Aufwertung. Mit der Fortbildungspflicht sind aber auch Restriktionen verbunden, wenn man diese gegenüber der Kassenärztlichen Ver-

einigung nicht nachweisen kann. Ein Fortbildungszertifikat ist da eine gute Lösung. Unsere Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wird sich auf eine noch größere Nachfrage einstellen müssen.

Kritisch ist festzustellen, dass die Rechte der Kassenärztlichen Vereinigungen beschnitten werden und eine Verschiebung zu Gunsten der Krankenkassen erfolgt. Während es gelang, das Herausbrechen der Fachärzte aus dem Kollektivvertragssystem zu verhindern, sind nun Hausärzte von Einzelverträgen betroffen. Die Ausgestaltung von integrierter Versorgung und von Gesundheitszentren birgt Chancen, aber auch das Risiko des zunehmenden Ökonomismus und der Fremdbestimmung von Ärzten.

Ein großer Streitpunkt war auch das ursprünglich geplante Zentrum für Qualität in der Medizin. Es sollte als staatsnahe Einrichtung Leitlinien entwickeln, Medikamente bewerten und die Qualitätssicherung übernehmen. Jetzt ist das Institut in einer selbstverwalteten Lösung als Institut zur Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV vorgesehen. Die Einwände der Selbstverwaltungskörperschaften haben ein Umdenken bewirkt. Weiterhin nicht vereinbar mit der Unabhängigkeit ist die Regelung, dass der Vorstand des Institutes nur im Einvernehmen mit dem Gesundheitsministerium berufen werden kann. Diese Lösung muss überdacht werden. Die Erstellung von Leitlinien kann nach meiner Meinung auch nicht zu den Aufgaben des Institutes gehören, denn dafür haben wir die Kompetenz des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin.

Versucht man die Hauptziele dieses GMG zu analysieren, so wird es im Verbund mit DRG und DMP, integrierter Versorgung, Hausarzt-Modellen, Gesundheitszentren oder Teilöffnung der Krankenhäuser zu einer enormen Vielfalt von Vertragsverhältnissen mit nachhaltiger Modifizierung der Krankenversorgung kommen. Dabei ist ein ganzes Stück Steuerungsmacht an die Krankenkassen übergegangen, und es wird eine intensive Abstimmung zur Sicherstellung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen erforderlich sein. Auch der verstärkte Einbezug der Patientenorganisationen führt im Endeffekt zur geteilten Verantwortung bei ärztlichen Entscheidungen und so zu einer weiteren Deprofessionalisierung der Medizin.

Über allem steht jedoch unverkennbar in diesem Schmidt-/Seehofer-Gesetz die Rationierung von Gesundheitsangeboten, von der alle Beteiligten im Gesundheitssystem direkt oder indirekt betroffen sind. Gerade auch deshalb bleibt es eine Hauptaufgabe der Ärzteschaft und ihrer Selbstverwaltung, die Definitionsmacht für „gute Medizin“ zu erhalten und auszubauen!

Denn viele der Änderungen und Neuregelungen im GMG sind erst durch die massive Intervention der Selbstverwaltungskörperschaften zustande gekommen. Allen voran ist hier die Bundesärztekammer zu nennen. Die Sächsische Landesärztekammer hat gleichfalls über zahlreiche Wege und Gespräche Druck ausgeübt, um die gravierendsten Eingriffe zu verhindern oder abzuschwächen. Und während wir in den zurückliegenden Wochen mit den geplanten Maßnahmen kämpften, verstärken sich jetzt die Kritikpunkte an den bereits eingeführten politischen Vorgaben. Besonders deutlich werden die politischen Versäumnisse bei den Diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern und den Disease Management Programmen. In beiden Fällen hat die Sächsische Landesärztekammer lange vor der gesetzlichen Fixierung auf Regelungsdefizite hingewiesen. Aber die Politik hat den Weg des „lernenden Systems“ trotzdem beschritten. Das heißt, aus den Erfahrungen in der Anwendung sollten Verbesserungen erfolgen. Vollkommen außer acht gelassen wurde dabei der Faktor Mensch. Und wenn es zu medizinischen Komplikationen durch politische Vorgaben kommt, steht der Arzt am Pranger, denn er muss sich nach dem medizinischen Notwendigen richten. Ein Dilemma zwischen ethisch-medizinischem Handeln und Gesetzgebung ist damit vorprogrammiert. Doch nicht der Politiker befindet sich darin, sondern der Arzt. Deshalb sehe ich es auch weiterhin als meine Aufgabe, der Politik mit medizinischem Sachverstand die Fehler ihrer Entscheidungen täglich vorzuhalten, um eine gute Versorgung der Patienten zu ermöglichen und das Patienten-Arzt-Verhältnis zu erhalten. Wir dürfen uns im Interesse der Patienten und unseres Berufsstandes nicht alles gefallen lassen, was uns die Politik vorschreiben will!

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer