

Der Gastkommentar

Die KV Bayerns oder das selektive Kontrahieren

Ausgezeichnete Patientenversorgung in Bayern

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) steht für ausgezeichnete Patientenversorgung. Ziel aller Bemühungen ist es, den Patienten in Bayern Zugang zu einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir bestrebt, moderne und leistungsfähige Strukturen aufzubauen und zu betreiben sowie kompetente Dienstleistungen für das Gesundheitswesen anzubieten. Die Fortsetzung der Qualitätsinitiative in der Patientenversorgung spiegelt die Philosophie der KVB wider. Wir gestalten die Zukunft unserer Mitglieder und handeln proaktiv im Zusammenhang mit den Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Im Rahmen dieser Zielsetzung fokussieren wir uns auf die Verbindung von klassischer Qualitätssicherung mit verpflichtender elektronischer Dokumentation von medizinischen Daten. Die von uns entwickelten Konzepte basieren darauf, dass nur dokumentierte Qualität transparent ist und dementsprechend honoriert wird. Dabei liegt unser Augenmerk darauf, dass der Aufwand für die niedergelassenen Ärzte so gering wie möglich gehalten wird. In diesem Sinne verhandeln wir mit potenziellen Vertragspartnern eine differenzierte Vergütung für unsere Mitglieder

entsprechend der Qualität ihrer Leistung. Dies bedeutet, dass nur Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die die Erbringung einer höheren Qualität in der Behandlung ihrer Patienten akzeptieren, entsprechend honoriert werden. Um eine Auszeichnung für besondere Versorgungsqualität zu erwerben, müssen eine Reihe von Qualitätssicherungskriterien von den Mitgliedern erfüllt werden. In Frage kommen all jene Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die der Qualitätssicherung der KVB offen gegenüber stehen. Es werden die Mitglieder ausgewählt, auf die sich die Leistungen letztendlich konzentrieren, während nicht-zertifizierte Ärzte immer weniger zur Versorgung in diesem Bereich beitragen.

Erfolgsbeispiel Koloskopie

Die Einführung der elektronische Dokumentation in der Koloskopie ist nur ein Projekt in der KVB, bei dem eine erfolgreiche Steuerung des Leistungsgeschehens erkennbar ist. Seit 2002 ist eine Dokumentation aller präventiven Koloskopien bundesweit verpflichtend. Allerdings hat die Dokumentation auf Papier häufig invalide Bögen und unverwertbare Datenmengen zur Folge. Aus diesem Grund wurde in der KVB ein Portal zur elektronischen Dokumentation der präventiven und kurativen Koloskopien entwickelt. Als besonderer Mehrwert gilt das Rückmeldesystem für die teilnehmenden Ärzte, die quartalsweise eine Auswertung ihrer

Daten im Vergleich zu denen ihrer Kollegen erhalten und damit die Möglichkeit haben, ihre Leistung selbst zu bewerten. Außerdem wird der vorliegende Datenbestand von über 250 000 elektronischen Dokumentationen für die präventive und die kurative Koloskopie innerhalb nur eines Jahres im Rahmen dieses Projekts wissenschaftlich evaluiert und dient als Grundlage für Versorgungsforschung. Im März 2007 konnte ich für das Projekt „Elektronische Dokumentation der Koloskopie“ in Berlin den Felix Burda Award 2007 entgegennehmen. Die Ergebnisse der Evaluation der Daten werden im Rahmen der Digestive Disease Week (DDW) in Washington D.C. im Mai in Zusammenarbeit mit dem Institut für Biometrie und Epidemiologie (IBE) der LMU München in Form von sechs Abstracts präsentiert und sollen zu einer qualitätsgesicherten und damit verbesserten Versorgung beitragen.

Erfolgreiche Vorhaben wie die Koloskopie haben gezeigt, dass wir uns mit der Qualitätsinitiative weiterhin auf dem richtigen Weg befinden. Allerdings werden die Handlungsoptionen der KVen im Selektivvertragsbereich durch das am 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-WSG erheblich geschwächt. Auf der einen Seite sieht die Gesundheitsreform 2007 eine generelle Ausweitung der Möglichkeiten zum Abschluss von Selektiv-



Dr. med. Axel Munte ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB).

verträgen vor, auf der anderen Seite jedoch werden wir zunehmend eingeschränkt, selbst den Abschluss von Selektivverträgen vorzunehmen. Um die Erfolgsstory der KVB weiter fortsetzen zu können, muss dafür ein neuer

Rahmen geschaffen werden.

Reaktionen auf das GKV-WSG

Die KVB versucht daher, sich durch die Gründung der Gediselect, einer ärztlich und psychotherapeutisch getragenen Managementgesellschaft, zu positionieren und somit eine starke Verhandlungsposition ihrer Mitglieder gegenüber Kassen zu schaffen. Die Gediselect soll dort aktiv werden, wo die Möglichkeiten der KVB enden, nämlich in der Konzeptionierung und beim Abschluss von Selektivverträgen. Ziel der Gediselect ist es, sämtliche Chancen auszunutzen, die sich den Ärzten und Psychotherapeuten, Patienten, Kassen und auch der KVB durch Selektivverträge bieten.

- Den Leistungserbringern wird die Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte ermöglicht,
- Dadurch können den Patienten fortschrittliche Behandlungsformen und -methoden zugänglich gemacht werden.
- Die Krankenkassen haben durch Selektivverträge die Chance, sich gegenüber ihren Wettbewerbern

durch individuelle Angebote zu differenzieren.

- Die KVB hat den Vorteil, auf bestehende Strukturen sowie Erfahrungen mit dem Angebot von Dienstleistungen, wie zum Beispiel der Abrechnung, zurückgreifen zu können.

Wir verfolgen eine ambitionierte und nachhaltige Vertragspolitik, bei der Qualität und Wirtschaftlichkeit durch elektronische Dokumentation belegt werden und unsere Mitglieder sich durch nachgewiesene Leistung auszeichnen und ein ihren Leistungen entsprechendes Honorar für ihre Anstrengungen erhalten. Gleichzeitig sichern wir den Kostenträgern durch valide Dokumentation und Evaluation die Umsetzung vereinbarter Vertragsinhalte zu.

Gestaltung der Zukunft

Durch die Gründung der Gediselect hält die KVB an ihrer Qualitätsausrichtung fest. Der bewährte Service für unsere Mitglieder und weitere Interessierte wird durch das Angebot kompetenter Dienstleistungen beibehalten. Vorhandene Ressourcen und die Infrastruktur in der KVB können trotz der Auswirkungen des GKV-WSG effizient ausgenutzt werden. Ebenso zählt die Gestaltung der ambulanten medizinischen Versorgung in Bayern weiterhin zum Kompetenzbereich der KVB. Durch diese Strategieausrichtung wird die Zukunft der KVB und vor allem ihrer Mitglieder gesichert.

Dr. med. Axel Munte

KBV-Vertreterversammlung in Münster am 14. Mai 2007 (Fortsetzung von Seite 1)

Dauerclinch mit dem Hausärzterverband

Eigentlich hat die KBV schon längst die Entscheidung gefällt, Dienstleister sein zu wollen. Und doch wird immer noch sehr kontrovers darüber diskutiert. Köhler kritisierte, es handle sich hier um eine Funktionsdebatte, „die mit dem Wohl und dem Interesse unserer Mitglieder vor Ort nur noch sehr wenig zu tun hat“. Es sei eine Diskussion darüber, wie sich das Verhältnis von KBV und KVen untereinander und zu den Berufsverbänden in Zukunft gestalten. Vor allem das Verhältnis von KBV/KV und Hausärzterverband müsse dringend geklärt werden. Der Hausärzterverband reklamiere für sich eine Art Alleinvertretungsanspruch – „den hat er aber nicht“. Hausärzte seien und blieben Pflichtmitglieder der KVen und hätten einen Anspruch darauf, von den KVen und der KBV genauso gut vertreten und behandelt zu werden wie die Fachärzte und Psychotherapeuten.

• Köhler beschwört Einigkeit

Er beschwor in Münster die Einigkeit. Anstatt die Differenzen öffentlich

auszutragen, sollte man den Krankenkassen als den Vertragspartnern in den selektiven Verträgen keine Chance bieten, die Ärzte gegeneinander auszuspielen. Künftig haben es die Ärzte nicht mehr mit einer Vielzahl von Krankenkassen zu tun, die untereinander in einem eingeschränkten Wettbewerb stehen und

durch sieben unterschiedliche Kassenverbände vertreten werden. Stattdessen gebe es nur einen einzigen Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Wenn die Ärzte diesem Spitzenverband ein Gegengewicht bieten wollten, bräuchten sie unabdingbar eine starke organisierte Interessenvertretung, die versorgungsebenen-

übergreifend agiert und auch den regionalen Ausgleich im System schafft.

Köhler, der noch vor Inkrafttreten des GKV-WSG passiven Widerstand durch Nichtvollzug angekündigt hatte, befindet sich bereits mitten im Umsetzungsprozess. Man müsse trennen zwischen dem kollektivvertraglichen Bereich und dem Wettbewerbsfeld. Im ersten habe die KBV als versorgungsebenen-übergreifende Körperschaft klare Aufgaben. Sie verhandle eine neue Vergütungssystematik für die Hausärzte und für die Fachärzte. Basis sei der Beschluss der Vertreterversammlung vom 22. Mai 2006 in Magdeburg. Damals habe sie festgelegt, die Vergütungen für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich jeweils getrennt weiterentwickeln zu können. Kein Versorgungsbereich dürfe den jeweils anderen benachteiligen. Genau das aber drohe jetzt durch die gesetzlich vorgegebene unterschiedliche Struktur und Leistungsbeschrei-

bung ärztlicher Leistungen und in Folge davon die Leistungsbewertung. Das Konzept des beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung für den neuen Hausärzte-EBM biete eine gute Grundlage für die Verhandlungen mit den Krankenkassen im Bewertungsausschuss. Das gelte auch für die Eckpunkte des Konzeptes für den neuen EBM für den fachärztlichen Bereich, das aber noch nicht fertig sei.

• Getrennte Schlafzimmer für

Ärzte in der KV

Köhler machte sich ausdrücklich für den körperschaftlichen Status der KBV und der KVen stark. Im Kollektivvertrag brauche die Ärzteschaft ein Gegengewicht gegen die geballte Macht der Krankenkassen. Das könne nur das KV-System bieten, nicht zum Beispiel die Berufsverbände. Da diese keine Körperschaften des öffentlichen Rechts seien, fehle ihnen der rechtliche Status, um ihren Mitgliedern gegenüber auch durchgreifen zu können. Der Körperschaftsstatus



Bild: Johannes Aevermann

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, sieht seine Organisation an einer Weggabelung: Geht es für die KBV in Richtung Regulierungsbehörde oder in Richtung Dienstleister?



Bild: Johannes Aeberrmann

Auch bei der KBV-Vertreterversammlung wurde die Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt diskutiert. „Von wem soll der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ausgebildet werden, wenn es keinen Facharzt für Innere Medizin mehr gibt?“, fragte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack.

habe viele Vorteile für die Mitglieder, das habe auch das vertragsärztliche Referendum bestätigt. Er verschwieg dabei, dass das KV-System überwiegend schlechte Noten erhalten hatte und die Zustimmung nur daher rührte, dass es (noch) keine Alternativen gibt.

Genauso wichtig ist für Köhler, dass das KV-System versorgungsebenenübergreifend arbeitet. Allerdings sei das auch ein zweischneidiges Schwert, räumte er ein. An der anhaltenden Diskussion um die angebliche Benachteiligung der Hausärzte im KV-System – „die eher viszeral als cerebral motiviert ist“ – sehe man, dass solche ‚Dolchstoßlegenden‘ die Arbeit sehr behindern können.

Der KBV-Vorsitzende bemühte das Bild der Ehe, um einen Ausweg aufzuzeigen: Das KV-System wolle die Scheidung nicht, sondern an der gemeinsamen Lebensplanung festhalten. In vielen funktionierenden Ehen nutzten die Eheleute getrennte Schlafzimmer – „diese getrennten Schlafzimmer haben wir letzten Mai in Magdeburg schon beschlossen“. Jetzt sollten sie bezogen werden und damit der Ehe neuen Schwung verleihen.

Doch wenn einer der Partner immer von Trennung spreche, könne man nicht über eine neue Rollenverteilung entscheiden. Wenn das so weiter gehe, werde dies das Ende des bewährten, für Patienten relativ freien Gesundheitssystems bedeuten. „Wir hätten den restriktiven Gate-Keeper, dessen Hauptaufgabe es ist, Leistungen zu vermeiden. Von verantwortlicher ärztlicher Tätigkeit würden wir uns immer mehr entfernen. Dagegen wehren wir uns.“

Dass es mit dem Ehe-Verhältnis auch an der KBV-Spitze nicht zum Besten steht, demonstrierte die Rede von Köhlers Stellvertreter Ulrich Weigelt, ehemals Vorsitzender des Deutschen Hausärztesverbandes. Der plädierte nämlich, offenbar ohne Köhler darüber in Kenntnis gesetzt zu haben, für eine vorgezogene Umsetzung der neuen Gebührenordnung für die hausärztliche Versorgung. Das würde bedeuten, dass bei einer hausärztlichen Grundpauschale von 85 Euro Geld den Hausärzten zufließen würde, dass der fachärztlichen Versorgung entzogen würde.

Köhler, und mit ihm letztlich in einem mit großer Mehrheit angenommenen Beschluss die Vertreterversammlung, lehnte die vorgezogene Einführung einer hausärztlichen Gebührenordnung ab und plädierte dafür, getrennte Orientierungspunkte für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Bewertungsausschuss festzusetzen. Damit soll die Möglichkeit zur getrennten Festlegung und Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen Vergütungsanteile unter dem gemeinsamen Dach der KV/KBV geschaffen werden. Noch einmal betonte die Vertreterversammlung, dass bei der Erarbeitung des EBM mit Wirkung

zum 1. Januar 2008 weder Strukturen und Leistungsbeschreibungen noch Leistungsbewertungen implementiert werden dürfen, die den jeweils anderen Versorgungsbereich benachteiligen. „Dies setzt getrennte Orientierungspunkte voraus.“

Das Dilemma: Im Gesetz ist nur ein einheitlicher Orientierungspunkt gefordert. Der Gesetzgeber müsste also noch das Gesetz ändern, damit die Forderung der Vertreterversammlung realisiert werden kann. Köhler ließ offen, ob das angesichts des vorgeschriebenen Terminplans – „Wir sind in einem erheblichen Zeitdruck“ – überhaupt zu schaffen ist. Wenn die Selbstverwaltung das nicht schafft, ist das BMG gefordert, auf dem Wege der Rechtsverordnung selbst für eine neue Gebührenordnung zu sorgen.

● KBV gegen Wiedereinführung des FA für Innere Medizin

Beim Tagesordnungspunkt „Vorbereitung des Deutschen Ärztetags“ befasste sich die Vertreterversammlung, obwohl dafür nicht zuständig, vor allem aufgrund von Wortmeldungen aus dem Kreis der Delegierten, die dem Deutschen Hausärztesverband angehören, mit dem Antrag des BÄK-Vorstands, den Facharzt für Innere Medizin wieder einzuführen. Der Vorsitzende des Hausärztesverbandes in Baden-Württemberg, Dr. Berthold Dietzschke, behauptete, das

Argument, EU-Recht lasse die Rostocker Regelung mit dem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin nicht zu, sei wiederlegt. Die Etablierung eines Allgemein-Internisten führe zu einem „Stationssklaven“ im Krankenhaus ohne jede Zukunftsperspektive. Er verwies auf einen Artikel des ehemaligen Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und Allgemeinärztes Dr. Hans Hege im Deutschen Ärzteblatt, der dafür plädierte, den Facharzt für Innere Medizin wieder als „Hausarzt zu Pferde“ in der

In dieselbe Kerbe hieb auch der Vorsitzende des Bayerischen Hausärztesverbandes, Dr. Wolfgang Hoppenthaler: Heute werde der Allgemein-Internist an keinem Krankenhaus gebraucht.

Sorgfältig und bedachtsam bemühte sich BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack, die größten Missverständnisse auszuräumen. Die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin sei eine Initiative der Bundesärztekammer, nicht des BDI oder der DGIM. Es gehe um die Wieder-



Bild: Johannes Aeberrmann

Die Mehrheit der Vertreterversammlung lehnte die vorgezogene Einführung einer hausärztlichen Gebührenordnung ab und plädierte dafür, getrennte Orientierungspunkte für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Bewertungsausschuss festzusetzen.

ambulanten Versorgung zu installieren. Das verschärfe die Probleme in der hausärztlichen Versorgung.

einführung des Facharztes für Innere Medizin im stationären Bereich, „weil wir ihn brauchen“. Der Weg in die Spezialisierung sei eine Sackgasse. Die Innere Medizin benötige einen Aufbau, der vom Allgemeinen zur Spezialisierung gehe.

Der von den Hausärzten beschworene Mangel an Ärzten bestehe nicht nur im hausärztlichen, sondern auch im fachärztlichen Bereich. Der in Rostock beschlossene Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin werde durch die Wiedereinführung überhaupt nicht tangiert. Einen „Hausarzt zu Pferde“ und einen „Hausarzt zu Fuß“ werde es daher nicht geben. Wenn sich der Facharzt für Innere Medizin als Hausarzt niederlassen wolle, müsste er sich noch zwei Jahre in Allgemeinmedizin weiterbilden.

Wesiack beteuerte: „Wir Internisten sind bereit und willens, gemeinsam Konzepte zu entwickeln, damit der Ärzte-Mangel behoben werden kann.“ Und er fragte: „Von wem soll denn der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin weitergebildet werden, wenn es keinen Facharzt für Innere Medizin mehr gibt?“

Das Bemühen war erfolglos. Mit großer Mehrheit forderte die KBV-Vertreterversammlung den Deutschen Ärztetag auf, die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin abzulehnen. KBV-Vorsitzender Köhler verhehlte seine Bedenken nicht: „Mit einem solchen Beschluss tue ich mich sehr schwer. Hier tun wir etwas, was die Krankenkassen seit Jahrzehnten fordern, wir Ärzte aber immer abgelehnt haben, nämlich das Vertragsrecht über das Bildungsrecht der Länder zu stellen.“

Anzeige

Euthyrox/Jodthyrox

169 x 188

Aufwendungen für Fachkongresse im Ausland

Werbungskosten absetzbar

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat in seinem Urteil vom 11. Januar 2007 (Az. VI R 8/05) entschieden, dass Aufwendungen für Fachkongresse als Werbungskosten bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit abziehbar sein können, wenn ein konkreter Zusammenhang mit der Berufstätigkeit besteht. Dies ist im Rahmen einer Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalls zu bestimmen. Bildungsaufwendungen können nach der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes Werbungskosten sein sofern sie beruflich veranlasst sind. Eine berufliche Veranlassung ist gegeben, wenn ein objektiver Zusammenhang mit dem Beruf besteht und die Aufwendungen subjektiv zur Förderung des Berufs getätigt werden. Aufwendungen für einen Lehrgang sind demnach dann als Werbungskosten abziehbar, wenn ein konkreter Zusammenhang mit der Berufstätigkeit besteht. Ob dies zutrifft ist nach Würdigung aller Umstände des Einzelfalls zu beurteilen. Ebenfalls im Rahmen einer Gesamtwürdigung ist zu bestimmen, ob bei

einem Fortbildungslehrgang, der wie im Streitfall nicht am Wohnort des Steuerpflichtigen stattfindet, neben den reinen Kursgebühren auch die Aufwendungen für die mit dem Lehrgang verbundenen Reise als Werbungskosten abziehbar sind. Dabei kann die steuerliche Berücksichtigung der Aufwendungen nicht allein deshalb versagt werden, weil die Bildungsmaßnahme im Ausland stattgefunden hat. Der vollständige Abzug der Reisekosten setzt voraus, dass die Reise ausschließlich oder nahezu ausschließlich der beruflichen Sphäre zuzuordnen ist. Das ist dann der Fall, wenn der Reise ein unmittelbarer beruflicher Anlass zugrunde liegt und die Verfolgung privater Reiseinteressen nicht den Schwerpunkt der Reise bildet. Gleiches gilt, wenn die berufliche Veranlassung bei weitem überwiegt und die Befriedung privater Interessen, wie z.B. Erholung, Bildung und Erweiterung des allgemeinen Gesichtskreises nicht ins

Gewicht fällt und nur von untergeordneter Bedeutung ist. Begrüßenswert ist insbesondere die Entscheidung des BFH dahingehend, dass es zum Nachweis der tatsächlichen Teilnahme an den Veranstaltungen nicht in jedem Fall eines Anwesenheitstestates bedarf. Maßgeblich ist alleine, dass die Teilnahme zur Überzeugung des Gerichts feststeht. Der Bundesfinanzhof bestätigt mithin seine bisherige Rechtsprechung in Bezug auf die Absetzbarkeit für die Aufwendungen für die Teilnahme an Fachkongressen auch im Ausland als Werbungskosten.

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Steuerrecht Helge Rühl
Rechtsanwältin Ulsenheimer & Friederich
E-Mail: Ruehl@uls-frie.de

Haben Sie Fragen zum Steuerrecht?

Auf dem

1. DEUTSCHEN INTERNISTENTAG

in Berlin referiert Steuerberater Dipl.-Kfm. P. Schnabel am 26. Oktober über das aktuelle Steuerrecht (siehe auch Programm auf den Seiten 10/11).

1. Regionaltagung der Vorstände der norddeutschen Landesverbände in Viellank

Schnelle Absprache bei regionalen Aufgaben

Am 24. und 25. Februar 2007 wurde im mecklenburgischen Viellank die erste Regionaltagung der norddeutschen Landesverbände des BDI durchgeführt. Die Idee für eine solche Regionaltagung entstand bereits im April 2006 bei intensiven und insbesondere konstruktiven Gesprächen zwischen den Vorständen der Landesverbände Mecklenburg-Vorpommerns und Niedersachsens. Breite Zustimmung wurde dann auch von den weiteren teilnehmenden Landesverbänden aus Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein gerntet.

Zu Beginn der Tagung erläuterte der Vorsitzende des in diesem Jahr federführenden Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern, Bernd Helmecke, kurz die Grundüberlegung für die Durchführung der Klausurtagung und formulierte die Kernpunkte für die anschließende Diskussion. Er erläuterte auch den Hintergrund für die Wahl des Veranstaltungsortes. Die Gemeinde Viellank befindet sich

unweit der historisch sowohl zu Mecklenburg als auch zu Niedersachsen gehörenden Gemeinde Amt Neuhäus. Ein Ort, welcher also auch historische Gemeinsamkeiten aufweist und deshalb symbolträchtig für regionale Verbundenheit steht. In einem Leitreferat stellte der stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Niedersachsen, Dr. Klaus-Jürgen König, die aktuelle gesund-

heitspolitische Entwicklung und spezielle Auswirkungen auf die Tätigkeit in Niedersachsen dar. In der sich anschließenden regen Diskussion wurden im Ergebnis eine schnelle Absprache bei der Lösung regionaler Aufgaben vereinbart. Die teilnehmenden Landesverbände wollen zukünftig gemeinsame Veranstaltungen planen. Über den Sprecher der Landesverbände, Herrn Dr. Horst Feyerabend, erging der Antrag an den Vorstand des BDI, künftig generell den Begriff Landesgruppe durch Landesverband zu ersetzen.

Der Präsident des BDI, Dr. Wolfgang Weslack, stellte in einem Resümee die Veranstaltung als Erfolg dar. Die Bildung von regionalen Strukturen im gesamten Bundesgebiet wird geprüft. Der Regionalverband Nord trifft sich an gleicher Stelle wieder am Wochenende nach Aschermittwoch 2008 zur Klausur, dann unter Leitung des Vorstandes des Landesverbandes Niedersachsen mit seinem Vorsitzenden Dr. Michael Bodammer.



Die Landesverbände von Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein wollen künftig gemeinsame Veranstaltungen planen.

Kommentar

Die Doppeluntersuchungen

Seit Jahren gehört es zum Standardrepertoire der Gesundheitspolitiker, Krankenkassenvertreter und sogar altgedienter KV-Funktionäre zu behaupten, dass die Doppeluntersuchungen eine ganz wesentliche Ursache für die Finanzierungsmisere der GKV seien. Millionenbeträge werden genannt. Insbesondere Prof. Lauterbach erwähnt, dass man auf diesem Wege das System sanieren könne. Dabei ist die so genannte doppelte Facharztschiene voll ins Visier geraten, wobei man insbesondere vermutet hat, dass teure, bildgebende Verfahren besonders oft wiederholt würden. Es war schon immer vermutet worden, dass diese plakativ vorgetragenen Behauptungen durch Zahlen nicht bewiesen werden können. Dies hat die Akteure aber nicht daran gehindert, ihre Argumente gebetsmühlenartig zu wiederholen. Prof. Rürup hat mit dem IGES-Insitut endlich eine Untersuchung zu diesem Thema durchgeführt und dabei festgestellt, dass Doppeluntersuchungen vorkommen aber bei Vermeidung nicht mehr als 0,23 Prozent der Krankenkassenausgaben einsparen würden. Besonders interessant ist, dass die bildgebenden Verfahren auf ein Jahr betrachtet kaum wiederholt werden. Man muss die kritische Frage stellen, warum diese Untersuchung erst jetzt durchgeführt wurde, nachdem die Diskussion über die doppelte Facharztschiene durch neue Gesetzgebungsverfahren nahezu beendet ist. Das Ergebnis dieser Untersuchung wird somit das eingeläutete Ende des Facharztes in der freien Praxis nicht mehr stoppen.

HFS

Impressum

BDI aktuell wird vom Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. herausgegeben und erscheint im Georg Thieme Verlag KG. Die Zeitung erscheint monatlich mit Doppelnummer im August/September.

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. • www.BDI.de • Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden • Tel.: 0611/181 33-0 • Fax: 0611/181 33-50 • E-Mail: info@BDI.de • Präsident: Dr. med. Wolfgang Weslack • Geschäftsführer: RA Helge Rühl

Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York • www.thieme.de • Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart • Tel.: 0711/8931-0, Fax: 0711/8931-235 • E-Mail: BDI-aktuell@thieme.de

Redaktion:

Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P. • Redaktion (Mantelteil): Dr. med. Stefanie Conrads (SC), Christiane Markwardt (Cm) • Layout-Entwurf: Michael Zimmermann • Herstellung und Layout: Andrea Hartmann • Redaktionsassistentin: Sabine Kloos • Druck: L.N. Schaffrath, Marktweg 42-50, 47608 Geldern • Satz (Kongresse und Services): stm media GmbH, Friedrichstraße 10, 06366 Köthen

Weitere Mitarbeiter und Autoren dieser Ausgabe: Thomas Ahne, Dr. Claudia Pinto de Carvalho, Ch. Frye, Th. Hudler, Dr. Cornelia Jaurisch-Hancke, Birgit Kielblock, Dr. Stefan Kottmaier, Dr. Konrad Meyne, Prof. Dr. Martin Middeke, Dr. Christian Pietsch, Dr. Peter Rupp, Klaus Schmidt (KS), Dr. Elisabeth Siegmund-Schulte, Dr. Robert Stangl, Prof. Dr. Wulf Storch, Dr. Johannes Weiß

Anzeigenverwaltung/-leitung: Manfred Marggraf, pharma media Anzeigen- und Verlagsservice GmbH, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470, E-Mail: manfred.marggraf@pharmamedia.de • Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6

Kleinanzeigen schicken Sie bitte an die BDI-Geschäftsstelle (Adresse s.o.) oder an rbomemann@bdi.de

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren und der Verlag große Sorgfalt daran verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitung entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitung abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright: Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

- Anzeige -

Notfall-Defibrillator
AED • Monitoring Kombisystem
statt 4460 € nur 1799 € • MWST.
Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
www.herzmedica.de

Vorstandssitzungen des BDI am 13. und 14. April 2007 in Wiesbaden

„Nur gemeinsam sind wir stark“

Am Vorabend des 113. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin trafen sich der engere und der erweiterte Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten BDI e.V. in Wiesbaden zu zwei Sitzungen. In einer einstimmig verabschiedeten Resolution zum neuen EBM kam die Geschlossenheit der BDI-Vorstandsmitglieder zum Ausdruck.

BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack machte zu Beginn in seinem Bericht zur Lage klar, dass der Wahlkampf bereits begonnen hat. Die erste Landtagswahl wird im Mai 2007 in Bremen stattfinden. Im Jahr 2008 folgen Landtagswahlen in Hessen, Niedersachsen und Hamburg, dann finden Kommunalwahlen in Bayern und Schleswig-Holstein statt, im Herbst 2008 stehen Landtagswahlen in Bayern an. Im Wahljahr 2009 finden die Wahl des

Bundespräsidenten und die Europawahlen statt sowie im Herbst die Wahlen zum 17. Deutschen Bundestag. Die Politik ist folglich permanent im Wahlkampf, eine sachorientierte Politik findet so gut wie nicht statt. Eine der Auswirkungen des GKV-WSG ist laut Wesiack die GKV-isierung der PKV und die PKV-isierung der GKV. Es wird die Pflicht zur Versicherung für alle Bürger eingeführt. Auch für die PKV besteht damit ein

Kontrahierungszwang. Der Basistarif wird bei einem zu erwartenden Zustrom von PKV-Versicherten zur Premienerhöhungen in den anderen Tarifen führen. Durch die Portabilität der Altersrückstellungen wird der Wechsel von einer privaten in eine andere private Krankenversicherung erleichtert. Auf der anderen Seite werden PKV-Elemente in die GKV eingeführt: Wahltarife mit Selbstbehalt, Kosten-

erstattung, Prämien für Nicht-Inanspruchnahme und Tarife für besondere Versorgungsformen. Die nächste Baustelle ist der EBM 2008. In Wesiacks Augen ist der Zeitplan mit dem Ziel 1.10.2007 viel zu eng gefasst. Ohne zusätzliche Finanzmittel droht ein neues EBM-Chaos (siehe Resolution). Der Vorstand befaste sich intensiv mit der Vorbereitung des 110. Deutschen Ärztetags Mitte Mai in Müns-

ter. Die Chancen stehen nicht schlecht, dass das Anliegen des BDI, den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt wieder in die Weiterbildungsordnung einzuführen, diesmal von Erfolg gekrönt werden wird. „Wir gehen mit Optimismus nach Münster“, betonte Wesiack und fügte unter dem Beifall der Vorstandsmitglieder hinzu: „Nur gemeinsam sind wir stark.“

KS

Grußwort des Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack zur 113. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden am 15. April 2007

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Schröder,
sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,
sehr geehrter Herr Professor Hoppe,
sehr geehrter, lieber Herr Kongresspräsident Hiddemann
meine Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich freue mich sehr, Ihnen die herzlichen Glückwünsche der internistischen Schwesterorganisation, des Berufsverbandes Deutscher Internisten, zum 125. Jubiläum übermitteln zu dürfen.

Lieber Herr Hiddemann! Auch meine persönlichen Glückwünsche gehen an Sie verbunden mit dem Dank für die vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit im letzten Jahr. Dank Ihres großen Einsatzes sind DGIM und BDI enger zueinander gerückt. Viel Erfolg mit diesem Jubiläumskongress! Nun ist es also in Kraft, das GKV-WSG, das Gesetzliche-Krankenversicherungs-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz. Erschöpft lehnen sich die Politiker zurück – endlich, es ist vollbracht – und wissen doch genau, dass die ursprünglich formulierten Ziele nicht erreicht worden sind. Die große Koalition hat die große Chance vertan, generationengerechte und demografie-feste Finanzstrukturen in der GKV zu schaffen. Stattdessen hat sie mit dem geplanten Gesundheitsfonds ein Meisterstück politischer Unzulänglichkeit abgeliefert. Der Weg zu diesem Gesetz war abstrus, bisweilen auch nicht frei von Komik – denken Sie nur an die diversen „Durchbrüche“, die nach langen Nachtsitzungen von übermüdeten Parteivorsitzenden verkündet werden mussten. Dass Union und SPD gegen alle Vernunft und gegen den erklärten Willen aller Beteiligten im Gesundheitswesen handelten, war letztlich eine Frage des politischen Überlebens.

Sachliche Argumente dabei spielten keine Rolle. Ohne diesen Formelkompromiss zu Lasten der Patienten und Leistungsträger im Gesundheitswesen wäre die Koalition am Ende gewesen. Was aber, frage ich Sie, wäre daran so schlecht gewesen? Diese Reform wäre uns jedenfalls erspart geblieben. Was will die Regierung eigentlich? Wirklich mehr Wettbewerb oder doch nur mehr staatlichen Zentralismus? Geradezu grotesk ist es doch, wenn nun das demografie-feste Modell der privaten Krankenversicherung Schritt für Schritt der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen wird, um den Weg frei zu machen für die staatliche Einheitskasse. Diese GKV-isierung eines Teils der PKV wird über die Einführung des sog. Basistarifes gesteuert. Auf der anderen Seite gibt es auch die PKV-isierung der GKV mit der Einführung der neuen Wahltarife mit Beitragsrückerstattung oder Selbstbehalt. Und was macht der gesunde junge Versicherte? Er geht natürlich in die günstigen Wahltarife mit Rückerstattung. Die chronisch kranken Versicherten, die ca. 80% der Kosten verursachen, können dies aber nicht. Dieser Wettbewerb in den Wahltarifen wird das Solidarprinzip auf Dauer entscheidend gefährden, wenn nicht sogar aushebeln. Deshalb werden wir Ärzte nicht müde und nicht nachlassen in unserer Aufklärungsarbeit, deshalb werden wir die Patienten dauerhaft darüber informieren, wer für die negativen Folgen

dieses Gesetzes die Verantwortung trägt. Und wer die Verantwortung trägt für die Schließung des Krankenhauses in unmittelbarer Nähe oder für den Verlust der gewohnten flächendeckenden und wohnortnahen ambulanten Versorgung durch Haus- und Fachärzte. Diese vom Gesetzgeber beabsichtigte so genannte Marktberingung wird für ältere Menschen, Familien mit Kindern und einkommensschwache Bevölkerungsteile zu enormen Problemen führen. Wir werden diese Probleme aufzeigen – mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln. Die Auswirkungen dieser Reform werden nach und nach zu Tage treten. Ich bin ganz sicher, dass die Menschen wissen, wer ihnen das eingebrockt hat und dies auch vor der nächsten Wahl nicht vergessen ist. Doch jetzt zu einem erfreulichen Thema: die Chance zur Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin auf dem kommenden Deutschen Ärztetag im Mai in Münster. Es sieht allerdings nicht nach einem „Westfälischen Frieden“ zu Münster und Osnabrück“ wie 1648 aus, als nach 30-jährigem Kampf Katholiken und Protestanten, Habsburger und andere europäische Großmächte der mehrjährigen diplomatischen Kunst folgend, einen dauerhaften Frieden schlossen. Wir Internisten sind für diesen Frieden. Wir bauen auf Kooperation statt Konfrontation. Dazu gehört aber für uns unverzichtbar die Wiedereinführung des FA für Innere Medizin. Wir haben das Recht, wie es jeder anderen Arztgruppe auch zusteht, uns die Weiterbildung zu geben, die wir für die Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen brauchen. Selbst die EU-Kommission droht mit einem Vertragsverletzungsverfahren,

wenn Deutschland jetzt keine EU-kompatible Form für die Notifizierung der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ vorlegt. Wir sind deshalb dem Vorstand der Bundesärztekammer außerordentlich dankbar, dass er dieses Thema noch einmal auf die Tagesordnung des Deutschen Ärztetages gesetzt hat. DGIM und BDI haben ihre Hausaufgaben zusammen mit der BÄK gemacht und legen einen einheitlichen und abgestimmten Vorschlag dem Deutschen Ärztetag zur Entscheidung vor. Dieses modulare Konzept, welches die Beschlüsse von Rostock und Köln nicht verändert, sondern nur erweitert, führt als 3. Komponente neben dem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und dem Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt xy den Facharzt für Innere Medizin wieder ein, den wir dringend im Krankenhaus zur Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen brauchen. Zuversichtlich und gelassen werden wir die Delegierten der Allgemeinärzte, der anderen Arztgruppen, des Marburger Bundes und der anderen Verbände, die Vertreter der Landesärztekammern und die ärztliche Öffentlichkeit mit unseren Argumenten zu überzeugen versuchen. Lieber Herr Professor Hiddemann, wir beide sind optimistisch, dass uns dies gelingen wird. Unseren Optimismus schöpfen wir aus der Kraft unserer Zusammen-

arbeit. DGIM und BDI, diese beiden großen Organisationen der Inneren Medizin, haben erkannt, dass Trennendes hinter dem Gemeinsamen zurück stehen muss, dass wir zusammen stärker sind. Aus diesen Überlegungen heraus ist auch die gemeinsame Durchführung des Deutschen Internistentages entstanden, den wir gemeinsam, BDI und DGIM, erstmalig vom 25. bis 27. Oktober 2007 in Berlin durchführen werden. Wir werden dort, mehr noch als in Wiesbaden, wo traditionell die wissenschaftliche Medizin und die Fortschritte in der Inneren Medizin im Mittelpunkt stehen, gesundheitspolitische Themen unter dem Thema „Nachhaltige Gesundheits- und Gesellschaftspolitik aus Sicht der Inneren Medizin“ in den Vordergrund stellen. Aber wir wären nicht Internisten, wenn wir nicht auch der Fortbildung ihren wichtigen Stellenwert einräumen würden. Schon heute möchte ich Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, auch im Namen von Herrn Professor Ertl, dem nächsten Vorsitzenden der DGIM und den beiden Tagungspräsidenten, den Herrn Professoren Riemann und Hiddemann, ganz herzlich nach Berlin einladen. Doch geht heute unser Blick auf die Eröffnung dieses Jubiläumskongresses. Gutes Gelingen und viel Erfolg! Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Anzeige

Pentalog Motiv 3

111 x 50