

Tätigkeitsbericht 2002

Der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der Sächsischen Landesärztekammer tagte am 9. Februar 2002, am 8. Juni 2002 und am 26. Oktober 2002.

Dabei konzentrierte sich die Tätigkeit im Jahre 2002 auf folgende Schwerpunkte:

1. Die Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung nach der Einführung der „Diagnosebezogenen Fallpauschalen“ (DRG) im Krankenhaus

Bei der Einführung des DRG-Systems im Krankenhaus kommt es zur Verlagerung der Behandlung von Patienten vom stationären in den ambulanten Sektor. Zu dieser Krankenhausanschlussbehandlung wird ein Facharzt benötigt, der freie Kapazitäten zur Weiterbehandlung vorhält und ein Hausarzt, der für die neuen Herausforderungen fortgebildet sein muss. In diesem Zusammenhang wird eine Neuorientierung der fachärztlichen und hausärztlichen Behandlung relevant. Der Ausschuss arbeitet an dem Projekt eines zukünftigen Hausarztes, der den gestiegenen kritischen Ansprüchen einer aufgeklärten Patientenschaft und den modernen medizinischen Leistungserbringern der jungen Ärztegeneration entsprechen soll. Der zu erwartende Mangel an niedergelassenen Hausärzten und Fachärzten anderer Gebiete bei gleichzeitiger Einführung des DRG-Systems provoziert einen eklatanten Versorgungsnotstand. Vor diesem Hintergrund ist ein Antrag des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ der Kammerversammlung am 14. Juni 2002 auf dem 12. Sächsischen Ärztetag mit folgendem Inhalt vorgetragen worden:

Die derzeitige Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte führt zu einem Rückgang der Zahl der Arztpraxen. Das betrifft sowohl die Fachärzte für Allgemeinmedizin als auch Fachärzte anderer Gebiete. Zurzeit sind 43 % der Hausärzte älter als 55 Jahre. Weil sich das Angebot speziell an jungen Hausärzten absehbar nicht verbessern wird, muss diese Situation in den nächsten zehn Jahren eskalieren und zu einem Versorgungsnotstand führen.

Mit dem Hausarztproblem sind auch für Arzthelferinnen schlechtere finanzielle Arbeitsbedingungen verbunden sowie weniger Ausbildungsplätze verfügbar.

Die Einführung des DRG-Systems in den Krankenhäusern soll dort eine Kostensenkung bewirken. Eine solche Verringerung der Krankenhausausgaben führt zwangsläufig zu einer Verlagerung der Kosten in andere Bereiche des Gesundheitswesens, besonders in den ambulanten Sektor. Zum Beispiel bedeutet eine kürzere Patientenliegedauer im Krankenhaus (bei sogenannter „Blutiger Entlassung“) eine frühere und langwierige Nachbehandlung durch den Hausarzt oder den niedergelassenen Facharzt anderer Gebiete. Derart höhere Ansprüche an die ambulante Versorgung können nur erfüllt werden durch

- mehr Haus- und andere Fachärzte, die die wachsenden Patientenströme bewältigen können sowie
- mehr Mittel, um die eigentlich notwendige, aber oft teure Krankenhausbehandlung durch eine adäquate Versorgung im ambulanten Sektor ersetzen zu können.

Im Gesamtrahmen des Gesundheitswesens führen DRG-Systeme nicht zu einer Reduzierung der Kosten, wie das auch internationale Studien ergeben haben.

Schlussfolgerungen:

Dem Mangel an Hausärzten, erschwert durch die Einführung des DRG-Systems in den Krankenhäusern, muss unmittelbar mit wirkungsvollen Maßnahmen begegnet werden:

- Um den ärztlichen Nachwuchs dafür zu stimulieren, eine Hausarztpraxis zu übernehmen, sind finanzielle Anreize erforderlich.

- Es muss gesichert sein, dass die infolge der Einführung des DRG-Systems in den Krankenhäusern erhöhten hausärztlichen Pflichten als ärztliche Leistungen im ambulanten Sektor ausreichend erbracht und auch vergütet werden können.
- Zweckmäßigerweise sollte die Einführung des DRG-Systems verschoben werden, bis sich das Leistungsangebot der Hausärzte stabilisiert hat.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales wird gebeten, ein Konzept der medizinischen Versorgung für die nächsten zehn Jahre vorzustellen und dabei ausreichende finanzielle Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung aufzuzeigen.

2. Weiterbildung zum Hausarzt neuen Typs

Nach dem Modell der Bundesärztekammer soll es künftig einen „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ (Hausarzt) sowie einen „Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung xy“, zum Beispiel „Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie“ eben. Der Ausschuss beschäftigte sich intensiv mit dem Weiterbildungsgang zum „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ (Hausarzt).

3. Positionierung zum Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz / „Aut-idem-Regelung“

Es ist eine Arbeitsgruppe von Apothekern und Ärzten gebildet worden, zu klären, ob eine „Aut-idem-Regelung“ praktisch gelöst werden kann.

Die Apotheker begrüßten die „Aut-idem-Regelung“. Ein Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes bestehe nicht, da der Arzt den Pflichtaustausch ausschließen kann. Kritisiert wird aber, dass die Verantwortlichkeiten nicht gesetzlich geregelt sind.

Die Meinung der Ärzte wurde wie folgt artikuliert: Sie empfinden den Austausch von Medikamenten ohne Rücksprache mit dem Arzt als Gründe für eine nachhaltige Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Die häufigen Änderungen von Form, Farbe und Größe der Tabletten führen bei Laien zu erheblichen Verunsicherungen. Als besonders schwerwiegend werden die Probleme der Austauschbarkeit unterschiedlicher Darreichungsformen bei Retardarzneimitteln sowie die Austauschbarkeit von wirkstoffgleichen Fertigarzneimitteln mit unterschiedlicher zulassungsdefinierter Indikation.

Es wurden folgende Vereinbarungen getroffen:

- Verfassen eines gemeinsamen berufspolitischen Statements,
- Erstellen einer Übersicht zu wichtigen Parametern, die beim Austausch zu berücksichtigen sind und
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen beider Berufsgruppen zu biopharmazeutischen Fragestellungen.

4. Berufsordnung – Führen der Bezeichnung „Praxisklinik“

Es wurden zehn Anträge von Ärzten auf Führen der Bezeichnung „Praxisklinik“ intensiv geprüft. Bei neun Anträgen waren die laut Berufsordnung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Diese Anträge konnten genehmigt werden.

5. Positionierung zu „Off-Label-Use“

Der erste Senat des Bundessozialgerichtes hatte am 19. März 2002 als Grundsatzurteil entschieden, eine Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der in Deutschland zugelassenen Indikationsgebiete muss nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Folgende Bedingungen müssen bei einer Verordnung außerhalb zugelassener Indikationsgebiete erfüllt sein:

- Es handelt sich um eine schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung, bei der
- keine andere Therapie verfügbar ist und

- aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) zu erzielen ist.

Dieses Urteil ist u. a. in Hinblick auf Arzneimittelregresse von Relevanz.

Der Ausschuss will sich im kommenden Jahr an die Fachgesellschaften mit der Bitte wenden, Leitlinien daraufhin zu überprüfen und einzuräumen, in welchen Fällen ausnahmsweise ein Medikament außerhalb der Indikation mit Begründung angewandt werden darf.

6. Ärztliche Präventionstage 2002 in Sachsen

Der Ausschuss arbeitete an der Gestaltung der „Ärztlichen Präventionstage 2002 in Sachsen“ mit, die unter dem Motto „Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im mittleren Erwachsenenalter“ standen und deren Ziel das Erreichen und der Erhalt einer guten Lebensqualität im Alter sein sollte. Schwerpunkt war die verstärkte Prävention bei erhöhtem Herz-/Kreislauf-Risiko durch rechtzeitige Inanspruchnahme des Gesundheits-Check-ups und durch gesunde Lebensweise.

Da oben genannte Probleme ebenfalls die Ausschüsse „Krankenhaus“, „Weiterbildung“ und „Prävention und Rehabilitation“ der Sächsischen Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen tangieren, ist auch weiterhin die Zusammenarbeit mit diesen vorgesehen.

7. Probleme der Arzthelferinnen und der Arzthelferinnenausbildung

Es wurden die jeweils relevanten Ergebnisse der Prüfungen ausgewertet und beurteilt, auch in Hinblick auf die ausbildenden Ärzte und Lehrer in den Berufsschulzentren.

Die Novellierung der Ausbildungsverordnung „Arzthelferinnen“ wurde intensiv diskutiert und für notwendig erachtet.

Einen breiten Raum nahmen wiederum die Konflikte zwischen Lehrenden und Auszubildenden ein, die einer Lösung bedurften. Einen weiteren Punkt stellten die Tarifvereinbarungen dar, die auf Bundesebene ausgehandelt werden zwischen den Vertretern der Arbeitgeber (AAA), die von den Landesärztekammern benannt werden, und den Arbeitnehmerinnen, vertreten vom Bundesverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen (BdA) und der Gewerkschaft Verdi im DGB.

Für die Arzthelferinnen, für Auszubildende und für weitere Mitarbeiter in den deutschen Arztpraxen ist in diesem Jahr eine Pensionskasse gegründet worden. Damit sollen die neuen Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung und der sogenannten „Riester-Rente“ für das Praxispersonal optimal ausgeschöpft werden (www.slaek.de).

Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau, Vorsitzender;
Dr. Barbara Gamaleja, Ärztin in der Geschäftsführung
(veröffentlicht im „Arzteblatt Sachsen“ 6/2003)