

Der 4. Nationale Protesttag – eine Nachbetrachtung

Der Schwung in der ärztlichen Protestbewegung hat, wenn man die Teilnehmerzahl am letzten Nationalen Protesttag sieht, deutlich abgenommen. Dies ist umso erstaunlicher, als die Politik in ihrem Gesetzgebungsverfahren bezüglich der Finanzierung der ambulanten Versorgung noch eins draufgesetzt hatte. Es wird möglicherweise zwar eine Vergütung in Euro und Cent geben, diese wird aber auf dem seitherigen Niveau eingefroren. Die ambulante Versorgung wird weiterhin in der GKV nicht kostendeckend finanziert. Die daraus resultierende Rationierung wird auf dem Rücken des Patienten ausgetragen, der zu allem Überflus seinen behandelnden Arzt in Zukunft für die Defizite verantwortlich machen wird. Die Geschichte der Reformgesetze im Ge-

sundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland wird somit unverändert weiter geschrieben.

Welche Ursachen hat das Erlahmen der Protestbewegung bei den Vertragsärzten in dieser prekären Situation? Sehr viele Ärzte sind über die Reaktion der Politik auf die seitherigen Protestveranstaltungen regelrecht enttäuscht, weil die Politik keine Wirkung zeigt, ganz im Gegenteil das Gesetzgebungsverfahren weiter verschärft.

Auch der richtige Spruch „Freiheit statt Sozialismus“ hat diese Entwicklung nicht verhindert. Der Zug fährt weiter in Richtung Staatsmedizin mit dem Feigenblatt Selbstverwaltung.

Entscheidende Fragen bleiben offen

Ein Übriges tut die innere Zerstrittenheit der Ärzte, an

der auch die Gründung der Allianz wenig geändert hat. Hier ist es leider nur gelungen, sich auf oberflächliche Grobkonzepte zu einigen. Die entscheidenden Fragen wurden nicht einheitlich geregelt:

- Wie geht man in Zukunft mit der Kostenerstattung um? Ist man tatsächlich im derzeitigen System bereit und auch reif, auf ein solches System umzusteigen? Diese Frage betrifft im Übrigen nicht nur die Ärzte, sondern vor allem die Patienten, die in unserem System immer noch davon ausgehen, dass Gesundheit zum Nulltarif zu erhalten ist.

- Will man von Seiten der Ärzte tatsächlich den radikalen Systemausstieg? Ist so etwas im Hauruck-Verfahren überhaupt möglich, ohne dass man nach einem großen Sprung als Bettvorleger landet?

- Unverändert ist die große Distanz der Hausärzte zu

der Protestbewegung. Unverhohlen fordern Hausarztgrößen wie Dieter Conrad aus Hessen und Wolfgang Hoppenthaler aus Bayern ihre Mitglieder dazu auf, an den Protestveranstaltungen nicht teilzunehmen. Diese Gruppe schwächt offensichtlich im eigenen Interesse bewusst die Protestbewegung.

- Bindet man die Kassenärztliche Vereinigung in die Proteste ein oder ist sie analog zur Politik eher ein Gegner der Vertragsärzte, weil sie von dem Gesetzgeber als Körperschaft nur noch fremdbestimmt ist?

Die Gretchenfrage: Wie hältst Du es mit der KV?

All diese Fragen sind weiter offen. Die Teilnehmer an den Protestbewegungen sind heillos zerstritten. Diese Uneinigkeit erleichtert der Politik ihre Hartleibigkeit. Wenn es um die entscheidenden Details geht, ist mit der Einheit der Ärzteschaft eben nicht zu rechnen. Wenn auf etwas Verlass ist, dann auf die Uneinigkeit der Ärzteschaft.

Zur Gretchenfrage wird die Rolle einer zukünftigen Kassenärztlichen Vereinigung. Dazu müssen einige unangenehme Binsenwahrheiten zur Kenntnis genommen werden, wenn die Ärzte in Zukunft ihren Protest effektiv fortsetzen wollen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist das Geschöpf des Gesetzgebers. Dieser bestimmt über ihre Aufgaben und setzt damit fest, was sie darf und nicht darf. Eine Kassenärztliche Vereinigung kann sich somit aus eigener Kraft nicht auflösen. Sie ist eine Körperschaft des



4. Nationaler Ärzte-Protesttag auf dem Gendarmenmarkt in Berlin

Mit Kürzel zeichnende Autoren dieser Ausgabe

HFS Dr.med. Hans-Friedrich Spies KS Klaus Schmidt Rü RA Helge Rühl

öffentlichen Rechts und kein eingetragener Verein, der sich aus dem Vereinsregister löschen lassen kann.

Die damit verbundene Zwangsmitgliedschaft der KV-Mitglieder ist weiterhin eine unabdingbare Voraussetzung für unser System gesetzliche Krankenversicherung in der ambulanten Versorgung. Nur so kann man die Verantwortung für Geld und Leistung beim Leistungserbringer abliefern. An diesem Prinzip wird die Politik im eigenen Interesse nicht rütteln. Wie könnte man sonst in der Öffentlichkeit und vor allem beim Wähler behaupten, dass man für ein funktionierendes Gesundheitssystem die Voraussetzungen geschaffen hat, diese aber leider von den Betroffenen in der Selbstverwaltung nicht umgesetzt werden? Die mit dem System obligaten Kollektivverträge, die über viele Jahre den Vertragsärzten ein zufrieden stellendes

Auskommen gesichert haben, sind in der derzeitigen Finanzausstattung kein Vorteil mehr, im Gegenteil, sie

Druckmittel gegenüber den Vertragsärzten aufgeben. Der Gesetzgeber wird die Kassenärztliche Vereinigung

nigung sind in dieser Lage nicht zu beneiden. Hier hilft nur die ungeschminkte Wahrheit, die man den Vertragsärzten nicht mehr vorenthalten sollte: Die Interessensvertretung der Vertragsärzte durch die KV wird in Zukunft in diesem staatsmedizinischen System nicht mehr vorhanden sein.

Jetzt sind die Berufsverbände gefordert

Eine Kassenärztliche Vereinigung sollte deshalb die Verbände dazu auffordern, diese Aufgabe künftig wahrzunehmen, ohne auf eine Körperschaft Kassenärztliche Vereinigung Rücksicht zu nehmen. Den KV-Mitgliedern muss endgültig reiner Wein eingeschenkt werden, damit sie ihre Aktivität wieder an der richtigen Stelle, d. h. bei den Verbänden einbringen. Dies wäre die erste und wichtigste Voraussetzung für einen Befreiungsschlag der Ärzte in Deutschland.

HFS



Vorbereitung der Protestplakate

Foto: Aevertmann (2)

führen ganze Fachgruppen in den Ruin.

Der Gesetzgeber wird unter diesen Bedingungen den Teufel tun, eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung aus seinem Repertoire zu streichen; er würde sein wichtigstes

als Hülsen erhalten und ihr Aufgaben übertragen, die für ihre politischen Ziele opportunistisch sind. Dazu wird aber mit Sicherheit nicht die Interessensvertretung der KV-Mitglieder zählen.

Zugegeben, die Vorstände der Kassenärztlichen Verei-

Krankenhäuser / Gesundheitsreform

Leistungswettbewerb begrenzt Bedarfsplanung

Die bisher in der Endverantwortung der Bundesländer stehende Kran-



Dr. Ernst Bruckenberger

Foto: privat

kenhausangebotsplanung wird durch das mehr auf

Leistungswettbewerb ausgerichtetes diagnosebezogenes Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups; DRGs) immer weiter auf eine landesrechtliche Rahmen- bzw. Kapazitätsplanung begrenzt. In vieler Hinsicht steht die Krankenhaus(bedarfs)planung der Länder an einem Scheideweg, einer rechtlich wie inhaltlichen Neubestimmung. Jedenfalls wurde das diagnosebezogene Fallpauschalensystem mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 in erster Linie eingeführt, um die Transparenz, die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und den

Leistungswettbewerb der zugelassenen Krankenhäuser zu verbessern und mehr Preiswettbewerb zu implementieren, nicht aber, um die Krankenhausplanung zu erweitern.

So eine kritische Analyse der Krankenhausplanung der Länder im DRG-Leistungs- und Versorgungsvertragswettbewerb, dargestellt bei einem Workshop während des 5. Internationalen DRG-Forums in Berlin durch den Leitenden Ministerialrat a.D. Dr. jur. Ernst Bruckenberger, Hannover. Bruckenbergers Analysen und Diagnosen:

- Formal-rechtlich eröffnet das Fallpauschalengesetz keine neuen rechtlichen Kategorien, die ein Abge-

hen von der bisherigen Kapazitätsplanung der Bundesländer gesetzlich legitimieren würden. Das DRG-Abrechnungssystem stellt nur eine formal-rechtliche Vergütungsregelung und Abrechnungsvorschrift dar. Die Krankenhausplanung auf Länderebene kann sich im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei geltendem dualistischen Finanzierungssystem ausschließlich auf die notwendigen baulichen und apparativen Investitionen zur Erfüllung des stationären Versorgungsauftrags beschränken. Die bisherige Krankenhausplanung der Länder war seit jeher eine bloße Rahmenplanung, weil sie die vorzuhaltenden ►

stationären Kapazitäten für die von den Vertragsparteien zu vereinbarenden vollstationären Krankenhausbehandlung vorgab.

- Kapazitätsbereitstellungen für Leistungen, die sowohl vom Krankenhaus als auch von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden können, werden hingegen von der Krankenhausplanung nicht erfasst. Sie geraten wegen des forcierten Wettbewerbs und sektorenübergreifender Abmachungen immer mehr in den Mittelpunkt des Vergabe- und Wettbewerbsrechtes. Dabei ist die Rolle der teilstationären Leistungen zum Teil noch nicht geklärt. Zum Teil liegen auch gesetzliche Öffnungsklauseln (§ 115 a SGB V; § 116 SGB V) wegen der durch die Selbstverwaltung verursachten Reformblockaden noch brach.

- Die Krankenhausplanung wird sich nicht zu sehr auf eine Betten-, Fallzahlen und Leistungsplanung erstrecken, sondern sich auf die Festlegung von Standorten und Fachabteilungen beschränken. Krankenhausesperte Bruckenberg empfiehlt, die immer weniger werdenden KHG-Mittel der Länder kurz- und mittelfristig dafür einzusetzen, um Doppel- und Mehrfachvorhalten auszuschließen, um die begrenzten finanziellen Ressourcen zu vermindern. Der Anteil der öffentlichen Fördermittel sollte dabei un-

ter 50 Prozent liegen.

- Die in Deutschland stark sektoral gegliederte gesundheitliche Versorgung und der sektorale Wettbewerb im stationären Sektor werden zugunsten eines sektorenübergreifenden Wettbewerbs zurückgefahren. Wegen des sektoralen Wettbewerbs und administrativer Preise im Akutkrankenhausesektor muss sich die Krankenhausplanung kurz- bzw. mittelfristig auf die Vergabe des Klinikstandortes, der Gesamtbettenkapazität und der vorzuhaltenden Fachgebiete nach Maßgabe der geltenden ärztlichen Weiterbildungsordnung beschränken.

- Der Umstieg auf ein einleisiges Facharztssystem (Beseitigung der so genannten doppelten Facharztschienen) würde nach Bruckenberg die notwendigen Regelungen erleichtern und die aufwendigen Doppelvorhalten (medizinisch-technische Großgeräte) erübrigen. Der nicht-vollstationäre Sektor wäre dann nur bedingt oder gar nicht unter den Begriff der Daseinsvorsorge subsumierbar.

- Nach der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung orientiert sich die Beurteilung des zu versorgenden Bedarfs auf Länderebene unverändert am Klinikbett. Demnach steht immer noch das Bett als Maßeinheit für das zu planende vollstationäre Bettenvolumen. Der

Behandlungsfall oder die Leistung erfüllen demnach nicht diesen Tatbestand. Die nordrhein-westfälische Landesregierung ist dabei, die Krankenhausplanung des Landes nach neuen Mess-

duziert werden müsste und kleinere, bürgernahe Krankenhäuser kaum Überlebenschancen haben. Wirtschaftlich geboten sei es deshalb, die Krankenhäuser zu größeren Verbundbetrieben zu



parametern auszurichten und nicht einem völligen Vertrags- und Preiswettbewerb auf dem Akutkrankenhausesektor zu überlassen (Gesetzesentwurf vom Herbst 2006).

- Bruckenberg prognostiziert, dass die Kapazität vollstationärer Krankenhausbetten bis zum Jahr 2015 um 30 bis 40 Prozent in einigen Bundesländern re-

fusionieren, den Markt zu bereinigen und Abteilungen und ganze Krankenhäuser zu schließen, statt die Krankenhausplanung auf Länderebene auszudifferenzieren und den durch das DRG-System vorgezeichneten Leistungs- und Verdrängungswettbewerb zu verhindern.

Aus: A+S aktuell, 17/06
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Günther Preuß, Apotheker- und Ärztebank, über Einkommen der Mediziner, Praxiskosten und Rahmenbedingungen

„Viele knabbern ihr Privatvermögen an“

Herr Preuß, die Deutsche Apotheker- und Ärztebank wächst und gedeiht. Zugleich geht ihre Kundenschaft auf die Straße und klagt über finanzielle Not. Das ist Jammern auf hohem Niveau, oder?

Den Heilberufen geht es in

der Tat nicht gut. Und von hohem Niveau würde ich schon gar nicht sprechen. Das steckt merkwürdigerweise in den Köpfen, vor allem, wenn es um die Apotheker geht. Der Volksmund spricht immer noch von „Apothekenpreisen“ und verbindet das mit hohen Ein-

kommen. Aber das stimmt so nicht. Viele Menschen können Umsatz und Einkommen nicht unterscheiden. Arzt und Apotheker haben ja auch hohe Kosten. Im Durchschnitt beschäftigt ein Arzt 3,5 Helferinnen, ein Apotheker durchschnittlich 6,5. Außerdem müssen

Ärzte in teure Geräte investieren und Apotheker in Geschäftsausstattung und Warenlager. Das können Millionen sein.

Sprechen wir über Einkommen. Was verdient beispielsweise ein Apotheker?

Die Nettoeinkommen der Apotheker liegen zwischen 2000 und 7000 Euro im Monat. Der Durchschnitt beträgt etwa 5000 Euro. Die Spreizung ist so groß, weil die Apotheker in sehr guten Lagen besser verdienen. Und dann gibt es eben



Günter Preuß, Vorstandssprecher der Apobank

Foto: Apobank

viele Apotheken, vor allem auf dem flachen Land, die nicht soviel abwerfen. Das funktioniert nur, weil zum Beispiel der Ehepartner ein eigenständiges Einkommen hat oder die Familie mithilft oder weil das eigene Haus genutzt wird, ohne die ersparte Miete betriebswirtschaftlich korrekt in Rechnung zu stellen.

Wie sieht es mit den Einkommen der niedergelassenen Ärzte aus?

Das verfügbare Nettoeinkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit, also aus der Behandlung von gesetzlich Versicherten, liegt je nach Facharztgruppe zwischen durchschnittlich 2000 und 5000 Euro im Monat. Der Durchschnitt aller Gruppen liegt bei gut 3000 Euro.

In dieser Rechnung fehlen aber doch wohl die Privatpatienten?

Die bringen noch einmal 20 bis 25 Prozent je nach Facharztgruppe. Natürlich braucht eine Praxis Kassenspatienten, weil sonst der Grundstock fehlt. Aber man darf nicht verkennen, dass heute die Einnahmen aus der GKV die Praxis gerade

so über Wasser halten.

Wie hoch sind die Bruttoeinkommen?

Vor Steuern und Altersvorsorge sind das monatlich etwa 4000 bis zu 12 000 Euro in Einzelfällen. Die Zah-

len beziehen sich jeweils auf Facharztgruppen mit dem höchsten und dem niedrigsten Durchschnitt. Psychotherapeuten liegen zum Beispiel eher an der unteren Grenze und hochspezialisierte Fachärzte eher an der oberen. Die Spreizung wird immer größer. Es gibt nach wie vor ein Drittel der Ärzte, die gut verdienen, und ein anderes Drittel von Ärzten, die aus unserer Sicht kein ausreichendes Einkommen erzielen und im schlimmsten Fall die Praxis schließen müssen.

Sind die Einkommen der Ärzte in den vergangenen Jahren gestiegen?

Die Steigerungen haben gerade die Inflation ausgeglichen. Schließlich sind die Ausgaben im Gesundheitswesen seit 1993 gedeckelt. In der gleichen Zeit sind die durchschnittlichen Realeinkommen der Bevölkerung jedoch gestiegen. Also hat sich damit die relative Einkommensposition der Ärzte verschlechtert.

Aber 3000 Euro netto im Monat sind doch gar nicht so wenig.

Doch, das ist relativ wenig.

Man muss die Einkommen mit denen hochqualifizierter Führungs- und Fachkräfte vergleichen. Wenn Sie heute IT-Spezialisten suchen oder Physiker oder Mathematiker, die kriegen Sie für das Geld nicht. Außerdem arbeiten viele Ärzte 60 Stunden und mehr in der Woche. Dadurch sinkt das Einkommen pro Stunde beträchtlich. Vergleicht man dieses mit dem eines Durchschnittsverdieners, schneiden die Ärzte keineswegs so gut ab – ganz zu schweigen von dem unternehmerischen Risiko des Freiberuflers.

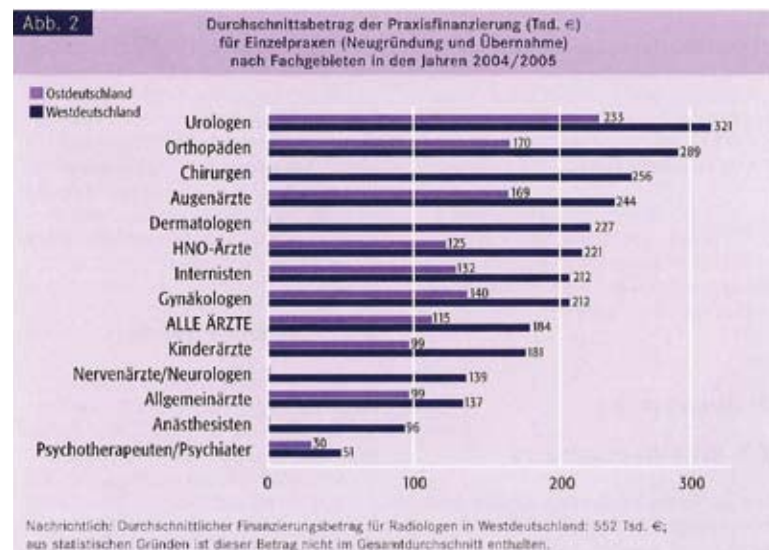
Wie groß ist die Gefahr des Scheiterns?

Wir haben zwar keine hohen Insolvenzraten. Aber die Zahl nimmt zu; im vergangenen Jahr waren es in Deutschland 240 Praxen. Das sind zwar nur 2 Promille, und das scheint wenig. Was man

Das mag sein. Ich will nur deutlich machen, dass die Bedingungen erheblich schlechter geworden sind. Früher, als die Mittel der GKV nicht budgetiert waren, sah das anders aus. Der Arzt hatte sein Schicksal selbst in der Hand.

Machen die Ärzte betriebswirtschaftliche Fehler?

Da und dort ja, aber deutlich weniger als früher. In manchen Praxen wird zuviel Personal beschäftigt, oder teure Geräte amortisieren sich nicht. Als Lösung bieten sich ärztliche Kooperationen an. Die Einzelpraxis ist vielfach nicht mehr rentabel. Das gilt für Ballungsräume mehr als für das flache Land und für Fachärzte eher als für Allgemeinärzte. Auch Ärzte müssen betriebswirtschaftlich handeln. So bieten Kooperationen mit gemeinsamem Empfang, Personalpool und



Quelle: Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2006

aber dabei vergisst: Viele knabbern ihr Privatvermögen an, um nicht in die Insolvenz gehen zu müssen. Andere geben ihre Praxen auf, weil sie sich nicht mehr tragen. Das bedeutet aber auch, dass die Praxis nicht verkauft werden kann und dem Arzt daher ein Teil seiner Altersvorsorge fehlt.

Das ist in anderen Branchen auch nicht selten.

Gerätepark einiges an Einsparpotential, ohne dass die Qualität der medizinischen Versorgung darunter leidet.

Was kostet eine Praxis?

Eine Neugründung auf der grünen Wiese kostet im Durchschnitt 140 000 Euro. Das reicht – rechnet man die besonders aufwendigen radiologischen Praxen heraus – von 50 000 bis 300 000 Euro. Eine Übernahme ▶

kostet wegen des vorhandenen Patientenstamms im Durchschnitt 200 000 Euro.

Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern, damit sich die Bedingungen für niedergelassene Ärzte wieder bessern?

Als erstes müsste die ärztliche Leistung gerecht entlohnt werden. Dazu gehört,

dass die zunehmende Morbidität der Bevölkerung nicht auf dem Rücken der Ärzte ausgetragen wird. Auch die Finanzierung der Gesundheitsversorgung bedarf einer Korrektur. Auf Dauer können nicht 26 Millionen Beschäftigte für 70 Millionen in der GKV Versicherte aufkommen. Wir müssen die Eigenverantwortung der Patienten fördern, indem

neben einem Basistarif für die Grundversorgung eine Vielzahl von Wahlтарifen angeboten wird.

Was ist mit den chronisch Kranken?

Eine hochwertige Versorgung ist dauerhaft nur vorstellbar, wenn wir die Struktur – wie gesagt – ändern. Ich bin sehr dafür, dass auch teure me-

dizinische Versorgung allen Menschen, gleich welchen Alters, zugute kommt und von der Solidargemeinschaft getragen wird. Das ist aber unter den heute gegebenen Umständen für die Zukunft nicht gewährleistet.

Das Gespräch führte Stefan Ruhkamp
Aus: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 22.09.2006
© Alle Rechte vorbehalten.
Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, Frankfurt.
Zur Verfügung gestellt vom
Frankfurter Allgemeine Archiv.

Rundfunkgebühren für den Praxis-Computer

ARD und ZDF langen bei den Ärzten zu

Am 1. Januar 2007 fallen für alle Internetfähigen PCs und GPRS- bzw. UMTS-Mobiltelefone Rundfunkgebühren an. Der Grund: Mit diesen Geräten können Fernseh- und Hörfunkprogramme empfangen werden. Deshalb wollen die Intendanten von ARD und ZDF alle Nutzer dieser „neuartigen Rundfunkgeräte“ mit monatlich 5,52 Euro pro Gerät zur Kasse bitten, unabhängig davon, ob mit den Geräten Rundfunk empfangen wird oder nicht. Davon betroffen sind auch alle Vertragsärzte, die wegen der Einführung der Telematik im Gesundheitswesen (elektronische Gesundheitskarte, Heilberufsausweis, Rezept, Patientenakte etc.) gezwungen sind, internetfähige PCs in der Praxis einzusetzen.

Beschlossen hatten die Ministerpräsidenten der Länder die große Abzocke schon Ende 2004 im 8. Rundfunkänderungsstaatsvertrag. Ursprünglich war sogar eine Gebühr in Höhe der Fernsehgebühr von 17,30 Euro pro Monat im Gespräch. Jetzt haben sich die Intendanten der Rundfunkanstalten darauf geeinigt, nur die Rundfunkgebühr in Höhe von 5,52 Euro zu kassieren. Es wird aber bereits angedeutet, dass die Gebühr

„unter Berücksichtigung der technischen Entwicklung“ in wenigen Jahren auf die volle Fernsehgebühr angehoben werden könnte.

Die Gebühr wird nur für einen PC in der Praxis verlangt, auch wenn mehrere PCs vorhanden sind. Ein angemeldetes Radio sollte eine Befreiung auslösen. Leider gilt das aber nicht für alle Radiotypen. Für Autoradios müssen Selbstständige auf jeden Fall eine eigene Gebühr zahlen, weil es sich nicht auf demselben Grundstück befindet wie die anderen, evtl. schon angemeldeten Geräte.

Gebühren für nichts?

Für Freiberufler wie die Ärzte bedeutet diese Gebühr eine hohe zusätzliche Belastung. Sie müssen bereits für die Telematik-Ausstattung ihrer Praxen Investitionen zwischen 2000 und 5000 Euro finanzieren und sollen nun für etwas zahlen, das sie gar nicht benutzen. Welche Praxis lässt schon während der Öffnungszeiten ständig Fernseh- oder Radioprogramme über den Praxis-PC laufen? Das aber interessiert die Rundfunkanstalten nicht. Für sie zählt nur, dass man mit dem PC oder dem Mobiltelefon fernsehen oder Radio hören könnte.

Mit der gleichen Logik

könnte man auch verlangen, dass jeder Autobesitzer regelmäßig alle in Deutschland erhobenen Mautgebühren

befahren könnte.

Die Industrie- und Handelskammer Frankfurt/Main hat dementsprechend argumen-



Fernsehen mit dem Praxiscomputer?

bezahlen muss, unabhängig, ob er die Mautstraßen nutzt oder nicht. Es genügt, dass er sie mit seinem Pkw

tiert, nach der Definition im Rundfunkstaatsvertrag müssten eigentlich auch alle Geldautomaten der ▶

Foto: AOK-Medienservice

Banken Rundfunkgebühren zahlen, denn auch sie sind theoretisch unter den Oberbegriff „internetfähige Rechner“ des Staatsvertrags subsumierbar und stehen häufig auf einem separaten Grundstück. Die Liste ließe sich beliebig erweitern, findet die IHK: Auch die 15770 Mautterminals von Toll Collect oder Windkraftanlagen könnten nach dieser Definition unter die Rundfunkgebührenpflicht fallen. Allerdings gibt es noch keine klare Aussage der GEZ oder der Rundfunkanstalten, ob für diese Geräte auch Rundfunkgebühren erhoben werden sollen.

Gebühreneinzug ist geltendes Recht

Die Grundlagen des öffentlich-rechtlichen Rundfunks (Radio/Fernsehen) in Deutschland sind im Staatsvertrag über den Rundfunk im vereinten Deutschland festgelegt. Die Rechtsgrundlage für die Erhebung der Rundfunkgebühren und für den gesamten Gebühreneinzug ist der Rundfunkgebührenstaatsvertrag (RGebStV) der Länder. Dieser wird durch Ratifizierung in den jeweiligen Landesparlamenten zu geltendem Landesrecht. Das bislang bestehende Gebührenmoratorium für Rechner, die Rundfunkprogramme ausschließlich über Angebote aus dem Internet wiedergeben können (§ 5a RGebStV a. F.) wird mit dem 8. Rundfunkänderungsstaatsvertrag vom 08.10./15.10.2004 nicht über den 31.12.2006 hinaus verlängert (§ 11 Abs. 2 RGebStV n. F.).

Bislang sind vor allem herkömmliche Fernseher und Radios gebührenpflichtig. Auch PCs, mit denen aufgrund einer entsprechenden technischen Ausstattung auch ohne Internetzugang Rundfunkprogramme empfangen werden können, sind bereits rundfunkgebüh-

renpflichtig (z. B. PCs mit Fernsehkarte und Handys mit eingebautem Radio). Der Gerätebegriff des Staatsvertrages umfasst ab 2007 auch Rechner oder andere Geräte ohne eigene Rundfunk-Empfangsmöglichkeit, wenn sie internetfähig sind und damit potenziell Rundfunkprogramme (Radio oder Fernsehen) empfangen könnten. In der Regel ist jeder neuere PC potenziell internetfähig. Auch



Mobiltelefone zählen bei entsprechender Empfangsmöglichkeit von Rundfunkprogrammen über das Internet zu diesen neuartigen Rundfunkempfangsgeräten (z. B. UMTS-Handys).

Harter Schlag für Freiberufler

Zunächst einmal sind alle Unternehmen betroffen. Besonders hart trifft die PC-Gebühr aber inhabergeführte Kleinunternehmen, Freiberufler und Selbstständige. Sie zahlen gleich drei Mal - zunächst als Privatperson, ein zweites Mal für das Autoradio im betrieblich genutzten PKW und im Betrieb ein drittes Mal für den PC. Auch Unternehmen mit mehreren Filialen beziehungsweise Betriebsstätten wie ausgelagerten Praxis-

räumen werden zusätzlich zur Kasse gebeten – denn die PC-Gebühr fällt für jede Betriebsstätte extra an, wenn dort ein PC vorgehalten wird.

Das sind die neuen Regeln, nach denen die Gebühreneinzugszentrale (GEZ) ab Januar nächsten Jahres verfährt:

- In Privathaushalten, die Radios und/oder Fernsehgeräte bereithalten, bleiben die neuartigen Rundfunkgeräte

- Das gilt nach bisherigem Diskussionsstand aber nur für Radios in den Betriebsstandorten. Für Autoradios würde zusätzlich eine Extra-Gebühr von 66,24 Euro (12 Monate x 5,52 Euro) jährlich anfallen.

- Der Selbständige zahlt für dieselbe Leistung dreimal: Zuerst privat im Haushalt 204,36 Euro Jahresgebühr. Zum zweiten Mal auf der Fahrt in sein Büro für das Radio im Firmenfahrzeug 66,24 Euro jährlich. Und im Unternehmen angekommen dann das dritte Mal, wenn dort ein Fernseh- oder Radiogerät vorgehalten wird (Jahresgebühr 204,36 Euro für ein Fernsehgerät). Ab dem 1. Januar 2007 gilt dies auch für neuartige Empfangsgeräte, also internetfähige PCs oder Notebooks, die für die meisten Unternehmen mittlerweile zum unverzichtbaren Arbeitsgerät geworden sind.

In Summe muss ein Selbständiger somit mindestens die Jahresgebühr von 474,96 Euro pauschal entrichten.

Hier einige Beispielfälle, auf die sich selbständige Vertragsärzte mit großer Wahrscheinlichkeit einstellen müssen:

- Nutzen Mitarbeiter eines Unternehmens den privaten PC zu Hause auch für betriebliche Zwecke, fällt für diesen PC ab dem 1. Januar 2007 eine Rundfunkgebühr an. Denn dann wird das Gerät nicht mehr ausschließlich privat genutzt. Unternehmen müssen also eine Rundfunkgebühr für PCs der Mitarbeiter zahlen, wenn diese von zu Hause aus arbeiten oder auch nur beruflich E-Mails beantworten.

- Gleiches gilt für Freiberufler und Selbständige im Arbeitszimmer zu Hause. Steht dort ein beruflich genutzter PC, muss zusätzlich zur Rundfunkgebühr, die für den Privathaushalt gezahlt wird, eine PC-Gebühr entrichtet werden. Selbst wenn ein Selbständiger - wie ▶

vom Finanzamt gefordert - die Software für die Umsatzsteuervoranmeldung per Internet auf dem Spielcomputer seiner Kinder nur einmal im Monat nutzt. Auch in diesem Fall wird das Gerät ab 2007 gebührenpflichtig, denn es ist jetzt nicht mehr ausschließlich privat genutzt. Inzwischen formiert sich Widerstand gegen die GEZ-Pläne aus den verschiedensten Ecken.

Die Industrie- und Handelskammern (IHK) haben das Problem frühzeitig erkannt und sich auf der politischen Ebene gegen die geplante Ausweitung der Rundfunkgebührenpflicht eingesetzt. So hatte sich der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) bei der Verabschiedung des 8. Rundfunk-Änderungsstaatsvertrages im Frühjahr 2005 und in den Beratungen davor bereits vehement gegen eine Gebührenpflicht für Internet-PCs ausgesprochen und für ein gerechteres Gehührens-system geworben.

Die IHK fragen, warum Unternehmen überhaupt eine Rundfunkgebühr entrichten müssen. Im Ergebnis zahlen Unternehmen für

ein und dieselbe Leistung mehrmals: Selbstständige Unternehmer sind gleichzeitig Private. Sie zahlen als Haushalt einmal Rundfunkgebühr. Steigen sie als Privatperson in ihr Auto, ist die Radionutzung über die Zweitgerätebefreiung des privaten Haushalts abgedeckt. Steigen sie jedoch geschäftlich ins Auto, etwa der Arzt beim Hausbesuch, müssen sie ein zweites Mal zahlen. Angekommen im Unternehmen bzw. in der Praxis, müssen sie für die Nutzung des Radios bzw. künftig für die Nutzung des PCs ein drittes Mal zahlen. Eine Person, die sich im Unternehmen befindet, kann nicht gleichzeitig zu Hause Radio hören oder fernsehen, stellt die IHK fest und vermisst die Logik im System.

Öffentlicher Druck ist angesagt

Kurzfristig setzen sich die IHKs und der DIHK deshalb für eine Verlängerung des PC-Gebührenmoratoriums ein. So würde Zeit gewonnen, um eine breite Diskussion über eine nutzerabhängige Rundfunkgebühr zu

führen.

Allein öffentlicher Druck von allen Seiten kann die Länder noch zu einem Einlenken bewegen, so dass das PC-Moratorium für mindestens zwei Jahre verlängert wird, sagt die IHK Frankfurt/Main.

Die durch ein neues Moratorium gewonnene Übergangszeit müsse genutzt werden, um ernsthaft eine Reform der Rundfunkfinanzierung zu diskutieren, fordern 14 wichtige Wirtschaftsverbände, darunter der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI), der Bundesverband Deutscher Zeitungsverleger, der Hotel- und Gaststättenverband, der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) und der Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien (BITKOM).

Gegen die Erweiterung der Rundfunkgebührenpflicht hat die von der Frankfurter Medienrechtlerin Petra Marwitz initiierte Vereinigung der Rundfunkgebührenzahler (VRGZ) Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht eingelegt. Die VRGZ sieht darin einen Eingriff in die

Freiheit der Bürger, selbst entscheiden zu können, ob sie durch die Anschaffung eines dedizierten Empfangsgerätes Rundfunkteilnehmer werden wollen oder nicht. Der Staatsvertrag mache aus der bisherigen Gebühr eine allgemeine Abgabe, für die die Länder keine Gesetzgebungskompetenz hätten. Den Sendeanstalten stünde aber in Gestalt von Internet-üblichen Zugangsbeschränkungen wie etwa durch Nutzerkennung und Passwort ein milderes Mittel zur Verfügung, um sicherzustellen, dass ihre Programme nur von Gebührenzahlern gesehen werden. Aufschiebende Wirkung hat die Anrufung der Karlsruher Richter allerdings nicht.

Eine Anmerkung am Rande: Kontrollmöglichkeiten über die genutzten PCs und Mobiltelefone in Deutschlands Unternehmen hat die GEZ nicht. Sie ist angewiesen auf die Auskunfts- und Meldefreudigkeit der Betroffenen. Falls eines Tages ein GEZ-Schnüffler vor der Türe steht und Auskunft begehrt, muss man ihn weder hereinlassen noch mit ihm reden.

KS

Neue Weiterbildungsordnung (WBO)

Probleme der internistischen Weiterbildung im Schwerpunkt

Bei Beginn der Weiterbildung im Schwerpunkt nach Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) muss im Fachgebiet Innere Medizin die Weiterbildung nach der neuen Weiterbildungsordnung absolviert werden. Grundlage hierfür sind die Übergangsbestimmungen in § 20 Abs. 5 (M)WBO:

Kammerangehörige, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung nach Facharztanerkennung

in einer Weiterbildung zum Schwerpunkt befinden, können diese innerhalb einer Frist von drei Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen und die Zulassung zur Prüfung beantragen.

Dieser Personenkreis ist betroffen:

1) Alle Internisten, die den Facharzt für Innere Medizin nach der alten WBO beendet haben, nachdem die


neue WBO bereits in Kraft getreten ist.

2) Alle Internisten, die den Facharzt für Innere Medizin nach der alten WBO beendet haben, bevor die neue WBO in Kraft getreten ist, wenn sie die Weiterbildung im Schwerpunkt nach Inkrafttreten der neuen WBO beginnen.

Ein Internist, der Anfang 2005 die Facharztprüfung für Innere Medizin absolviert hat, möchte im Anschluss an einer anderen Klinik, an der die Schwerpunktweiter-

bildung angeboten wird, die Gebietsbezeichnung Gastroenterologie erlangen. Er tritt nach Inkrafttreten der neuen WBO z. B. am 01.12.2005 die neue Stelle an. Er muss daraufhin die neue WBO befolgen.

Dies sind die Inhalte der neuen Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt:

1) 36 Monate in der stationären internistischen 

Patientenversorgung und
2) 36 Monate Weiterbildung im Schwerpunkt, davon

- 6 Monate internistische Intensivmedizin
- können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden.

Was bedeutet das für den einzelnen Internisten?

1) Er muss 36 Monate Weiterbildung in der Inneren Medizin im stationären Bereich absolviert haben. Die alte WBO sah 48 Monate vor. Von dieser Seite gibt es also kein Problem. Tätigkeiten in der Notaufnahme, die in einzelnen Kliniken für 6-12 Monate verpflichtend sind, werden nicht anerkannt, da es sich um eine ambulante Versorgung und nicht um eine stationäre Versorgung handelt.

2) Er muss 36 Monate Weiterbildung im Schwerpunkt vorweisen, von denen 18 Monate im ambulanten Bereich absolviert werden können. Dieser Punkt bereitet erhebliche Probleme. Musste man nach der alten WBO nur 24 Monate absolvieren, so sind es jetzt 36 Monate. Für einen Facharzt, der an einer Klinik gearbeitet hat, die nur die internistische Weiterbildung ohne Schwerpunkt angeboten hat, verlängert sich die Weiterbildung um ein Jahr auf insgesamt 9 Jahre. Zum Erwerb von zwei Zusatzbezeichnungen benötigt man nun 12 Jahre. Eine Anerkennung bisher abgeleiteter Weiterbildungszeiten im Schwerpunkt ist möglich.

3) Internisten, die an Kliniken mit der Weiterbildungsmöglichkeit zum Schwerpunkt arbeiten, haben erhebliche Vorteile. Es ist im Umkehrschluss nämlich auch möglich, die Weiterbildung Facharzt für Inneren Medizin nach der alten WBO nach 6 Jahren abzuschließen und zusätzlich in diesen 6 Jahren die Weiterbildung zum Fach-

arzt für Innere Medizin und Schwerpunkt nach der neuen WBO zu erfüllen. Wenn dieser Internist vorweist, dass er in diesen 6 Jahren die Kriterien für die Weiterbildung nach der neuen WBO erfüllt, kann er nach 6 Jahren auch die Prüfung für die Weiterbildung „Innere Medizin und Schwerpunkt“ ablegen. Die Weiterbildung verkürzt sich so um ein Jahr auf nur noch 6 statt 7 Jahre. Das ist ein nicht unerheblicher Vorteil für Kliniken mit Schwerpunktversorgung. Fraglich ist, welche Weiterbildungsbefugnisse Kliniken, die bisher nur die Weiterbildung bis zum Facharzt für Innere Medizin angeboten haben, erhalten. Kann man an diesen Kliniken nur noch die ersten 36 Monate stationäre Weiterbildung absolvieren, da kein Schwerpunkt

angeboten wird? Kliniken, die die Schwerpunktweiterbildung nicht anbieten können, erscheinen extrem benachteiligt. Als Internist muss man sich überlegen, ob man an einer solchen Klinik die Weiterbildung überhaupt beginnt oder fortsetzt.

4) Da es sich bei der Schwerpunktweiterbildung um eine Weiterbildung in der Inneren Medizin und Schwerpunkt handelt, kann in der Facharztprüfung die gesamte Innere Medizin noch einmal geprüft werden, obwohl man bereits FA für Innere Medizin ist.

Folgende Forderung muss gestellt werden:

Es muss die Möglichkeit erhalten bleiben, die Weiterbildung im Schwerpunkt nach

der alten WBO zu vollenden, wenn man den FA für Innere Medizin nach der alten WBO beendet hat, und zwar auch dann, wenn die neue WBO bereits in Kraft getreten ist. Die WBO der einzelnen Länder sollten mit entsprechend langen Übergangsfristen geändert werden.

Der Vorstand der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat sich dieser Meinung bereits angeschlossen und wird eine entsprechende Änderung der WBO in der Vertreterversammlung der Ärztekammer Baden-Württemberg beantragen.

Sonderfall Hessen

Einen Sonderfall stellt die neue WBO in Hessen dar. Die LÄK Hessen hat in ihrer WBO den Facharzt für Innere Medizin nach fünf Jahren eingefügt. In der hessischen WBO sind für den Facharzt für Innere Medizin 36 Monate stationäre internistische Weiterbildung und 24 Monate Weiterbildung in den Schwerpunkten der Inneren Medizin vorgesehen. Problematisch ist, dass innerhalb der zweiten 24 Monate mindestens 6 Monate im ambulanten Bereich absolviert werden müssen. Der Facharzt für Innere und Schwerpunkt sieht vor, dass 18 Monate der Schwerpunktweiterbildung im ambulanten Bereich abgeleistet werden können. Die wenigsten Kliniken verfügen jedoch über eine ambulante Zulassung in den Schwerpunkten. Für gewöhnlich bieten nur Universitätskliniken die Möglichkeit der ambulanten Weiterbildung im Schwerpunkt durch die Poliklinikzulassung der Hochschulambulanzen. Der Großteil der Kliniken wird die Weiterbildung im ambulanten Bereich durch die Rotation über die Notaufnahmestation gewährleisten. Diese Rotation kann jedoch nicht auf den Schwerpunkt angerechnet werden. ▶



Somit verlängert sich die Weiterbildungszeit um die entsprechende Zeit. Wer nur die Facharztbezeichnung mit Schwerpunkt anstrebt und nicht die Facharztprüfung Innere Medizin absolvieren möchte, sollte eine Notaufnahmerotation meiden. De facto ist das natürlich nicht möglich. Das ArbZG und

EuGH-Urteil zwingen viele Kliniken zur Einführung eines Schichtdienstsystems im Notaufnahmehbereich, so dass nahezu jeder Arzt in diesem Bereich arbeiten muss.

Dr. med. Tillman Bert
Facharzt für Innere Medizin
(nach der alten Weiterbildungsordnung)
Mitglied des Vorstands des BDI e.V.
(für die außerordentlichen Mitglieder)



Prof. Dr. Malte Ludwig

Foto: Aevermann

ßenden Imbiss dauerte die Veranstaltung gerade einmal 1,5 Stunden.

4. Die Kopie des Evaluationsbogens entnehmen Sie der beigefügten Abbildung. Dabei stellte sich aus dem in einigen Punkten produktbezogenen Frage-/Antwortspiel dem geneigten Teilnehmer die Frage, ob es sich hier um Hirnwäsche oder neutrale Lernerfolgskontrolle handelt.

5. Auf der Rückseite des Lernerfolgskontrollbogens (siehe Abb.) wurden Fragen zur Veranstaltung und Wünschen nach produktbezogenem Werbematerial gestellt.

6. Das ausgestellte Zertifikat (siehe Abb.) ließ die von der Landesärztekammer üblicherweise verwandte und versandte Form vermissen. Es

fehlte auch die Unterschrift des Referenten. Versehen war dagegen die Bescheinigung mit Unterschriften der Firma, die zudem auch als Veranstalter firmierte.

Auf den anschließenden Imbiss habe ich, von plötzlicher Geschmacklosigkeit überfallen, lieber verzichtet.

Prof. Dr. Malte Ludwig
2. Vizepräsident und Schatzmeister des BDI e.V.
Sprecher der Sektionen



Fortbildung, wie sie nicht sein sollte

Dies war wohl nicht im Sinne der Landesärztekammer!

Erfahrungen unseres 2. Vizepräsidenten Prof. Dr. med. Malte Ludwig anlässlich einer CME-zertifizierten Fortbildungsveranstaltung

Die Veranstaltung der Fa. Leo zum Thema „Aktuelle Trends in der Phlebologie – Sicherheit und Diagnostik und Therapie“ lief folgendermaßen ab:

1. Begrüßung durch eine Pharmareferentin, die stolz

verkündete, dass diese Veranstaltung mit 6 CME-Punkten der Landesärztekammer versehen sei und eine Lernerfolgskontrolle beinhalte.

2. Der Referent variierte sein Vortragsthema und stellte in den Mittelpunkt seines Vortragstitels die Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose unter spezieller Berücksichtigung der ambulanten Behandlung.

3. Ohne den anschlie-

Anzeige

ELCAT GmbH
innovative medical products

Kompetenz in
Gefäßdiagnostik

Doppler-Systeme
für Praxis und
Klinik



handy dop

unidirektionaler
Taschendoppler

- 2 MHz CW (Fetal)
- 4 oder 8 MHz CW



handy dop-pro

bidirektionaler
Taschendoppler mit
**Speicher- und
Druckfunktion**

- 4 oder 8 MHz (CW)
- Untersuchungs-
Programme (Gefäßliste)
- Windows-Software
mit FFT-Spektrum-Analyse



vasodop 1000

PC-Doppler-System

- 2 MHz (PW / TCD)
- 4 und 8 MHz (CW)
- netzwerkfähig
- Datenbank für
 - Untersuchungen
 - Import, Export
 - Archivierung

LEO KOLLEG

Bescheinigung

wohnhaft in _____

hat am Mittwoch, den _____
 der Fortbildungsveranstaltung mit dem Thema :

Aktuelle Trends in der Phlebologie
- Sicherheit in Diagnostik und Therapie -

im Rahmen seiner/ihrer beruflichen Fortbildungspflicht teilgenommen.

Diese Veranstaltung wurde unter der Kursnummer 2760900831911033393 von der Bayerischen Landesärztekammer mit insgesamt 6 Fortbildungspunkten anerkannt.

Veranstalter: LEO Kolleg Fortbildungsservice, C. Jescheck-Dummler
LEO Pharma GmbH, Frankfurter Str. 233, A3 D-63263 Neu-Isenburg

LEO Pharma GmbH
 Frankfurter Straße 233, A3
 D-63263 Neu-Isenburg
 Telefon 0 61 02 / 2 01 - 0
 Fax 0 61 02 / 2 01 - 2 00
 E-Mail leo-pharma.de@leo-pharma.com
 Internet www.leo-pharma.com

i.A.  **LEO KOLLEG Fortbildungsservice**
 Claudia Jescheck-Dummler
 Strassberg 2
 84089 Aiglsbach
 Tel. 0 84 52 / 73 03 10, Fax 0 84 52 / 73 49 32
 Claudia Jescheck-Dummler
 Strassberg 2
 84089 Aiglsbach
 Telefo 0 84 52 / 73 03 10
 Fax 0 84 52 / 73 49 32
 Mobil 01 71 / 3 80 52 06
 e-mail claudia.jescheck-dummler@leo-pharma.com



LERNERFOLGSKONTROLLE „THROMBOSEMANAGEMENT“

1. Kann eine TVT mit Hilfe der traditionellen klinischen Zeichen (wie Meyersche Druckpunkte, Prattsche Warnvenen, Lowenberg-Zeichen) endgültig diagnostiziert werden?
 - ja
 - nein

2. Wie viele Patienten hatten schon eine meist asymptomatische Lungenembolie, bis sie zur Thromboseabklärung kommen?
 - sehr selten, unter 10%
 - ca. 50% der Patienten weisen eine LE auf

3. Welches ist eine der 3 Säulen der TVT-Behandlung?
 - Antikoagulation
 - Bettruhe

4. Wie lautet der gegenwärtige Konsens zur Behandlung der akuten TVT?
 - möglichst ambulante und mobile Behandlung
 - auf jeden Fall Hospitalisation

5. Welche niedermolekularen Heparine haben die Zulassung zur Behandlung der VTE mit hämodynamisch stabiler Lungenembolie?
 - alle auch zur Behandlung der TVT zugelassenen NMH
 - Tinzaparin (innohep®)

6. Wie unterscheidet sich die Initialbehandlung eines Patienten, bei dem genetisch bedingte Risikofaktoren wie Faktor-V-Leiden, AT-Mangel etc. vorliegen, von der eines Patienten, bei dem keine Risikofaktoren vorliegen?
 - gar nicht
 - doppelte Dosis NMH

7. Was ist unter NMH-Therapie bei abnehmender Kreatinin-Clearance zu beachten?
 - Dosisanpassung bei allen NMH nicht erforderlich
 - Tinzaparin (innohep®) kann bis zu einer Kreatinin-Clearance von 20ml/min ohne Dosisanpassung verabreicht werden

8. Wie wird der „flottierende Thrombus“ behandelt?
 - auf keinen Fall ambulant!
 - wie jeder andere Thrombus auch

Name (Druckschrift)-----

Fragen zur Veranstaltung

LEO KOLLEG Fortbildungsservice
 Frankfurter Straße 233, A3
 D-63263 Neu-Isenburg
 LEO Pharma GmbH

Wie beurteilen Sie den / die Referenten des heutigen Workshops ?

😊 😐 ☹️

Was gefiel Ihnen bei der heutigen Veranstaltung besonders gut?

😊

Was gefiel Ihnen weniger gut, was hat gefehlt?

☹️

Haben Sie Anregungen und Vorschläge für künftige Workshops?

😐

Hat Sie das Konzept zur ambulanten Behandlung der tiefen Venenthrombose überzeugt ?

ja nein

Verfügen Sie über die Möglichkeit zur US-Diagnostik?

nein Duplex Doppler B-Bild

Werden Sie *zukünftig* Patienten, bei denen der Verdacht auf eine TVT besteht

zur stationären Behandlung ins Krankenhaus überweisen

zur ambulanten Behandlung in ein Thrombosezentrum überweisen

selbst ambulant behandeln?

Wünschen Sie :

Koagulation

Knochenstoffwechsel

Literatur über unsere Produkte?

Innohep®

Einsalpa® Bocatriol®

Koagulation

Knochenstoffwechsel

Muster unserer Präparate?

Innohep®

Einsalpa® Bocatriol®

Name (bitte in Druckbuchstaben) /

Unterschrift

Clopidogrel + ASS vs. Warfarin

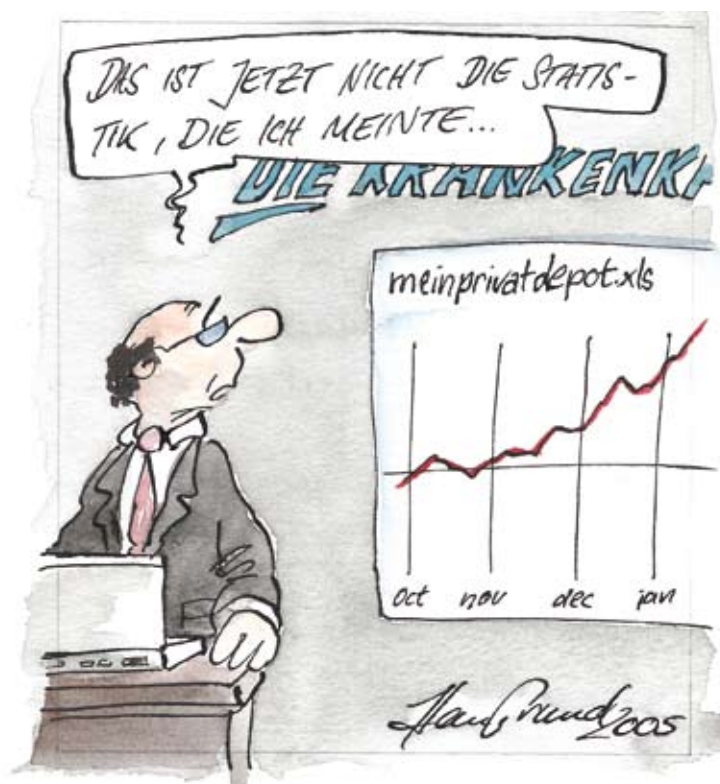
Immer wieder wird bei der Behandlung von Patienten mit Diagnosen, die ein erhöhtes thromboembolisches Risiko nach sich ziehen, die Frage gestellt, ob nicht doch auf die Antikoagulation mit Cumarin verzichtet werden kann. Insbesondere die regelhafte Kontrolle des Quickwertes wird als lästig empfunden und ist bei den Substanzen, die die Thrombozytenaggregation hemmen, nicht erforderlich.

Auf Initiative der Firmen Sanofi und Bristol-Myers Squibb wurde die sog. Active-W-Studie durchgeführt. Die multizentrische kontrollierte und randomisierte Studie hat 6706 Patienten mit Vorhofflimmern eingeschlossen, die älter als 75 Jahre waren, einen Hypertonus hatten, bei denen bereits ein früherer Schlaganfall vorlag sowie eine Herzinsuffizienz, und ein Zustand nach peri-

phärer Embolie bestand.

Die eine Gruppe wurde wie seither mit Cumarinen

behandelt, wobei der INR-Wert auf 2 – 3 eingestellt wurde. Die zweite Gruppe erhielt eine Kombinations-



behandelt, wobei der INR-Wert auf 2 – 3 eingestellt wurde. Die zweite Gruppe erhielt eine Kombinations-

jetzt beantwortet. Ein Vergleich mit Acetylsalicylsäure allein und eine Bewertung von einer zusätzlichen Me-

dikation mit Irbesartan steht noch aus.

Die Studie wurde vorzeitig abgebrochen, weil sich bei der Zwischenauswertung eine klare Überlegenheit der seitherigen konventionellen Antikoagulation gezeigt hat.

Damit ist klaggestellt, dass die Kombinationsbehandlung von Clopidogrel und ASS keine verwertbare Alternative zur Antikoagulation mit Markomar bei Patienten mit thromboembolischem Risiko darstellt.

Diese Studie ist auch gesundheitspolitisch interessant. Sie wurde mit Unterstützung von Sanofi und Bristols-Myers Squibb im „Lancet“ veröffentlicht und somit auch dem breiten Publikum zugänglich gemacht, obwohl die Studienergebnisse die Umsätze dieser Firmen mit Sicherheit nicht fördern werden.

HFS

PKV und GKV – wer subventioniert wen?

Die Milchmädchenrechnung

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat sich der Frage angenommen, ob die gesetzliche Krankenversicherung tatsächlich durch die Privatkrankenversicherung subventioniert wird, wie dies von den Privatversicherern, aber auch von vielen Ärzten behauptet wird. In einer kritischen Analyse mit der Überschrift „Subventioniert die PKV das Gesundheitswesen?“ macht es eine interessante Modellrechnung auf.

Das WIdO vergleicht das derzeitige GKV-System ohne Privatversicherte mit einem fiktiven System, das es inte-

griert nennt. Die derzeitigen Privatversicherten werden dabei in das GKV-System eingebunden. Die Privatversicherung beschränkt sich auf Wahlleistungen. Nach Bereinigung der Einnahmen und Ausgaben von versicherungsfremden Leistungen auf der GKV-Seite errechnet sie, dass es zu einer deutlichen Steigerung der Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung kommen würde. Die PKV-Versicherten haben eben höhere Einnahmen und bezahlen deshalb auch mehr Beiträge.

Unter der Voraussetzung eines einheitlichen Leis-

tungskataloges für alle Versicherten und einer Einnahme-orientierten Ausgabenpolitik würden tatsächlich der GKV 10 Mio. Euro mehr zur Verfügung stehen. Man kommt deshalb im Fazit zu folgender Auffassung:

„Dass die vollen 10 Mrd. Euro tatsächlich als zusätzliche Ausgaben in das Gesundheitssystem geflossen wären, ist jedoch eher unwahrscheinlich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Mittel ganz oder teilweise für Beitragssenkungen verwendet worden wären. Ein integriertes Versicherungssystem mit solidarischer Finanzierung aller Bürger

würde demnach gleich bleibende oder sinkende Beitragssätze bedeuten, ohne dass die Leistungserbringer sinkende Honorare befürchten müssten.“

Die Berechnung des WIdO leuchtet prinzipiell ein. Natürlich wird mehr Geld in einem System zur Verfügung stehen, wenn neue Beitragszahler mit überdurchschnittlich hohen Beiträgen dem System per Gesetz zugeführt werden. Die Konsequenz, dass die Leistungserbringer damit aber nicht mit sinkenden Honoraren rechnen müssen, ist aus der Luft gegriffen. Dazu eine Gegenrechnung: ▶

Gehen wir davon aus, dass in einer Praxis etwa 10 % Privatversicherte behandelt werden. Wir alle wissen, dass diese etwa 30 % der Einnahmen ausmachen. Bei unserer fiktiven Praxis sind 1100 Patienten in Behandlung, 1000 GKV- und 100 PKV-Versicherte. Bei einem Fallwert von 100 Euro beim GKV-Versicherten stünden 100 000 Euro zur Verfügung, die 100 Privatversicherten würden 30 000 Euro zusätzlich einbringen, so dass die Praxis im derzeitigen System mit einem Umsatz von 130 000 Euro rechnen kann.

Massiver Einnahmeverlust in den Praxen zu erwarten

Bei gleich bleibendem Fallwert würde bei Verschwinden der privaten Krankenversicherung noch ein Umsatz von 110 000 anfallen. Es käme also zu einem massiven Einnahmeverlust zwischen 15 und 20 % in der

Praxis. Gehen wir von der unwahrscheinlichen Annahme aus, dass die 10 Mio. Euro zusätzliche Beitragseinnahmen dem System zur Verfügung gestellt werden, so hätten sich die Beiträge im GKV-System durch die 10 Mio. Euro um etwa 7 % erhöht.

Würden diese 7 % an die Praxis weitergereicht, so würde es bei 110 000 Euro Umsatz zu einer Steigerung auf 117 000 Euro kommen. Würde die Politik noch einen Teil dieser 10 Mio. Euro für Beitragssenkungen verwenden, käme noch nicht einmal dieser Betrag zustande. Der Einnahmeverlust in der Praxis würde bei dem integrierten System nach WIdO sage und schreibe mindestens 10 % ausmachen.

Die Konsequenz des WIdO, dass die Leistungserbringer nicht mit sinkenden Honoraren rechnen müssen, ist somit glatt falsch. Je höher

der Privatanteil ist, umso dramatischer wird sich ein Systemumstieg auswirken. Diese Praxen werden mit massiven Umsatzrückgängen zu rechnen haben, wenn die Vorstellung des WIdO mit Einebnung der GKV und PKV zum Tragen käme.

Es stimmt also doch, dass die Privatversicherten die wirtschaftliche Situation der Einzelpraxen entscheidend bestimmen. Es findet eine Quersubventionierung zu Gunsten der GKV Patienten statt.

Bei seinem Szenario hat das WIdO im Übrigen Äpfel mit Birnen verglichen. Man geht nämlich von einem einheitlichen Leistungskatalog GKV und PKV aus. Für die Versicherten ist die PKV vor allem deshalb interessant, weil sie nicht an den restriktiven GKV-Leistungskatalog gebunden ist. Viele sinnvolle Leistungen werden erstattet, von denen der GKV-

Versicherte nur träumen kann. Bei den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses wird auch in Zukunft nicht mit wesentlichen Verbesserungen in der GKV-Leistung zu rechnen sein, so dass die Schere zwischen der Leistungsmöglichkeit in der privaten Krankenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung immer weiter auseinander geht. Der PKV-Versicherte hätte den Umstieg in das GKV-System deshalb mit einem massiven Qualitätsverlust zu bezahlen.

Durch die Angleichung des offenen PKV-Leistungskatalogs an die restriktiven GKV-Leistungen hätte Frau Schmidt ihre Gleichmacherei endgültig auf die Spitze getrieben. HFS

Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion?
Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung
Jacobs, K., Klauber, J., Leinert, J.
Bonn 2006, 162 Seiten
Euro 16,--
ISBN 3-922093-41-8
Wissenschaftliches Institut der AOK WIdO

Eine Meinung zur Geriatrie in der Inneren Medizin

„Bedeutung der Geriatrie in der Inneren Medizin vor allem auf die Zukunft gesehen und deshalb Etablierung als Schwerpunkt Innere Medizin“

Der demographische Wandel – in aller Munde – wird wohl die Herausforderung für das Gesundheitswesen in Deutschland wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern in den nächsten Dezennien darstellen. Dies gilt sowohl für den Bereich der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als auch für den Krankenhausbereich, und dies in allen Fachbereichen auch außerhalb der Inneren Medizin.

Die Geriatrie befasst sich nun aber mit weit mehr als mit den akuten und chronischen Erkrankungen Betagter und

Hochbetagter („oldest old“), sondern schließt immer auch rehabilitative Aspekte in die Behandlung mit ein. Ziel dabei ist die Kompression der Morbidität, das heißt möglichst Erhalt der Funktionalität und damit Selbständigkeit. Diese Fachlichkeit in der Betreuung addiert sich in diesem Sinne zur Multimorbidität – mit meistens gleichzeitiger Polymedikation – betagter Patienten und bedarf einer speziellen Zusatzqualifikation.

Der teamintegrierte Einsatz eines speziell weitergebildeten Rehabilitationsteams wird denn auch im Hinblick

auf die zunehmende Wichtigkeit der ICF-Klassifizierung (ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health) zusätzlich

zu den ICD abgebildet. Spezifika der Geriatrie werden jeweils an den „4 I's“ subsummiert, die sich meist auf andere Krankheiten ►



Foto: AOK-Medienservice

aufpropfen: Instabilität, Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau. Neu kommen als „I's“ noch die Isolation und die iatrogenen Probleme hinzu.

Schon vor Jahren wurde aufgezeigt, dass die Geriatrie die Grundvoraussetzungen erfüllt, um als eigener Schwerpunkt im Fächerkanon integriert zu werden, nämlich eine eigene Forschung, Lehre und Fachzeitschriften (1). Weiter dazugehörend und für das Fach Geriatrie belegt sind eine versorgungspolitische Relevanz, eine Patientenrelevanz sowie fachliche Besonderheiten im Fach basierend (also der Inneren Medizin), aber auch über das Fach hinausgehend. Hier sei beispielhaft die Phänomenologie des Sturzsyndromes und der Pharmakotherapie angefügt.

Erste Erfolge in zwei Bundesländern

Dies zeigt, dass die Frage eines eigenen Schwerpunktes zur Inneren Medizin hier in Deutschland mit einem deutlichen Ja beantwortet werden kann oder eben gar muss. Dass dies in zwei Bundesländern in letzter Zeit gelungen ist (Brandenburg und Sachsen-Anhalt), ist demnach als Erfolg zu werten. Die Innere Medizin ist denn auch das Gefäß, in welchem eine zeitgemäße Geriatrie den fruchtbaren Humus finden kann (2,3). Durch die immer stärkere Spezialisierung der anderen Fächer wird es der klassische Internist künftig auch immer schwerer haben, so er sich nicht der Geriatrie öffnet. Durch die spezifischen DRGs für die Frührehabilitation hat auch nur der Geriater die Möglichkeit, Gebrechliche mit langer Rekonvaleszenz auch entsprechend lang zu behandeln. Insgesamt kann nur durch einen Schwerpunkt

Geriatrie in der Inneren Medizin verhindert werden, dass sich Nicht-Internisten Geriater nennen können. Dies wäre inhaltlich, sprich für den Patienten, wie auch für das Fachgebiet Innere Medizin nicht gut.

Wie steht es denn mit der Geriatrie und ihrer Akzeptanz in Deutschland im internationalen Vergleich? Die WHO teilt die Länder je nach Altersstruktur der Bevölkerung in verschiedene Gruppen ein. Deutschland, wie praktisch alle mitteleuropäischen Länder, zählt zu der Gruppe der „old populations“. In Bezug auf die Lehre im Fach Geriatrie gehört Deutschland leider ins hintere Drittel (4,5). Mit dem in der neuen Approbationsordnung obligatorischen Fach Q7 „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ wurde ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung getan. Dass aber an 17 von 36 medizinischen Fakultäten diese Curricula nicht von Geriatern organisiert werden, muss als Armutszeugnis gewertet werden.

Nebst dem Umstand, dass es in Deutschland fast keine Lehrstühle für Geriatrie gibt, ist auch der akademische Nachwuchs derart ausgedünnt, dass ich auf die fast monatlichen Anfragen, ob ich nicht eine Geriaterin oder einen Geriater für eine Chefarztstelle empfehlen könne, praktisch nie eine Antwort habe. „Teach the teachers“ muss deshalb das Primat sein (6), was wir innerhalb der „European Academy for Medicine of Ageing“ mit Erfolg tun, wo unter anderen auch alle zwei Jahre ein halbes Dutzend Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland auf eine solche auch akademisch-orientierte Funktion ausgebildet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der

demographische Wandel eine Umorientierung in der Versorgung eines beträchtlichen Anteils unserer betagten Patientinnen und Patienten erfordert.

So sollte jeder Internist in seiner curricularen Entwicklung vermehrt mit geriatrischen Fachinhalten – wenn immer möglich gelehrt von Geriatern – konfrontiert werden. Für die, die sich schwerpunktmäßig der Betreuung von geriatrischen Personen widmen möchten, müsste sensu strictu ein Schwerpunkt zur Inneren Medizin – wie in den meisten anderen europäischen Ländern – angeboten werden (7,8). So bleibt nur zu hoffen, dass der BDI – konzertiert mit der DGIM – die Zeichen der Zeit erkennt und dem europäischen Umfeld folgt

durch die flächendeckende Etablierung eines Schwerpunktes Geriatrie zur Inneren Medizin.

Prof. Dr. med. Cornel C. Sieber
Lehrstuhl Innere Medizin-Geriatrie
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

Bibliographie

1. Morley JE. Geriatric medicine: a true subspecialty. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1150-1154.
2. Duursma S, Castleden M, Cherubini A, Cruz Jentoft A, Pitkälä K, Rainfray M, Sieber C, Sinclair A; European Union Geriatric Medicine Society. Position statement on geriatric medicine and the provision of health care services to older people. *J Nutr Health Aging* 2004;8:190-195.
3. Michel JP, Pils K, Sieber C. Geriatrics is the youngest of the big clinical disciplines. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57:M812-M813.
4. Keller I et al. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. www.who.int (2002).
5. Training in Geriatric Medicine in the European Union. www.uemsgeriaticmedicine.org (2004).
6. Sieber CC. Back to the future: The European Academy for Medicine of Ageing revisited. *Gerontology* 2002;48:56-58.
7. Lüttje D, Frühwald T, Hastie IR. Sektion Geriatrie der UEMS. *Eur J Ger* 2005;7:206-224.
8. Lüttje D, Neubart R, Meisel M, Köppel C. Weiterbildung in Klinischer Geriatrie in Deutschland und Europa. Standortbestimmung und Ausblick. *Eur J Ger* 2005;7:225-233.

Anzeige



SONORING®
Die Nummer 1 im Ultraschall

Nur noch 9 Wochen
bis zur

**Mehrwertsteuer-
erhöhung**

Sparen
Sie noch
dieses Jahr
3%!*

* Kommen Sie rechtzeitig zu uns, und geben Sie uns die Chance noch in diesem Jahr zu liefern. Denn für die MwSt gilt der Zeitpunkt der Auslieferung.

OFFIZIELLER PARTNER DES BDI

Infoline direkt zu
Ihrer Sonotheke (€ 0,12/Min)
01805/117 117 www.sonoring.de

Ist der Wochenblister die Lösung?

Die Firma KohlPharma hat eine neue Firma gegründet, die sich assist Pharma nennt. Diese wurde vornehmlich deshalb gegründet, um den sog. Wochenblister in die Medikamentenversorgung einzuführen. Was haben wir darunter zu verstehen?

Man will die Verordnungsdosierungen für eine Woche so positionieren, dass der Patient seine Wochenration mit unterschiedlichen Medikamenten in Einzeldosen verpackt bekommt, um so eine höhere Einnahmesicherheit zu garantieren. Wir kennen diese Verabreichungsform bereits aus den Krankenhäusern, wo teils über die Krankenhausapotheken, aber auch oft auch noch auf Station die Medikamentenverteilung über eine Art Tagesblister abgewickelt wird. Es lohnt sich, über diese verordnungsgerechte Verpackung nachzudenken und die Vor- und Nachteile abzuwägen.

- Wesentlicher Vorteil dürfte sein, dass die Unsicherheit des Patienten im Umgang mit den Verpackungen und den Zuordnungen zu seinen Tagesdosen wegfällt. Es ist mit einer höheren Sicherheit der Arzneimitteltherapie in der ambulanten Versorgung zu rechnen.

- Besonders interessant für diese Darreichungsform sind natürlich chronisch Kranke, bei denen es nur vereinzelt Änderungen einer Dauerbehandlung gibt. Besonders bei diesen Patienten wird sich die Arzneimittelsicherheit durch eine Verblisterung erhöhen.

- Die Hoffnung, dass Einsparungen im Arzneimittelbereich realisiert werden können, da die Patienten ihre Medikamente tatsächlich auch einnehmen und damit Mehrfachverschreibungen auf Grund von nicht eingenommenen Packungen verhindert werden, scheint sehr unrealistisch. Im Ge-

genteil, wir alle wissen, dass es Rationierungsversuche auf Grund der Regressdrohungen gibt, bei denen Dauermedikationen variiert werden, um Therapiekosten zu sparen. Eine Verblisterung wird eher eine leitliniengerechte Medikation fördern und in einem rationierten Arzneimittelmarkt Mehrkosten verursachen.

- Die Alten- und Pflegeheime werden sich freuen, wenn ihnen die Arbeit der Medikamentenverteilung auf den Pflegestationen durch die Apotheke abgenommen wird.

Mit dieser neuen Darreichungsform der Medikamente hat sich Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille im Auftrag des Verbands der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) auseinandergesetzt und dabei festgestellt, dass nicht sicher mit Kosteneinsparungen zu rechnen ist. Bei dem aufwändigen Verpackungsmodus dürften

zwischen 1,18 und 1,89 € für den Wochenblister anfallen. Zusätzlich müssen 1,5 € veranschlagt werden für die Informationspolitik und für Mehraufwendungen durch das Öffnen von Blistern durch Medikationsänderungen. Dieses Gutachten geht von einer eher zweifelhaften Kostenersparnis von 0,35 €/Blister aus, so dass eher Mehrkosten anfallen werden.

Kurzum: Es wird Mehrkosten im Gesundheitswesen durch diese kommode Verpackungsform geben. Vor Einführung muss zu klären sein, wer die Kosten für diese Verblisterung in Zukunft übernimmt. Sinnvoll erscheint eher, dass man regional einen Modellversuch durchführt, um festzustellen, welche Auswirkungen durch diese neue Form der Medikamentenverteilung zustande kommen. Erst dann sollte man sich endgültig entscheiden.

HFS

Aus der Literatur

CRP und LDL-Cholesterin unabhängige Risikofaktoren

Ridker PM, Cannon CP, Morrow D et al. C-reactive protein levels and outcomes after statin therapy. N Engl J Med 2005 (6. Januar); 352: 20-8 (Kohortenstudie)

Nissen SE, Tuzcu EM, Schoenhagen P et al. Statin therapy, LDL cholesterol, C-reactive protein, and coronary artery disease. N Engl J Med 2005 (6. Januar); 352: 29-38 (Kohortenstudie)

Eine signifikante, von Lipid-Risikofaktoren teilweise unabhängige Assoziation zwischen Entzündungsmarkern (z.B. CRP) und kardiovaskulären Ereignissen ist gut belegt. Statine erniedrigen das LDL-Cholesterin; sie erniedrigen (in einem von der Plasma-LDL-Senkung weitgehend unabhängigen Ausmaß) das CRP, und sie erniedrigen das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Post-hoc-Ergebnisse der „PROVE IT TIMI 22“-Studie erweitern nun das bestehende Wissen dahingehend, dass nach einem Monat unter Statintherapie

das CRP unabhängig vom erreichten LDL-Cholesterinspiegel prädikativ für zukünftige vaskuläre Ereignisse bei Personen mit akutem Koronarsyndrom ist.

Eine Auswertung von Daten der „REVERSAL“-Studie zeigt, dass bei Statin-behandelten Koronarkranken das Ausmaß der Reduktion des CRP im Zeitverlauf unabhängig von Veränderungen des LDL-Cholesterinspiegels mit der Progredienz der koronaren Atherosklerose korreliert. Die post-hoc-Analysen der beiden Studien sind kaum als indirekter Hinweis, geschweige denn als Beleg für eine Senkung des vaskulären Risikos durch eine antiinflammatorische Wirkung der Statine zu werten. Statine wurden zur Cholesterinsenkung entwickelt. Bisher wurde noch nie gezeigt, dass ohne LDL-Senkung ein vaskulärer Benefit durch Statine erreichbar ist.

Prof. Dr. Heinz Drexler,
Abteilung für Innere Medizin,
Landeskrankenhaus Feldkirch (Österreich)

Auszug aus einem Artikel in:
infomed-screen, 03/2005
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17
CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Mitgliederabteilung
Postfach 15 66
65005 Wiesbaden

RÜCKANTWORT
TELEFAX: 0611 / 181 33 50

Telefon: 0611 / 181 33 - 0 (DW: - 19 od. - 20)

E-Mail: info@bdi.de

Internet: www.bdi.de

Name, Vorname: **Mitglieds-Nr.:**

Straße: Telefon dienstlich:

Zusatz: Telefon privat:

FAX:

PLZ, Wohnort:

Informations-Service:

Der Berufsverband Deutscher Internisten e. V., mit ca. 25 500 Mitgliedern Europas größter fachärztlicher Berufsverband, möchte Ihnen schneller und effektiver Informationen über aktuelle berufspolitische Themen zeitnah zukommen lassen. Wenn Sie daran Interesse haben, teilen Sie uns doch Ihre E-Mail-Adresse mit.

E-Mail:

Änderungsmitteilung: Meine neue Anschrift:

Straße: Telefon dienstlich:

Zusatz: Telefon privat:

FAX:

PLZ, Wohnort:

Führen wir Sie in der richtigen Beitragsgruppe?

Haben Sie sich beruflich verändert?

Dann bitte ankreuzen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt
€ 200,-- | <input type="checkbox"/> Partner einer Gemeinschaftspraxis
€ 150,-- (ohne Bezug der Zeitschrift DER INTERNIST) |
| <input type="checkbox"/> Chefarzt, Ltd. Arzt
€ 200,-- | Name des Partners: |
| <input type="checkbox"/> Ass.Arzt ohne Facharztanerkennung
€ 80,-- | Mitgliedsnummer: |
| <input type="checkbox"/> Mitglied im Ruhestand ab | <input type="checkbox"/> Oberarzt / Ass.-Arzt mit Facharztanerkennung
€ 150,-- |
| (Bitte informieren Sie mich über die Konditionen einer Altersmitgliedschaft) | |

Verbände verweigern sich der „Farce“

Ihre Teilnahme an der fachlichen Anhörung zum Referentenentwurf des sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 16.10.2006 haben die 20 wichtigsten Verbände des Gesundheitswesens abgesagt. Dazu gehören u.a. die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Gemeinsame Bundesausschuss, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und der Verband der Privaten Krankenversicherung.

Die Anhörung sei eine Farce, begründeten die Organisationen ihre Absage. Sie hätten erst am 12. Oktober 2006 den Referentenentwurf erhalten. Gleichzeitig seien sie ohne vorherige Ankündigung zu einer fachlichen Anhörung nur vier Tage später eingeladen worden. Und dies, obwohl das Ministerium seit dem 4. Juli 2006 von den Koalitionsspitzen den Auftrag erhalten hatte, einen

konkreten Gesetzesentwurf vorzulegen und somit ein sinnvoller zeitlicher Ablauf bei strukturiertem und effek-



Foto: Aevermann

tivem Arbeiten des Ministeriums problemlos möglich gewesen wäre.

Der Sinn einer fachlichen Anhörung sei es, die einzelnen Regelungen detailliert auf ihre Wirkungen hin abzuklopfen und auf mögliche auftretende Probleme hinzuweisen. Dies sei angesichts des Umfangs und der Tragweite

der Änderungen in derart kurzer Frist jedoch „ein Ding der Unmöglichkeit“.

Offenkundig sei der fachliche Rat der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen gar nicht ernsthaft gefragt. Nun in aller Kürze eine fachliche Anhörung anzusetzen, um bereits am nächsten Tag (17.10.2006) die Ressortabstimmung durchzuführen, belege, dass nicht im Entferntesten daran gedacht sei, die möglichen Einwände der Spitzenorganisationen im Gesetzentwurf zu berücksichtigen.

Es gehe hier um gravierende Veränderungen des Gesundheitssystems, von denen 80 Millionen Menschen betroffen seien. Angesichts der Komplexität der Neuregelungen und deren Wirkungen sei darüber hinaus eine eintägige Anhörung in keinsten Weise angemessen. Es sei unverantwortlich, diesen Gesetzentwurf mit über 500 Druckseiten im Hau-Ruck-Verfahren zu be-

schließen. Über viele Einzelpunkte des Gesetzeswerks sei überhaupt noch nicht in aller Konsequenz fachlich und juristisch beraten, geschweige denn öffentlich diskutiert worden. Es werde Zeit, dass das zuständige Bundesgesundheitsministerium die anstehende Reform endlich inhaltlich ernst nimmt.

Unabhängig von den 20

Ab sofort können die Leser von BDI aktuell den Referentenentwurf des BMG zum Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) auf der BDI-Homepage unter www.bdi.de nachlesen und herunterladen.

Verbänden hat auch der Deutsche Hausärzterverband wegen der Knappheit des Termins seine Teilnahme an der Anhörung abgesagt.

KS

Steuertipp

Ärztliche Rentengutachten können steuerfreie Leistungen gemäß § 4 Nr. 14 UStG sein

Die von einem Arzt für die gesetzliche Rentenversicherung erstellten Gutachten auf das Vorliegen, den Umfang und die Behandlungsmöglichkeiten von Erwerbsminderungen eingehen und jeweils neben Vorgeschichte, ärztlichem Befund, Diagnose, Epikrise auch eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung enthalten, sind nicht nach § 4 Nr. 14 UStG steuerfrei, wenn der Hauptzweck der

Gutachten ist, dem Rentenversicherungsträger eine Entscheidung darüber zu ermöglichen, ob gemäß den sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Versicherte Anspruch auf eine medizinische oder berufliche Reha oder auf eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung hat (FG München, Urteil vom 04.05.2006 – 14-K-5092/04). Rü

Entnommen: Aktuelles Steuerrecht 3/2006

Adipositas

Mehr als die Hälfte aller Deutschen zu dick

Erstmals gibt es mehr Übergewichtige als untergewichtige Menschen auf der Welt, teilt Diplom Ernährungswissenschaftlerin Susanne Sonntag von der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik anlässlich des Welternährungstages am 16. Oktober 2006 mit. Laut Ausführungen des US-amerikanischen Agrarökonom Barry Popkin auf der Tagung der International Association of Agricultural Economists in Australien sind mehr als eine Milliarde Menschen übergewichtig oder fettleibig. Als Ursachen

nennt Popkin veränderte Ernährungsgewohnheiten, weniger körperliche Betätigung sowie zunehmende Motorisierung. In Deutschland sind mehr als die Hälfte aller Bürger zu dick. Im Jahr 2005 waren laut Angaben des Statistischen Bundesamtes 58 % der Männer und 42 % der Frauen übergewichtig. Erschreckend ist die Zunahme von Übergewicht bei Kindern und jungen Erwachsenen. Bei den 20- bis 24-jährigen waren bereits 26 % der Männer und 16 % der Frauen zu dick.

gesundheit adhoc