

Ambulante Versorgung

In den sich zum Teil überschneidenden Diskussionsforen I und II ging es hauptsächlich darum, qualifizierten Fachärzten die Möglichkeit zu erhalten, bei der Niederlassung ihre einmal erworbenen Fähigkeiten weiterhin voll anwenden zu können. Die verschiedenartigsten Formen ärztlicher Tätigkeit im kooperativen System seien zu fördern wie etwa die ärztliche Tätigkeit in Praxiskliniken, in anderen kooperativen Formen als Bindeglied zwischen Einzelpraxis und Krankenhaus, die Zusammenarbeit von Belegärzten mit fachgleichen Hauptabteilungen sowie die persönliche Beteiligung und Ermächtigung von Fachärzten mit besonderer Qualifikation und Bedarf. Zur Entlastung der Krankenhäuser von Operationsfällen und Pflegefällen, die einer stationären Versorgung nicht bedürfen, müßten Pflegestationen und Krankenpflegehäuser von Belegärzten mitbetreut und die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten gefördert werden.

Ferner müßte jede Form der interkollegialen Kooperation und auch die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen gefördert werden. So sollte zum Beispiel die niedergelassene Ärzteschaft bei der Schaffung von semistationären Einrichtungen einbezogen werden. Für die vermehrte Durch-

führung von ambulanten Operationen müßten anästhesiologisch-operative Ärztegemeinschaften gebildet werden können, bei denen auch für den Anästhesisten eine gerechte Honorierung sichergestellt werden müsse.

Schwerpunkt Gesundheitsberatung

Für den einzelnen Allgemeinarzt forderte die Versammlung in einer Entschließung unter anderem gezielte Weiterbildung und Fortbildung, insbesondere auf den Gebieten Sozialmedizin, Pharmako- und Physiotherapie sowie psychotherapeutische Betreuung; eine Verbesserung der Früherkennung durch Intensivierung der Forschung; Verbesserung der Rehabilitation von Kranken und Behinderten (auch in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen); einen neuen Schwerpunkt der allgemeinärztlichen Tätigkeit in der Gesundheitsberatung (für die sogar letzten Endes eine neue Gebührenordnungsposition geschaffen werden müßte. Gesundheitsberatung wurde hier, wie in manchen bereits laufenden Modellversuchen, als ein eingehendes Beratungsgespräch von etwa 30 bis 50 Minuten Dauer verstanden). Schließlich forderte dieser Arbeitskreis auch eine Unterstüt-

zung der Qualitätssteigerung in der allgemeinärztlichen Tätigkeit durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihr Zentralinstitut, welche in freiwilliger Zusammenarbeit mit Kassenärzten und mit Hilfe ihrer technischen Möglichkeiten praxisorientierte Grundlagen- und Methodenforschung und epidemiologische Forschung betreiben und über ein Verbundsystem die gewonnenen wissenschaftlichen Informationen schnell zur Verfügung stellen sollten.

Für die aktuellen innerärztlichen Diskussionen bemerkenswert war die Tatsache, daß – trotz der Anwesenheit Professor Siegfried Häußlers, der das Diskussionsforum über die Stärkung der allgemeinärztlichen Versorgung einleitete – die Forderungen, die Weiterbildung auch für niederlassungswillige Allgemeinärzte obligatorisch zu machen, zwar erwähnt und diskutiert wurden. Der entsprechende Arbeitskreis lehnte es jedoch mit Mehrheit ab, eine entsprechende Forderung formell zu beschließen. In ähnlichem Sinne erklärte Dr. Bourmer in einem abschließenden Pressegespräch, der Hartmannbund halte es nicht für notwendig, aus dem Problem der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis einen Gegenstand des „ideologischen Streites“ zu machen.
G. Burkart

ANATOL

