

Der Gastkommentar

Todsünde eines Experten: Verbreiten falscher Sicherheit

SARS hatte weltweit Ängste ausgelöst. Bis Juli 2003 hatte es vor allem in Asien etwa 8100 Erkrankte und etwa 770 Tote durch das „Severe Acute Respiratory Syndrome“ gegeben [1]. Auf allen Kontinenten wurden Flüge storniert, Reisen verschoben, manchmal gab es Panik. Für die Herausgeber des „Journal of Epidemiology and Community Health“ war das einschneidende Auftauchen des neuen Erregers Anlass, neun Experten des Feldes zu fragen, ob sie mit einer schnellen Rückkehr der Epidemie rechnen würden [2].

Die Prognosen waren alles andere einstimmig: 3 Experten sagten für den Herbst/Winter 2004 eine erneute Epidemie voraus, 3 hielten eben das für unwahrscheinlich, 2 sagten zwar neue Fälle voraus, legten sich nicht auf die Größe der Epidemie fest und ein Experte verweigerte völlig eine Vorhersage [3]. Am Ende lagen 3 der 9 richtig – seit April 2004 wurden keine SARS-Fälle mehr gemeldet [3].

Die kleine Umfrage kennzeichnet die wichtigste Eigenschaft von Experten: Sie irren sich häufig. Nur wenn man genügend Experten fragt, steigen die Chancen, dass zumindest einer darunter ist, der Recht hat.

Leider weiß man vorher nicht, welcher es ist. Gerade in der Geschichte der Medizin wimmelt es von Experten, die Unrecht behalten haben. Aber: Weil es eben auch immer wieder eine Autorität gibt, die Recht behält, hält sich der Glaube an das Prinzip „Experte“ hartnäckig. Und: Wer einmal als Experte gilt, hat in der Regel ein hohes Interesse, diesen Ruf zu verteidigen. Experten sind hochangesehen, ihre Meinung hat Gewicht, sie haben Einfluss und können gerade in der Medizin auch finanziell enorm von der Expertenrolle profitieren. Viele sind da sehr gerne Experte. (Eine amüsante Typologie findet sich im BMJ [4].)

Auch für Nicht-Experten haben Autoritäten eine angenehme Funktion: Sie nehmen einem das eigene Denken ab. Und dass umso mehr, je souveräner ein Experte auftritt. Ärzte werden während der Ausbildung durch die steile Hierarchie ja vielerorts geradezu darauf selektiert, Experten (dem Chef) ohne Widerspruch zu folgen. In dieser Wirkung lassen sich zu viele Experten auch gerne als „Key Opinion Leader“ (kol) missbrauchen. Das ist in der Sprache der Marketing-Agenturen die Bezeichnung für Experten, die bei der Planung von Werbestrategien schon ganz früh kontaktiert werden

und sich auch dank großzügiger Honorare gerne als Meinungsbildner einspannen lassen [5] (http://en.wikipedia.org/wiki/Pharmaceutical_marketing).

Allerdings besteht die große Gefahr, dass Experten dieses Kalibers sich für Interessen einsetzen, die nicht primär die Interessen ihrer Patienten sind.

Die Wahrnehmung, dass manche Experten vor allem ihre eigenen Schäfchen ins Trockene bringen, ist einer der Gründe, warum Experten zunehmend an Autorität verlieren. Gleichzeitig nimmt die Menge des Wissens in der Medizin so schnell zu, dass auch der beste Experte nicht mehr den Überblick behalten kann – oder nur für einen immer kleineren Ausschnitt. Zudem sind dank des Internets die Zeiten vorbei, in denen Autoritäten exklusive Hüter des Wissens waren. Der Bereich, auf den nur Experten Zugriff haben, schrumpft gerade in der Medizin sehr schnell.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen ist Evidenzbasierte Medizin (EbM) die logische Antwort. EbM ist auch eine Reaktion auf Hunderte von kleinen und großen Pannen, in denen sich Experten als unzuverlässig



Prof. Dr. Peter T. Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

herausgestellt haben. Auch in der EbM werden Experten (im Sinne von Spezialisten) benötigt, aber ihre Rolle ist ganz anders: Diese Experten haben aus der Vergangenheit gelernt und sind in der Lage, Fehler zu vermeiden, die sie oder andere

bereits gemacht haben. EbM ist im Kern die Lehre davon, was in der Medizin alles schiefgehen und was man dagegen tun kann. Wer EbM ablehnt, kann ebenso gut im Straßenverkehr eine rote Ampel ignorieren, und sich dann wundern, wenn es Unfälle gibt.

Ein „guter“ Experte in diesem Sinne ist nicht der, der auf alles eine Antwort hat, sondern einer, der sich über die Grenzen des eigenen Wissens im Klaren ist und das auch deutlich sagt. Experten dürfen sich irren. Was sie nicht dürfen, ist, falsche Sicherheit zu verbreiten.

Ein Element der EbM ist gerade die Sicherheit des Wissen abzuschätzen, je nachdem mit welchen Methoden es gewonnen wurde. Ein Experte hat da nur noch so viel Wert, wie die wissenschaftliche Basis auf die er sich beruft. Experten, die sich nur auf ihre subjektive „Erfahrung“ beziehen,

stehen ganz unten auf der Skala der „Ergebnissicherheit“. Experten, die zusätzlich systematisch bewertetes Wissen aus guten Studien einbeziehen, stehen hingegen oben.

Freilich ist es so, dass letztere Experten oft mit vorgefassten und oft weitverbreiteten Meinungen kollidieren. Das macht sie unbequem und manchmal unbeliebt. Experten sind halt in der Regel dann gerne gesehen, wenn sie die eigene Meinung bestätigen. Aber gerade dazu braucht man sie nicht.

Klaus Koch, Peter T. Sawicki

Literatur:

1. World Health Organization. WHO guidelines for the global surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS) – Updated recommendations October 2004. 2004.
2. Lee A, Abdulah A, Rezza G, Wong T, Hsu L, Paton N et al. Sporadic contact with unfamiliar source makes epidemic unlikely. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(10): 770–777.
3. Wong TW. „Will the SARS epidemic recur?“ A retrospective analysis of the experts' opinions. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1): 87.
4. Oxman AD, Chalmers I, Liberati A. A field guide to experts. *BMJ* 2004; 329(7480): 1460–1463.
5. House of Commons. The Influence of the Pharmaceutical Industry – Health: Fourth Report [Online-Text]. Zugriff am: 12. Oct. 2007. Gelesen unter: www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/4211.htm#n157.

Sachverständigen-Gutachten 2007 (Fortsetzung von Seite 1)

Ärztliche Aufgaben an Hilfskräfte?

Anstelle einer bislang favorisierten Fokussierung auf die Einzelinteressen der jeweiligen Berufsgruppe und dem Versuch, die Situation allein innerhalb der Berufsgruppe zu optimieren, kann eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe für alle Beteiligten und nicht zuletzt für die Patienten weitaus vorteilhafter sein, als an den alten Mustern festzuhalten, so die Feststellung. Dies gilt vor allem dann, wenn das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe sich dahingehend wandelt, dass flache, vernetzte Teamstrukturen als sinnvoll und tragfähig angesehen werden. Keinesfalls soll aus Kostengründen teure ärztliche Arbeit auf billigere Hilfskräfte verlagert werden, stellte der Rats-Vorsitzende Prof. Eberhard Wille auf einer Fachtagung von BKK und TK in München klar: „Wir plädieren nicht dafür, dass Krankenschwestern die Organtransplantation vornehmen.“

Vielmehr sollten neue Berufe zwischen Pflegekräften und Ärzten entstehen, die die Ärzte entlasten und ihnen mehr Zeit für ihre eigentliche

Arbeit lassen. Zunehmend häufiger bekundeten Ärzte ihre Unzufriedenheit wegen Arbeitsüberlastung, Einschränkung der professionellen Autonomie und mangelnder, zum Beispiel monetärer Anerkennung. Sie würden oftmals zu Aufgaben herangezogen, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen, so würden z. B. Infusionen oder administrative Arbeiten von Ärzten ausgeführt, obwohl dafür andere Berufsgruppen zur Verfügung stünden.

Um das zu ändern, wollen die Sachverständigen folgende Grundsätze berücksichtigt sehen:

- Die Begründung einer neuen Aufgabenverteilung sollte aus dem Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten hergeleitet werden.
- Die Versorgung und die in Teams kooperierenden Berufsgruppen müssen dabei gleichermaßen den Gesichtspunkt der Qualität und der Kosteneffektivität berücksichtigen. Leistungen sind stets dort zu

erbringen, wo dies mit dem jeweils geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Versorgungsqualität möglich ist.

- Gerade die aktuelle Diskussion um Patientensicherheit offenbart die Abhängigkeit eines modernen Gesundheitssystems von intakter Kommunikation, flachen Teamstrukturen und einer Entkopplung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen.
- Die veränderten Rollen der Gesundheitsberufe müssen flexibel, den lokalen Gegebenheiten angemessen und entwicklungsfähig gestaltet werden, um optimal auf zukünftige, nicht immer vorhersehbare Versorgungsnotwendigkeiten reagieren zu können.
- Die neuen Berufsbilder sollten die realistische Option bieten, die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen durch sinnvolle Arbeitsteilung zu verbessern, und sollten garantieren, dass Tätigkeiten entsprechend dem eigenen Qualifikationsniveau durchgeführt werden können.

- Die Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss dazu beitragen, die Abhängigkeit der Morbiditätslast vom sozioökonomischen Status abzumildern.

● Eine Reihe von Defiziten

- Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, kritisieren die Experten, weist gegenwärtig eine Reihe von Defiziten auf, die im Prozess der Entwicklung einer verbesserten Arbeitsteilung behoben werden sollten:
- Die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen.
 - Hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit.
 - Die interprofessionelle Standardisierung ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden.
 - Es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung.
 - Die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf

die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor.

● Eine Reihe von Erfordernissen

Die Komplexität der Organisationen des Gesundheitswesens ist hoch und hat in den letzten Jahren noch zugenommen. Vor diesem Hintergrund gilt es nach Auffassung des Rats, angesichts der fortschreitenden Spezialisierung (Arbeitsteilung) vor allem die Integration der Tätigkeiten und Leistungen verschiedener Gesundheitsberufe zu verbessern. Weiterhin stellen demographische Entwicklungen und Veränderungen des Morbiditätsspektrums Herausforderungen für das Versorgungssystem und seine Akteure dar. Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem geraten durch die Zunahme älterer, chronisch erkrankter und zunehmend multimorbider Patienten weiter unter Druck. Auch eine Veränderung der Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer des Systems machen eine Neuordnung von Zuständigkeiten für das umfangreiche Aufgabenspektrum in der Gesundheitsversorgung notwendig. Das zentrale Problem sehen die Experten in einer unzureichend sektorübergreifenden Versorgung und dem Mangel an interdisziplinären

und flexiblen Versorgungsstrukturen. Zunehmende wichtiger wird es, den wachsenden Bedarf an personellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung in einer immer älter werdenden Gesellschaft sicherzustellen. Schließlich ergibt sich auch aus Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts, der in großem Umfang Arbeitsstrukturen, Arbeitsinhalte und -formen in der Gesundheitsversorgung prägt, die Notwendigkeit, die Arbeitsverteilung zwischen den Berufen im Gesundheitswesen anzupassen.



Bild: MEV

Nach Meinung der sieben „Gesundheits-Weisen“ sollen neue Berufe zwischen Pflegekräften und Ärzten entstehen, die die Ärzte entlasten und ihnen mehr Zeit für ihre eigentliche Aufgabe lassen.

Auf Veränderungen im Gesundheitssystem wird bereits durch moderne Formen der Kooperation reagiert. Diese Formen sollten zukünftig sinnvoll weiterentwickelt und ausgeweitet werden:

- das ambulante multiprofessionelle Team, das die Versorgung einer älter werdenden, vermehrt an chronischen und multiplen Erkrankungen leidenden Bevölkerung zur Aufgabe hat und alle Berufsgruppen umfasst, die für die Versorgung in der Fläche notwendig sind,
- das transsektorale Case Management, das die Fallführung in den drei Sektoren ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zum Ziel hat und neue Funktionen, vor allem hinsichtlich der an den Patienten orientierten Abstimmung der Behandlung beim Übergang zwischen den Sektoren und das Erreichen eines gemeinsamen Behandlungserfolges in den Mittelpunkt stellt, und
- das hochspezialisierte Behandlungsteam im Krankenhaus, das innovationsnahe Verfahren entwickelt und verwendet und dabei auf Spezialisierung sowie neue Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen zurückgreift, da sonst die Innovation nicht umsetzbar wäre.

● **Berufsverbände betonen Notwendigkeit einer Neuordnung**

Zur Erkundung der Situation haben sich die Sachverständigen bei den unterschiedlichen Berufsgruppen und in der Politik auf Landesebene umgehört. Dabei konnten sie registrieren, dass nicht zuletzt die Berufsgruppen selbst die Notwendigkeit einer Neu-

ordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe betonen. So bekundeten alle angehörten Berufsverbände, auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen – zum Teil mit sehr unterschiedlichen Vorstellungen – mit Konsequenzen für ihre Professionentwicklung zu reagieren. Übereinstimmend konstatierten die Vertreter der Berufsverbände den hohen Stellenwert von Aus-, Weiter- und Fortbildung für eine bessere Kooperation. Sie erwähnten auch verschiedene Bereiche, in denen sich die Team-

arbeit verbessern könnte: Früherkennung und Versorgung verwahter Kinder, Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit bestimmten psychischen Störungen, neue Versorgungskonzepte (z. B. integrierte Versorgung, DMP), Rehabilitation, Versorgung in ländlichen Regionen (mit Ärztemangel), Versorgung von Suchtkranken, Patientenberatung und -schulung, Onkologie, Palliativ- und Hospizversorgung, Versorgung von Demenzpatienten, Chronikern, mehrfach erkrankten, älteren und pflegebedürftigen Patienten und Versorgung von Patienten mit komplexen sozialen Problemen. Auch wurden multiprofessionell erarbeitete Leitlinien als wichtige Grundlage für eine Verbesserung der Zusammenarbeit genannt. Die Notwendigkeit zur Reform der (rechtlichen) Rahmenbedingungen einer Zusammenarbeit reicht von der Einschätzung, dass es prinzipiell keiner Veränderungen bedarf, bis hin zu weit reichenden und mehrere rechtliche Regelungssysteme betreffenden Vorschlägen.

In diesem Zusammenhang stellten verschiedene nicht-ärztliche Berufsverbände die ihrer Ansicht nach zu dominante Rolle der Ärzte in der Krankenversorgung zur Diskussion und machten Veränderungsvorschläge, die ihnen eine unabhängige Rolle bei der Ausübung des (Heil-)Berufes zuweisen. Bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen wird neben der gängigen Form der Delegation (unter ärztlicher Anordnung und Aufsicht) auch eine völlig eigenständige Ausführung bestimmter Tätigkeiten diskutiert. Als Voraussetzung für eine Übertragung werden entsprechende Kompetenzen beim Delegationsempfänger angesehen.

Die Abkoppelung der Leistungserbringung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe von der ärztlichen Verordnung im SGB V wird teilweise befürwortet, teilweise abgelehnt. Befürworter nennen im Einzelnen folgende Leistungen: Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Folgeverordnungen von Medikamenten für chronisch Kranke, Einweisungsrechte für bestimmte Patientengruppen, Verzicht auf die ärztliche Überweisung zugunsten eines direkten Zugangs

von Patienten zu bestimmten Leistungserbringern. Ablehner verweisen auf den hohen Standard, den die Krankenversorgung in Deutschland aufweist, weil viele Tätigkeiten durch hoch qualifizierte Ärzte ausgeführt werden, und auf die Gefahr der Leistungsausweitung, wenn weitere Versorgerberufe Leistungen verordnen dürfen.

Die vom Rat befragten Landesministerien reagierten vornehmlich aufgrund der regionalen Besonderheiten. So unterstützen vor allem Bundesländer mit geringer Bevölkerungsdichte die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch arztentlastende und gemeindenahere Projekte wie z. B. das Projekt „AgnES“; andererseits begleiten Bundesländer mit hoher Bevölkerungsdichte Projekte mit neuen Kompetenzprofilen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. So entstanden bereits neue Berufsbilder, z. B. das des operationstechnischen Assistenten. Darüber hinaus werden Modelle zur Akademisierung, z. B. der Pflegeberufe, gefördert. Insgesamt kann der Rat feststellen, dass es zahlreiche Initiativen der einzelnen Gesundheitsberufe und der zuständigen Landesministerien zur Verbesserung der Arbeitsteilung gibt. Die empirische Evidenz dafür, dass geplante und umgesetzte Modelle einer veränderten Arbeitsteilung zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen, fehlt allerdings noch. Wegen der Brisanz der Veränderung der Aufgabenverteilung empfehlen die Sachverständigen, mit kleinen Schritten zu beginnen: Im ersten Schritt können über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Im zweiten

Konkurrenz für die KV

Die Revolution in Nordhessen

Mit dem § 73c im SGB V hat die Bundesregierung für die Krankenkassen eine Möglichkeit geschaffen, die ambulante Versorgung auch außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung sicherzustellen. An solchen Verträgen sind Hausärzte und Fachärzte beteiligt, sodass man die ambulanten Versorgungsebenen darstellen kann. Der VdAK Bundesverband möchte dies nun in Nordhessen realisieren.

Der VdAK Bundesverband nutzt die neuen rechtlichen Möglichkeiten jetzt konsequent aus und möchte die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, nämlich die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, anderen Trägern übergeben. Er hat die Absicht, dies in der Stadt Kassel, dem Kreis Kassel und dem Schwalm-Eder-Kreis umzusetzen.

Die Kassenärztliche Vereinigung bekommt Konkurrenz. Wie es sich gehört, wird ein 73c-Vertrag ausgeschrieben. Die Ausschreibung ist offensichtlich so vorbereitet, dass sie auf ein bereits in Kassel existierendes Medizinisches Versorgungszentrum ausgerichtet ist. Wie bei freien Verträgen üblich, kommen die Details der Finanzierung und der Inhalte in der Regel nicht an die Öffentlichkeit. So

Der „neue“ Sachverständigenrat bis 2009

Am 12. Oktober 2007 hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin offiziell den neuen Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ernannt. Ausgeschieden sind Prof. Dr. med. Gisela Fischer, Hochschullehrerin für Allgemeinmedizin in Hannover, und Prof. Dr. med. Peter C. Scriba, langjähriger Leiter der Inneren Klinik der LMU München.

Dies sind die Mitglieder des neuen Sachverständigenrats:

Vorsitzender:

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Universität Mannheim

Stellvertretender Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Aufsichtsrat des Klinikums der Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Prof. Dr. med. Marion Haubitz, Abt. Nephrologie, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeier, Abt. Medizinsoziologie, Freie Universität Berlin

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin

Der neue Sachverständigenrat hat von der Politik die Aufgabe erhalten, bis zum Frühjahr 2009 Empfehlungen abzugeben, wie eine generationengerechte Gesundheitsversorgung in unserer Gesellschaft des längeren Lebens aussehen muss.

Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, erfolgt

im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung. Der Rat empfiehlt die Verankerung einer Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung.

KS

● **Ein Vorgang mit Präzedenzcharakter**

Die Gemengenlage ist undurchsichtig. Offensichtlich ist der VdAK konsequent bereit, einen entsprechenden Vertrag zu unterzeichnen und das Ganze ab dem 1. Januar 2008 auf den Weg zu bringen. Auch wenn man den Vorgang mit Gelassenheit beobachtet, weil man glaubt, dass es kaum gelingen wird über ein einzelnes Medizinisches Versorgungszentrum und einige wenige Vertragsärzte eine flächendeckende Sicherstellung für einen Teil der VdAK-Versicherten abzubilden, so hat der Vorgang doch Präzedenzcharakter. Der VdAK will offensichtlich ausloten, ob es Partner in der Vertragärzteschaft gibt, mit denen man einen Sicherstellungsvertrag außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung schließen kann. Krankenkassen und betroffene Ärzte, aber auch Versicherte werden ihre Erfahrungen positiv wie negativ bei diesem Projekt machen.

Aber eines ist sicher. Gleichgültig wie das Experiment Kassel ausgeht, es wird nicht der letzte Versuch sein, über 73c-Verträge die Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigung in Frage zu stellen.

HFS

BDI-Vorstandswahlen 2008

Satzungsgemäß finden im Jahr 2008 Neuwahlen zum Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. statt.

Traditionell wird der neue Vorstand am Rande des Internistenkongresses in Wiesbaden in der BDI-Mitgliederversammlung am

Sonntag, dem 30. März 2008

durch die anwesenden, stimmberechtigten Mitglieder gewählt.

Von den 14 möglichen Vorstandsmitgliedern

- werden zehn durch die Mitgliederversammlung gewählt,
 - wird ein Mitglied durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. benannt,
 - wird ein Mitglied gemeinsam durch die Vorsitzenden der BDI-Sektionen und der BDI-Arbeitsgemeinschaften in den Vorstand entsandt,
 - wird ein Mitglied durch die Vorsitzenden der Landesvertretungen abgeordnet
- und
- wird ein Mitglied aus der Mitte der außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung, Medizinstudenten) in den Vorstand gewählt.

Wahlen werden durch Akklamation – oder auf Antrag eines Mitglieds geheim mit Stimmzetteln – durchgeführt. Die Mitglieder des Vorstandes werden in einem Wahlgang gewählt. Jedes wahlberechtigte Vereinsmitglied ist berechtigt, von den zur Wahl stehenden Kandidatinnen und Kandidaten zehn oder weniger zu wählen.

Als gewählt gelten die Personen, welche die meisten Stimmen auf sich vereinigt haben.

Wahlvorschläge für die durch die Mitgliederversammlung zu wählenden Vorstandsmitglieder müssen schriftlich vier Wochen vor der Wahl bei der BDI-Geschäftsstelle (Wiesbaden) eingegangen und von mindestens zehn ordentlichen Mitgliedern unterschrieben sein. Ordentliches Mitglied ist jedes Mitglied, welches anerkannte/r Fachärztin/arzt für Innere Medizin ist (niedergelassener Arzt; Oberarzt, Angestellter, Beamter u.ä.).

Die Geschäftsstelle des BDI e.V. möchte daher interessierte Kandidatinnen und Kandidaten für eine Vorstandsmitgliedschaft bitten, ihren Wahlvorschlag frühzeitig vor der Mitgliederversammlung am 30. März 2008 einzureichen, also bis spätestens 3. März 2008. Maßgeblich ist der Posteingang bei der BDI-Geschäftsstelle in Wiesbaden.

Zu beachten ist, dass die ordentliche Mitgliedschaft der den Wahlvorschlag unterstützenden Mitglieder selbstverständlich durch die Geschäftsstelle überprüft wird. So sind z. B. ordentliche Mitglieder,

die ihren Austritt aus dem Verband bereits erklärt haben, jedoch erst zum Ende des Jahres 2008 ausscheiden, gem. § 10 Abs. 2 der Satzung des BDI e.V. nicht mehr legitimiert, eine Kandidatur bzw. einen Wahlvorschlag mit ihrer Unterschrift rechtsgültig zu unterstützen. Soweit der Wahlvorschlag nicht gemäß der Satzung von zehn ordentlichen Mitgliedern unterschrieben ist, da z. B., wie dargestellt, ein Mitglied bereits den Austritt erklärt hat, wäre dieser insoweit ungültig. Die ordnungsgemäße Unterzeichnung durch ein ordentliches Mitglied kann bis zu vier Wochen vor der Wahl nachgeholt werden. Später ist der mögliche Kandidat von der Wahl 2008 zum Vorstand des BDI ausgeschlossen.

Wir möchten die berufspolitisch interessierten Mitglieder, die sich für eine Kandidatur zur Wahl als Mitglied des Vorstandes des BDI e.V. entschieden haben, bitten, die oben genannten satzungsgemäßen Voraussetzungen zu beachten und frühzeitig ihren Wahlvorschlag einzureichen.

Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des BDI e.V. stehen wie immer für alle entsprechenden Auskünfte zur Verfügung.



RA Helge Rühl
Geschäftsführer des BDI e.V.

BDI e. V. Wahl zum Vorstand 2008



Für die Wahl in den BDI-Vorstand wird vorgeschlagen:

Name/Vorname _____
 Straße/Hausnummer _____
 PLZ/Ort _____
 Mitgliedsnummer _____

Zustimmungserklärung

Ich stimme meiner Kandidatur als Mitglied des BDI-Vorstandes zu.

Unterschrift _____

Unterstützerstimmen für den Wahlvorschlag:

Nr.	Vor- und Zuname (Druckschrift)	Vor- und Zuname (Unterschrift)	PLZ/Ort	Mitglieds-Nr.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

per Fax:
0611/181 33-50

oder per Post an den

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden

Arztrecht

Bundesgerichtshof entscheidet über Abrechnung ärztlicher Leistungen zum 2,3-fachen des Gebührensatzes

Der Beklagte befand sich in ambulanter privatärztlicher Behandlung des Klägers, eines Augenarztes. Dieser rechnete seine Leistungen, darunter eine Operation des linken Auges wegen Grauen Stars, mit insgesamt 4.074,56 DM ab. Abgesehen von vier näher begründeten Gebührenpositionen, die mit dem Faktor 3,5 abgerechnet wurden, und drei Zuschlägen, die nur mit dem Einfachen des Gebührensatzes berechnungsfähig sind, enthielt die Rechnung für die persönlich-ärztlichen Leistungen ausschließlich den Faktor 2,3 und für die medizinisch-technischen Leistungen den Faktor 1,8. Das sind die Höchstsätze der jeweiligen Spanne, innerhalb deren der Arzt seine Leistungen in der Regel abzurechnen hat. Der Beklagte verweigerte die Bezahlung der Rechnung, weil er sie für überhöht hielt. Das Verfahren erreichte letztlich den Bundesgerichtshof (BGH).

Der für das ärztliche Gebührenrecht zuständige III. Zivilsenat des Bundes-

gerichtshofs gab der Revision des klagenden Arztes gegen die Urteile der Vorinstanzen statt. Allgemein bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr für persönlich-ärztliche Leistungen nach dem Ein- bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes (§ 5 Abs. 1 Satz 1 der GOÄ). Für medizinisch-technische Leistungen gilt ein Gebührenrahmen zwischen dem Einfachen und dem Zweieinhalbfachen. Innerhalb des Gebührenrahmens hat der Arzt die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ). Weiter ist in § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ bestimmt, dass „in der Regel“ eine Gebühr nur „zwischen“ dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden darf. Die Überschreitung des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Kriterien sich im Einzelfall von üblicher-

weise vorliegenden Umständen unterscheiden und ihnen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses Rechnung getragen worden ist.

Im Streitfall ging es hauptsächlich um die Frage, ob ärztliche Leistungen, die nach Schwierigkeit und zeitlichem Aufwand als durchschnittlich zu bewerten sind, mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne (2,3- bzw. 1,8) abgerechnet werden dürfen. In der bisherigen Rechtsprechung und Literatur wird weitgehend die Auffassung vertreten, die Regelspanne solle für die große Mehrzahl der Behandlungsfälle gelten und den Durchschnittsfall mit Abweichungen nach oben und unten, also auch schwierigere und zeitaufwändigere Behandlungen, erfassen. Hieraus wird vielfach der Schluss gezogen, eine im Durchschnitt liegende ärztliche Leistung sei mit einem Mittelwert innerhalb der Regelspanne, also mit dem 1,65- oder dem 1,4-fachen, zu entgelten oder mit

einem etwas darüber liegenden Wert von 1,8 bzw. 1,6. Diese Auffassung hatte unter anderem das Berufungsgericht vertreten. In der Abrechnungspraxis von privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen ist dagegen festzustellen, dass ärztliche Leistungen weit überwiegend zu den Höchstsätzen der Regelspanne abgerechnet werden.

Der BGH hat insoweit entschieden, ein Arzt verletze das ihm vom Verordnungsgeber eingeräumte Ermessen nicht, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechne. Dem Verordnungsgeber sei die Abrechnungspraxis seit vielen Jahren bekannt und er habe davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne für die Abrechnungspraxis deutlicher abzugrenzen und dem Arzt für Liquidationen bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung seiner Einordnung abzuverlangen. Möchte der Arzt für eine Leistung das 2,3-fache des Gebührensatzes überschreiten, ist er nach § 12 Abs. 3 GOÄ verpflichtet, dies für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen und auf Verlangen die Begründung näher zu erläutern. Ohne eine nähere Begründungspflicht im Bereich der Regelspanne ist es jedoch nicht

praktikabel und vom Verordnungsgeber offenbar nicht gewollt, dass Zahlungspflichtige und Abrechnungsstellen den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor ermitteln oder anderweitig festlegen. Insbesondere hat der Verordnungsgeber einen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne, wie ihn Teile der Rechtsprechung und Literatur für richtig halten, nicht vorgesehen. Hiervon bleibt selbstverständlich unberührt, dass der Arzt seine Leistungen nicht schematisch mit dem Höchstsatz der Regelspanne berechnen darf, sondern sich bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen muss.

BGH – Urteil vom 8. November 2007 – III ZR 54/07
AG Hamburg – Urteil vom 5. Oktober 2005 – 6 C 375/04 ./ LG Hamburg – Urteil vom 7. Februar 2007 – 318 S 145/05

Mitgeteilt durch:
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Steuerrecht
Helge Rühl
hruehl@uls-frie.de
Ulsenheimer Friederich
Rechtsanwälte
www.uls-frie.de

Mitgliederversammlung

der außerordentlichen Mitglieder
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 11:00 Uhr
im Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstr. 10–12, 65185 Wiesbaden, Tel.: 0611/1620

Tagesordnung:

1. Begrüßung durch den Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack
2. Erläuterung des Wahlverfahrens durch RA Helge Rühl, Geschäftsführer
3. Aussprache
4. Wahl eines außerordentlichen Mitgliedes zur Entsendung in den BDI-Vorstand
5. Verschiedenes

Die Satzung des BDI e.V. sieht in § 4 Ziff. 4 und § 14 Ziff. 4 vor, dass die außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin / Internisten und Medizinstudenten) aus ihrer Mitte ein Mitglied wählen und in den Vorstand des BDI entsenden können.

Herr Dr. Tillman Bert, Weimar, der seit April 2004 für Sie im Vorstand des BDI e.V. vertreten war und zwischenzeitlich Facharzt für Innere Medizin geworden ist, kann somit für dieses Amt nicht mehr zur Verfügung stehen, sodass eine Neuwahl erforderlich wird.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 13:30 Uhr
in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 11

Als Präsident des
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.
darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Verleihung der Ehrenmitgliedschaft und der Günther-Budelmann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) zum Geschäftsjahr 2007 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Neuwahlen des Vorstands
6. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident

