



Strukturen der Zukunft

Ärztinnen und Ärzte werden an der Vernetzung der Versorgungslandschaft mitwirken, jedoch muß der Kern der Freiberuflichkeit unangetastet bleiben.

Die künftigen Strukturen der ärztlichen Versorgung werden – unabhängig vom Ausgang der Bundestagswahl – ein zentraler Punkt auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung bleiben. Seit geraumer Zeit sind die nach dem Kriege gewachsenen Versorgungsstrukturen in Frage gestellt. Ich erinnere an die Hausarzt-Facharzt-Problematik oder die permanente Diskussion um eine bessere Verbindung zwischen ambulantem und stationärem Bereich.

Im politischen Raum wird nahezu wöchentlich die Frage diskutiert, ob die unverbundene Einzelpraxis noch Zukunft hat, wie die Sektorentrennung überwunden werden kann, welche Entscheidungswege und Entscheidungshilfen der Patient im Gesundheitswesen vorfinden soll, und warum die Leitungsstrukturen in unseren Krankenhäusern auch nach einer nunmehr fast 30jährigen Diskussion in nahezu unveränderter Form existieren (*zur gesundheitspolitischen Situation in Nordrhein-Westfalen siehe auch „Thema“ Seite 10*).

Bekanntlich soll die ärztliche Breitenversorgung nach den Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft mittelfristig folgendermaßen gegliedert sein: Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte, Frauenärzte und einstweilen Internisten sowie bei speziellen Problemen die Fachärzte stellen die ambulante Versorgung sicher. Der unmittelbare Zugang der Patienten zu den Fachärzten bleibt dabei erhalten, der Mißbrauch dieser Freiheit wird jedoch eingedämmt. Dagegen hat die hochspezialisierte und mittelbare ärztliche Betreuung durch gemeinsam ambulant und stationär arbeitende subspezialistische Fachärzte zu erfolgen. Ferner könnten sich im nicht vertragsärztlichen Bereich Ärztinnen und Ärzte mit besonderen Angeboten etablieren und – warum nicht? – damit in Konkurrenz zu den inzwischen rund 12.000 Heilpraktikern treten.

Gerade auch in der ambulanten Versorgung wächst durch die fortschreitende Spezialisierung der Medizin die Notwendigkeit der Koordination und Integration. Patienten-

bezogene Teamarbeit und Koordination durch den Hausarzt sind Gebote der Stunde.

Bewußt oder unbewußt bereiten die unterschiedlich ausgelegten Vernetzungen von Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen vor auf diese Entwicklung. Wir sollten diese verschiedenen, sich vielfach noch im Experimentierstadium befindenden Modelle begrüßen und positiv begleiten.

Allerdings ist dabei schon zu fragen, warum in einigen Fällen die Krankenhäuser und insbesondere die Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte nicht miteinbezogen werden. Dies erzeugt Mißtrauen und verhindert die Integration ambulant und stationär arbeitender Kolleginnen und Kollegen. Der niedersächsische Ministerialrat Bruckenberger im dort für die Gesundheit zuständigen Ministerium sagt: Wer Netze wirft, will Beute machen. Genau dieses Gefühl dürfen wir uns nicht gegenseitig vermitteln.

Vernetzung in unserem Sinne meint Zusammenschluß und gemeinsame Koordination. Einseitige Vernetzung trägt genauso wenig zum Gelingen bei wie die einseitige Forderung, die Krankenhäuser zu integrierten Gesundheits-Dienstleistungszentren zu entwickeln.

Daß in jedweder Versorgungsstruktur die Funktion von Ärztinnen und Ärzten als Erfüllungsgehilfen Dritter, die wiederum als Vertragspartner von Patienten auftreten, dem ärztlichen Selbstverständnis nicht entsprechen kann, ergibt sich von selbst. Denken wir nicht so, öffnen wir weit die Tore für gewinnorientierte Unternehmen á la USA, die ärztliche Dienstleistungen verkaufen, dabei aber ausschließlich an die Verzinsung des eigenen Kapitals denken.

Solche Modelle vertragen sich nicht mit unserer Auffassung von Freiberuflichkeit. Deren Kern ist, daß Ärztinnen und Ärzte selbstverantwortlich über Diagnostik und Therapie entscheiden können und es strikt ablehnen, sich auf die Rolle von Kommandoempfängern reduzieren zu lassen.

*Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Ärztekammer
Nordrhein*