

# Läßt sich der medizinische Fortschritt durch Rationalisierung finanzieren?

*Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Dr. Axel Horstmann, der zu Gast bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 11. Mai in Köln war, hält das für möglich. Die Kammerdelegierten meldeten erhebliche Zweifel an, und viele sehen Rationierung als unvermeidliche Folge weiterer Kostendämpfung.*

*von Horst Schumacher*

In seinem „Bericht zur Lage“ wies der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Jörg Hoppe, das in der aktuellen Gesundheitsreformdebatte angeführte Argument einer „strukturellen Anbieterdominanz“, die der wesentliche Grund für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sein soll, zurück. Hauptgrund für Kostensteigerungen sei vielmehr der medizinische Fortschritt, und es sei Aufgabe der „Leistungsanbieter“, diesen den Patienten zugute kommen zu lassen: „Die Anbieter sind hier nur die Transporteur der Entwicklung.“

Der Präsident gab dem als Gast der Kammerversammlung teilnehmenden nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Dr. Axel Horstmann zu bedenken, daß Landesregierung und Bonner SPD-Opposition zwar

- die Bedeutung des Gesundheitswesens für die allgemeine Wohlfahrt,
  - für die Wirtschaftsleistung und Beschäftigung und
  - seine Innovationskraft
- ausdrücklich anerkannten – schließlich jedoch richte die SPD ihre Politik vor allem auf das „Gesundheitswesen als Kostenfaktor“ aus und schlage Kostendämpfungspolitik vor.

Als negative Folge solcher Politik finde mittlerweile „ein massiver Arbeitsplatzabbau“ im Gesundheits-

wesen statt. Dabei hänge jeder 13. Arbeitsplatz von diesem Zweig ab, der damit der zweitgrößte Arbeitgeber in Deutschland ist. Dagegen hält der Präsident für fraglich, ob – aufgrund der Eindämmung der Lohnnebenkosten durch Kostendämpfung – im übrigen Dienstleistungsbereich und im produzierenden Bereich der Wirtschaft mehr Arbeitsplätze entstehen werden, als durch die Sparpolitik im „besonders leistungs- und innovationsfreudigen Sektor Gesundheitswesen“ verlorengehen. Der Präsident berichtete auch von einer „zunehmenden Demotivierung, die sich insbesondere unter Ärztinnen und Ärzte breit macht“. Eine solche Entwicklung könne in die „Zweiklassenmedizin“ führen, warnte er.

Die Ärzteschaft akzeptiere, daß es begrenzte Ressourcen gebe, so der Kammerpräsident weiter. Sie sei bereit, an der Lösung der Probleme konstruktiv mitzuwirken. Jedoch müsse das „Verschiebesystem“, das derzeit die Finanzierung der verschiedenen Sozialleistungssysteme präge, geändert werden. Vor allem seien die versicherungsfremden Leistungen aus der Krankenversicherung auszugliedern. „Hier wird vieles der Anbieterseite zugeschoben, was in Wirklichkeit durch eine irrational gewordene Finanzierungsaufteilung begründet ist“, sagte Hoppe

Besorgt zeigte sich der Präsident auch über die im Entwurf der SPD zu

einem zweiten Gesundheitsstrukturgesetz (GSG II) vorgesehene zusätzliche Kompetenzzuteilung an die Krankenkassen bei gleichzeitig geplanter Schwächung der ärztlichen Selbstverwaltung (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt April, Seiten 11ff.*). Dies verstehe die Ärzteschaft nicht unter „Vorfahrt für die Selbstverwaltung.“ Vielmehr fordere sie, „eine mindestens ebenso gestaltende Funktion“ zu erhalten wie die Krankenkassen. Hoppe: „Wir möchten die Krankenkassen als Partner, aber nicht als Vorgesetzte erleben.“



*Prof. Dr. Jörg Hoppe, Präsident der Ärztekammer Nordrhein*

*Foto: Archiv*

## Stationärer Sektor

Eine „Philosophieänderung dramatischen Ausmaßes“ ist nach Hoppe's Urteil im Krankenhausbereich zu beobachten. Während die Politik Anfang der 70er Jahre die flächendeckende und schnelle Versorgung auch im Notfall im Vordergrund gesehen habe (Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972), sei inzwischen die Orientierung auf Ökonomie und Effizienz dominant geworden.

Die Verminderung der Ressourcen in diesem Sektor bedeute eine indirekte Form der Rationierung: „Wir wissen zwar nicht, wer individuell den Schaden davonträgt, aber daß es irgendwann einmal jemand sein wird, ist keine Frage. Darüber müssen wir die Bevölkerung aufklären“, sagte Hoppe.

Darüber hinaus sei derzeit kein überzeugendes Konzept zu erkennen, nach dem der stationäre Sektor künftig gesteuert und strukturiert werden solle: „Der freie Markt war als Philosophie ausgedacht, wird aber nicht durchgeführt, die staatliche Steuerung bleibt einstweilen bestehen – dadurch, daß die Budgetierung festgeschrieben ist und nun auch noch mit Absenkung festgeschrieben werden soll. Wirklich neue Strukturen können wir im Moment nicht entdecken. Wir wissen überhaupt nicht, was aus dem Krankenhaus wird, sondern sind dort in Turbulenzen“, sagte der Präsident.

### Entschließung der Kammerversammlung

- Die Ärztekammer Nordrhein sieht im Belegarztsystem eine wichtige Form der Verzahnung ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung.
- Sie erinnert die politischen Parteien an die in allen gesundheitspolitischen Programmen betonte Wertschätzung des Belegarztsystems
- und fordert die KV NO auf, gemeinsam mit der Ärztekammer Vorstellungen zum Ausbau dieser Kooperationsform zu erarbeiten.

(einstimmig angenommen)

## Ambulanter Sektor

Erneut wies Hoppe auf die Gefahren für das Arztbild hin, die von der für 1999 vorgesehenen Einführung eines „staatlichen Stellenplans“ im ambulanten Bereich nach Auslaufen der derzeitigen Zulassungsbeschränkungen ausgehen. Bereits nach der jetzigen Regelung könnten in der Regel lediglich frei werdende Praxen wiederbesetzt werden. Wenn die ab 1999 geltende Regelung nicht geändert wird, wird sich nach Auffassung Hoppes die bisherige freiberufliche Vertragsarztstätigkeit in eine „Praxisverwesertätigkeit auf Zeit mit erheblichen Fluktuationen“ verwandeln. Dies habe dann mit dem Typus des freiberuflich tätigen niedergelassenen Arztes, wie er sich seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts entwickelt habe, nichts mehr zu tun. Deswegen müsse über das vorgesehene System der staatlichen Bedarfsplanung im ambulanten ärztlichen Sektor noch einmal gründlich diskutiert werden.

## Kein Zerfall des Arztberufes

Hoppe widersprach der in Anspielung an die Weiterbildungsordnung in die aktuelle gesundheitspolitische Debatte gebrachten Auffassung, der Arztberuf habe sich mittlerweile in 41 neue Berufe aufgespalten: Die ärztliche Spezialisierung sei absolut nichts Neues, und bisher ist es nach Auffassung des Präsidenten stets gelungen, den einheitlichen Arztberuf durch Koordination der Spezialisierungen zu erhalten. Eben dies sei eine zentrale Aufgabe der Weiterbildungsordnung.

Dr. Wilhelm P. Winkler (Köln) verlangte im Rahmen der Diskussion über den „Bericht zur Lage“ von der Ärztekammer eine umgehende Lösung des Problems, daß private Krankenversicherungen die Vergütung von delegierten, speziellen Laborleistungen (Kapitel M III/M IV der GOÄ) mit der Begründung angeblich nicht vorhandener Fachkunde verweigern. Als Konsequenz aus der akuten Problemlage beschloß die

Kammerversammlung, die beim kommenden Deutschen Ärztetag (4. bis 8. Juni in Köln) zur Beschlußfassung anstehenden Veränderungen von Übergangsbestimmungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung, aufgrund derer Fachkundenachweise erteilt werden können, im Kammerbereich Nordrhein unmittelbar nach dem Ärztetag umzusetzen. Im einzelnen wird hierüber in unserer nächsten Ausgabe berichtet werden.

## „Konstruktive Zusammenarbeit“

Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Dr. Axel Horstmann bedankte sich in seiner Rede für die „konstruktive Zusammenarbeit“ der Ärztekammer Nordrhein mit seinem Ministerium. Dies schließe jedoch unterschiedliche Meinungen nicht aus. Gerade in einer Zeit, in der das Gesundheitswesen vor einer Fülle von neuen Herausforderungen stehe, ringe man um Positionen.

Er nehme für sich in Anspruch, keineswegs ausschließlich auf die Kostensituation abzustellen, sagte der Minister. Es gehe vielmehr um

- die künftigen Strukturen des Gesundheitswesens,
- um die Frage, welches Maß an Wirtschaftlichkeit zu erreichen sei,
- um eine gerechte Lastenverteilung und
- um die Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme insgesamt.

Das von der SPD vorgelegte GSG II umfasse all diese Aspekte. Die heftige Kritik der Ärzteschaft an dem Gesetzentwurf wies Horstmann in zwei Punkten ausdrücklich zurück:

## Institutionelle Öffnung der Krankenhäuser

Die mit der vorgesehenen Beteiligung der Krankenhäuser als Institutionen an der fachärztlichen ambulanten Versorgung verbundenen Befürchtungen der Ärzteschaft seien unbegründet. Denn der GSG-II-Ent-

wurf sehe vor, daß sich Krankenhäuser lediglich gemäß dem regionalen Bedarf an der fachärztlichen Versorgung beteiligen können und damit vollständig in die kassenärztliche Bedarfsplanung eingebunden werden.

Die geplante Regelung entspreche dem allseits postulierten Ziel der Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung. Horstmann: „Und Sie dürfen ganz sicher sein, daß jedwede Politik, die auf Kostenbegrenzung angelegt ist, kostenintensive Doppelstrukturen ins Visier nehmen wird.“

## Sektionierung der KVEn

Die von der SPD geforderte Aufspaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen in getrennte Sektionen für Hausärzte und Fachärzte sei die Konsequenz aus der „Weiterdifferenzierung“ des ärztlichen Berufes. So habe sich die Zahl der Kassenärzte in den vergangenen 35 Jahren etwa verdreifacht. Die Sektionierung solle der Stärkung der Hausarztfunktion durch eigenständige Vergütungsverträge und Honorarverteilungsmaßstäbe dienen.

## Wirtschaftliche Entwicklung als Maßstab

Zur Frage, in welchem Umfang künftig für die Medizin Finanzmittel zur Verfügung stehen sollen, sagte der Minister, daß sich das Gesundheitswesen nicht von der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung abkoppeln könne: „Die Ressourcen, die es verbraucht, sollen in der Proportion der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bleiben.“ Deshalb müßten sich die „Leistungsanbieter“ im Gesundheitswesen auf Bedingungen einstellen, mit denen die Wirtschaft insgesamt zu leben habe, nämlich: mäßige Umsatz- und Nachfragezuwächse, Rationalisierungszwänge und einen Strukturwandel, der nur innerhalb von Wachstumsgrenzen stattfinden könne. Horstmann: „Die Entwicklung des Gesundheitswesens wird weniger Anbau als Umbau sein müssen.“

In den Krankenhäusern müsse betriebswirtschaftliches Denken noch stärker Einzug halten. Eine wirksame Ausgabensteuerung solle dadurch erreicht werden, daß „die Krankenkassen als Finanziers“ einen



Dr. Axel Horstmann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen Foto: uma

relevanten Einfluß auf Versorgungsstrukturen und Kapazitäten erhalten. Den Krankenhäusern als Unternehmen werde „die notwendige wirtschaftliche Eigenverantwortung

## Entschließung der Kammerversammlung

### Qualitätssicherung im Bereich der ärztlichen Berufsausübung

Die Ärztekammer Nordrhein fordert den Bundesgesetzgeber auf, die Mitwirkung der Ärztekammern als gleichberechtigte Selbstverwaltungspartner in der Überarbeitung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V festzuschreiben.

Der Bundesgesetzgeber muß darüber hinaus die versorgungsbereichsübergreifende Zielsetzung der Regelungen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen klarstellen. Die hierzu erfolgten Regelungen sind unzureichend aufeinander abgestimmt. Die Bestimmungen zur Qualitätssicherung in den §§112, 115b, 135 und 137 SGB V wirken faktisch bereichstrennend. Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, im Rahmen seiner Zuständigkeit die Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinheitlichen. Begründung: Verfahren zur Qualitätssicherung werden durchgeführt, um Vertrauen zu schaffen, daß eine Leistung der an sie gerichteten Erwartung entspricht.

Qualitätssicherung im Bereich der ärztlichen Berufsausübung ist vor allem den Patienten zugewandt. Bei ihnen soll das Vertrauen verstärkt werden, daß die ärztlichen

Untersuchungen und Behandlungen dem entsprechen, was nach Stand des Wissens und im Rahmen der Regelungen zur Kostenübernahme durch Krankenkassen erwartet werden kann.

Der Bundesgesetzgeber ist wiederholt aber bisher erfolglos aufgefordert worden im Bereich der ärztlichen Berufsausübung die Qualitätssicherung und die Bedeutung der ärztlichen Selbstverwaltung hierbei entsprechend zu berücksichtigen.

Einerseits benötigen die Kammern, die Ergebnisse von Maßnahmen zur Qualitätssicherung, um die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben zur Regelung der Qualitätssicherung, der Weiter- und Fortbildung aber auch zur Ausgestaltung des Berufsrechts für die Kammerangehörigen zum Vorteil für die Patienten in gebührender Weise ausüben zu können.

Andererseits werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung mit dem primären Ziel Erhalt und Verbesserung des Vertrauens der Patienten dann nicht erfolgreich sein, wenn die Ärztekammern, als die für die Berufsausübungskontrolle der Ärztinnen und

Ärzte gesetzlich Verantwortlichen, von der Konzeption, der Durchführung und der Ergebnisbewertung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im ärztlichen Tätigkeitsbereich ausgeschlossen werden.

Die Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten der Vertragspartner auf der Grundlage von §112 SGB V berücksichtigt die gebotene Mitwirkung der verfaßten Ärzteschaft nur unzureichend. Darauf zu rechnen, daß durch Kontrollen Verbesserungen zu erreichen sind, hat sich auch in der Industrie im Regelfall als kostenträchtig und fortschrittschermend erwiesen. Dies wird im Gesundheitswesen nicht anders sein. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Selbstverwaltung vermag hier jedoch durch die Entwicklung gediegener Meßinstrumente, die gemeinsame Werte darstellen, und die für die ärztliche Versorgung primär Anwendung finden, neue zukunftsorientierte Marksteine zu setzen.

(einstimmig angenommen)



Alte Bekannte im Gespräch: Ltd. Ministerialrat Dr. Werner Erdmann aus dem Gesundheitsministerium (l.) und Kammer-Ehrenpräsident Prof. Dr. Horst Bourmer. Bourmer übergab dem Kammerpräsidenten in Köln ein restauriertes, bibliophiles Werk über Johannes Weyer, einen rheinischen Arzt und Philosophen, der sich gegen den Hexenwahn des Mittelalters gestellt hatte, als Geschenk für die Ärztekammer. Nach Weyer ist die höchste Auszeichnung der nordrheinischen Ärzteschaft ("Johannes-Weyer-Medaille") benannt worden. Foto: uma

übertragen, die sie nutzen sollen zur flexiblen Anpassung an neue medizinische, ökonomische und gesundheitspolitische Anforderungen". Dazu seien notwendig:

- Der Rückzug der Länder auf die Rahmenplanung der Krankenhauslandschaft und der Verzicht auf die bisherige staatliche Feinststeuerung,
- die Verlagerung der konkreten Detailgestaltung der Krankenhauslandschaft in die Selbstverwaltung,
- noch transparentere Entgeltsysteme und
- der schrittweise Übergang zur monistischen Finanzierung innerhalb von zehn Jahren.

#### Standortfaktor Gesundheit

Horstmann betonte, daß „die positive ökonomische Dimension des Gesundheitswesens“ stärker beachtet werden sollte. Es trage als größte

Dienstleistungsbranche unserer Volkswirtschaft 8,9 Prozent zum Bruttoinlandsprodukt bei, die medizinischen Einrichtungen und die Krankenkassen beschäftigten weit über zwei Millionen Menschen, einschließlich Komplementärfunktionen betrage

die Wirtschaftsleistung etwa eine halbe Billion DM jährlich.

Bei allen Reformüberlegungen seien „Wohlfahrtsfaktor“ und „Kostenfaktor“ gleichermaßen in Rechnung zu stellen. Eine qualitativ hochstehende und jedem gleichermaßen zur Verfügung stehende gesundheitliche Versorgung sei „ein wichtiger Faktor des sozialen Friedens“. Ausschlüsse von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung lehnte der Minister ab. Er sagte: „Rationierung darf es nicht geben, aber um so mehr muß man sich für Rationalisierung interessieren. Das ist mein Ansatz.“

#### Diskussion

Die Diskussion über die gesundheitspolitischen Referate drehte sich weitgehend um die Frage: Kann das Gesundheitswesen tatsächlich weitere Rationalisierungsreserven freimachen, wie vom Minister angestrebt – oder ist die Grenze zur Rationierung bereits überschritten bzw. kommt in Sicht? Dr. Peter Lau (Niederkassel) sagte: „Wir befinden uns in einer Phase der globalen Ökonomisierung. Diese stellt uns vor die gesundheitspolitische Frage: Geht es mit dem Primat der Medizin weiter, oder gilt in Zukunft das Primat der Ökonomie?“

Der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Arnold Schüller

#### Johannes-Weyer-Medaille an Dr. Paul Erwin Odenbach

Dr. Paul Erwin Odenbach ist bei der Kammerversammlung am 11. Mai in Köln mit der Johannes-Weyer-Medaille der nordrheinischen Ärzteschaft ausgezeichnet worden. Dr. Odenbach war von 1969 bis 1975 Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, von 1967 bis 1975 gehörte er dem Vorstand der Bundesärztekammer an. 1975 begann er als Geschäftsführender Arzt als Leiter der Abteilung „Fortbildung und Wissenschaft“ bei der Bundesärztekammer, von 1989 bis 1990 war er kommissarischer Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Bis heute engagiert sich Dr. Odenbach in Gremien der nordrheinischen Kammer, zum Beispiel im Redaktionsauschuß dieser Zeitschrift.

Dr. Odenbach wurde am 13. August 1924 in Den Haag geboren. Er wurde 1966 Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz und hatte von 1966 bis 1975 das Amt des Ersten Vorsitzenden des Bundesverbandes des Marburger Bundes inne. In dieser Zeit hat er engagiert, kenntnisreich und verbindlich – ohne Rücksicht auf die eigene Karriere – wesentliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, z.B. die Vergütung der Nacht-/Wochenend- und Feiertagsdienste der angestellten und beamteten Ärzte in Hochschulkliniken und Krankenhäusern erreicht sowie die Nachversicherung der als Beamte auf Widerruf tätigen Hochschulärzte in den ärztlichen Versorgungswerken durchgesetzt. RhÄ



Dr. Paul Erwin Odenbach

## Entschließung der Kammerversammlung

Verbesserte Qualität der gesundheitlichen Versorgung durch verstärkte Kollegialität und Kooperation klinisch und niedergelassen tätiger Ärzte in Nordrhein

Das deutsche Gesundheitswesen steht noch in diesem Jahr vor erheblichen politischen Eingriffen und grundlegenden Veränderungen. Ziel ist insbesondere die stringente Budgetierung, die Einführung bzw. Erprobung neuer Vergütungs- und Organisationsformen, Eingriffe in die Verantwortung ärztlicher Organisationen, die Erhöhung des Einflusses der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie neue Wettbewerbsbedingungen zwischen Kostenträgern, Leistungssektoren und Leistungserbringern.

Einige dieser geplanten Veränderungen sind mit erheblichen Risiken für die Gleichmäßigkeit, die Qualität, die Innovationsfähigkeit und die Zugänglichkeit der gesundheitlichen Versorgung bzw. Leistungen verbunden. Insbesondere die weitgehenden Eingriffe in die innere Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung sowie die institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen gefährden die bewährten Strukturen des deutschen Gesundheitswesens.

Die nordrheinische Ärzteschaft mahnt unter Hinweis auf das gesundheitspolitische Programm der deutschen Ärzteschaft aus dem Jahre 1994 dagegen eine echte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung - insbesondere durch die Neugewichtung der Prinzipien Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung - an und warnt insbesondere vor den mittel- und langfristigen Folgen einer Anbindung der Leistungs- und Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen an sachfremde ökonomische Indikatoren.

Die geplanten gesundheitspolitischen Eingriffe und insbesondere die damit einhergehenden verschärften Verteilungsfragen führen auch zu Gefährdungen der innerärztlichen Kooperation und Belastungen der Kollegialität.

Die nordrheinische Ärzteschaft geht davon aus, daß die Art, die Qualität und das Ausmaß der innerärztlichen Kooperation und Kollegialität für die Behandlungskontinuität und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung sind, und daß diese patientenbezogene Zusammenarbeit und die Kollegialität allerdings auch der bewußten Pflege durch die ärztlichen Körperschaften bedürfen.

Ausgehend von diesen Grundpositionen unterstreicht die nordrheinische Ärzteschaft folgende Anliegen:

1. Die nordrheinische Ärzteschaft betont, daß trotz der unterschiedlichen Aufgaben der einzelnen Arztgruppen und der verschiedenen Fachgebiete die Einheit des Berufsstandes erhalten bleibt, und daß alle Ärzte sich mit ihrem Gelöbnis gemeinsamen Zielen und Idealen verpflichtet haben.
2. Die nordrheinische Ärzteschaft wird im Rahmen ihrer Möglichkeiten daran mitwirken, die Abstimmung, Kooperation und Integration im Gesundheitswesen mit dem primären Ziel der Sicherung der Kontinuität der Behandlung der Patienten voranzubringen.  
Die Kammerversammlung begrüßt angesichts dieses Ziels die Gründung des Nordrheinischen Instituts für Qualität. Sie erwartet von diesem Institut Beiträge zu einer einheitlichen Behandlungsqualität in den Versorgungssektoren.
3. Die Kammerversammlung der nordrheinischen Ärzteschaft spricht sich ausdrücklich gegen alle Tendenzen der Auflösung und Schwächung der Kassenärztlichen Vereinigungen aus. Diese waren in den vergangenen Jahrzehnten in der Lage, eine qualifizierte und flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen. Im Rahmen eines ungeschmälernten Sicherstellungsauftrags besteht durchaus die Möglichkeit, neue Kooperations- und Organisationsformen zu prüfen und ggf. die vorhandenen Strukturen weiterzuentwickeln.
4. Die Krankenhausärzte sollen in Zukunft mit dem Ziel der Verbesserung der Behandlungsqualität die Möglichkeit erhalten, stärker in die fachärztliche, hochspezialisierte ambulante Versorgung der Patienten einbezogen zu werden, wenn diese Leistungserbringung personell und bedarfsorientiert erfolgt. Die Kammerversammlung appelliert an die klinisch und niedergelassen tätigen Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein, alle Möglichkeiten der Verbesserung der Zusammenarbeit, der Kommunikation und Information zu nutzen.



Ein Schwerpunkt der Kammerversammlung war die ausführliche und zum Teil kontrovers geführte Diskussion über die Folgen der Gesundheitspolitik auf Kollegialität und Kooperation von niedergelassen und klinisch tätigen Medizinern. Einführend referierten Dr. Heinrich-Georg Stausberg (l.) als Vorsitzender des Vorstandsausschusses "ambulante Versorgung" der Ärztekammer Nordrhein und Rudolf Henke (r.) als Vorsitzender des Ausschusses "Krankenhausfragen". Die Kammerversammlung verabschiedete die hier dokumentierte Resolution mit großer Mehrheit.

Fotos: uma/privat

5. Die nordrheinische Ärzteschaft bekräftigt ihren Willen zur innerärztlichen Selbstkontrolle und Selbstregulierung. Die Ärztekammer vertritt die legitimen Interessen des ärztlichen Berufsstandes; gleich hohen Rang besitzt die Aufgabe, Verstößen gegen Gesetze und Berufsordnung nachzugehen und ggf. zu ahnden. Diese bezieht sich insbesondere auf Verstöße gegen die ärztlichen Pflichten (Verletzungen des Lebens, der Gesundheit und der persönlichen Integrität von Patientinnen und Patienten), aber auch darauf, Unkollegialität anzusprechen und ggf. angemessen zu sanktionieren.
6. Die Kammerversammlung appelliert an alle Ärzte, sich bei den Ankündigungen der Leistungsmöglichkeiten ärztlicher Kunst in allen Versorgungssektoren an die Regeln der Berufsordnung zu halten. Dies bedeutet insbesondere auch, daß der durch die wettbewerbliche Orientierung des Gesundheitswesens verstärkte Berichts- und Darstellungsdruck in den elektronischen und Printmedien ausschließlich der sachlichen Information dienen muß und nicht zur Herausstellung der Person des Arztes oder seiner Einrichtung führen darf. Öffentliche Verunglimpfung einzelner Kollegen, die als Konkurrenten erscheinen mögen, stellt eine besonders schwerwiegende Form der Unkollegialität dar.
7. Die Fragen der Aufgabenverteilung, der informationellen und praktischen Kooperation, der gemeinsamen Nutzung vorhandener Infrastrukturen sowie die Entwicklung von Spielregeln in der Zusammenarbeit mit den Medien bedürfen der permanenten Abstimmung und Kommunikation im regionalen Kontext. Die Kammerversammlung spricht sich dafür aus, in jeder Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein die vorhandenen Organe und Gremien verstärkt hierfür zu nutzen bzw. Arbeitskreise klinisch und niedergelassen tätiger Ärzte einzurichten, in denen alle Probleme, Kooperationsmöglichkeiten, aber auch Konflikte thematisiert werden können, um Zusammenarbeit und Kollegialität zu fördern.

(Düsseldorf), wies auf die zunehmenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten im niedergelassenen Bereich hin: „Wir arbeiten im Moment für Punktwerte, die bei vielen Leistungen die Kosten nicht mehr decken. Rationalisierung ist da nicht mehr möglich, sondern schon längst überschritten. In der Praxis sind wir am Ende der ökonomischen Machbarkeit angelangt.“

Dr. Dr. Manfred Hagedorn (Bonn) wies darauf hin, daß die niedergelassenen Ärzte das volle Morbiditäts- und Innovationsrisiko tragen. Gleichzeitig sei die Haftung derart intensiv geworden, daß nach der Rechtsprechung teure, aber für den Patienten risikoärmere Methoden wahrgenommen werden müßten. „Wenn man diese Situationen nicht ändert, wird es die Zwei-Klassen-Medizin geben müssen“, sagte Hagedorn.

Dr. Dietrich Rohde (Mülheim) fragte: „Wie sollen wir rationalisieren, wenn der größte Teil unserer Ausgaben in den personalen Bereich geht?“ Unter den von Minister Horstmann umrissenen Rahmenbedingungen seien die Ärztinnen und Ärzte nicht in der Lage, „den Wohlfahrtsgedanken zu leben“. Nach Rohdes Worten stellt sich für die ärztliche Versorgung die Alternative: „Entweder wir rationieren und machen es preisgünstiger, oder wir versprechen dem Bürger weiterhin, er erhält auf Krankenschein all das, was er sich wünscht, dann muß die Politik aber die Rahmenbedingungen auch so setzen, daß das möglich ist.“

Prof. Dr. Wolfgang Wildmeister (Kempfen) kritisierte den kostentreibenden Perfektionismus des Gesetzgebers im Hinblick auf Vorschriften für die Krankenhäuser: „Wir könnten im Krankenhaus sehr gut Kosten sparen, wenn der Gesetzgeber und seine ausführenden Organe die zahlreichen Richtlinien zur Hygiene, Strahlentherapie, der Eichgesetze und so weiter einmal durchforsten würde.“

Ähnliches gilt nach Auffassung des stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Dr. Heinz-Rudi Ocklenburg (Essen), auch für die Arztpra-

xis: „Wie soll Rationalisierung möglich sein unter den Bedingungen der Verordnungsflood und der kostenrelevanten Auswirkungen, die dadurch entstehen, daß wir im medizinischen Bereich eine große Menge Verwaltungsarbeit leisten müssen, die im Grunde der Steuerung eines überbürokratisierten Sozialstaates dienen?“

Rudolf Henke (Aachen) wies auf das Dilemma hin, „in dem wir Ärzte

uns angesichts des Gebotes sehen, daß wir einen verfügbaren Fortschritt auch dem einzelnen Patienten zugänglich halten wollen.“ Genau darin liege die Begründung für die Notwendigkeit, „dann einen erhöhten Mittelzustrom sicherzustellen und die Zugänglichkeit dieser Leistungen für alle, denen sie nützen, sicherzustellen, wenn die Rationalisierungsreserven ausgeschöpft sind.“

---

## Neue Kooperation zwischen Krankenhaus und hausärztlich tätigen Vertragsärzten

*Vorschlag für ein praxisorientiertes Schnittstellen-Management zwischen ambulanten und stationären Bereichen*

**von Horst Wimmershoff**

Die Zukunft unseres Gesundheitswesens wird maßgeblich davon beeinflusst werden, wie die Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Bereichen aussehen wird. Geht man davon aus, daß es auch in Zukunft für den stationären und ambulanten Bereich ein Globalbudget geben wird, das zwar durch die Selbstverwaltung der Verbände verhandelbar, aber durch die politischen Rahmenbedingungen eben nach oben begrenzt, d.h. gedeckelt ist, wird die alles entscheidende Frage sein: Wie sollen denn die finanziellen Ressourcen zwischen ambulant und stationär aufgeteilt werden?

Nirgendwo in Europa ist die Trennungslinie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung so unerbittlich scharf wie bei uns in Deutschland. Zur effektiveren Ausschöpfung der vorhandenen Ressourcen, aber auch zum Wohle unserer Patienten wird sich dies in Zukunft ändern.

### Paradigmenwechsel

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen zunehmenden Multimorbidität der älteren Patienten vollzieht sich allmählich ein Paradigmenwechsel in der Medizin:

Weg von der rein segmentalen, organbezogenen, kurativen Medizin zu mehr ganzheitlichen Ansätzen in der Betreuung unter Hinzuziehung von allen anerkannten Heilberufen. Anders ausgedrückt: Nicht kurzfristig kuratives Handeln auf dem Boden einer



*Dr. med. Horst Wimmershoff ist niedergelassener Internist in Duisburg und Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.  
Foto: Frank Pfennig*