

Tätigkeitsbericht 2004

Der Ausschuss Ambulante Versorgung der Sächsischen Landesärztekammer tagte am 24.01.2004, am 24.04.2004 und am 02.10.2004.

Schwerpunkt der Ausschussarbeit bildete ausschließlich das am 01.01.2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Dazu war es vorteilhaft, weitere Ausschüsse zur Bearbeitung dieses großen Themas einzubeziehen.

Als Gäste nahmen an den Sitzungen Dr. Huschke (Vorsitzender Ausschuss Krankenhaus) und Frau Dr. Eberlein-Gonska (Vorsitzende Ausschuss Qualitätssicherung) teil. Einen Kontakt zu dem wichtigen Partner der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen konnte trotz Bemühungen noch nicht hergestellt werden.

1. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V)

Es ist festzustellen, dass dieses Modell auf eine gute Kooperation zwischen Facharzt und Hausarzt angewiesen ist und das Krankenhaus hierbei Träger der stationären Versorgung und Erbringer spezialisierter Leistungen ist. Ein Modellprojekt in Sachsen-Anhalt wurde kritisch bewertet, wobei der Hauptkritikpunkt an dem Begriff „besonders qualifizierter Hausarzt“ besteht, der von den Krankenkassen festgelegt wird. Diese Einteilung fällt jedoch nicht in die Entscheidungshoheit einer Institution, deren originäre Aufgabe die Verwaltung und Verteilung der finanziellen Mittel der Solidargemeinschaft ist. Über die Qualifikation eines Arztes hat die Ärztekammer zu entscheiden, die diese Aufgabe vom Staat übertragen bekommen hat und die durch Abhaltung von Prüfungen über eine besondere Qualifikation eines Arztes Kraft Gesetzes entscheidet.

2. Medizinische Versorgungszentren (MVZ, § 95 SGB V)

Hierzu wurden folgende Kritikpunkte erarbeitet: Durch die Bildung von MVZ werden zwar effektivere Arbeitsplätze geschaffen, jedoch bleibt die Anzahl der Ärzte im Versorgungsgebiet die gleiche. Ein Ärztemangel, sowohl ambulant als auch stationär, bleibt nach wie vor bestehen, so dass das Schließen von Versorgungslücken nur sehr bedingt möglich ist. Durch die Eröffnung von MVZ entsteht ein deutlicher Wettbewerbsnachteil für die fachärztlichen Praxen. Die für das deutsche Gesundheitswesen hervorragende wohnortnahe Versorgung wird damit grundsätzlich in Frage gestellt. Es besteht die Gefahr, die lange Tradition der Freiberuflichkeit in der Medizin, deren wesentliche Kennzeichen die persönliche eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von speziellen Leistungen ist, zu verlieren oder zumindest eingeschränkt zu bekommen. Es besteht die Gefahr des Abrutschens des Arztberufes in die Nähe eines Gewerbes, wenn das Prinzip der „nicht multiplizierbaren Leistungserbringung“ verwischt werden kann. Es muss auf die Gefahr der Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten für einen bestimmten Arzt hingewiesen werden.

3. Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung oder hochspezialisierten Leistungen (§ 116 a – b SGB V)

Aus der Sicht des Ausschusses ist die ambulante Behandlung im Krankenhaus positiv zu bewerten, weil dafür eine absolute Notwendigkeit vorliegen muss und eine zeitliche Begrenzung vorgesehen ist. Dadurch sind Konkurrenzsituationen zu den Praxen der Umgebung ausgeschlossen. Da jedoch der § 116 a-b SGB V eine Kann-Bestimmung ist und für die Kassen letztlich daraus keine Kosteneinsparungen resultieren, sondern eine bürokratische Mehraufwendung entsteht, ergibt sich daraus wohl eher eine Realisierungsabstinenz.

4. Integrierte Versorgung (§ 140 a-d SGB V)

Um das hohe Niveau im deutschen Gesundheitswesen zu halten, sind grundlegende Änderungen erforderlich. Die Neubestimmung des Verhältnisses von Eigenverantwortlichkeit und Solidarität, die Schaffung einer nachhaltigen Finanzierung, die präventive Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung, die verantwortliche Lösung ethischer Konflikte und die künftige Umsetzung des medizinischen Fortschrittes müssen dabei im Vordergrund stehen. Die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wird durch die neuen Vertragsmöglichkeiten optimal überbrückt.

Das in Deutschland praktizierte Belegarztwesen ist bereits ein bewährtes und hocheffizientes Integrationsinstrument zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Es sollte weiter ausgebaut werden. Der Abschluss von Verträgen außerhalb der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen muss negativ bewertet werden, denn sie besitzen die erforderlichen Verhandlungserfahrungen. Außerdem werden die Vertragsärzte in ihrer Gesamtheit gespalten und somit die Verhandlungsbasis nachhaltig geschwächt.

Zur intensiven Bearbeitung der Probleme, die sich aus dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz und ihren Auswirkungen auf das ambulante und stationäre Gesundheitswesen noch weiterhin ergeben werden, wurde eine ausschussübergreifende Arbeitsgruppe aus Vertretern der Ausschüsse Ambulante Versorgung, Krankenhaus, Schwerpunktbehandlung und Betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik und Qualitätssicherung unter Mitwirkung der Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer gebildet, die sich am 15.12.2004 zunächst in kleinem Kreis konstituierte. Sie hat ein Positionspapier auf Bitten des Kammervorstandes zu den neuen Versorgungsformen erarbeitet und dem Vorstand zugeleitet. Dieses soll im Ärzteblatt Sachsen veröffentlicht werden.

Arzthelferinnenwesen

Die Sächsische Landesärztekammer ist auch die zuständige Stelle für die Berufsbildung der Arzthelferinnen. Da die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung aus Kapazitätsgründen die Fortbildung der Arzthelferinnen nicht übernehmen kann, wurde aus unserem Ausschuss eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit diesen Problemen befassen wird.

Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau, Vorsitzender
(veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“ 6/2005)