

Montgomery: Wir werden die ärztliche Freiberuflichkeit verteidigen

Auf dem Deutschen Ärztetag in Kiel wurde Dr. Frank Ulrich Montgomery an die Spitze der Bundesärztekammer gewählt – und kündigte an, sich auch energisch für die Interessen der Niedergelassenen einzusetzen. Der Radiologe aus Hamburg ist nun rund sechs Wochen im Amt: Hat er sich schon die richtigen Strategien zurechtgelegt? Der änd erinnerte Montgomery an die Aussagen in Kiel und fragte nach seinen Zielen.

Herr Dr. Montgomery, in Kiel haben Sie betont, dass Sie – auch aufgrund der Tätigkeit Ihrer Frau als Hausärztin – die Probleme der niedergelassenen Kollegen gut einschätzen könnten. Wo besteht denn Ihrer Meinung nach konkreter Handlungsbedarf? Auf welchen Feldern könnte die Bundesärztekammer künftig tätig werden?

Ganz oben auf der Agenda steht die Verbesserung der Arbeits- und Einkommensbedingungen der Ärzte. Wir müssen der sprechenden Medizin zu ihrem Recht und den Ärzten zu mehr Honorar verhelfen. Wer wirklich etwas ändern will, kommt an einer besseren finanziellen Ausstattung der Medizin nicht vorbei. Und wir brauchen Arbeitsbedingungen, unter denen Familie und Job miteinander vereinbar sind. Und schließlich müssen wir als ärztliche Selbstverwaltung den Ärzten helfen, sie von Bürokratie und Kontrollitis zu befreien.

Prioritär ist auch die Reform der Gebührenordnung. Und zwar noch in dieser Legislaturperiode, ohne Öffnungsklausel und auf der Basis des von der BÄK vorgelegten betriebswirtschaftlich durchkalkulierten Vorschlags. Diesen Prozess werden wir voranbringen.

Im Bereich der Selektivverträge gibt es derzeit viel Bewegung. Ihren Äußerungen zufolge begrüßen Sie zum Beispiel zwar gut strukturierte Hausarztverträge – jedoch nur als Add-on-Modelle zur Ergänzung des Kollektivvertrages. Weshalb machen Vollversorgungsverträge zum Beispiel nach § 73b in Ihren Augen wenig Sinn?

Wir befürworten die Erprobung neuer, von Haus- und Fachärzten gemeinsam getragener Modelle für eine patientenzentrierte Versorgung. Im Interesse der Patienten muss eine Auseinanderentwicklung der hausärztlichen von der fachärztlichen Versorgung aber verhindert werden. Für die Patienten ist es nicht egal, ob sie ihren Hausarzt frei wählen dürfen oder nicht, ob sie bei einer Krankenkasse sind, die mit dem Arzt ihrer Wahl einen Vertrag hat, oder ob sie den Arzt wechseln müssen, weil sie in der falschen Kasse sind oder umgekehrt. Deshalb sollten Selektivverträge als Ergänzung und nicht als Konkurrenz zu den kollektivvertraglichen Regelungen konzipiert werden.

Viele Delegierte haben sich auf den vergangenen Ärztetagen für die Kostenerstattung in der ambulanten medizinischen Versorgung ausgesprochen. Die entsprechenden – oft vom Hartmannbund initiierten – Beschlussanträge fanden jedoch meist nicht die erforderliche Mehrheit. Wie stehen Sie zu diesem Thema?

Der Deutsche Ärztetag hat sich wiederholt dafür ausgesprochen, die Möglichkeiten der Kostenerstattung auszuweiten und sozialverträgliche Kostenerstattungs- und Selbstbehalt-Wahltarife im GKV-Bereich stärker zu erproben. Aus meiner Sicht ermöglicht die Kostenerstattung mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen, sie fördert das Kostenbewusstsein bei allen Beteiligten und ist eine wichtige Voraussetzung für eine gezieltere Inanspruch-

Blitzinformation

nahme medizinischer Leistungen. Bei allen Möglichkeiten der Kostenerstattung muss aber die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als alleiniger Abrechnungsgrundlage zwischen Arzt und Patient gelten.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nach den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums künftig nur noch von Ärzten geführt werden dürfen. Begrüßen Sie diese Passage im Entwurf des Versorgungsgesetzes?

Ja, wir begrüßen das ausdrücklich. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gehören vorrangig in die Hände von Ärzten und nur nachrangig auch von Krankenhäusern. MVZ dürfen keine Spekulationsobjekte von Kapitalfirmen und ausschließlich gewinnorientierten Investoren sein. Dann wäre die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von wirtschaftlichen Interessen nicht mehr gewahrt. Wir haben immer wieder gefordert, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile eines MVZ bei den in den MVZ tätigen Ärzten liegen muss. Das sieht der Referentenentwurf zum Versorgungsgesetz nunmehr vor.

Der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt soll die Aussage. "Es muss endlich Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit" getätigt haben. Welchen Stellenwert sollte die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte Ihrer Meinung nach künftig einnehmen?

Ein Arzt muss frei entscheiden können, welche Therapie im individuellen Fall die bessere ist. Das mag politisch unbequem sein, ist jedoch für den Patienten die Garantie für eine Behandlung, die seinen Bedürfnissen entspricht. Denn der Arzt in einem freien Beruf orientiert sich an dem jeweils notwendigen Versorgungsbedarf des Patienten und nicht an bestimmten staatlichen, meist ökonomischen Vorgaben. Wir wenden uns deshalb entschieden gegen Tendenzen zur Aushöhlung der Freiberuflichkeit. Insbesondere den von manchen Krankenkassen und Klinikträgern in der Effizienzdiskussion propagierten Vorrang der Kosten vor der Therapie lehnen wir ab. Wir werden die ärztliche Freiberuflichkeit verteidigen und uns dagegen stemmen, dass Krankenkassen und der Gemeinsame Bundesausschuss als Rationierungsbehörde immer stärker Einfluss auf unsere Arbeit nehmen. Dabei müssen wir den Widerspruch zwischen berufsrechtlichen Pflichten und sozialrechtlichen Ansprüchen für jedermann offenkundig machen. Und bei alledem müssen wir zur Unverbrüchlichkeit unserer Medizin-ethischen Grundüberzeugungen wider den Zeitgeist stehen.

Sie haben auf dem Ärztetag unter anderem betont, dass die Bürokratie in der Medizin abgebaut werden müsse. Sehen Sie konkrete Ansatzpunkte?

Dieser irrsinnige bürokratische Aufwand in Praxis und Klinik nimmt den Ärzten immer mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit, die Patientenversorgung. Sie müssen sich mit Formularen, Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen herumschlagen, statt sich um ihre Patienten zu kümmern. Da sind im ambulanten Bereich die Chroniker-Programme (Disease Management-Programme), für die ein Arzt allein drei Bögen pro Patient auszufüllen muss. Hinzu kommen etwa 60 weitere Formulare, mit denen sich ein Kassenarzt in der Praxis täglich auseinander setzen muss. In den Krankenhäusern ist es nicht viel besser. Dort verbringen Ärzte einen Großteil ihrer Arbeit mit Verwaltungsaufgaben.

Wir sind nicht gegen Dokumentation und Qualitätssicherung. Aber wir sind dagegen, Ärzte mit der Erfassung von Daten zu belasten, die hinterher nicht sinnvoll genutzt werden. Bei der Einführung neuer Dokumentationen muss deshalb dringend kontrolliert werden, ob ältere

Blitzinformation

Dokumentationen dadurch entfallen können. Wir wollen ein Bewusstsein schaffen, dass mit der Bürokratie, die nicht patientenorientiert ist, Schluss sein muss. Wir akzeptieren, dass zur Führung von Krankenhäusern und Praxen bestimmte Systeme bestehen müssen. Wir fordern jedoch, Rechtsgrundlagen und technische Lösungen zu schaffen, die eine Mehrfachdokumentation überflüssig machen.

Viele Ärzte warnen derzeit vor den Risiken, die durch die Verwendung der neuen elektronischen Gesundheitskarte entstünden. Wie stehen Sie zu dem Projekt: Sollen die Karten bald ausgegeben werden?

Das ist richtig, es gab und gibt diese warnenden Stimmen und diese müssen ernst genommen werden. Sie haben sich in der Beschlusslage der zurückliegenden Deutschen Ärztetage niedergeschlagen. Richtig ist aber auch, dass alle im Bundestag vertretenen Parteien - sobald sie in Regierungsverantwortung waren - die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorangetrieben haben. Die derzeitige Bundesregierung hat jedoch zunächst eine Bestandsaufnahme und eine Neuausrichtung des eGK-Projektes verordnet. Diese Neuausrichtung hat eine Vielzahl von Forderungen der zurückliegenden Deutschen Ärztetage nicht nur berücksichtigt, sondern aktiv verankert, wie die Freiwilligkeit für Patienten und Leistungserbringer, dezentrale Speichermedien als fester Bestandteil der Telematikinfrastruktur, die Verantwortung ärztlicher Vertreter für medizinische Anwendungen der eGK sowie die Entwicklung und Testung der Anwendungen unter Einbeziehung ärztlichen Sachverständs. Zurzeit werden die Arztpraxen mit neuen Kartenlesegeräten ausgestattet und im letzten Quartal dieses Jahres werden etwa sieben Millionen Versicherte mit den neuen Karten ausgestattet. Ich halte dieses schrittweise Vorgehen für richtig und die kritisch-konstruktive Begleitung durch die Ärzteschaft für unbedingt notwendig.

Quelle: eilmeldung_bounce@facharzt.de; im Auftrag von: eilmeldung@facharzt.de – 14. Juli 2011