

## Gericht ermuntert Zahlungsverweigerer

Das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf zum Einklagen der Praxisgebühr sorgt für immer mehr Unruhe. Zwar hatte das Gericht entschieden, dass die KVen prinzipiell die Praxisgebühr von säumigen Zahlern einziehen und diese auch verklagen dürfen – aber die Kosten für das Verfahren bleiben bei den KVen hängen. Das Urteil ist in den Medien ziemlich breit getreten worden und die

Folgen dürften fatal sein: Bald weiß jeder, dass er wohl kaum mit Sanktionen zu rechnen hat, wenn er die Praxisgebühr nicht bezahlt. Denn allein für das gerichtliche Verfahren fallen 150 Euro Gebühren an, die bei der KV und damit bei den Ärzten hängen bleiben. Von den Verwaltungs- und Personalkosten, die in solchen Fällen bei den KVen entstehen, ganz zu schweigen.

Die KVen dürften solche Verfahren in der Regel gewinnen, könnten dann aber frei nach Pyrrhus verkünden: Noch so ein paar Siege, und wir sind ruiniert. Zumal nach diesem Urteil und dem folgenden Medienecho die Schar der Zahlungsverweigerer immer größer werden dürfte. Der Richter kann allerdings nichts für die Zwickmühle, in die die Ärzte mit der Praxisgebühr gekommen sind. Er hält die Situation offenbar selber für abstrus, musste aber nach dem Gesetz so entscheiden – er hatte keine andere Wahl.

Ein Ausweg ist derzeit nicht zu sehen. Entsprechend hilflos war auch die Reaktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): „Wir werden alles tun, damit rasch eine vernünftige Lösung gefunden wird“, verkündete Ulrich Weigoldt, einer der beiden KBV-Vorstände, und ergänzte: „Wir stehen in ständigem Austausch mit den Krankenkassen und dem

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Außerdem koordinieren wir derzeit die Positionen der KVen.“

Ob diese Tatkraft etwas hilft, bleibt zweifelhaft. Denn derzeit gibt es im Wesentlichen nur zwei Möglichkeiten: Entweder übernehmen die Kassen das Geldeintreiben – was sie konsequent ablehnen. Oder das Gesetz wird geändert, so dass die Praxisgebühr vor einem Zivilgericht eingeklagt werden kann; dann werden die Kosten dem Verlierer aufgebürdet. Eine solche Gesetzesänderung ist aber vor der nächsten Bundestagswahl nicht zu erwarten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe rät ihren Ärzten folgerichtig und offiziell zur Selbstverteidigung: Ohne zehn Euro wird nicht behandelt – Notfälle ausgenommen. KV-Chef Thamer lapidar: „Wenn kein Mahnfall entsteht, haben wir auch kein Problem.“ Klar!

BW



### Therapie spricht nicht an

## Das kann an der Apotheke liegen

Wenn Sie einem neu entdeckten Hypertoniker ein blutdrucksenkendes Mittel verschreiben, die Drucksenkung jedoch auf sich warten lässt, gab es bisher zwei Möglichkeiten: Die Dosis war zu gering oder die Compliance zu miserabel. **Neuerdings ist ein weiterer Grund in Betracht zu ziehen: Die Versandapotheke. Denn mit deren Qualität ist es laut Stiftung Warentest oft nicht weit her.** 20 Arzneimittelversender im In- und

Ausland haben die Tester unter die Lupe genommen und die Hälfte davon hat die Note mangelhaft bekommen. Die Mängelliste der Tester ist lang: **In fünf Fällen wurden Rezepte schlicht vergessen oder nicht bearbeitet, bei anderen mussten die Patienten viele Tage bis Wochen auf ihre Tabletten warten.** So kann aus der Therapie nichts werden. Darüber hinaus, kritisiert die Stiftung Warentest, wurden wichtige Informatio-

nen zu Neben- und Wechselwirkungen nicht oder nur unzureichend gegeben. Es gab kaum einen Versender, der mit der Päckchenaufschrift „Nicht an Kinder ausliefern“ arbeitete. Eine Apotheke buchte die Kosten für ein (Privat-)Rezept gleich dreimal ab. Dass die Versandapotheken besonders preiswert sind, ist auch nicht immer sicher: Manche verlangen deutlich mehr als die üblichen Apothekenpreise.

BW

### 15 Milliarden Mark

## Deutsche horten tonnenweise Altgeld

Rund 15 Milliarden Mark sind laut Bundesbank bis zum Ende des vergangenen Jahres noch nicht umgetauscht worden. Etwa die Hälfte davon entfällt auf Münzgeld. Andersherum ausgedrückt: Rund 46 Prozent des alten Münzgeldes sind noch nicht umgetauscht. In deutschen Haushalten liegen also noch etliche Tonnen Mark und Pfennig herum.

BW

### Mit Kürzel zeichnende Autoren dieser Ausgabe

BW  
HFS  
ks  
ps

Dr. med. Bernhard Wiedemann  
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Mitglied des BDI-Vorstandes  
Klaus Schmidt  
Petra Spielberg

red. Redaktion BDI aktuell  
Rü Rechtsanwalt Helge Rühl, Geschäftsführer des BDI e.V.  
tr Tilo Radau

## Internisten können im Notdienst mehr abrechnen

Auch wenn der EBM keineswegs Anlass zur Begeisterung gibt, müssen die Niedergelassenen zunächst damit leben. Der BDI sieht es deswegen zur Zeit als seine Aufgabe an, auf die Beseitigung von Ungereimtheiten hinzuwirken und im Übrigen dazu beizutragen, dass Sie mit dieser Gebührenordnung einigermaßen zurechtkommen. Heute informieren wir Sie über **einige Änderungen, die in den letzten Wochen kurzfristig beschlossen worden sind** und die für die Abrechnung der niedergelassenen Internisten durchaus bedeutsam sind.

Diese Änderungen sind im Abschnitt für den organisierten Notdienst zu finden. Es sind nur wenige Sätze, die der Bewertungsausschuss mit zwei aufeinander folgen-

den Beschlüssen geändert hat, **diese haben aber beträchtliche Auswirkungen für die Abrechnung der Notdienstleistungen. Sie sind vor allem für Internisten im fachärztlichen Versorgungsbereich wichtig.**

### Deutlich mehr Leistungen abrechenbar

In der ursprünglichen Fassung des EBM konnte der organisierte Notdienst neben den speziellen Notdienstleistungen gar nichts anderes abrechnen – sehr zum Missfallen des BDI. In einer ersten Änderung wurden dann ganz im Sinn des BDI **fachgebietspezifische Leistungen für den organisierten Notdienst freigegeben, was die Situation für die hausärztlich tätigen Inter-**

**nisten entspannt hat. Sie können jetzt im Notdienst beispielsweise ein EKG abrechnen oder – im Fall eines psychiatrischen Notfalls – auch eine längere verbale Intervention abrechnen.**

Nach wie vor waren aber die Schwerpunktinternisten im Nachteil: Sie konnten – im Gegensatz zu ihren hausärztlichen Kollegen – im organisierten Notdienst nicht einmal ein EKG abrechnen, obwohl diese Leistung im Notdienst nicht gerade selten notwendig ist.

Der BDI hielt auch diese Situation immer noch für unbefriedigend. Das hat nun auch den Bewertungsausschuss überzeugt – er hat inzwischen eine Änderung beschlossen. Der neueste Text des Notdienstabschnittes ist derzeit im Unterschrif-

tenverfahren bei Kassen und KBV und soll rückwirkend zum 01.04.2005 in Kraft treten. Den neuen Text des EBM finden Sie im unten stehenden Kasten.

### Beschränkung auf Fachgebiet aufgehoben

In der Praxis wirken sich die Änderungen im Notdienstabschnitt wie folgt aus:

Im organisierten Notdienst sind neben dem Notdienstkomplex (Nr. 01210) nun auch fachgruppenspezifische Leistungen abrechenbar, sofern sie im konkreten Notfall sofort erforderlich sind. Dabei fällt die sonst rigide Beschränkung auf das eigene Fachgruppenkapitel fort: **Jetzt können Schwerpunktinternisten im organisierten Notdienst auch Einzelleistungen aus dem Hausarztkapitel abrechnen (also die 03er Nummer). Hier kommt beispielsweise das EKG nach Nr. 03320 oder der Ganzkörperstatus nach Nr. 03311 in Frage.**

Die Abrechnung eines EKG wäre den Internisten aus dem fachärztlichen Sektor sonst nur per Definitionsauftrag möglich; für den Ganzkörperstatus gibt es im **Internistenkapitel** überhaupt keine Gebührenordnungsposition. Bei gesprächsintensiven psychiatrischen Notfällen kommt nun übrigens auch die Nr. 03120 (aus dem Hausarztkapitel) oder die Nr. 13220 (aus dem Fachinternistenkapitel) in Frage. Diese Nummern sind die Nachfolger der früheren Nummer 10 und sie sind nun auch neben dem Notdienst-Ordinationskomplex abrechenbar, wenn der Notfall eine Gesprächsdauer von 20 Minuten oder mehr erfordert. Der Ordinationskomplex selbst deckt nämlich nur 10 Minuten Gespräch ab.

BW

## Fachgruppenbeschränkung entfällt im Notdienst

Der Anfang des Notdienstabschnittes im EBM wurde in den letzten Wochen gleich zweimal geändert. Er lautet nun wie folgt:

### 1.2 Leistungen im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(fall)dienst

**1. Neben den Leistungen dieses Abschnitts sind nur Leistungen abrechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischem oder therapeutischem Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Die allgemeine Bestimmung 1.5 gilt für die Berechnung von im Rahmen der Notfallversorgung erbrachten Leistungen nicht.**

#### 01210 Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst – 500 Punkte

##### Obligater Leistungsinhalt:

– Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(fall)dienst.

##### Fakultativer Leistungsinhalt:

– Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,

– in Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall.

Neben der Leistung nach der Nr. 01210 ist für die Berechnung des jeweiligen arztgruppenspezifischen Ordinationskomplexes in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb einer Notfallbehandlung bzw. außerhalb des organisierten ärztlichen Notdienstes notwendig. Die Leistung nach der Nr. 01210 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102, 01218, 01414, 01950 und 01951 berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach der Nr. 01210 sowie anderer Beratungs- und Erörterungsleistungen ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung weiterer Leistungen, auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird.

Der etwas kryptische Satz in der 1. Anmerkung, der sich auf die Nr. 1.5 der allgemeinen Bestimmungen bezieht, setzt die ansonsten obligate Beschränkung auf die Leistungen im eigenen Fachgruppenkapitel außer Kraft.

## Arbeit der Internisten wird unnötig behindert

Der EBM wurde eingeführt, ohne einige wesentliche Forderungen der Internisten zu berücksichtigen, kritisiert BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack während des Wiesbadener Internistenkongresses. So sind beispielsweise **die Abschnitte der Schwerpunkte und die internistischen Basisleistungen weitgehend komplexiert und zudem gegeneinander abgeschottet; das breite Leistungsspektrum, zu dem die Internisten dank ihrer Weiterbildung befähigt sind, wird auf diese Weise stark beschnitten.** Dies wird sich laut Wesiack auf Dauer zum Nachteil der Patienten auswirken.

Besonders drastisch macht sich diese Beschränkung in schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxen be-

merkbar. Ein Beispiel: Wenn ein multimorbider Patient zu Beginn des Quartals vom Kardiologen in der Gemeinschaftspraxis behandelt wird und gegen Ende des Quartals noch einmal den Gastroenterologen beanspruchen muss, **kann entweder nur der kardiologische oder der gastroenterologische Basiskomplex abrechnet werden, obwohl die ärztliche Arbeit die Abrechnung beider Komplexe erfordert.** Die derart entstandene Unterfinanzierung wird die internistischen Gemeinschaftspraxen, in denen mehrere Schwerpunkte zusammenarbeiten, nachhaltig zerstören.

Der erweiterte Vorstand des BDI hat angesichts dieser Situation in einer Resolution die KBV und die KVen aufgefordert, die Webfehler

des EBM schnellstmöglich zu korrigieren:

**Anlässlich des Starts des neuen EBM bekräftigt der erweiterte Vorstand des BDI seine Kritik an der Struktur des Kapitels Innere Medizin. Viele fachärztlich tätige Internisten erleben in diesen Tagen erneut, dass sich ihre Arbeit an Patienten nicht adäquat abrechnen lässt. Der BDI fordert KBV und die Spitzen der KK daher erneut auf, die Komplexierung heterogen verteilter Basisleistungen und Ausschlüsse häufig notwendiger Leistungskombinationen schnell zu korrigieren.**

Angesichts des drohenden Zerfalls dieser Gemeinschaftspraxen sei ein schnelles Handeln notwendig, er-

läutert Wesiack den Beschluss: „Sowohl die Politik wie auch die Selbstverwaltung wollen die Gemeinschaftspraxen ausdrücklich fördern. Es gibt doch immer mehr alte Menschen mit mehreren internistischen Erkrankungen – angesichts dieser demographischen Entwicklung sind Gemeinschaftspraxen, in denen mehrere internistische Schwerpunkte zusammenarbeiten, für die Versorgung besonders wichtig. Es ist einfach widersinnig, sie nun kaputtzumachen.“ Besonders verrückt sei, dass hier die internistischen Gemeinschaftspraxen betroffen seien, während fachübergreifende Gemeinschaftspraxen mit anderen Fächern kaum beeinträchtigt würden.

red.

## BDI befürchtet: Patientenversorgung wird sich dramatisch verschlechtern

Der neue EBM ist trotz zahlreicher Bedenken und Warnungen im Vorfeld mit Beginn des zweiten Quartals 2005 in Kraft getreten; zusammen mit seiner begleitenden Mengenbegrenzung **legt er nun schonungslos die katastrophale Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung offen,** stellte der erweiterte Vorstand des BDI während des Wiesbadener Internistenkongresses fest.

Als schlimmstes Beispiel für die katastrophalen Folgen kann die Entscheidung des Schiedsamtes in Mecklenburg-Vorpommern gelten: **Dort wurde der Mindestpunktwert auf 1,5 Cent festgesetzt.** Zur Erinnerung: Der EBM basiert auf einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit einem Punktwert von 5,11 Cent. Vor die-

sem Hintergrund kann es keinen Zweifel geben: **Bei einem Punktwert von 1,5 Cent vermag kein niedergelassener Arzt mehr ein kostendeckendes Honorar zu erzielen. Die Punktwerte in anderen Regionen liegen etwas höher, sind aber allesamt noch weit von den betriebswirtschaftlich notwendigen 5,11 Cent entfernt.**

Der erweiterte Vorstand des BDI hat in seiner letzten Sitzung während des Internistenkongresses diese katastrophale Situation und die jetzt offenkundigen Folgen der Unterfinanzierung in einer Resolution angeprangert:

**Der neue EBM und die vorgesehenen Regelleistungsvolumina legen die Rationierung in der ambulanten Versorgung endgültig offen. Die in**

**den letzten Wochen von Schiedsämtern festgesetzten ruinösen Punktwerte (bis herunter auf 1,5 Cent) zeigen, dass das Ziel eines betriebswirtschaftlich kalkulierten Honorars völlig verfehlt wird. Die zunehmende Unterfinanzierung des ambulanten Systems in Deutschland wird die Patientenversorgung dramatisch verschlechtern.**

### Praxisinvestitionen bald unmöglich?

„Wir müssen immer wieder auf die Problematik dieser Unterfinanzierung hinweisen und sowohl der Politik wie auch den Kassen klarmachen, **dass auf diese Weise ganz schnell erhebliche Versorgungslücken entstehen**

**werden“**, kommentierte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack die Resolution. In Mecklenburg-Vorpommern sei schon jetzt im hausärztlichen Versorgungsbereich ein erheblicher Ärztemangel entstanden; unter den derzeitigen Rahmenbedingungen dürfte sich daraus schnell ein dramatischer Versorgungsengpass entwickeln, ergänzt BDI-Hauptgeschäftsführer Prof. Dr. Peter Knuth: „Man kann sich doch an fünf Fingern abzählen, dass als nächstes die ambulante fachärztliche Versorgung in die Knie gehen wird. Denn angesichts dieser dramatischen Unterfinanzierung kann kein Niedergelassener mehr in seine Praxis investieren.“

red.

*Lesen Sie zu diesem Thema auch unsere Glosse auf der folgenden Seite.*

## Endlich ein Punktwert von 1,5 Cent!

Vor Jahren hat die kassenärztliche Bundesvereinigung die Initiative ergriffen, einen neuen EBM auf den Weg zu bringen. Die Vorwürfe der Krankenkassen, dass die Bewertungen des alten EBM auf einer Art Schätzometrie beruhen und deshalb je nach Wirtschaftslage disponibel seien, hatte man in der KBV-Führung satt.

Man wollte deshalb einen betriebswirtschaftlich kalkulierten EBM auf den Weg bringen, der solche Diskussion vermeidet. Dies war der Ursprungsgedanke des am 01.04.2005 eingeführten EBM. Hintergedanke war natürlich auch zu demonstrieren, dass die Leistungsmenge, die von den Vertragsärzten erbracht wird, sich in der seitherigen Gesamtvergütung bei betriebswirtschaftlicher Betrachtung nicht mehr abbilden lässt. Man wollte zeigen, dass das Honorar der Krankenkassen für die ambulante ärztliche Versorgung völlig unzureichend ist.

Diese Absicht hat den Krankenkassen strategisch natürlich überhaupt nicht gefallen. Sie haben von Anfang an alle Hebel in Bewegung gesetzt, die betriebswirtschaftliche Kalkulation, die auf einem Punktwert von 5,11 Cent beruht, nicht sichtbar werden zu lassen. Die letzte Gelegenheit haben sie am Ende der Legislaturperiode des letzten KBV-Vorstandes wahrgenommen, indem sie auch noch die letzte Fußnote mit 5,11 Cent herausverhandelt haben. Ansonsten haben sie erklärt, dass die Leistungsmenge ohnehin zu hoch sei, sodass alleine aus diesem Grund das Geld reichen würde. Entsprechende Zahlen von 20 bis 30 Prozent zu hoher Leistungsmenge im ambulanten Bereich wurden publikumswirksam gestreut, ohne dass man dafür auch nur annähernd Belege hatte. Das politische Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung, die zu geringe Geldmenge

sichtbar werden zu lassen, ist in diesem Umfeld immer mehr untergegangen.

Jetzt hat die Vertragsärzteschaft Hilfe von unerwarteter Seite erhalten. In Mecklenburg-Vorpommern ist ein Schiedsamtsspruch von Herrn Professor Wasem gefällt worden, der bisher bei sehr vielen Veranstaltungen nicht unbedingt als Freund der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgetreten ist. **In diesem Schiedsspruch hat er klargestellt, dass er offensichtlich die Leistungsmenge, die die Vertragsärzte in Mecklenburg-Vorpommern erbringen, für notwendig hält.** Er wollte offensichtlich die gewollten Rationierungen durch die Regelleistungsvolumensystematik verhindern. Insofern hat er einfach die seitherige Leistungsmenge genommen und durch die zur Verfügung stehenden Geldmittel geteilt und ist zu einem Punktwert gekommen, der bei 1,5 Cent liegt.

Wir danken Herrn Wasem. Er hat damit endlich das klargestellt, was die Kassenärztlichen Vereinigungen schon lange wissen:

**Die ambulante Versorgung in Deutschland ist heillos unterfinanziert.** Besonders deutlich wird dies, wenn man unter der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des neuen EBM das ärztliche Honorar berücksichtigt. Nach dem Spruch von Herrn Professor Wasem kommt man auf einen Stundenlohn von etwa 13 Euro. Zumindest in den Ballungszentren in Deutschland ist damit auch unter der Hand kaum noch eine Reinigungskraft zu beschäftigen. Wir alle wissen, dass Vergütung auch etwas mit Wertschätzung in einer Gesellschaft zu tun hat. Wir sind Herrn Professor Wasem sehr dankbar, dass er uns vor Augen geführt hat, wie man von Seiten der Kostenträger und der Politik die Ärzteschaft einschätzt.

HFS

### Trotz Gleichschaltung mit Allgemeinärzten

## Internistische Kompetenz auch als Hausarzt herausstellen!

Der neue EBM sowie die zahlreichen Honorarverteilungsverträge zeigen ebenso wie der Vertrag der Barmer Ersatzkasse mit dem Hausärzterverband, dass die politische Entwicklung der vergangenen Jahre konsequent fortgesetzt wird: Man betreibt die **Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, wobei insbesondere der Internist als eigenständiges Fachgebiet unter die Räder zu kommen droht.**

Treibende Kraft dieser Entwicklung ist ein monetärer Gesichtspunkt, nämlich die Regulierung des Verteilungskampfes zwischen den ein-

zelnen Arztgruppen. Durch die Aufteilung in einen Hausarzt- und Facharzttopf ist zumindest eine Befriedigung gelungen, die aber auf Dauer zu einer strikten Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Fachärzten führen muss. Dies verschärft die Probleme der Internisten weiter.

Der EBM 2000plus illustriert diese Entwicklung: **Im hausärztlichen Topf bringt er die Gleichschaltung der Internisten und Allgemeinärzte.** Dies wird erhebliche Auswirkungen auf das Leistungsspektrum der hausärztlichen Internisten haben, denen es fast unmöglich ge-

macht wird, sich bei gesetzlich Krankenversicherten innerhalb der hausärztlichen Versorgung von den Allgemeinärzten abzusetzen.

Insbesondere bei dem Vertrag des Hausärzterverbandes und der Barmer Ersatzkasse wird den hausärztlich tätigen Internisten diese Situation schmerzhaft in Erinnerung gebracht. Zahlreiche Allgemeinärzte sind diesem Vertrag inzwischen beigetreten und so manch ein hausärztlicher Internist sieht sich angesichts dieser Konkurrenz aus wirtschaftlichen Gründen veranlasst, ebenfalls einem Vertrag beizutreten, den er im

Grunde für unerträglich hält. Der Anteil an Barmer Ersatzkassen-Patienten liegt oft zwischen 10 bis 15 Prozent – der Verlust eines solchen Patienten-Anteils kann für manche Praxis zum Problem werden. Wenn dann noch andere Kassen, vor allem Primärkassen, einen ähnlichen Weg gehen werden, wird die Beteiligung der hausärztlich tätigen Internisten an solchen hausarztzentrierten Verträgen praktisch unumgänglich.

Dabei ist dennoch die Frage erlaubt, ob die Gleichschaltung innerhalb des hausärztlichen Topfes der Versorgungsrealität ►

**Wissen ist Gelb.  
Denn auf CD-ROM habe ich alle Praxis-  
vorteile per Knopfdruck zur Verfügung.**



Andreas Bohm  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Buch. CD-ROM. Pocket-PC. Praxissoftware und Online.  
Das führende Arzneimittel-Informationssystem liefert Ihnen in jeder Situation schnell  
und sicher die gewünschten Antworten.

GELBE LISTE PHARMINDEX 2005.  
Alle 3 Monate neu. Online Updates 14-tägig.  
Bestellen Sie jetzt Ihr persönliches Informationssystem: 06102 502-263.  
[www.gelbe-liste.de](http://www.gelbe-liste.de) (Benutzername/Passwort: docinfo)



**mmi**  
Der Wissensverlag

wirklich entspricht. Zumindest sollte von Seiten der hausärztlichen Internisten versucht werden, hier noch eine Differenz auch bei Beteiligung an solchen Verträgen sichtbar werden zu lassen. Dies ist insbesondere unter dem Aspekt zukünftiger Regelungen nicht ohne Bedeutung. Die jetzt sichtbare Entwicklung ist Ausfluss der Beschlüsse des letzten Jahres unter dem Aspekt der Budgetierung im Gesundheitswesen mit immer stärkerer Aufteilung des Budgets in verschiedene Versorgungsbereiche.

Die Frage lautet allerdings: Geht diese durch Budgets geprägte Entwicklung so weiter, oder ist nach den gesetzlichen Bedingungen schon jetzt absehbar, dass hier ein Umdenken eintritt?

**Liest man das GMG durch und versucht einen roten Faden zu finden, so ist erkennbar, dass in sämtlichen Versorgungsebenen der Versuch unternommen wird, vom Budget wegzukommen.** Zahlreiche Äußerungen der Politiker zu dieser Frage unterstreichen die-

se Tendenz. Man hat offensichtlich erkannt, dass die Budgetierung doch zu einer Rationierung führt und dass dies auch von der Politik auf Dauer nicht verantwortet werden kann. Diese Töne sind zwar leise, aber unüberhörbar.

### Ende der Budgets ist absehbar

Im Krankenhausbereich ist die Sache eindeutig. Hier werden die Budgets erst in 2009 aufgehoben, dann aber endgültig. Die Krankenkassen werden mit den DRG das Fallzahlrisiko übernehmen und die Krankenhäuser das Fallwertrisiko. Damit entfällt auch die Budgetierung in den Krankenhäusern.

Der gleiche Gedanke wird, wenn auch nicht so transparent, im ambulanten Bereich verfolgt. Die Einführung des neuen EBM mit den Regelleistungsvolumina erfolgt zunächst unter den Bedingungen eines Gesamtbudgets, wird aber durch eine Neuordnung der Vergütungsregelungen nach 2006 korrigiert. Hier sollen feste Punkt-

werte, Regelleistungsvolumina und Versorgungsaufträge definiert werden, die von der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen werden. Entsprechend dieser Vorgabe muss ein Budget ausgehandelt werden, das aber dann je nach Morbiditätsbezug korrigiert wird.

**Auch im ambulanten Bereich werden wir das Budget in der seitherigen Form in den nächsten Jahren aufgeben müssen.** Es gehört nicht viel Phantasie dazu, zu erwarten, dass in Zukunft die Krankenkassen wieder mehr in das Morbiditätsrisiko eingebunden werden und dass die Aufgabe einer Kassenärztlichen Vereinigung mit dem seitherigen Sicherstellungsauftrag nur noch wenig zu tun haben wird. Das Aushandeln von festen Punktwerten und Versorgungsaufträgen hebelt ein Gesamtbudget seitheriger Prägung aus.

**Alle sollten sich darüber im Klaren werden, dass das zurzeit friedliche Nebeneinander von Haus- und Fachärzten ordnungspolitisch nach Abschaffung der Bud-**

**gets nicht mehr durchzuhalten ist. Wo aber werden sich in einem solchen System die zurzeit hausärztlichen Internisten wiederfinden? Wenn sie ihre medizinische Kompetenz innerhalb des hausärztlichen Topfes nicht weiter erhalten, wird ihre Chance zu einem eigenständigen Berufsbild zurückzukehren, gering sein.**

### Internistische Kompetenz demonstrieren

**Alle hausärztlichen Internisten sollten daher trotz der zurzeit ungünstigen Bedingungen versuchen, sich innerhalb des Hausärzтетopfes ihre eigene Kompetenz zu erhalten und dies auch nach Außen darzustellen.** Dies kann unter anderem dadurch geschehen, indem man bei einer Mitbeteiligung am Barmer-Ersatzkassenvertrag darauf hinarbeitet, dass die dort formulierten ökonomischen Vorgaben das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zerstören.

HFS

**Krankenhäuser dürfen bei Kassenpatienten nicht mehr jede Methode beliebig einsetzen**

## Schwarzer Tag für Innovation im Deutschen Gesundheitswesen?

**Der Gemeinsame Bundesausschuss hat entschieden: Zukünftig können Krankenhäuser nicht mehr beliebig neue Methoden einführen, sondern nur noch solche, deren Evidenz nachgewiesen ist – so, wie dies bei den Niedergelassenen schon lange ist. Das hat bei den Krankenhäusern für große Empörung gesorgt, es wur-**

Unser Gesundheitswesen trennt die ambulante Versorgungsebene noch weitgehend von der stationären. Hinter alldem steht der unser Gesundheitswesen bestimmende Budgetgedanke.

Man kann diese Budgets nur umsetzen, wenn man den Leistungsauftrag genauso definiert, wie das dafür zur Verfügung gestellte Geld. Die Folge davon ist, dass sich die

verschiedenen Versorgungsebenen in Jahrzehnten in ihren Ordnungsstrukturen voneinander wegentwickelt haben und kaum noch miteinander vergleichbar sind. Dies gilt insbesondere für die Leistungsdefinition in den verschiedenen Bereichen. Während im ambulanten Bereich nur Leistungen erlaubt sind, die auch ausdrücklich genehmigt und im EBM niederge-

**de gar der schwarze Tag für Innovationen im deutschen Gesundheitswesen ausgerufen. Bei näherer Betrachtung relativiert sich die Sache allerdings: Erstens ist der Weg zu neuen Methoden nicht komplett versperrt, zweitens dürfte die Regel den wirklich brauchbaren Innovationen sogar einen Schub verleihen.**

schrieben sind, können die Krankenhäuser alle Leistungen erbringen, wenn sie nicht ausdrücklich verboten sind. Diese sehr offene Leistungsstruktur hat in Deutschland dazu geführt, dass Krankenhäuser jederzeit in der Lage waren, neue medizinische Methoden einzuführen, ohne dass dies z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss abgesegnet war.

Solange die Versorgungsebenen strikt voneinander getrennt waren, hat sich das unterschiedliche Organisationsprinzip nicht ausgewirkt. Beklagt wurde der Wildwuchs von Methoden im Krankenhaus zwar immer wieder, weil er insbesondere die notwendige Versorgungsforschung in Deutschland behindert hat. Die Krankenhäuser waren nämlich nicht ►

in der Lage, in der Regel wissenschaftlich fundierte Ergebnisse über die Wirksamkeit und den Nutzen dieser Methoden zu veröffentlichen.

Zu einem Politikum erster Ordnung wird das Problem aber durch die Möglichkeit im § 116 b des Sozialgesetzbuches: Mit der letzten Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber den Krankenhäusern und den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Einzelverträge über ambulante Leistungen abzuschließen, an denen die Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte nicht beteiligt sind. Er hat dabei unterschieden zwischen spezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Verläufen, in denen es den Krankenkassen gestattet ist, Sonderverträge zu schließen. Er hat sogar die Definition der medizinischen Vorgaben im Gesetzestext selbst übernommen und dabei offensichtlich medizinischen Sachverstand nicht in ausreichendem Maße eingeholt, sonst hätte er z.B. nicht die Tumorerkrankungen als Erkrankungen mit einem besonderen Verlauf bezeichnet. Diese Krankheiten sind, wie wir alle wissen, von einem besonders typischen Verlauf gekennzeichnet.

### Gleiches Recht für alle

Die Aufgabe, diesen Paragraphen trotz der unterschiedlichen ordnungspolitischen Vorgaben umzusetzen, hat man dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Hier entbrannte die Diskussion um die elementare Frage, ob der Nutzen und die Notwendigkeit einer Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von der Versorgungsebene definiert werden kann, in der die Leistung erbracht wird. Während die Krankenhäuser weiter für eine völlig offene Leistungserbringung im Krankenhaus plädiert haben, wa-

ren Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen der Meinung, dass hier eine einheitliche Vorgabe notwendig ist, damit die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen wenigstens unter gleichen Bedingungen wie bei den Vertragsärzten stattfindet. Dies ist in einer Wettbewerbsgesellschaft an sich selbstverständlich.

### Krankenhäuser müssen Nutzen nachweisen

Der Bundesausschuss hat nun grundsätzlich entschieden: Nutzen und Notwendigkeit einer Methode sollen zukünftig unabhängig davon definiert werden, ob sie bei Niedergelassenen oder im Krankenhaus angewandt wird. Krankenhäuser können dennoch neue Leistungen einführen, müssen aber nach einer gewissen Zeit deren Nutzen und Notwendigkeit wissenschaftlich belegen.

Die Krankenhäuser haben darauf zwar aufgeregt reagiert, insgesamt ist dieses System aber durchaus logisch und vernünftig. Es wird im Übrigen auch dazu führen, dass man auch im Krankenhaus seine Gedanken bei der Neueinführung von Methoden etwas besser sortiert als bisher.

Auf dem ersten Blick davon unabhängig ist die Diskussion über die Rolle der evidenzbasierten Medizin bei der Bewertung von Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Auf dem zweiten Blick wird aber klar, dass hier ein innerer Zusammenhang besteht. Der Bundesausschuss hat beschlossen, dass die evidenzbasierte Medizin zur Grundlage der Entscheidung gemacht wird. Dies bedeutet aber nicht, dass immer die höchste Evidenzstufe notwendig ist. Liegt diese nicht vor, bleibt es dem Bundesausschuss jederzeit unbenommen, auch nach der niedrigsten Stufe positiv zu entscheiden; er muss dann aber genau begründen, warum er diese Leistung für notwendig hält. Auch dies ist eine

logische und vernünftige Vorgehensweise.

Dass dieser Vorgang bei den Krankenhäusern große Aufregung ausgelöst hat, lag auch an der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Sie hat in der öffentlichen Diskussion behauptet, nur noch Methoden der Evidenzstufe 1 könnten angewandt werden – was aber nicht stimmt.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat schon dagegen protestiert, dass für neue Methoden die Evidenzstufe beschrieben wird. Man hat wohl befürchtet, dass offensichtlich würde, wie viele Leistungen im Krankenhaus erbracht werden, die nur auf einer sehr niedrigen Evidenzstufe belegbar sind.


Es wäre klug, wenn sich alle Beteiligten in Zukunft wieder an wissenschaftlichen Kriterien in der Medizin orientieren

könnten, wenn man sich schon der mühseligen Aufgabe unterziehen muss, den Leistungsbedarf der GKV zu definieren.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft versucht mit allen Mitteln die Umsetzung dieser hier beschriebenen Verfahrensordnung zu verhindern. An der Reaktion des Gesundheitsministeriums wird man ablesen können, ob die Politik die Krankenhäuser – die sich zunehmend für die ambulante Versorgung öffnen – gegenüber den Vertragsärzten begünstigen wird. Das BMGS hat bei dieser Frage endlich die Möglichkeit, auch politisch klarzustellen, dass es sich bei einem Wettbewerb im Gesundheitswesen neutral verhält und indem sie die Grundsatzentscheidung des Bundesausschusses genehmigt.

HFS


Anzeige





**Sonoring Deutschland**  
Die Ultraschall-Spezialisten.  
Ganz in Ihrer Nähe, bundesweit.



[www.sonoring.de](http://www.sonoring.de)

## Vielfalt, Qualität & Sicherheit

TOSHIBA  GE Ultraschall

Sunlight SONY ANALOGIC

### Machen Sie den Direktvergleich!

**Termine auch abends und am Wochenende**

**01805/117 117**

Infoline direkt zu Ihrer Sonotheke (€ 0,12/Min)

Die 21 Sonotheken bundesweit:

- Bad Harzburg
- Berlin
- Deggendorf
- Dortmund/Holzwickede
- Dresden
- Düsseldorf/Ratingen
- Erlangen
- Frankfurt/Mörfelden
- Greifswald
- Hamburg/Buchholz
- Hannover/Ronnenberg
- Heidelberg
- Kassel
- Köln
- Memmingen
- München/Penzberg
- Stuttgart/Leinfelden
- Sulzbach
- Trier
- Villingen-S.
- Würzburg/Estenfeld

## Die Krankheiten unserer Patienten kann kein Politiker verändern

**Wie alle Ärzte leben auch die Internisten derzeit in schweren Zeiten. Doch was immer sich Politiker ausdenken, um die ärztliche Arbeit zu erschweren, welche Widrigkeiten eine verunglückte Musterweiterbildungsordnung auch bringen mag: Weder Politik noch Selbstverwaltung wer-**

Die Innere Medizin in Deutschland blickt mit diesem 111. Kongress auf eine stolze Tradition zurück, die sogar länger währt als die Tradition Deutscher Ärztetage. In wenigen Wochen wird die deutsche Ärzteschaft in Berlin den 108.

Deutschen Ärztetag begehen. Es wäre wünschenswert, dass die verfasste Ärzteschaft der internistischen Tradition mehr Respekt und Anerkennung zollt, wenn es um die Anliegen der Inneren Medizin im All-

gemeinen und um die Weiterbildungsordnung im Besonderen geht und sich nicht einfach über Wünsche und Anliegen der Inneren Medizin hinwegsetzt.

Diese 111. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fällt in eine Zeit, in der die Innere Medizin von außen und von innen bedroht ist. Bedroht von außen durch eine **Gesundheitspolitik, welche den Menschen nicht mehr als „Patienten“, also als Leidenden und Hilfe Suchenden, sondern nur noch als „ökonomische Größe“, als Kostenfaktor wahrnimmt.** Bedroht von innen heraus wiederum ist die Innere Medizin durch die vom Deutschen Ärztetag in Köln 2003 verabschiedete (Muster)-WBO mit dem Verlust des internistischen Generalisten und dem Zerfall in ihre Schwerpunkte.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen

Krankenversicherung, kurz GMG, das am 01.01.2004 in Kraft getreten ist, ist die Zahl der für die Sozialversicherungsgemeinschaft relevanten Paragraphen auf über Zehntausend angewachsen. Ein solches System lässt sich

zwar noch verwalten, aber nicht mehr mit Geist erfüllen und gestalten. Leider ist anzunehmen, dass die Regelungswut von Exekutive und Legislative hier nicht stehen

bleiben wird.

Aber wird unser Gesundheitssystem dadurch besser? Wird es seinem Ziel gerecht, Patienten, insbesondere die chronisch Kranken, die Polymorbiden und die sozial Schwachen besser zu versorgen?

Alle Indikatoren, die es zur Beantwortung dieser Frage gibt, zeigen, dass eine Verbesserung bislang jedenfalls nicht erreicht worden ist. Sicher ist aber, dass Intransparenz und Bürokratie des Systems zugenommen haben. Am Beispiel der politisch so hoch bewerteten Disease-Management-Programme zeigt sich, dass die zusätzlich aufgebaute Bürokratie dringend benötigte Finanzmittel auffrisst, die dann für eine bessere Patientenversorgung fehlen. Dieser von vielen Akteuren im Gesundheitswesen längst eingeräumte Sachverhalt steht im Gegensatz zu den optimistischen Aussagen von

**den die Krankheiten ändern können, mit denen unsere Patienten bei uns Hilfe suchen, rief BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack während des Internistenkongresses in Wiesbaden in Erinnerung. Wir dokumentieren hier seine Rede zur Eröffnungsfeier des Kongresses.**

Frau Ministerin Ulla Schmidt, die immer wieder Beitragssenkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung verspricht und dabei gleichzeitig die angeblich so schlechte Qualität der medizinischen Versorgung verbessern will. **Die Krankenkassen, vor allem die Nutznießer des Risiko-Strukturausgleiches, stehen in einem erbitterten Wettbewerb, nicht um kranke Patienten, sondern im Wettbewerb um Gelder aus dem Risikostrukturausgleich** und dies auf Kosten anderer Krankenkassen, die ihre Aufgaben gut und solide erfüllen.

In diesem System stört der chronisch Kranke nur noch. Er benötigt teure Medikamente, für deren Preisgestaltung Ärzte nicht verantwortlich sind, er bedarf moderner Diagnostik und Therapie, die davon lebt, dass der Fortschritt der Medizin auch seinen Preis hat, und er muss sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Medizin bei viel zu knappem Budget behandelt und

betreut werden. Und die demographische Entwicklung wird uns unvermeidbar immer mehr chronisch behandlungsbedürftige Patienten bringen.

Dieser Wettbewerb, von Gesundheitsökonomern erfunden und von der Politik ausgerufen, ist in Wahrheit kein Wettbewerb, sondern Kartellbil-

dung zu Lasten Dritter, zu Lasten unserer Patienten.

Besondere Sorge bereitet der Inneren Medizin die Novelle der Weiterbildungsordnung für die Innere Medizin. Aus durchsichtigen politischen Motiven wurde und wird versucht, mit dem Instrument der Weiterbildung des internistischen ärztlichen Nachwuchses den Zugang zum hausärztlichen Vergütungsbereich auf die Allgemeinmedizin zuzuschneiden. Und dies ungeachtet des bereits gravierenden Arztmangels, insbesondere im Osten unserer Republik. Aber diese Novellierung mit Verlust des internistischen Generalisten und dem Zerfall der Inneren Medizin in ihre Schwerpunkte bedroht die Innere Medizin in ihrem Selbstverständnis und in der ärztlichen Berufsausübung.

Innere Medizin ist mehr als

die numerische Anzahl ihrer Schwerpunkte, mehr als die in Schwerpunkten angewendeten Methoden und Techniken. Sie besteht aus einer spezifisch internistischen Denkweise,

die wissenschaftstheoretisch begründet auf einer wissenschaftlichen Ätiopathogenese aufbaut, vom Einzelsymptom über Symptomkonstellationen zur Diagnose und Therapie schreitet und die als wesentlichen Bestandteil die Differentialdiagnose und die daraus folgende Differentialtherapie beinhaltet. ▶

“  
*Die zusätzliche Bürokratie frisst dringend benötigte Finanzmittel auf*  
“

“  
*Die Politik nimmt die Kranken nur noch als Kostenfaktoren wahr*  
“

Wir benötigen in einer strukturierten Weiterbildung in der Inneren Medizin einen Truncus communis, von dem, wie bei einem Baum, vom Stamm die einzelnen Schwerpunkte der Inneren Medizin abzweigen. Wir benötigen aber nicht acht oder gar neun nebeneinander stehende einzelne Bäume, die dann bald keine Beziehung mehr zueinander haben und die zum Verdorren verurteilt sind.

Bernhard Naunyn (1839 bis 1925), einer der Väter der Inneren Medizin, stellte 1873 seine Antrittsrede unter den anspruchsvollen Titel: „Die Medizin wird Wissenschaft sein oder sie wird nicht sein“. An diesen richtungsweisenden Ausspruch sollten wir uns heute wieder erinnern und ihn beherzigen. Nur durch eine gemeinsame Weiterbildung in einem einheitlichen allgemeinen Teil der Inneren Medizin lässt sich trotz Wissens- und

Methodenexplosion die Einheit der Inneren Medizin erhalten, die kein Selbstzweck ist, sondern das darstellt, was unsere Patienten benötigen.

**Weiterbildungsordnungen können Berufsbilder zerstören, die Politik unsere tägliche Arbeit immer weiter erschweren, aber eines können sie nicht: Die Krankheiten unserer internistischen Patientinnen und Patienten verändern.** ■

### Betrachtungen eines Krankenhausarztes

## „Ärzte sind latent technikfeindlich“

Täglich wird dem Arzt signalisiert, wie wichtig er ist. Die besondere Bedeutung, die ihm zugeschrieben wird, macht ihn auch zu einem besonderen Nutzer von Informationstechnologie, findet Dr. Markus Holtel, Arzt am Franz-Hospital in Dülmen.

Die ärztliche Psyche und die Organisation ärztlicher Arbeit bergen typische Fallen für den Anbieter von Informationstechnologie, erklärte er auf dem „eHealth-Kongress“ des Münchner Kreises Ende Februar. Wer Medizin studiert, fühlt sich zum Heilen berufen, zur Versorgung von schwerkranken Patienten. Ärzte in der Industrie, im Management oder im öffentlichen Gesundheitswesen werden daher unter den Kollegen gleichsam als Irläufer betrachtet. Die ärztliche Tätigkeit mit ihrem Ruf als einer „Kunst“ enthalte immer ein gewisses Maß an Intuition, an Irrationalität und Mystik.

Demgegenüber steht heute der große Anteil an medizinischer Technik im täglichen Betrieb eines Krankenhauses. Laut Holtel lösen viele Ärzte diesen Konflikt so, dass sie für ihre ureigenste Tätigkeit am Patienten sehr viel High-Tech akzeptieren. Sie begeistern sich für Kern-

spin-Tomographen, Beatmungsgeräte oder OP-Roboter. Doch sobald sie vom Operationstisch abtreten, weigern sie sich, ihre Arbeit an einem Computer zu dokumentieren. Andere schlagen sich offen auf die Seite der Kritik und wenden sich der komplementären Medizin zu, die meist weit mehr das Bedürfnis nach Mystik und Emotionalität bedient. In beiden Fällen, so der Kollege, haben die Ärzte eine latente Technikfeindlichkeit, die den Zugang für innovative Angebote erschwert.

Zudem unterscheidet sich die Organisation eines Krankenhauses als Expertensystem massiv von anderen Betrieben. Ärzte müssen in ihrer medizinischen Tätigkeit große Freiheit zur individuellen Entscheidung haben. Nicht das Krankenhaus, sondern sie persönlich werden von den Patienten als Experten aufgesucht. Das begründet die traditionell starke Rolle von Chefärzten im Krankenhaus. Nachgeordnete Mediziner sind innerhalb einer Abteilung wiederum in eine starke Hierarchie eingebunden und einer Einflussnahme von außen entzogen.

Für den IT-Anbieter, der Ärzte von seinen Lösungen überzeugen will, hat dieses psychologische und organi-

satorische Milieu Konsequenzen, erklärte Holtel in München: Ärzte wollen umworben sein. Eine Anwendung muss optimal zugeschnitten sein, um hohe Compliance zu erzielen.

Ärzten muss ein Vorteil für ihre eigene Arbeit geschaffen oder deutlicher gemacht werden. Vorteile für das Krankenhaus oder die Verwaltung sind nur schwer zu vermitteln.

Das Umsetzungsmanagement bei der Einführung neuer Informationstechnologie muss die unterschiedlichen Funktionen und Interessen von Ärzten innerhalb ihrer Hierarchie beachten.

Die Anbieter müssen noch mehr Überzeugungsarbeit leisten als in anderen Branchen, denn Ärzte sind autonomer als Angestellte anderer Professionen.

Doch die Verwerfungen, denen das Gesundheitswesen derzeit ausgesetzt ist, haben tradierte Strukturen in Bewegung gebracht, findet Holtel. Überzeugende IT-Lösungen, die den Workflow verbessern oder betriebswirtschaftlichen Benefit versprechen, können sich derzeit erfolgreicher platzieren. Ärzte bleiben anspruchsvolle Kunden, aber sie stehen unter höherem Druck als früher.

ks

Fischer ANalysen Instrumente GmbH



## Lacto FAN

H<sub>2</sub>-Monitor

Zur Messung der H<sub>2</sub>-Konzentration in der Atemluft

Jetzt 5% Rabatt

- Klein, leicht, tragbar, keine Aufwärmzeit
- Einfache Bedienung und Kalibrierung
- Optional mit komfortabler Steuer- und Auswertesoftware
- Lieferung im festen Tragekoffer
- Ab 01.04.2005 fakultative Leistung nach Nr. 02401 EBM

#### Anwendungen

- Laktose-Intoleranz
- Malassimilation von Kohlenhydraten oder Zuckeraustauschstoffen (Saccarose, Fruktose, Sorbit)
- Bakterielle Fehlbesiedelung des Dünndarms (Test mit Glukose oder Laktulose)
- Orozökale Transitzeit

## Heli FAN plus

<sup>13</sup>C-Atemtestgerät

Jetzt 5% Rabatt

#### Zur Diagnose von Infektionen und Stoffwechselerkrankungen (Helicobacter-pylori-Infektionen)

- Kleinstes, kompaktes Gerät
- Zügiges Arbeiten durch 4-fach Proben-sampler mit Statusanzeige
- Nutzerfreundliche WINDOWS™-Software mit Patientendatenbank
- Keine zusätzlichen Träger oder Kalibriergase notwendig
- Ab 01.04.2005 fakultative Leistung nach Nr. 02400 EBM
- Helicobacter-Test und mehr als 20 weitere Atemtests möglich

Fischer ANalysen Instrumente GmbH,  
Brahestraße 25-27, 04347 Leipzig  
Phone: +49(341)244500,  
Fax: +49(341)2445022,  
fan@fan-gmbh.de, www.fan-gmbh.de

Jetzt bestellen und 5% Rabatt sichern!

Einfach ausschneiden und aufs Fax kleben! Bei Einsendung dieses Bons erhalten Sie 5% Rabatt beim Kauf eines LactoFAN- oder eines HeliFAN plus-Gerätes. Bitte senden Sie uns den Bon mit Ihren Praxis-/Klinikdaten per Fax an +49 (341) 2445022.

## Steiniger Weg zum Facharzt für Innere Medizin?

**Das Arbeitszeiturteil des Europäischen Gerichtshofes und die dadurch ausgelösten Folgeänderungen haben die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern ins Rampenlicht gerückt. Aber auch ohne die Problematik der Bereitschaftsdienste stellt sich die Krankenhauswelt aus der Sicht eines Weiterbildungsassistenten nicht immer in rosigen Farben dar. Den folgenden Beitrag mag so mancher Kollege als Provokation empfinden und die beschriebenen Probleme mögen in dieser**

Grundvoraussetzung für das Assistentendasein ist ein Vertrag über die Weiterbildung in einem bestimmten Fachgebiet. Durch diesen Vertrag wird der Assistent zum Arbeiten und der Arbeitgeber zur Weiterbildung des Assistenten verpflichtet. So genannte Facharztverträge, die die gesamte Weiterbildungszeit bis zum Facharzt für Innere Medizin umfasst, gibt es dabei kaum noch.

Zu Zeiten der „Ärztenschwemme“ wurden Verträge nur über drei Monate bis maximal zu einem Jahr vergeben. Es liegt auf der Hand, dass derart kurzfristige Verträge für den Assistenzarzt eine Belastung darstellen. Mittlerweile scheint sich das durch den zunehmenden Ärztemangel zu relativieren. Wobei zwischen Arbeitsbedingungen und Ärztemangel durchaus eine Beziehung besteht: Viele junge Ärzte gehen nach Staatsexamen und Approbation ins Ausland oder in andere Beschäftigungsverhältnisse – beispielsweise in die Industrie, in die öffentliche Verwaltung oder zum medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Die Weiterbildung ist durch die Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammern (LÄKs) auf der Grundlage der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (BÄK) geregelt. Die Inhalte der Weiterbildungsordnung sind dem Assistenten oft unzulänglich bekannt.

Anforderungen an den Facharzt für Innere Medizin werden dem Assistenten oft

**Ausprägung auch die Ausnahme sein – aber den Kern für solche Konflikte haben nicht die Ärzte geschaffen: Einerseits verlangt die Politik im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung mit Recht ein hohes Niveau bei der Weiterbildung, andererseits unterwirft sie die Kliniken und Krankenhäuser immer massiveren ökonomischen und bürokratischen Zwängen, die zwangsläufig mit den Ansprüchen an die Weiterbildung kollidieren.**



Foto: Bilderbox

**Weiterbildung zum Internisten: Die Politik schafft immer mehr Probleme.**

erst am Ende der Weiterbildungszeit bewusst, wenn es um das Abfassen des Weiterbildungszeugnisses geht. Dann erst merkt der Assistent, was er nicht gelernt hat, aber gelernt haben sollte. Aktuell wird dieses Problem noch verschärft durch die vollkommen verwirrende Situation der internistischen Weiterbildung nach der vom letzten Ärztetag beschlossenen neuen Version in der Weiterbildungsordnung, die zur Zeit die Rechtsaufsichten der Länder strapaziert. Nur in Bayern hat diese neue internistische Weiterbildung zur Zeit Gültigkeit. Was mutet man uns jungen Internistinnen und Internisten eigentlich noch weiter zu?

Die Weiterbildung ist oft nicht strukturiert. Die ersten paar Jahre verbringt der durchschnittliche Assistent als Stationsarzt, um danach

etwas Funktionsdiagnostik zu lernen. Geregelt Rotationen sind mehr Wunsch denn Wirklichkeit. Die gesamte Funktionsdiagnostik wird meistens durch die Oberärzte abgedeckt, als Assistent hat man wenige Möglichkeiten diese zu erlernen.

An größeren Kliniken mit Subspezialisierung ist diese Problematik ausgeprägter als an kleineren Kliniken. Der gastroenterologische Assistent lernt hier die Endoskopie und Sonographie, der kardiologische Assistent Herzkatheter und UKG, der hämatologische Assistent Knochenmarkspunktionen und Begutachtung von Blutaussstrichen, der pneumologische Assistent die Spirometrie und die Bronchoskopie und der nephrologische Assistent die Dialyse. Aber wie steht's mit der Allgemeinen Inneren als Gesamtkonzept der Weiterbildung?

Unterm Strich ist die Weiterbildung häufig einseitig, die allgemeine Innere Medizin wird hier nicht mehr gelehrt. Wie bereits erwähnt, hat z.B. in Bayern das Ministerium der neuen WBO für die bayerischen Ärzte zugestimmt. Hier wird zukünftig ein anderer Facharzt als in allen anderen Bundesländern ausgebildet. Vielen Assistenten ist diese Problematik nicht bewusst.

Abgesehen von den speziellen Problemen der Weiterbildung, entfernt sich die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus heutzutage immer weiter von der unmittelbaren Patientenversorgung. Politische Entscheidungen lassen im Klinikalltag die Bürokratie immer wilder wuchern. Die Folge: Bürokratische und arztfremde Tätigkeiten werden immer öfter auf die Assistenten verlagert. In vielen Krankenhäusern werden die Arztbriefe eigenhändig von den Assistenzärzten getippt. Auf diese Weise lassen sich Schreibkräfte einsparen. Weitere tägliche Beschäftigungen von Assistenzärzten bestehen in „Suchen von Röntgenbildern“, „Posthollen“, DRG/ICD/OPS-Kodierung, „Einheften von Befunden“ und vieles mehr. Eine merkwürdige Entwicklung, denn mit Geldmangel ist sie nicht zu begründen. Ein großer Teil der Arbeit könnte von geringer qualifizierten Hilfskräften deutlich preiswerter erledigt werden. Juristische Aspekte verschärfen den nicht unerheblichen Dokumentationsaufwand. Zunehmend wird dadurch ►

auch die Handlungsweise der Ärzte bestimmt.

### Was ist der Arztberuf noch wert?

Was bleibt, ist ein übler Nachgeschmack bei den Assistenten: Der Arztberuf als solcher wird offenbar nicht mehr geschätzt. Nach aktuellen Umfragen wollen nur noch 60% der Absolventen des Medizinstudiums den traditionellen Arztberuf ausüben.

Die Einführung der DRG führt in vielen Fällen zu Mindereinnahmen der Krankenhäuser. Dadurch werden in allen Bereichen insbesondere im kostenträchtigen Personalbereich Ressourcen eingespart. Dies führt zu einem immer gravierender werden-

den Personalmangel und somit zu mehr Arbeit für immer weniger Personal. Zusätzlich kommt es durch die Verkürzung der Liegezeiten der Patienten zu einer Steigerung des Patientenaufkommens und dadurch zu einem erheblichen Arbeitsmehraufwand. Mit Einführung der DRG ist durch die ICD/OPS-Kodierung der Dokumentationsaufwand erheblich gestiegen. Alle Diagnosen und Prozeduren müssen verschlüsselt werden. Leider hat man in der neuen Approbationsordnung das Fach „DRG-Kodierung“ als festen Bestandteil des Medizinstudiums vergessen.

Auch vor dem Chefarzt scheint der zunehmende Zeitaufwand an Bürokratie nicht Halt zu machen. So

wird dieser überflutet von zum Teil nutzlosen Anfragen des Medizinischen Dienstes, deren Beantwortung einen ganzen Stab von ärztlichen Mitarbeitern von der eigentlichen Arbeit am Patienten abhält.

In akademischen Lehrkrankenhäusern und Universitätskliniken bleibt durch die steigende Arbeitsbelastung wenig Zeit zur Forschung und Lehre. Sowohl die Patientenversorgung als auch Forschung und Lehre sollen während der regulären Arbeitszeit durchgeführt werden. Durch die Einführung der neuen Approbationsordnung und einer Parallelausbildung nach neuer und alter Studienordnung kommt es im Bereich der Lehre zu ei-

nem erheblichen Arbeitsmehraufwand bei gleich bleibenden bzw. sich verschlechternden Personalressourcen. Freistellung für Forschung ist aufgrund der Personalsituation nicht möglich.

Geforscht wird am Feierabend. Arbeitstage mit bis zu 15 bis 16 Stunden sind keine Seltenheit. Diese unbefriedigende Situation führt zu demotivierten Assistenzärzten, zu Feierabendforschung, die sicherlich nicht zu einer Qualitätssteigerung in der deutschen Forschung beiträgt, zu einer schlechten und unmotivierten Weiterbildung nachwachsender Ärztegenerationen mit der denkbaren Folge einer mangelhaften Patientenversorgung.

Name des Autors ist der Redaktion bekannt

## Weniger Fehler auf amerikanischen Intensivstationen

# Ärzte arbeiten jetzt nur noch 65 Stunden pro Woche

*Lockley SW, Cronin JW, Evans EE et al. for the Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. N Engl J Med 2004 (28. Oktober 2004); 351: 1829-37*

### Studienziele

In den USA wurde kürzlich die Arbeitszeit der Assistenzärzte und -ärztinnen auf weniger als 320 Stunden in vier Wochen limitiert. Die vorliegende Studie dokumentiert die Arbeits- und Schlafzeiten von jungen Ärztinnen und Ärzten im ersten Jahr ihrer Weiterbildungszeit, wenn sie auf einer Intensivstation arbeiten.

### Methoden

Zwanzig an einem Universitätsspital in Boston tätige Assistenzärztinnen und -ärzte konnten in je zwei dreiwöchigen Rotationen auf der Intensivstation bezüglich Arbeitszeiten, Schlafdauer und Aufmerksamkeitsstö-

rungen untersucht werden. Für die Datenerhebung und Validierung kamen Tagebuch-Aufzeichnungen, Polysomnographien, direkte Beobachtungen und die Elektrookulographie zum Einsatz. Die erste Rotation wurde im traditionellen Schema mit langen Diensten (mehr als 24 Stunden) absolviert, die zweite Rotation erfolgte im neuen System, welches Arbeitszeiten von mehr als 16 Stunden verhinderte.

### Ergebnisse

Alle zwanzig Ärztinnen und Ärzte arbeiteten mit den neuen Dienstplänen signifikant weniger lang (durchschnittlich 65 Stunden pro Woche) und schliefen dafür mehr (52 Stunden pro Woche) als im traditionellen System (Arbeitszeit von 85 Stunden, Schlafzeit 46 Stunden). Im traditionellen System waren über die Hälfte (60%) der Arbeitsperioden länger als 24 Stunden. Elektrookulographisch gemessene Aufmerk-

samkeitsstörungen traten im traditionellen System nachts mehr als doppelt so häufig und tagsüber 1,5-mal so häufig auf als bei verkürzten Arbeitszeiten.

### Schlussfolgerungen

Die Elimination von überlangen Arbeitszeiten auf der Intensivstation erhöhte die Schlafdauer und senkte die Anzahl registrierter nächtlicher Aufmerksamkeitsstörungen signifikant. Letztere sind Zeichen starker Übermüdung und auf den akuten und chronischen Schlafentzug im traditionellen System zurückzuführen.

*Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW et al. for the Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med 2004 (28. Oktober); 351: 1838-48*

In dieser zweiten Studie, welche parallel zur ersten

durchgeführt wurde, wurde die Anzahl von kritischen medizinischen Fehlern in den beiden Arbeitsmodellen verglichen. Die Fehler wurden von Kolleginnen und Kollegen beobachtet und bewertet. Bei 634 Kranken, welche in die Intensivstation aufgenommen wurden, konnten 2.203 Behandlungstage analysiert werden. Im traditionellen System machten die jungen Ärztinnen und Ärzte mehr kritische medizinische Fehler als bei reduzierter Arbeitszeit (136 Fehler gegenüber 100 Fehlern pro 1.000 Behandlungstage). Zudem kamen mehr kritische Medikamentenfehler (100 gegenüber 83 Fehlern) und mehr diagnostische Fehler (19 gegenüber 3 Fehlern) vor. Die Reduktion der Arbeitszeit führte somit zu weniger Fehlern und einer besseren Betreuung der Kranken auf der Intensivstation.

Markus Battaglia, CH-Wil

Aus: infomed-screen, 01/2005

Infomed-Verlags-AG

Berglinweg 17, CH-9500 Wil

Telefax: 071-910-0877

E-Mail: sekretariat@infomed.ch

## Bundesfinanzhof segnet Partneraufnahme im Wege des Stufenmodells ab

Die Aufnahme eines Partners in eine Arztpraxis wurde nicht selten in Form des 2-Stufen-Modells durchgeführt. Das 2-Stufen-Modell beinhaltet, dass der Juniorpartner zunächst nur mit einem geringen Anteil an der dann gebildeten Gemeinschaftspraxis beteiligt wurde und ihm in der Folgezeit weitere Geschäftsanteile übertragen bzw. veräußert wurden. Bei der zumeist finanziell erheblicheren zweiten Praxisanteilsveräußerung konnte dann unter den gesetzlichen Voraussetzungen die Begünstigung nach § 18 Abs. 3, §§ 16 und 34 EStG genutzt werden.

Diese Gestaltung war insbesondere erheblich, da die entgeltliche Beteiligung eines Partners an einer Ein-

zelpraxis unter Gründung einer Personengesellschaft nach den Urteilen des BFH nicht begünstigt ist (vgl. BFH vom 18. Oktober 1999 – GrS 2/98 Bundessteuerblatt 2000 II, S. 123).

Der Bundesfinanzhof hat jetzt mit Urteil vom 16. September 2004, Az.: IV 4 R 11/03 das Stufenmodell grundsätzlich als rechtmäßig anerkannt und mithin die Einwendungen der Finanzbehörden, dass ein Gestaltungsmissbrauch vorliegen könnte, zurückgewiesen. Dies jedoch nur unter der Voraussetzung, dass wirtschaftlich einleuchtende Gründe für die Aufnahme eines Praxispartners im Wege des Stufenmodells vorliegen. Wirtschaftlich einleuchtende Gründe liegen dann vor, wenn keiner der

Vertragsbeteiligten verpflichtet wird, nach Vollzug der Erstveräußerung weitere Anteile zu veräußern bzw. zu erwerben und zwischen der ersten und zweiten Veräußerung ein Zeitraum von mindestens einem Jahr liegt.

Die mehrstufige Aufnahme von Partnern in die Einzelpraxis wird es auch weiterhin geben, jedoch hat diese Gestaltung ihre steuerliche Attraktivität verloren. Das Gesetz zur Fortentwicklung des Unternehmenssteuerrechts hat die Gesellschaftsanteilsveräußerung in § 16 Abs. 1 Nr. 2 EStG von den Veräußerungsprivilegien ausgeschlossen. Die Entscheidung des Bundesfinanzhofes vom 16. September 2004 hat Klarheit für die offenen Streitfälle gegeben.

Diejenigen, die bei der Aufnahme eines Partners in die Einzelpraxis in der Vergangenheit das Stufenmodell dahingehend gestaltet haben, dass sie zumindest eindeutig verbindliche Optionsrechte vereinbart haben, könnten somit nach der oben genannten Entscheidung Probleme bekommen, obwohl in früheren Entscheidungen des ersten Senats der Bundesfinanzhof hier kein Problem gesehen hat. Die Rechtsprechung tendiert dahingehend, mehrere Gestaltungsschritte bei der steuerrechtlichen Beurteilung zusammenzufassen, wenn zwischen ihnen ein zeitlicher und wirtschaftlicher Zusammenhang besteht.

Rü

### Abgabenlast

#### Die Deutschen zahlen am meisten

Die Abgabenlast aus Lohnsteuer und Sozialabgaben bleibt für Arbeitnehmer in Deutschland trotz Steuer- und Sozialreform deutlich höher als in den meisten vergleichbaren Ländern. Das zeigt die Auswertung der jüngsten OECD-Erhebungen durch das Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (BdSt). Danach belief sich etwa die Abgabenbelastung eines durchschnittlich verdienenden deutschen Single-Haushalts 2003 auf 52 Prozent. In den 30 untersuchten Ländern weist allein Belgien eine höhere Belastung auf. Die Steuersenkungsstufen von 2004 und 2005 verbesserten die Situation der deutschen Haushalte lediglich unwesentlich.<sup>1</sup>

Aus: dgd, 1/2005

<sup>1</sup> <http://www.steuerzahler.de>

### Vermietetes Wohneigentum

#### Abschreibungsmöglichkeit deutlich verschlechtert

Bei Mietwohnungsneubauten wurden die degressiven Abschreibungssätze für die Herstellungs- oder Anschaffungskosten reduziert. Wurde der Bauantrag für das Gebäude nach dem 31.12.2003 gestellt bzw. wurde das Gebäude nach diesem Datum angeschafft, dann kommen folgende Abschreibungssätze zur Anwendung:

- 4 Prozent für die ersten zehn Jahre
- 2,5 Prozent in den darauf folgenden 32 Jahren
- 1,25 Prozent in den darauf folgenden 32 Jahren.

Bei der steuerlichen Behandlung von Aufwendungen für Instandsetzung und Modernisierung eines Gebäudes wurde die bisherige Verwaltungsauffassung zum

anschaffungsnahen Aufwand gesetzlich festgeschrieben. Danach liegen – steuerlich wenig ergiebige – **Herstellungskosten** dann vor, wenn die Instandsetzungs- und Modernisierungsmaßnahmen

- innerhalb von drei Jahren nach der Anschaffung des Gebäudes durchgeführt werden und
- die Aufwendungen ohne die Umsatzsteuer 15 Prozent der Herstellungskosten des Gebäudes übersteigen.

Werden Instandsetzungs- und Modernisierungsaufwendungen den **Herstellungskosten** zugerechnet, dann bedeutet dies, dass sie nicht sofort in voller Höhe absetzbar, sondern über die Nutzungsdauer

des Gebäudes verteilt abzuschreiben sind. Die Regelung gilt für Baumaßnahmen, mit denen nach dem 31. Dezember 2003 begonnen wurde.

Bei vermieteten Immobilien kann größerer **Erhaltungsaufwand** entweder sofort in voller Höhe oder über zwei bis fünf Jahre **verteilt** abgeschrieben werden. Voraussetzung ist, dass das Gebäude zum Zeitpunkt der Entstehung des Erhaltungsaufwands nicht zu einem Betriebsvermögen gehört und überwiegend Wohnzwecken dient. Die Neuregelung gilt für Erhaltungsaufwand, der nach dem 31. Dezember 2003 entstanden ist.

BdSt, 10/2004 – redaktionell bearbeitet –