

Editorial

Für das neue Jahr 2007 haben wir uns viel vorgenommen

Unser Verband soll nach innen wie nach außen noch stärker werden. Wir beginnen mit der jährlichen Klausurtagung des engeren Vorstandes Anfang Februar, um den politischen Kurs unseres Verbandes weiter zu schärfen und festzulegen. Anfang April tagt im Rahmen des 113. Kongresses der DGIM der engere und der erweiterte Vorstand in Wiesbaden. Dann geht auch unsere neue Plattform internisten-im-netz online.

All unsere Vorbereitungen betreffen den kommenden Deutschen

Ärztetag im Mai in Münster, auf dem der Facharzt für Innere Medizin als Generalist wieder eingeführt werden soll. Auf dem Weg dorthin sind noch viele Schwierigkeiten aus dem Wege zu räumen. Wir sind aber fest entschlossen, diese zu meistern. Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit internistischen Erkrankungen brauchen wir diesen Generalisten dringend in Klinik und Praxis. Wir brauchen ihn als Basis, als Stamm der Inneren Medizin auch für unser Selbstverständnis als Internisten. Wir brauchen ihn in der Weiterbildung für unsere jungen Kolleginnen und Kollegen. Dafür müssen wir auf

dem nächsten Deutschen Ärztetag die Mehrheit der Delegierten überzeugen und für uns gewinnen.

Um dieses Ziel zu erreichen, brauchen wir Ihre aktive Mitarbeit! Sprechen Sie mit den Delegierten Ihrer Landes-Ärztekammer, die nach Münster zum Deutschen Ärztetag gewählt werden. Überzeugen Sie Ihre Delegierten von der Wichtigkeit und Notwendigkeit des Facharztes für Innere Medizin. Es muss in Deutschland möglich sein, dass sich ein Fach die Weiterbildungsordnung gibt, die es braucht und selbst auch will.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Im Oktober 2007 wird der 1. Deutsche Internistentag in Berlin stattfinden. Während der Jahreskongress der DGIM in Wiesbaden in erster Linie ein Fortbildungskongress auf hohem Niveau ist, soll der jährliche Deutsche Internistentag die berufspolitischen Aspekte der Inneren Medizin einschließlich ethischer und gesellschaftspolitischer Fragen in den

Vordergrund stellen. Langfristiges Ziel des Internistentages soll es sein, den Bürgern, Patienten und der medialen Öffentlichkeit ein modernes Bild der Inneren Medizin in Praxis und Klinik zu vermitteln.

Nur gemeinsam sind wir stark. Gemeinsam können wir viel erreichen.

Ich wünsche Ihnen persönlich ein gesundes, glückliches Neues Jahr und unserem Berufsverband ein erfolgreiches Jahr 2007.

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (Fortsetzung von Seite 1)

Neue Chancen in der vertragsärztlichen Versorgung

- **Überörtliche Gemeinschaftspraxen möglich**

Nach der Änderung der Berufsordnungen und durch Verweis der Zulassungsverordnung für Ärzte auf die Berufsordnungen waren überörtliche Gemeinschaftspraxen auch bei patientenbezogener Tätigkeit bereits möglich geworden. Wenn auch die entsprechenden untergesetzlichen Regelungen angepasst werden, sind überörtliche Gemeinschaftspraxen auch planungs- und sogar KV-übergreifend denkbar. Bei einer KV-übergreifenden Gemeinschaftspraxis muss sich diese für die Dauer von zwei Jahren auf die Abrechnungsregeln der einen oder anderen Kassenärztlichen Vereinigung festlegen. Ob dieses „Wahlrecht“ bloß für die so genannten Ordnungsvorschriften gilt, oder ob auch das Vergütungsrecht der einen oder anderen Kassenärztlichen Vereinigung gewählt werden kann, darüber wird derzeit noch heftig gestritten.

- **Hauptpraxis und Zweigpraxis**

Die Berufsordnungen sehen vor, dass ein Arzt – immer die ordnungsgemäße Versorgung unterstellt – an bis zu zwei weiteren Orten neben seiner Hauptpraxis ärztlich tätig sein darf. Im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird an der Unterscheidung zwischen einer ausgelagerten Praxisstätte, die lediglich anzeigepflichtig ist, und einer genehmigungspflichtigen Zweigpraxis grundsätzlich festgehalten. Die Voraussetzungen dafür, dass die Genehmigung der Zweigpraxis erteilt wird, werden jedoch

gelockert. Leistungen, die sowohl am Hauptsitz als auch an einem anderen Ort erbracht werden sollen, sind nicht mehr ausschließlich dann genehmigungsfähig, wenn eine echte Sicherstellungslücke vorliegt. Es besteht vielmehr ein Anspruch auf die Genehmigung, wenn die Versorgung der Versicherten am weiteren Ort verbessert wird und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Hauptsitz nicht gefährdet wird. Eine Beschränkung auf eine Tätigkeit an bis zu zwei weiteren Orten sieht das VÄG nicht vor. Grundsätzlich wird auch eine Zweigpraxis im Bereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung möglich. Hier ist jedoch unter den oben genannten Voraussetzungen eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss der Fremd-KV notwendig.

- **Anstellung von Ärzten in Praxen**

Die Anstellung eines Arztes in der Praxis war bis Ende 2006 derzeit nur im Rahmen von Jobsharing mit den bekannten Leistungsbegrenzungen möglich. Zwei Ärzte, die jeder über einen Vertragsarztsitz verfügen, mussten immer als Gesellschaft in einer Gemeinschaftspraxis zusammenarbeiten. Auch im Rahmen der Bedarfsplanung war es bislang nicht möglich, dass der eine bei dem anderen angestellt wird. Hier schafft das VÄG eine Änderung: Bei vorhandenen Vertragsarztsitzen können die Kooperationswilligen künftig entscheiden, ob sie gleichberechtigt im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis zusammenarbeiten wollen oder im

Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Verhältnis tätig sein möchten.

- **Zusammenschluss zu Teilgemeinschaftspraxen**

Die Berufsordnungen haben vorgegeben, dass sich Ärzte zu Teilgemeinschaftspraxen zusammenschließen können. Das bedeutet, dass zwei Ärzte grundsätzlich rechtlich selbstständig bleiben können und nur mit einer Schnittmenge, die sie gemein-



Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird künftig eine Anstellung im Krankenhaus neben der vertragsärztlichen Tätigkeit möglich sein. So soll eine bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor geschaffen werden.

sam erbringen wollen, eine Gemeinschaftspraxis bilden.

Im vertragsärztlichen Bereich war die Teilgemeinschaftspraxis bei gerätebezogenen Leistungen gemäß § 15 Abs. 3 Bundesmantelvertrag bereits seit vielen Jahren zulässig. Die gerätebezogene Teilgemeinschaftspraxis hat gegenüber der reinen Apparate-

Gemeinschaft den Vorteil, dass sie aufgrund der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss eine Befreiung von der persönlichen Leistungserbringungspflicht bewirkt. Wenn beide Partner der Teilgemeinschaftspraxis über die entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügen, konnte derjenige, in dessen Praxis das gemeinsam finanzierte Gerät nicht stand, seinen Patienten in die Praxis seines Partners schicken. Dann konnte er die Leistungen, die der Partner für ihn erbracht hat, als eigene Leistungen abrechnen. Bei einer Apparate-Gemeinschaft ist er im Gegensatz dazu gezwungen, zusammen mit seinem Patienten die andere Praxis aufzusuchen und die Leistung dort selbst zu erbringen, wenn er sie als eigene Leistung abrechnen will. Die Beschränkung dieser Möglichkeit

Fächern (zum Beispiel Gynäkologie) und Methodenfächern (zum Beispiel Labor oder Pathologie) nicht genehmigungsfähig sein.

- **13 Stunden Nebentätigkeit erlaubt**

Im Bereich der zulässigen Nebentätigkeit sieht das VÄG eine wesentliche Änderung vor: Ein Vertragsarzt darf neben seiner Zulassung und Tätigkeit in eigener Praxis nur dann einer Nebentätigkeit nachgehen, wenn diese nicht mehr als 13 Stunden pro Woche umfasst. Außerdem darf diese nicht dem Wesen der Vertragsarztstätigkeit widersprechen. Eine solche Interessenskollision wurde von der Rechtsprechung insbesondere in den Fällen gesehen, in denen ein Vertragsarzt seine Praxis im Krankenhaus hatte und gleichzeitig einer patientenbezogenen Angestelltentätigkeit im gleichen Haus nachgehen wollte. Hier stellt das VÄG klar, dass eine Anstellung im Krankenhaus neben der vertragsärztlichen Tätigkeit zulässig sein wird. Die Beseitigung der Interessenskollision entspricht dem klaren Willen des Gesetzgebers, eine bessere Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu schaffen.

- **Teilzulassung als „halber Arzt“**

Neben einer Vollzulassung wird eine Anstellung weiterhin nur in dem vom Bundessozialgericht aufgestellten zeitlichen Rahmen von 13 Stunden möglich sein, es sei denn, der Vertragsarzt macht von der ebenfalls durch das VÄG eingeführten Möglichkeit der Teilzulassung Gebrauch. Der Vertragsarzt kann danach seine Zulassung auf die Hälfte beschränken und wird dementsprechend bei der Bedarfsplanung nur noch mit einem Faktor von 0,5 berücksichtigt. In diesem Fall hat er natürlich die Möglichkeit, zum Beispiel eine Halbtagsanstellung im Krankenhaus anzunehmen.

auf gerätebezogene Leistungen fällt durch das VÄG weg und wird auch bei anderen ärztlichen Leistungen möglich werden. Eine Einschränkung ist hier jedoch zu beachten: Um zu vermeiden, dass das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt umgangen wird, werden Teilgemeinschaftspraxen zwischen therapieorientierten

• **Änderungen auch bei MVZs**

Auch bei Medizinischen Versorgungszentren bringt das VÄG einige Änderungen bzw. Klarstellungen. Die Voraussetzung zur fachübergreifenden Tätigkeit im MVZ wird konkretisiert. Es wird klargestellt, dass zum Beispiel die Tätigkeit von zwei Internisten mit unterschiedlichen Schwerpunkten als fachübergreifend gilt. Ferner soll die gemeinsame Tätigkeit von Human- und Zahnmedizinern im MVZ (in so genannten Kopfbetrieben) möglich werden. Für MVZs, die in der Trägerschaft von Krankenhäusern betrieben werden, sind die Neuregelungen zur Nebentätigkeit und zur Beseitigung des Interessenskonfliktes besonderes interessant. Die Regelungen für den vertragsärztlichen Bereich finden auf die angestellten Ärzte im MVZ entsprechende Anwendung, so dass es für den angestellten Arzt im MVZ ebenso wie für den Vertragsarzt die Möglichkeit gibt, gleichzeitig im Krankenhaus angestellt zu sein. Dies bedeutet für Krankenhaus-MVZs, dass auf einem vorhandenen Vertragsarztsitz zwei angestellte Krankenhausärzte tätig werden können, deren Arbeitszeit im stationären Bereich entsprechend reduziert wird. Zur Klarstellung: ein Krankenhausarzt darf im MVZ arbeiten, aber nur wenn dort ein entsprechender Sitz (-anteil) für das Fachgebiet vorhanden ist. Ein Vertragsarzt darf im Krankenhaus arbeiten; zwar nur 13 Stunden neben der Vollzulassung oder mehr bei Teilzulassung – für die Arbeit im Krankenhaus gilt jedoch keine Bedarfsplanung! Die Entscheidung für diese Nebentätigkeit liegt allein beim Vertragsarzt und dem Krankenhaus. Hier liegt die größere Chance auf Seiten der Vertragsärzte! Sollen MVZs in der Rechtsform der juristischen Personen (zum Beispiel GmbH) geführt werden, müssen die Gesellschafter vor der Zulassung eine Bürgschaftserklärung abgeben. Damit stehen sie für Forderungen der KVen und Krankenkassen auch nach Auflösung des MVZs ein. Beim Wegfall der Zulassungsvoraussetzungen eines MVZs wird diesem durch das VÄG die Möglichkeit eingeräumt, diese Voraussetzungen innerhalb einer Übergangsfrist von sechs Monaten wieder herbeizuführen.

• **Niederlassung nach Anstellung erschwert**

Bislang galt in MVZs die Regelung, dass der in Vollzeit angestellte Arzt der ersten Generation des MVZs nach fünf Jahren den Anspruch hatte, sich im selben Planungsbereich niederzulassen, auch wenn für sein Fachgebiet Zulassungsbeschränkungen angeord-

net sind. Das MVZ durfte dennoch diese freigewordene Stelle nachbesetzen, was ab dem Jahr 2009 zu einer Vermehrung von Vertragsarztsitzen führen wird. Diese Privilegierungsregelung für den angestellten Arzt fällt nach dem VÄG für all diejenigen Ärzte weg, die ab dem 01.01.2007 in MVZs angestellt werden. Für die zu diesem Zeitpunkt bereits angestellten Ärzte gilt diese Regelung fort.

• **Altersgrenze bei der Niederlassung entfällt**

Durch das VÄG fällt auch die Altersgrenze weg, nach der sich ein Arzt, der das 55. Lebensjahr vollendet hat, nicht mehr als Vertragsarzt niederlassen durfte. Zukünftig haben auch ältere Ärzte – bei Vorliegen der übrigen Zulassungsvoraussetzungen – den Anspruch, eine vertragsärztliche Praxis eröffnen zu dürfen. Die Altersgrenze, wonach Ärzte nach Vollendung des 68. Lebensjahres ihre Zulassung verlieren, wird in unterversorgten Gebieten gelockert. Ebenso können in unterversorgten Gebieten Sicherstellungszuschläge vorgesehen werden. Auch Ausnahmen bei der Vergütungsbegrenzung im Jobsharing sind hier möglich. Das VÄG sieht darüber hinaus noch einige weitere Änderungen vor: So wird die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung bis zum 31.12.2007 verlängert, eine weitere Verlängerung um wiederum ein Jahr bis Ende 2008 ist im Gesetzentwurf zur "Großen Reform" (Wettbewerbstärkungsgesetz) vorgesehen. Auch die Einstellung von Hochschullehrern für Allgemeinmedizin in Praxen und MVZs wird allgemein zulässig, um den Praxisbezug für die Lehre sicherzustellen.

• **Chancen für eine flexiblere Praxisstruktur**

Insgesamt eröffnet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz den Ärzten zahlreiche Möglichkeiten. Es werden Chancen für eine flexiblere Praxisstruktur geschaffen, die jedoch – abgesehen von Arbeitserleichterungen – primär nicht mit besseren Einnahmemöglichkeiten im GKV-Sektor einhergeht. Vielleicht können aber auch andere Einnahmequellen, beispielsweise mehr Privatversicherte, über die neuartigen Angebote erschlossen werden, die durch das VÄG möglich geworden sind.

Dr. iur. Karin Hahne

Dr. Karin Hahne ist Fachanwältin für Medizinrecht in Frankfurt am Main.

Marketing statt Versorgungsforschung

Millionenaufwand mit fraglichem Nutzen

Wer zahlt die teuren Studien, die bei der Einführung neuer Arzneimittel notwendig sind? Die Pharmaindustrie? – Nein: Die Krankenkassen – und damit letztlich der Patient. Auf diesen Umstand hat die Techniker Krankenkasse (TK) in einer Pressemitteilung aufmerksam gemacht.

Neue Arzneimittel nach ihrer Zulassung auch in der Praxis zu testen ist unerlässlich – aber auch nicht billig. Diese so genannten Anwendungsbeobachtungen schlagen in Deutschland Jahr für Jahr mit 930 Millionen Euro zu Buche. Den Löwenanteil davon – mehr als zwei Drittel – tragen die Gesetzlichen Krankenkassen, denn sie kommen für die Arzneimittel auf, die in den Studien verordnet werden. Diesen hohen Kosten für die Solidargemeinschaft stehen allerdings nur magere Ergebnisse gegenüber. Dass diese qualitativ zu wünschen übrig lassen, zeigt eine aktuelle Studie, deren Ergebnisse Dr. Eva Susanne Dietrich, Direktorin des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), auf dem internationalen Fachkongress „ISPOR“ in Kopenhagen vorstellte

• **Neue Arzneien teurer**

Die neuen Medikamente, die in den Anwendungsbeobachtungen verordnet werden, sind im Durchschnitt fast zehnmal so teuer wie die Arzneien, die die Patienten zuvor zum Beispiel gegen ihren hohen Blutdruck oder ihr Asthma erhalten haben. Während eine durchschnittliche Verordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei rund 40 Euro liegt, stehen auf den Rezepten bei den Anwendungsbeobachtungen jeweils

Medikamente für rund 370 Euro.

„Diese Mehrkosten lassen sich nur durch qualitativ hochwertige Studienergebnisse rechtfertigen“, betont Dietrich.

• **Beunruhigende Ergebnisse**

Über einen Zeitraum von sechs Monaten hat die Apothekerin für die Studie Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgewertet, die Informationen zu 118 Anwendungsbeobachtungen mit rund 355.000 Patienten und 57.000 Ärzten umfassen. Das Ergebnis ist beunruhigend: Nur jede dritte Anwendungsbeobachtung ist so ausgelegt, dass ihre selbst gesteckten Ziele auch erreichbar wären. Zu den Studienzielen gehörte zum Beispiel, Informationen zu dem Nutzen von Arzneimitteln in der täglichen Praxis oder zu deren Nebenwirkungen zu erhalten. Außerdem war noch nicht einmal jede fünfte Studie zur Veröffentlichung gedacht – die Patienten hätten also in den meisten Fällen nie von den Studienergebnissen erfahren. „Insgesamt haben die Ergebnisse gezeigt, dass nur wenige Anwendungsbeobachtungen den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen“, so die Direktorin des WINEG.

• **Hochwertige Studien erforderlich**

Aus diesen Ergebnissen leitet das WINEG die folgenden Handlungsempfehlungen ab: „Patienten haben ein Recht darauf, zu erfahren, wie ein Medikament tatsächlich in der Praxis wirkt. Deshalb sollte das Geld, das die GKV jedes Jahr in die Anwendungsbeobachtungen steckt, stattdessen in qualitativ hochwertige Studien fließen. Wir haben errechnet, dass für die von den Krankenkassen und

der Pharmaindustrie jährlich investierte Summe 130.000 Patienten in umfassenden Studien behandelt werden könnten. Diese könnten Aufschluss über den tatsächlichen Nutzen der Medikamente in der Praxis geben und so würde jeder Patient von ihnen profitieren“, hebt Dietrich hervor. Dabei wäre es laut der Institutsdirektorin schon ein erster Schritt, wenn die existierenden Qualitätsvorgaben eingehalten würden und die Medikamenten-Hersteller, die die Anwendungsbeobachtungen durchführen, dazu verpflichtet wären, ihre Methodik und die gewonnenen Studienergebnisse zu veröffentlichen.

Pressemitteilung der TK

Kommentar

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat öffentlich ein Problem angesprochen, das schon lange bekannt ist und totgeschwiegen wird. Die Arzneimittel-Industrie macht bestimmte Arzneimittelprüfungen nach Einführung eines neuen Medikamentes bei den Vertragsärzten weniger mit dem Ziel, die Nebenwirkungsrate ordentlich zu definieren, sondern um es sozusagen durch die Hintertür auf dem Markt einzuführen. Sie weiß natürlich, dass Medikamente, die diesen Patienten während eines Praxistestes verordnet worden sind, nicht mehr so einfach abgesetzt werden können. Hier wird sogenannte Versorgungsforschung mit Marketing verwechselt.

HFS

Mitgliederversammlung und Qualitätszirkel auf dem Betzenberg

Die Landesgruppe Rheinland-Pfalz im BDI e.V. lud am 25. Oktober 2006 zur Mitgliederversammlung und Qualitätszirkel nach Kaiserslautern ein. Die außergewöhnlichen Tagungsräume, die in dem Fußballstadion des 1. FC Kaiserslautern/Fritz-Walter-Stadion gelegen waren, lockten zahlreiche BDI-Mitglieder der Landesgruppe Rheinland-Pfalz auf den Betzenberg. Doch nicht nur die Wahl der Location, sondern vielmehr die Auswahl der Referenten sowie der Vortragsthemen fanden bei den Teilnehmern großen Zuspruch.

Der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Dr. med. Wolfgang Wesiack, berichtete zur aktuellen Entwicklung der Gesundheitsre-

form und weitere, berufspolitisch interessante Themen für die Internisten. Hierbei ging er insbesondere auf den außerordentlichen Ärztetag vom 24. Oktober 2006 ein.

Das zweite Schwerpunktthema des Abends war ein Referat von Herrn Dr. med. Hans-Peter Kempe, Diabetologe DDG aus Ludwigshafen, der eindrucksvoll neue Therapieprinzipien in der Behandlung von Diabetes mellitus darstellte.

Abgerundet wurde der Abend durch den Vortrag von Herrn Dr. med. Heinz Rauch, Vorsitzender der Landesgruppe Rheinland-Pfalz im BDI e.V., der kurz über

die Politik der KV Rheinland-Pfalz sowie die Umsetzung des AVWGs referierte sowie nützliche Hinweise zum Umgang mit den Richtgrößen gab.

Tilo Radau



Die ungewöhnlichen Tagungsräume auf dem Betzenberg lockten nicht nur BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack.

Den Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) finden Sie im Internet unter:

www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/entwurf_vandg.pdf

Auch Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 16/2474) sind im Internet zu finden:

www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/beschlussempfehlung_entwurf_vaendg.pdf