

Neue Versorgungsformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Verbindung der ambulanten und stationären Betreuung

I. Einführung

Die Ausschüsse „Ambulante Versorgung“, „Krankenhaus“ und „Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik“ nehmen mit den nachfolgenden Ausführungen eine Bewertung der im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) geplanten „Neuen Versorgungsformen“ vor. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat dieses Positionspapier in der Vorstandssitzung am 6. April 2005 ausführlich diskutiert und einstimmig angenommen.

1. Ist-Zustand

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist gegliedert in ambulante, stationäre und universitäre Versorgung sowie das Rehabilitationswesen mit einer weitestgehend voneinander losgelösten und parallelen Versorgung. Dies hat zu einem Konkurrenzdenken und zu einer Vielzahl von Problemen, insbesondere bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, geführt. Beispielsweise seien genannt:

- die Finanzierung der Leistungserbringung nach dem Zulassungsprinzip,
- die Probleme bei der sektoralen Trennung von Diagnostik und Therapie (Schnittstellenproblematik),
- die Entwicklung der rehabilitativen Versorgung unabhängig vom notwendigen Bedarf und mit zu geringer ärztlicher Einflussnahmemöglichkeit,
- die mangelnde Verknüpfung von Forschungspotentialen und Patientenversorgung,
- mangelnde gesetzliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen Nachwuchses und
- Abstimmungsprobleme der Partner im Gesundheitswesen.

Dabei ist festzustellen, dass bisher der gemeinsame Versorgungsauftrag keine optimale Wichtung der Verantwortung des stationären Bereiches einerseits und des niedergelassenen Bereiches andererseits ermöglichte (Problem der Ermächtigung, Problem der Vor- und Nachsorge bei stationären Behandlungen). Vor allem bei chronischen und komplexen Krankheitsbildern konnten die Versorgungsaufgaben nicht ausreichend gelöst werden. Die de-

mographische Entwicklung lässt erwarten, dass durch die Überalterung der Bevölkerung bei Fortbestehen des Systems die Probleme zunehmen werden und eine Versorgungsverschlechterung zu erwarten ist.

2. Ziele des Gesetzgebers

Die Gesetzliche Krankenversicherung erfährt im Rahmen der Reformen zur Sozialversicherung durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) tiefgreifende Veränderungen. Die in das SGB V eingeführten „Neuen Versorgungsformen“ sollen einerseits durch Überwindung der sektoralen Gliederung des Deutschen Gesundheitswesens Behandlungsdefizite vermindern und damit medizinische und versorgungspolitische Gesichtspunkte berücksichtigen. Andererseits ist zu erkennen, dass die gesetzlichen Regelungen zwar auch der Kostenersparnis dienen, jedoch Wettbewerb und Qualitätsverbesserung durch „Neue Versorgungsformen“ erzielt werden sollen, bei denen die wirtschaftlichen Gründe im Vordergrund stehen.

II. Bewertung der vom Gesetzgeber vorgegebenen „Neuen Versorgungsformen“ und Organisationsstrukturen

Der Gesetzgeber hat im SGB V mit der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V und den Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V „Neue Versorgungsformen“ eingeführt und andere schon bestehende Versorgungsformen, wie die Integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V und Disease-Management-Programme (DMP) gemäß § 137 f. SGB V wesentlich verändert. Neben der Hausarztzentrierten Versorgung werden Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und die Integrierte Versorgung bewertet. Bei der Bewertung sollen die „Neuen Versorgungsformen“ rechtlich eingeordnet und Vorteile sowie Kritikpunkte dargestellt werden. Abschließend wird der Meinungsstand der Ausschüsse zu den „Neuen Versorgungsformen“ und Organisationsstrukturen dargestellt.

1. Die Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V

Rechtliche Einordnung:

Versicherte können sich gemäß § 73 b SGB V gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich ver-

pflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der „besonders qualifizierten Hausärzte“ gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Eine fachärztliche Behandlung ist nur auf Überweisung möglich. Für die Krankenkassen besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung Verträge mit „besonders qualifizierten Hausärzten“ abzuschließen. Die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wird geschwächt. Es können wirtschaftliche Anreize für den Arzt durch eine Zusatzvergütung und für den Versicherten durch Bonusregelungen gesetzt werden. Für den Arzt besteht dagegen auf Grund des fehlenden Kontrahierungszwangs kein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages.

Vorteile:

Dieses Modell ist sehr stark auf eine gute Kooperation zwischen Hausarzt und Facharzt angewiesen. Auch durch Kooperationsmöglichkeiten mit Pflegeeinrichtungen und anderen sozialen Diensten soll die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten besser werden. Das Krankenhaus soll als Träger der stationären Versorgung besser eingebracht werden.

Kritikpunkte:

Der Hauptkritikpunkt an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ ist der Begriff „besonders qualifizierter Hausarzt“, der im Gesetz nicht näher spezifiziert wird und offensichtlich von den Krankenkassen festgelegt wird. Diese Einteilung darf jedoch nicht in die Entscheidungshoheit einer Institution fallen, deren originäre Aufgabe die Verwaltung und gerechte Verteilung der finanziellen Mittel der Solidargemeinschaft ist. Über die Qualifikation eines Arztes kann nur die Ärztekammer entscheiden, die diese Aufgabe vom Staat übertragen bekommen hat. Sie entscheidet durch Facharztprüfungen über eine besondere Qualifikation. In der Bindung des Patienten an einen bestimmten Hausarzt für ein Jahr, ohne dessen Überweisung keine Facharztconsultation erfolgen kann, ist die Tendenz in die Richtung des „Primärarztsystems“ deutlich erkennbar. Dieses Prinzip verhindert, dass der aufgeklärte und mündige Patient bei vielen eindeutigen Erkrankungen auch in eigener Regie einen Facharzt aufsuchen könnte. Es besteht ebenfalls die Gefahr einer Spaltung

der Ärzteschaft in „einfache und besondere“ Ärzte ihres Fachgebietes, was zu einer Stärkung des Einflusses der Krankenkassen führen wird. Eine Ausklammerung der Kassenärztlichen Vereinigungen bedeutet zudem einen ersten Schritt zu ihrer Abschaffung.

2. Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V

Rechtliche Einordnung:

Bisher war die ambulante Behandlung nur dem Vertragsarzt, dem ermächtigten Arzt und in den neuen Ländern den unbefristet zugelassenen Einrichtungen nach § 311 SGB V (Polikliniken) erlaubt. Nach § 95 Abs. 1 SGB V darf auch das MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Es wird definiert als eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung. Sie soll sektorale Grenzen in der medizinischen Versorgung überwinden. Zur Gründung sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte Einrichtungen, Krankenhaussträger, Reha-Einrichtungen, Apotheken und Pflegedienste berechtigt. Im Rahmen der Bedarfsplanung dürfen sich Medizinische Versorgungszentren aller zulässigen Organisationsformen bedienen. MVZ bedürfen der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Im MVZ können Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sein. Die Anstellungsverhältnisse sind nach Zahl und Umfang frei zu gestalten. Eine Eintrittsgrenze für Ärzte besteht nicht. Anstellungsende im MVZ ist das 68. Lebensjahr.

Vorteile:

Im MVZ haben junge Ärzte die Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung ohne wirtschaftliches Risiko teilzunehmen. Dadurch lässt sich z. B. Familie und Beruf besser koordinieren. Jeder Arzt erhält gemäß § 103 Abs. 4 a SGB V nach fünf Jahren auf Antrag eine Zulassung als niedergelassener Arzt, unbeschadet der im Planungsbereich bestehenden Zulassungsbeschränkungen. Ältere Vertragsärzte können sich einem MVZ anschließen, um schrittweise eine Reduzierung der Arbeitszeit anzustreben. Eine Anstellung auch für Krankenhausärzte nach dem 55. Lebensjahr ist möglich. Durch regelhafte Verzahnung, zum Beispiel bei Angliederung eines MVZ an ein Krankenhaus, soll eine kostengünstige Alternative und qualitativ hochwertige Versorgung entstehen. Die gemeinsame Nutzung von Geräten und Personal

und ein gemeinsames Qualitätsmanagement können günstigere Kostenstrukturen schaffen. Die Anstellungsverhältnisse können nach Zahl und Umfang (im Rahmen des Gesamtumfangs) frei gestaltet werden.

Die Möglichkeit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren wird von Krankenhausesseite begrüßt. Krankenhäuser können angestellte Ärzte, z. B. nach der Facharztprüfung, im MVZ weiter beschäftigen. Der ambulante Arbeitsplatz kann durch einen Facharzt besetzt werden, der stationäre Arbeitsplatz wird wieder frei für die Weiterbildung. Unklar bleibt die in § 20 Abs. 1 und 2 der Ärztezulassungsverordnung geforderte strenge Trennung der ambulanten von der stationären Tätigkeit. Das MVZ soll geeignet sein, die durch die DRG-Reform entstehende Lücke in der Nachbetreuung des jetzt wesentlich früher entlassenen Patienten zu schließen. Das kann unter anderem nur dann gelingen, wenn ein Teil der durch die Fallpauschalen-Reform eingesparten Gelder hier wieder eingesetzt wird.

Kritikpunkte:

Ob durch die Bildung von MVZ Versorgungslücken geschlossen werden können, ist fraglich. Es sollen zwar effektivere Arbeitsplätze geschaffen werden, jedoch ist anzunehmen, dass die Anzahl der Ärzte im Versorgungsgebiet gleich bleibt. Ein Ärztemangel, sowohl ambulant als auch stationär, bleibt nach wie vor bestehen. Durch die Eröffnung von MVZ entsteht ein deutlicher Wettbewerbsnachteil, insbesondere für die fachärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Die für das deutsche Gesundheitswesen hervorragende wohnortnahe fachärztliche Versorgung wird damit im Grunde in Frage gestellt. Es besteht die Gefahr, die bewährte jahrhundertealte Tradition der Freiberuflichkeit in der Medizin, deren wesentliches Kennzeichen die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von ärztlichen Leistungen ist, zu verlieren oder zumindest Einschränkungen hinnehmen zu müssen. Wenn das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung verwischt wird, könnte sich die Ärzteschaft zunehmend weg vom freien Beruf hin zu einem Gewerbetreibenden entwickeln. Zudem könnte die Wahlfreiheit des Patienten eingeschränkt werden. Die Beschränkung der Tätigkeit im MVZ auf Ärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung verschärft zudem das zurzeit schon anstehende Problem, dass

viele Weiterbildungsinhalte nicht in Krankenhäusern vermittelt werden können, da sie ausschließlich ambulant zu erbringen sind.

3. Teilöffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung gemäß § 116 b SGB V

Rechtliche Einordnung:

Die Trennung der Sektoren bzw. die Schnittstelle zwischen der stationären Versorgung und der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird seit Jahren von der Politik als ein wesentlicher Grund für Qualitätsdefizite in der Versorgung der Patienten insbesondere bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen angeführt. Bisher wurde diese Problematik durch so genannte Ermächtigungssprechstunden gemäß § 116 SGB V geregelt. Darüber hinaus gab es die gesetzlich geregelten Ausnahmen wie die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a SGB V), für ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) sowie durch Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V). Das GMG sieht gegenüber dem alten System vier Erweiterungen vor. Dies sind Öffnungen der Krankenhäuser im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) gemäß § 116 b Abs. 1 SGB V, für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116 b Abs. 2 bis 5 SGB V, Öffnungen von Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 119 a SGB V und der Möglichkeit, dass Krankenhäuser bei Unterversorgung gemäß § 116 a SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können.

Vorteile:

Aus der Sicht der Vertragsärzte ist die ambulante Behandlung im Krankenhaus dann als positiv zu bewerten, wenn tatsächlich eine Unterversorgung besteht und spezielle Krankheiten behandelt werden können. Konkurrenzsituationen zu den Praxen der Umgebung kann durch eine zeitliche Begrenzung der Verträge entgegengewirkt werden. Der Katalog von § 116 b Abs. 2 bis 5 SGB V kann im Bedarfsfall um aktuelle Veränderungen der Versorgungslage erweitert werden.

Kritikpunkte:

Da die Regelungen von §§ 116 a und 116 b SGB V „Kann-Bestimmungen“ sind und für

die Krankenkasse letztendlich daraus keine Kosteneinsparung resultiert, sondern lediglich ein bürokratischer Mehraufwand, ergeben sich daraus wohl Schwierigkeiten für die Realisierung.

4. Integrierte Versorgung gemäß §§ 140 a ff. SGB V

Rechtliche Einordnung:

Ziel der Integrierten Versorgung ist die Abstimmung der medizinischen Leistungen der verschiedenen ambulanten, stationären, pflegerischen oder rehabilitativen Sektoren. Sie soll ein reibungsloses Zusammenspiel allgemeinärztlicher und fachärztlicher Behandlung und ein eingespieltes Zusammenwirken aller Versorgungskomponenten ermöglichen. Die Krankenkassen können gemäß § 140 a SGB V Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung mit Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140 b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen. Der Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen ist explizit ausgeschlossen. Gemäß § 140 b Abs. 5 SGB V ist mit Zustimmung der Vertragspartner ein Beitritt Dritter zum Vertrag möglich. Gemäß den Vorgaben in § 140 b Abs. 3 SGB V müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Neu ist, dass die Vertragspartner der Integrierten Versorgung sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungstatus für die Durchführung der Integrierten Versorgung darauf verständigen können, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist (§ 140 b Abs. 4 SGB V). Es handelt sich um eine parallele Versorgungsstruktur außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es werden einzelvertragliche Regelungen zwischen dem Integrationsverbund und der Krankenkasse ermöglicht. Die Vergütung wird zwischen den Vertragsparteien verhandelt. Die Abgeltung der Leistungen erfolgt durch ein kombiniertes Budget, allerdings zu Lasten des Gesamtbudgets des ambulanten und stationären Sektors.

Verträge zur Integrierten Versorgung sollen durch Wegfall von Rahmenvereinbarungen

der Kassenärztlichen Vereinigungen, durch Befreiung vom Grundsatz der Beitragsstabilität bis 31. 12. 2006, durch Anschubfinanzierung von 1 Prozent aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und dem Krankenhausbudget sowie durch die Gründung von Integrationsverbänden von zugelassenen Leistungserbringern als auch Managementgesellschaften erleichtert werden.

Vorteile:

Vorteile der Integrierten Versorgung sollen in der Verbesserung von Qualität und Effizienz der Patientenversorgung, der Ressourcenschonung der eingesetzten Mittel, der Stärkung des Engagements und Arbeitszufriedenheit aller im Gesundheitswesen Tätigen und der Senkung der Bürokratiekosten bestehen.

Integrationsdefizite, wie

- durch Differenzierung und Spezialisierung in der Medizin,
- durch unterschiedliche Orientierung der verschiedenen Fachrichtungen,
- aus der hochentwickelten Wahlfreiheit der Krankenversicherten,
- aus den finanziellen Anreizen der Versorgungssysteme,
- aus den verschiedenen Rechtsbedingungen und Zuständigkeiten der einzelnen Sektoren,
- durch die starke Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen und
- durch zunehmende betriebswirtschaftliche Orientierung vieler Leistungserbringer sollen abgebaut werden.

Kritikpunkte:

Hinsichtlich der Finanzierung erfolgt keine Bereinigung der Krankenhausbudgets in den Jahren 2004 bis 2006, weil bereits im Krankenhausbudget enthaltene Leistungen nicht in der Integrationsversorgung vergütet werden. In den Jahren 2004 bis 2006 erfolgt ein Pauschalabzug bis zu 1 Prozent von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Krankenhausbudgets zur Finanzierung der Integrierten Versorgung, „soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b SGB V geschlossenen Verträgen erforderlich sind“. Eine Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis Ende 2006 geschlossen werden, wird nicht gefordert (§ 140 b Abs. 4 SGB V). Dies bedeutet, dass keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestellt werden und die Finanzierung aus der Neuverteilung erfolgt, was einer Mittelverminderung für die Gesamtversorgung infolge des erhöhten bürokratischen Aufwandes gleichkommt. Eine Beitragssatzstabilität wird nicht gefordert, was der Gesetzgeber mit hohen Kosten für die Erstellung von Konzepten begründet. Die Kassenärztliche Vereinigung als Vertragspartner ist dezidiert ausgeschlossen. Damit erfolgt eine Integrierte Versorgung außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung, was eindeutige „Parallelleistungen“ zur Folge haben kann. Für Krankenhäuser werden nur zusätzliche Leistungen in der Integrierten Versorgung vergütet, eine Budgetbereinigung erfolgt dagegen nicht. Mit den Verträgen sind außer den Versorgungsleistungen auch die

Vergütung der Leistungen zu regeln. Somit sind alle Preise zwischen den Kassen und dem Leistungserbringer einzeln zu verhandeln. Damit erhöht sich erneut der bürokratische Aufwand, was außerdem bedeutet, dass unterhalb eines Leistungsniveaus die dazu erforderlichen Mittel nicht zu erbringen sind. Die Umsetzung wird dadurch erschwert, dass ein Kassenarztsitz und ein weiterer Vertrag zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus zu den finanziellen Modalitäten und eine sachgerechte anteilige Honorierung der einzelnen Leistungserbringer erforderlich ist. Zudem kann eine sinnvolle integrierte Versorgung erst dann stattfinden, wenn für die Patientenversorgung ein eigenes Budget existiert.

Der Abschluss von Integrierten Versorgungsverträgen außerhalb der KV-Zuständigkeit, und somit der Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die neuen Vertragspartner, wird deshalb negativ bewertet, denn die Kassenärztlichen Vereinigungen besitzen die erforderlichen jahrzehntelangen Verhandlungserfahrungen und entsprechende strukturelle und logistische Voraussetzungen. Problematisch erscheint die Aufgabe der Beitragssatzstabilität und eine fehlende Öffnungsklausel zur Herstellung der Chancengleichheit zugelassener Vertragsärzte gegenüber medizinischen Versorgungspartnern. Damit sind die Versorgungspartner vom Gesetzgeber als Institution mit Verdrängungsfunktion gegenüber kleineren Einrichtungen konzipiert, insbesondere gegenüber dem spezialisiert tätigen Einzelarzt. Zudem scheint die Idee der Integrierten Versorgung nicht realisierbar auf Grund der politisch gesetzten Rahmenbedingungen und dem Spezialisierungstrend in der Medizin. Die Versorgung wird zudem noch unübersichtlicher. Es ist erkennbar, dass die umfassende Funktion des Arztes weiter zurückgedrängt werden soll. Weiterhin besteht die Gefahr, dass die Vertragsärzte in ihrer Gesamtheit gespalten und damit die Verhandlungsbasis nachhaltig geschwächt wird.

Die Funktion der Integrierten Versorgung dient damit nach unserer Ansicht auf Basis der jetzigen rechtlichen Grundlage nicht der Verbesserung der Versorgung. Bei gleichzeitiger Verfügbarkeit von Finanzmitteln für die Patientenversorgung (volkswirtschaftlicher Aspekt) und Sicherung von Finanzmitteln für die einzelne integrierte Einrichtung (betriebswirtschaftlicher Aspekt), wird das Gesamt-

system mit hohem Risiko umgewandelt. Versorgungsdefizite werden bewusst in Kauf genommen. Es besteht die Gefahr der schnellen Verausgabung von Finanzmitteln für Versorgungsformen, die sich kaum vom Status quo unterscheiden.

Wie bei allen von der jetzigen Bundesregierung vorgesehenen Modellen (DMP, DRG) sind keinerlei Pilotstudien vorgesehen, was das Gesamtvorhaben als Roulette erscheinen lässt (einzelne Gewinner, viele Verlierer und die Gewinner sind die Krankenkassen, der Nutzen für den Patienten = Zuschauer ist unübersichtlich).

5. Meinungsstand der Ausschüsse

Mit den „Neuen Versorgungsformen“ ist primär keine Integrierung des Gesamtsystems vorgesehen, sondern die Schaffung parallel agierender Verantwortungsbereiche mit nicht mehr überschaubarem Sicherstellungsauftrag. Integration im ärztlichen Sinn, als Integrierung der Versorgung für den Bürger, ist zwingend notwendig. Dabei ist nicht zu erkennen, dass dieser Aspekt mit dem neuen Gesetz als Folge der rein ökonomischen Sicht annähernd erfüllbar ist.

Die Schaffung neuer Strukturen führt unter diesen Aspekten zwangsläufig zu einer dramatisch anzusehenden Verschiebung von Finanzmitteln aus der Versorgung in die Schaffung neuer Strukturen und damit bei Konstanz der Gesamtmittel zu einer Verminderung des finanziellen Volumens für die Versorgung. Vom Gesetzgeber sind die Versorgungspartner gewollt als Institution mit Verdrängungsfunktion gegenüber kleineren Einrichtungen konzipiert, insbesondere gegenüber dem spezialisiert tätigen Einzelarzt. Dabei wird die Versorgung unübersichtlicher, die Funktion des einzelnen Arztes, jedoch auch die Funktion der beiden ärztlichen Körperschaften, zurückgedrängt. Es sei mit Nachdruck darauf verwiesen, dass dadurch lobbyistische Denkweisen gefördert werden, die einerseits zu einer Zersetzung des Zusammenhaltes der Ärzteschaft beitragen, andererseits zu einer zunehmenden Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung führen.

Die Verfasser dieses Papiers sehen angesichts einer Vielzahl ungelöster Probleme, insbesondere aber der Intention des neuen Gesetzes, keine zukunftsweisenden Entwicklungen. Die

in den neuen Bundesländern bisher vorgenommenen Integrationsversuche werden unter versorgungspolitischen Aspekt negativ beeinflusst werden. Alle Versicherten – unabhängig vom Alter, Geschlecht und Einkommen – sollen auf Grund des GMG die notwendige medizinische Versorgung erhalten. Dabei sollen Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung in der GKV erhalten bleiben und das bei hohem Versorgungsniveau und angemessenen Beitragssätzen. Die Erreichung dieser anspruchsvollen Zielsetzung ist nach unserer Ansicht nur durch eine grundlegende Reform des derzeitigen Sozialsystems zu erreichen. Die mit dem Gesetz angedachten strukturellen Veränderungen führen nicht zur konsequenterweise notwendigen vollständigen Überwindung der sektoralen fachärztlichen Versorgungsschienen. Dies auch unter Berücksichtigung der sog. Diagnosis Related Groups (DRG), in deren Folge eine Reduzierung der stationären Einrichtungen eintreten wird.

Die Trennung des stationären Sektors vom vertragsärztlichen Bereich ist für eine qualitäts- und wettbewerbsorientierte Weiterentwicklung und Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bürger hinderlich, unwirtschaftlich und nicht zukunftsfähig. Zu beachten ist hier auch der gemeinsame Sicherstellungsauftrag der ambulanten und stationären Versorgung, die in den vergangenen Jahren zunehmend auf immer weniger Ärzte im stationären Sektor verlagert wurde, indem die stationäre Notversorgung als eigene Aufgabe immer öfter auch allein getragen wird. Zudem muss die ambulante Notversorgung – Bereitschaftsdienst, durch übermäßige Frequentierung der Rettungsstellen am Krankenhaus durch Mangel an geeigneten Strukturen im ambulanten Bereich zunehmend übernommen werden. Auch das am 01.01.2005 in Kraft getretene Sächsische Gesetz über Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz geht in § 28 Abs. 3 davon aus, dass in Krankenhäusern Ärzte in ausreichender Zahl für die Wahrnehmung weiterer Aufgaben zur Verfügung stehen, was nicht der Fall ist.

Anzustreben ist eine Überwindung dieser strengen sektoralen Versorgung bei Wahrung der Freiberuflichkeit, unter Erhalt der fachärztlichen Versorgungsschiene auf Grund der hohen Effizienz sowie unter Berücksichtigung des wohnortnahen Versorgungsbedarfs von Patienten. Das in Deutschland praktizierte

Belegarztwesen ist bereits eine bewährtes und hocheffizientes Integrationsinstrument zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Es sollte im Rahmen der Integrierten Versorgung weiter ausgebaut werden. Aus unserer Sicht sollte man dabei in erster Linie bei ausgewählten Diagnosegruppen die Behandlungspfade des Patienten analysieren und eine Konzentration auf möglichst wenige Behandler erreichen. Dabei ist der Grundsatz ambulant vor stationär nur dann sinnvoll umzusetzen, wenn der Hauptbehandler in beiden Sektoren tätig sein kann.

Aus ärztlicher Sicht sind neue Versorgungsstrukturen vorrangig nach ärztlichen, patienten-

tenversorgungswirksamen und volkswirtschaftlichen Kriterien zu organisieren, wobei der ökonomische Aspekt notwendig, aber nicht vordergründig sein darf und privatwirtschaftliche Leistungserbringung nicht überbetont werden. Die Neubestimmung des Verhältnisses von Eigenverantwortung und Solidarität, die Schaffung einer nachhaltigen Finanzierung, die präventive Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung, die verantwortliche Lösung ethischer Konflikte und die künftige Umsetzung des medizinischen Fortschritts müssen im Vordergrund stehen.

Die Bundesärztekammer hat hierzu ein ärztliches Versorgungsstrukturmodell entwickelt,

das alle Vertragsformen bedient, eine leistungsstarke und medizinisch qualitätsvolle Kooperation der Partner im Gesundheitswesen vorsieht und als Gegengewicht gegen die Krankenkassen betrachtet werden kann.

Dr. med. Bernhard Ackermann
Vorsitzender des Ausschusses
Ambulante Versorgung

Dr. med. Eberhard Huschke
Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus

Dr. med. Hans-Joachim Verloren
Vorsitzender des Ausschusses
Schwerpunktbehandlung und -betreuung
chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik