

114. Kongress der DGIM in Wiesbaden (Fortsetzung von Seite 1)

## Grußwort des BDI-Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack

Auch in diesem Jahr sind die gesundheitspolitischen Probleme nicht kleiner geworden. Der für 2009 geplante Gesundheitsfonds, dieses bürokratisch-zentralistische Supermonster, wirft seine langen Schatten voraus. Selbst innerhalb der Regierungskoalition gibt es große Bedenken gegen den Fonds, doch niemand traut sich, den Zug zu stoppen, der sich mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Bewegung gesetzt hat.

Man kann nur hoffen, dass es auch in Berlin Politiker mit Mut gibt, die nicht blind ihrer Fraktionsführung folgen, wenn sie erkannt haben, dass man die Notbremse ziehen muss, ehe es zu spät ist.

Manchmal, liebe Kolleginnen und Kollegen, müssen ja erst Wahlen stattgefunden haben, damit Politiker den Irrsinn ihres eigenen Handelns erkennen. Die bayerischen Landtagswahlen am 28. September finden noch vor der geplanten ersten Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes statt. Vielleicht hat ja danach eine der Regierungsparteien den Mut, den Zug anzuhalten, bevor er endgültig in Richtung Staatsmedizin abgefahren ist.

Denn eines ist klar, liebe Kolleginnen und Kollegen, der Gesundheitsfonds löst keine Probleme, er ist das Problem! Der Gesundheitsfonds bindet finanzielle Mittel für einen bürokratischen Apparat, an dem das Gesundheitswesen zu ersticken droht. Dringend benötigtes Geld für die Versorgung der Patientinnen und Patienten wird einer Bürokratie hinterher geworfen, die niemand im Gesundheitswesen braucht.

Dabei haben wir schon jetzt mit einer beispiellosen Unterfinanzierung zu kämpfen, die immer mehr Kolleginnen und Kollegen ihren Beruf verleidet. Die Ressourcenknappheit wird auch nach Einführung des Fonds unverändert fortbestehen. Denn nach wie vor lebt das System von der Hand in den Mund. Die Unterfinanzierung ist in der Versorgung jeden Tag spürbar – unsere Patienten erleben das hautnah.

Ich fürchte, die Politiker haben immer noch nicht begriffen, was die Reglementierungen und Begrenzungen der ärztlichen Therapiefreiheit schon jetzt angeordnet haben und noch anrichten werden: Nachwuchsmangel, Versorgungsengpässe und erhebliche Verunsicherung bei den Patienten. Die Menschen aber



BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack erhielt viel Applaus für sein Grußwort bei der Eröffnungsveranstaltung des 114. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden.

wollen ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, wie sie es kennen- und schätzen gelernt haben und um das uns die Welt lange Zeit beneidet hat. Die Menschen wollen keine staatlich festgelegte Kasernenversorgung mit Minimalstandard – sie wollen schlicht und einfach, auf dem neuesten Stand der Medizin versorgt werden, so wie sie es gewohnt waren. Und die Menschen wollen, dass Ärzte so arbeiten können, dass sie von dieser Arbeit auch vernünftig leben können. Und sie wissen, dass dies längst nicht mehr überall der Fall ist.

Die Politik aber erweckt den Eindruck, als könne mit den Ressourcen einer

beschneiden und ihn auf einen aber nicht mehr den wichtigsten „Player“ im Gesundheitswesen zu beschränken. Ich rede von der drohenden De- bzw. Entprofessionalisierung unseres Berufes. Ich rede vom Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Das Gesetz weitet das Tätigkeitspektrum von Pflegekräften und Physiotherapeuten auf heilkundliche Tätigkeiten aus, ohne dies genauer festzulegen. Es geht bei den Modellvorhaben nicht um Delegation, sondern um Abgabe ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Berufsgruppen, ohne dass der Arzt die Letztverantwortung für die Therapie behält. Das ist keine Lappalie – das ist ein handfester Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Es ist bezeichnet, dass diese wegweisende Entscheidung so en passant in einer Pflegereform geregelt wird. Die Öffentlichkeit soll wohl möglichst wenig davon mitbekommen. Denn eines ist doch klar: Wenn die Patienten wüssten, dass Ärzte und nichtärztliche Berufe künftig auch noch Verteilungskämpfe ausfechten sollen, wäre die Zustimmung zu diesem Experiment wohl sehr gering. Die Politik verschweigt, dass die Budgets – wenn auch unter anderem Namen – weiterexistieren. Das heißt: Der Budgetanteil für uns Ärzte wird kleiner werden, wenn nun auch nichtärztliche Berufe in Eigenverantwortung Leistungen vorordnen dürfen.

Übrigens steht dies im Gegensatz zum Gutachten des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen, der die Schaffung vorbehalter Tätigkeiten für Krankenpflegeberufe ausdrücklich als versorgungspolitisch überholt ablehnt.

Der Bundesrat lehnt bisher Änderungen von Berufszulassungsgesetzen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und des Sozialrechtes ab und empfiehlt zunächst eine Bestandsaufnahme und ggf. Neubewertung von Aufgaben aller nichtärztlicher Berufe. Mit einem Katalog delegationsfähiger Leistungen auf einen den neuen Versorgungsherausforderungen gerecht werdenden Stand kommen BÄK und KBV nach Rücksprache auch mit dem

Budgetmedizin der medizinische Fortschritt für alle gesichert werden. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist eine bewusste Irreführung der Öffentlichkeit.

Eine weitere große gemeinsame Sorge ist der Versuch der Politik, dem Arzt die zentrale Steuerungsfunktion mit all ihren Konsequenzen zu

BDI und der DGIM dieser Aufgabe nach.

Eines muss aber ganz klar sein: die Systemsteuerung und die übergeordnete Koordinierungsfunktion muss beim verordnenden Arzt als der zentralen Stelle der Verantwortung von Leistungen zu Lasten der Versichertengemeinschaft erhalten bleiben. Ärztliche Verantwortung, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ist und bleibt unteilbar!

Zum Schluss aber auch zu etwas Erfreulichem, der Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin auf dem letzten Deutschen Ärztetag in Münster 2007. Hier ist es uns, DGIM und BDI gemeinsam, mit dem Vorstand der Bundesärztekammer gelungen, mit einer fast 2/3 Mehrheit der Delegiertenstimmen den Facharzt für Innere Medizin in die Musterweiterbildungsordnung als dritte Säule in das gemeinsame Gebiet Innere und Allgemeinmedizin wieder einzuführen. Obgleich uns bewusst war, dass die weitere Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung in einzelnes Landesärztekammerrecht kein Selbstgänger sein würde – Berlin und Baden-Württemberg belegen dies – haben inzwischen zehn Landesärztekammern den Facharzt für Innere Medizin wieder eingeführt. In Nordrhein, Bremen, Schleswig-Holstein und Brandenburg steht die Entscheidung noch aus, Rheinland-Pfalz, Hessen und Thüringen haben ja dem Internisten in etwas unterschiedlicher Art behalten. An dieser Stelle sei noch einmal und ganz ausdrücklich für die Allgemeinmediziner, den Deutschen Hausärzterverband und die Öffentlichkeit festgestellt, dass dieser Facharzt für Innere Medizin für die Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen in der Klinik dringend benötigt wird – übrigens auch im Rahmen der stationären Weiterbildung von Kolleginnen und Kollegen, die sich später im hausärztlichen Versorgungsbereich niederlassen wollen – und keine Konkurrenz zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, dem neuen Typus für die hausärztliche Versorgung darstellt.

Die gesundheitspolitischen Aufgaben werden leider nicht weniger sondern mehr und sie werden für uns Internisten immer bedeutsamer. Da ist es gut zu wissen, dass beide Verbände, DGIM und BDI, nicht nur an einem Strang ziehen, sondern auch beide überzeugt sind, dass wir nur gemeinsam für unsere Internistinnen und Internisten, für die Innere Medizin in Deutschland, aber vor allem für unsere Patientinnen und Patienten mit internistischen Erkrankungen Lösungen erarbeiten und durchsetzen können. Gemeinsam sind wir stark.

Lieber Herr Ertl! Liebe DGIM! Ich wünsche Ihrem Kongress einen erfolgreichen Verlauf.

Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident des Berufsverbandes  
Deutscher Internisten e.V.  
30. März 2008

## Leserbrief „Wo bleibt das Geld in der ambulanten Versorgung?“

von Dr. Hans-Friedrich Spies in BDI aktuell 4/08

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie zitieren in Ihrem Artikel „Wo bleibt das Geld in der ambulanten Versorgung?“ Fallwerte im Bereich der KV Hessen, die sehr zweifelhaft sind. Sie sind deutlich zu hoch angesetzt. Es ist zweifelhaft, ob die KV Hessen überhaupt in der Lage ist, verlässliche Fallwerte zu präsentieren, denn die KV Hessen ist leider die mit Abstand schlechteste und chaotischste KV Deutschlands. Nach Einführung des EBM 2000 plus war sie 1,5 Jahre nicht in der Lage, eine zeitgerechte, verlässliche Abrechnung zu präsentieren! Die Mitglieder-Ärzte der KV Hessen wurden mit Abschlagszahlungen nach schwer verständlichen Rechenformeln über Wasser gehalten, anschließend wurde das überzahlte Honorar wieder von den Restzahlungen abgezogen. Außerdem musste eine externe Qualitätsmanagement-Firma für die Abrechnungen eingesetzt werden!

Nun zur Berichtigung der Fallwertzahlen im Quartal 3/07: Die Fallwerte der Orthopäden sind ähnlich wie die der Neurologen „abgestürzt“ und nicht unverändert geblieben, die Fallwerte der schwerpunktlosen Facharztinternisten liegen im Quartal 3/07 bei ca. 30 Euro und nicht bei 83 Euro. Ich bin selbst nicht-invasiver Angiologe, liege 30% über dem Regelleistungsvolumen und über 200 Fälle über der durchschnittlichen Fallzahl und hatte 3/07 trotzdem nur einen Fallwert von 37 Euro und nicht von 96,34 Euro. Die Fallwerte der Hausärzte und der Urologen stimmen in etwa, d.h. die Hausärzte haben eher einen leichten Fallwertzuwachs, die Urologen einen Fallwertverlust. Zu beachten ist aber, dass die Fachärzte im Gegensatz zu den Hausärzten deutlich höhere Gerätekosten haben.

Dr. med. Oliver Kohl  
Facharzt für Innere Medizin und  
Angiologie  
Südanlage 16  
35390 Gießen



Die Redaktion von BDI aktuell freut sich über jeden Leserbrief. Bitte richten Sie Ihre Leserbriefe an bdi-aktuell@thieme.de oder schreiben Sie an den Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden.

Der Erweiterte BDI-Vorstand tagte am 29.03.2008 in Wiesbaden (Fortsetzung von Seite 1)

## KVen kämpfen offensiv um ihre Zukunft

### ● Die Hausarzt-zentrierte Versorgung ist auch kein Erfolgsmodell

Die Hausarzt-zentrierte Versorgung nach § 73b an der KV vorbei ist nach seinen Worten auch nicht ohne: Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft sei immer noch dabei, ein Abrechnungssystem zu basteln, mit dem sie die Verträge im Alltag umsetzen kann. Die Barmer Ersatzkasse, Partner des ersten großen Hausarztvertrags mit der HÄVG, hält sich bis heute zurück, was Zahlen über Kosten oder Nutzen des Vertrags betrifft. Der renommierte Leiter des AQUA-Instituts, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szeczenyi, Göttingen, soll gesagt haben, dass Hausarzt-Verträge dieser Art nichts bringen. Auffallend ist, dass es immer noch nicht gelungen ist, andere Krankenkassen dazu zu bewegen, ebenfalls solche Verträge abzuschließen.

Einen anderen Weg geht die AOK in Baden-Württemberg, die die Hausarzt-zentrierte Versorgung ausgeschrieben und einer Vertragsgemeinschaft aus Hausärzterverband und Medi-Verbund den Zuschlag gegeben hat. Plassmann weist auf einige Besonderheiten hin: So kann der teilnehmende Arzt nicht mehr die Medikamente verordnen, die er für richtig hält, sondern muss in jedem Einzelfall die Genehmigung der AOK einholen. Auch die Abrechnung läuft direkt online über die AOK, die auch eine elektronische Patientenakte führt. Plassmann rät abzuwarten, was daraus letztlich wird. Insgesamt hält er die Hausarzt-zentrierte Versorgung ohne KV nicht für ein Erfolgsmodell.

Verträge für eine besondere ambulante Versorgung nach § 73 c SGB V enthalten seiner Ansicht nach viel Sprengstoff. Es gibt erst einen einzigen Versuch der Umsetzung, und zwar im Raum Kassel. Der KV-Experte sieht das als Testlauf. Wenn man es wirklich wolle, räumt er ein, sei dies durchaus ein Weg, das KV-System zu knacken.

Die Versorgung nach § 116b SGB V (hochspezialisierte Leistungen) gibt dem Krankenhaus die Möglichkeit, ambulant tätig zu werden. Plassmann weist darauf hin, dass es sich hier weder um eine Zulassung noch um eine Ermächtigung handelt, sondern um eine Genehmigung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) war bisher sehr großzügig bei der Festlegung der in Frage kommenden Indikationen. So hat er de facto die gesamte Onkologie für das Krankenhaus eröffnet. Für den KV-Vorständler ist eine ganze Reihe von Rechtsfragen hierzu noch ungeklärt und es ist mit einer Flut von Klagen, u.a. auch der KV Hamburg, gegen die Genehmigung zu rechnen.

Bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist ein kontinuierli-

cher Anstieg zu beobachten. An die 950 sind es bereits, davon zwei Drittel Gründungen von niedergelassenen Ärzten. Es arbeiten mittlerweile mehr als 4000 Ärzte, zumeist im Angestelltenstatus, in den MVZ. In mehr als der Hälfte aller MVZ arbeiten nur zwei bzw. drei Ärzte, was den Schluss nahe legt, dass es sich eigentlich um umgewandelte Gemeinschaftspraxen handelt.

Die weit größere Reformwirkung sieht Plassmann allerdings in der Liberalisierung des Arztrechts durch das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG). Er spricht von einer „sehr hohen Dynamik“ vor allem bei der Anstellung von Ärzten, der Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen und Filialen.

Im Jahre 2009 soll der Gesundheitsfonds kommen, der inzwischen von allen möglichen Seiten, auch von Politikern aus dem Regierungslager, wieder in Frage gestellt wird. Sollte er kommen, dann werden die Gelder der Krankenkassen neu verteilt: 70 bis 80% der Ausgaben (ca. 140 Milliarden Euro) werden dann für ca. 14 Millionen Morbi-Versicherte ausgegeben, die restlichen 40 Milli-

arden bleiben für ca. 56 Millionen Versicherte. Plassmann prophezeit eine Risikoselektion in neuer Form. Die Verteilung der Patienten mit hohen Kosten, solchen mit durchschnittlichen Kosten und der Gesunden entscheidet über den Erfolg der Kasse. Um möglichst viel Geld aus dem Topf zu erhalten, ist die Versuchung groß, die Morbidität der eigenen Versicherten „upzugraden“.

### ● Überlebensstrategien der KV

Die Alternative „Ausstieg aus dem System“ wird zur Zeit in Bayern und in Baden-Württemberg durchgespielt. Plassmann zeigte Verständnis für die Sorgen der ausstiegswilligen Hausärzte. „Dass sie die Schnauze voll haben, kann ich verstehen.“ Wenn dann einer wie Bayerns Hausärzterverbands-Chef Dr. Wolfgang Hoppenthaler komme und offen ausspreche, was alle denken, habe er schnell alle hinter sich. Dennoch glaubt Plassmann, dass Hoppenthaler zuviel versprochen und sich verkalkuliert hat. Die erhoffte Quote von 70% Aussteigern werde wohl nicht erreicht.

Die Hausärzte sollten sich der harten Konsequenzen bewusst sein, die Ex-Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer im Gesetz (§ 72a SGB V) für die Rückgabe der Zulassung eingeführt hat. Die Krankenkassen würden keineswegs zu Kreuze kriechen und bei den Hausärzten um Verhandlungen betteln, sondern alle anderen Wege ausprobieren, sei es durch Beschäftigung von ausländischen Ärzten oder die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf andere Heil- und Hilfsberufe, die bereit stünden, in die Bresche zu springen. Die ausgestiegenen Ärzte dürfen sechs Jahre lang keine Kassenpatienten mehr behandeln und die Krankenkassen übernehmen in diesen Regionen die komplette Steuerung des Gesundheitswesens.

Vor diesem Hintergrund haben sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Suche nach Überlebensstrategien gemacht. Zunächst wurde eine Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination gegründet, an der 15 KVen außer Baden-Württemberg und Bayern beteiligt sind. Sie gehen arbeitsbereit vor: Eine Kasse handelt einen Vertrag aus, der mit Mehrheit angenommen und dann bundesweit von allen anderen übernommen wird. Erste Abschlüsse gibt es bereits: einen Vertrag über Hausarzt-zentrierte Versorgung mit der Bundesknappschaft und einen Impfvertrag mit der BIG BKK.

Das KV-Safenet sorgt für eine innerärztliche Vernetzung, über die Abrechnung, Arzneimittel-Beratung und dergleichen mehr abgewickelt werden. Der Service ist für die Ärzte kostenlos, nur für die Nutzung der Leitungen müssen 10 Euro im Monat gezahlt werden.

### ● Neue Versorgungsstruktur mit Primärarztssystem

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler hat ein Modell für eine neue Versorgungsstruktur in die Diskussion gebracht. Es sieht ein Primärarztssystem als Regelversorgung vor, mit Hausärzten, Kinderärzten, Augenärzten und Gynäkologen als erste Anlaufstelle für die Patienten, mit Sachleistung. In unterversorgten Gegenden sollen auch Fachärzte mit „Case-Management“-Qualifikation hausärztliche Funktionen übernehmen.

Stufe 2 ist die wohnortnahe fachärztliche Versorgung durch Fachärzte, die auf Überweisung aufgesucht werden können. Für diese zwei Stufen hat die KV den Sicherstellungsauftrag. Die Sicherstellung der Stufe 3, die spezialisierte fachärztliche Versorgung nach §§ 115 b und 116 b SGB V, tragen die Krankenkassen. Bedingung der KBV: Die KVen sollen immer optionaler Vertragspartner sein, auch bei Verträgen nach § 73c und § 140 SGB V. Plassmann: „Damit wollen wir wieder aktiv in die gesundheitspolitische Diskussion einsteigen.“

Ganz neu ist Köhlers Idee einer „New Company“, die auf einer gemeinsamen Stiftung aus KBV, Apo-Bank und Deutschem Ärzteverlag beruht. Diese Aktiengesellschaft hat laut Plassmann den Auftrag, im ambulanten Sektor zu verhindern, dass die Zulassungen an Krankenhäuser und andere abwandern: „Wir wollen in den Markt eintreten und die MVZ selbst betreiben.“ Die KBV habe einen Weg gefunden, den Körperschaftsstatus abzustreifen, um selbständig im Vertragsgeschäft mitmischen zu können. Details dazu will Köhler der KBV-Vertreterversammlung im Mai in Ulm mitteilen.

### ● Skepsis beim BDI

Die KV-Vision stieß in der anschließenden Diskussion auf nicht zu überhörende Skepsis. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack äußerte Bedenken angesichts des geplanten Primärarztssystems. „Wollen wir das und wollen das auch die Patienten?“, fragte er und wies darauf hin, dass es keinen rein hausärztlichen und keinen rein fachärztlichen Internisten gebe. Er meinte, dieses System beschere den Ärzten eine Menge von Nachteilen, ohne einen einzigen Euro mehr zu bringen.

KS

Anzeige  
167 x 188

Günther-Budelmann-Medaille verliehen

## Preisverleihung an Prof. Dr. Wolfgang Arnold und Prof. Dr. Dr. Hans Joachim Sewering

Die größte Ehrung, die der Berufsverband Deutscher Internisten zu vergeben hat, ist die nach seinem ersten Präsidenten benannte Günther-Budelmann-Medaille. Diese wurde bei der Mitgliederversammlung in Wiesbaden als Zeichen der Würdigung ihrer hervorragenden Verdienste an Prof. Dr. med. Wolfgang Arnold und Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans Joachim Sewering verliehen.

Seit 26 Jahren ist Prof. Dr. Wolfgang Arnold Mitglied im BDI, Berufsverband Deutscher Internisten e. V. Er war bis vor kurzem Direktor des Klinikums Bremen-Mitte und Chefarzt der Medizinischen Klinik II, das Aufgaben eines Krankenhauses der Maximalversorgung übernimmt. Mit 40 Jahren trat er in den BDI ein und wirkt seither aktiv mit, sowohl in berufspolitischen Fragen als auch bei den Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen des BDI.

Herr Prof. Arnold ist seit 1993 aktiv in die BDI-Fortbildungsarbeit eingebunden; seit 1994 leitet er die internationalen interdisziplinären Seminarkongresse in Bad Kleinkirchheim und Puerto de la Cruz. Der BDI verdankt unter anderem Herrn Prof. Wolfgang Arnold den guten Ruf, welche die Fortbildungen und Kongresse bei Ärztinnen und Ärzten genießen. Sein berufliches Hobby ist die Hepatologie, die er neben der Leitung der Kongresse auch als Referent den Kon-

gressteilnehmern näher bringt. Seine Lebenswürdigkeit, Menschlichkeit und Umgänglichkeit, gepaart mit hervorragendem medizinischen Wissen und einem trockenen Humor, machen ihn bei allen Teilnehmer/innen zum angenehmen und geschätzten Kollegen. Es ist daher beinahe selbstverständlich, dass Prof. Arnold in vielen Gremien und Fachbereichen der Inneren Medizin vertreten ist und sein Rat gerne eingeholt wird. Der BDI drückt durch diese Verleihung seinen großen Dank und seine Anerkennung aus für das ständige Bemühen und die Verdienste um die Innere Medizin.

Mit der Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille möchte der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. auch Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering für seinen unermüdelichen Einsatz zum Erhalt der Inneren Medizin auszeichnen. In vielen Jahrzehnten hat sich Professor

Sewering durch seine berufspolitischen Aktivitäten wie kaum ein anderer um die Freiheit unseres ärztlichen Berufsstandes, die Unabhängigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung und um das nationale Gesundheitswesen verdient gemacht. Auch auf europäischer Ebene und im Weltärztebund hat sich Professor Sewering engagiert eingesetzt, ebenso als Vertreter der freien Berufe. Während seiner Amtszeit als Präsident der Bundesärztekammer lagen die Schwerpunkte seiner Arbeit in der Gestaltung der Ausbildung der Ärzte im Rahmen der Approbationsordnung und die maßgebliche Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung. Als anerkannter Fachmann für Weiterbil-

dungsfragen bemühte er sich, die durch die Entwicklung der Medizin entstandene Differenzierung der Fachgebiete zu gestalten. Er schuf gleichzeitig Konzepte zu unumgänglich notwendigen Kooperationen der Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen. So tragen die (Muster-)Weiterbildungsordnung in den 70er Jahren sowie 1987 und 1991 seine Handschrift.

Besonders für die Internisten und den BDI e. V. war Professor Sewering ein kenntnisreicher, verständnisvoller Verhandlungspartner. Der BDI drückt durch diese Verleihung seinen großen Dank und seine Anerkennung aus für das ständige Bemühen und die Verdienste um die Innere Medizin.



BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack (rechts) überreicht Prof. Dr. Wolfgang Arnold die Günther-Budelmann-Medaille. Prof. Dr. Dr. Hans Joachim Sewering konnte an der Preisverleihung leider nicht teilnehmen.

Bild: Gabriele Matzkiés



Dr. Michael Hans Ausserwinkler (rechts) erhält die Ehrenmitgliedschaftsurkunde von BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack. Dr. Gisbert Voigt konnte die Ehrung leider nicht persönlich entgegennehmen.

Bild: Gabriele Matzkiés

Preisverleihungen des BDI beim DGIM-Kongress

## Ehrenmitgliedschaft für Dr. Ausserwinkler und Dr. Voigt

Im Rahmen der Mitgliederversammlung beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin verlieh der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. Ehrenmitgliedschaften an zwei Mediziner, die sich um die deutschen Internisten verdient gemacht haben: Dr. med. Michael Hans Ausserwinkler und Dr. med. Gisbert Voigt.

Dr. Michael Hans Ausserwinkler ist seit 1985 Mitglied im BDI, Berufsverband Deutscher Internisten e. V. Als Fortbildungsreferent für die Ärztekammer Kärnten nahm er ab 1985 nicht nur regelmäßig an den Eröffnungsveranstaltungen der Kongresse des BDI in Österreich teil, sondern war auch ein eifriger Kongressbesucher in Bad Kleinkirchheim und Pörtlach am Wörthersee. Seine politische Karriere führte ihn über das Vizebürgermeisteramt und Gesundheitsreferat der Stadt Klagenfurt schließlich zum höchsten gesundheitspolitischen Amt in Österreich, er wurde Bundesminister für Gesundheit und Sport. Nach diesem verantwortungsvollen Amt wurde er zum stellvertretenden Landeshauptmann in Kärnten, Vizebürgermeister von Klagenfurt und in viele weitere politische Gremien gewählt. Trotz seiner zahlreichen politischen Verpflichtungen ließ es sich Dr. Ausserwinkler aber nicht nehmen, immer wieder

bei den Kongressen vorbeizuschauen und teilzunehmen. Er ließ nie Zweifel daran aufkommen, dass seine Berufung der Medizin und dem Menschen gilt und so war es nur konsequent, dass er nach den politischen Ämtern sich wieder intensiver dem ärztlichen Beruf zuwandte. Seit 2001 ist Dr. Ausserwinkler Leiter der Außenstelle Althofen des angesehenen Ludwig Boltzmann Institutes für Rheumatologie und Balneologie und Ehrenmitglied der österreichischen Gesellschaft für Intensivmedizin. Eine Ordination in Villach kam kürzlich dazu. Für den BDI ist Herr Dr. Ausserwinkler inzwischen ein wertvoller und geschätzter Referent für Rheumatologie geworden. Es ist auch sein Verdienst, dass die österreichisch-deutsche Zusammenarbeit, vor allem mit den Kärntner Landeskrankenhäusern, so hervorragend klappt und der BDI auf hochqualifizierte Referenten aus Österreich zählen kann.

Mit der Verleihung seiner Ehrenmitgliedschaft möchte der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. Dr. med. Gisbert Voigt für den in außergewöhnlichem Maße erbrachten Einsatz zur Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin danken. Seine große Erfahrung sowie seine langjährige Tätigkeit in der Ärztekammer Niedersachsen sind das sachliche Fundament seines Wirkens, das in besonderem Maße durch seine lautere Persönlichkeit geprägt wurde. Durch das stete Festhalten an seiner Meinung und ob seines Mutes auch „heiße Eisen anzufassen“, hat er vor allem in der Inneren Medizin Respekt und Anerkennung gefunden.

GVK-Ausstieg und/oder 73er Verträge

## Medi-Verbund verfolgt eine Doppel-Strategie

Nach der beeindruckenden Korbveranstaltung des Bayerischen Hausärzterverbands am 30. Januar in Nürnberg fand jetzt am 16. April in Stuttgart die entsprechende Versammlung des Medi-Verbunds in der Hanns-Martin-Schleyer-Halle statt. In der Analyse stimmen die beiden Initiatoren überein, doch ihre Wege unterscheiden sich in wichtigen Punkten.

In der Nürnberger Arena jubelten um die 7000 Hausärzte dem Vorsitzenden des Bayerischen Hausärzterverbands, Dr. Wolfgang Hoppenthaller, begeistert zu, als er sie zum Ausstieg aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung aufrief. Das hoch gesteckte Ziel: Wenn in einem Regierungsbezirk 70% der Hausärzte ihre Zulassung zurückgeben wollen, sollten die Verzichtserklärungen, die zuvor in einem Korb bei einem Juristen gesammelt worden sind, an den Zulassungsausschuss weitergeleitet werden. Stichtag war Ende März. Das Ziel ist verfehlt worden, gestand Hoppenthaller als Gastredner auf der Korbveranstaltung des Medi-Verbunds Mitte April in Stuttgart. In drei Regierungsbezirken sind etwa 50% erreicht worden, in einem etwas über 50%, in allen anderen weniger. „Nürnberg war ein Fest“, lautete sein Fazit, „aber ein Fest der Emotionen.“ Danach aber sei eine Zeit der kleinteiligen Diskussionen angebrochen.



Bild: Klaus Schmidt

Der Medi-Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner kämpft für bessere Rahmenbedingungen für die Ärzte.

„Machen Sie

den bayerischen Hausärzten Mut und überholen Sie uns!“, ermunterte er die gut 4000 baden-württembergischen Ärzte und Helferinnen in der Schleyer-Halle, die bis zu 10 000 Menschen fassen kann und deshalb nicht so voll wirkte wie die Arena in Nürnberg. Aber er fügte, um sich zu unterscheiden, an die Adresse des Medi-Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner hinzu, mit Verträgen nach § 73b und § 73c würden die Grundprobleme des Systems nicht gelöst werden.

### • „Systemausstieg jetzt“

Baumgärtners Taktik sieht anders aus als die des Bayern. Die ganzen Protestaktionen der Ärzte in den letzten Jahren haben nichts gebracht, stellte er nüchtern fest. Die Politik zeigte keinerlei Wirkung. Deshalb hat Medi Deutschland zusammen mit dem Bundesverband der Ärztegenossenschaften und der Freien Ärzteschaft vor etwa zwei Jahren die „Arbeitsgruppe Systemausstieg“ gegründet, um einen kollektiven Ausstieg professionell vorzubereiten. Im Sommer letzten Jahres hat sich auch der Bayerische Hausärzterverband der Arbeitsgruppe angeschlossen.

Nach zahlreichen regionalen Veranstaltungen zum Korbmodell sieht Baumgärtner die große Versammlung in Stuttgart als Zwischenstation an. Hier sollte unter dem Motto „Gemeinsam unsere Praxen retten – Systemausstieg jetzt“ allen niedergelassenen Kollegen im Land die Möglichkeit gegeben werden, ihre Zulassungsverzichtserklärungen in den Korb zu werfen und gemeinsam für bessere Rahmenbedingungen zu kämpfen. Gleichzeitig startet eine landesweite Unterschriftenaktion der Patienten-Organisation von Renate Hartwig, die sich an alle Patienten und Versicherte im Land richtet und Medi unterstützt. Mit ihrer Unterschrift demonstrieren die Patienten und Beitragszahler den Schulterchluss mit den Ärzten. Weitere regionale Veranstaltungen von Medi sollen bei den Ärzten um Zustimmung zum Systemausstieg werben. Für Baumgärtner gibt es drei Handlungsoptionen: 1. Weiter so wie bisher (ein nicht zu überhörendes Buh war die Reaktion der Ärzte in der Schleyer-Halle). 2. Abschluss von 73er-Verträgen (verhaltene Zustimmung), 3. Systemausstieg (begeisterter Applaus).

Die 73er Verträge sind für Baumgärtner ein wichtiges Ziel. Bei den Verhandlungen mit der AOK Baden-Württemberg über einen Vertrag nach § 73b für die hausarzt-zentrierte Versorgung ohne KV-Beteiligung ist die Vertragsgemeinschaft aus Medi und Hausärzterverband Baden-Württemberg nach seinen Worten schon ein gutes Stück vorangekommen. Am 8. Mai soll nach jetzigem Stand der fertige und von allen Seiten unterschriebene Vertrag auf der Bundespressekonferenz in Berlin vorgestellt werden. Über die Details konnte und wollte Baumgärtner deshalb jetzt in Stuttgart noch nichts sagen. Seine K.O.-Kriterien wiederholte er vor den versammelten Kollegen in der Schleyer-Halle:

- bessere Vergütung für Haus- und Fachärzte
  - 73b- und 73c-Verträge
  - Minimierung von Kontroll- und Abrechnungsbürokratie
  - keine Fallzahl-Zuwachsbegrenzung
  - Geld bleibt in Baden-Württemberg.
- Bei den Zeitvorgaben gibt sich der Medi-Vorsitzende großzügig. Es war Hoppenthallers Fehler, betonte er, dass dieser zu enge Zeitvorgaben gemacht habe. Wenn etwa Ende dieses Jahres oder erst im nächsten Jahr die Entscheidung über einen Ausstieg fällt, wird zunächst mit der Politik verhandelt. Im Forderungskatalog

von Medi stehen u.a. der Erhalt der freien Arztwahl und kalkulierbare Rahmenbedingungen zum Erhalt der freien Arztpraxen, eine feste Vergütung nach Stundensätzen vergleichbarer freier Berufe, ein Ende von Budgetierung, Rationierung und Zuteilungsmedizin sowie für die ambulante Versorgung einen Anteil von 25% an den Gesamtausgaben der GKV. Sollte die Politik diese Forderungen bis Ende 2009 nicht erfüllen, wäre nach seinen Worten ein kollektiver Ausstieg unvermeidlich.

KS

„Gemeinsam unsere Praxen retten – Systemausstieg jetzt“ lautete das Motto der Korbversammlung in Stuttgart.



Bild: Klaus Schmidt

### Neues aus der Rechtsprechung

## Nutzungsentgelt für die Behandlung von Privatpatienten in der Universitätsklinik

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 27. Februar 2008 (Az.: 2 C 27/06) entschieden, dass ein Nutzungsentgelt, das die Erstattung der Kosten des Krankenhauses sowie einen Vorteilsausgleich in Höhe von 20% der Bruttoeinnahmen aus den Privatbehandlungen durch den beamteten Chefarzt umfasst, nicht zu beanstanden sei.

Universitätsprofessoren des Faches Medizin, denen in ihrer Eigenschaft als Chefarzte der Universitätskliniken die stationäre Behandlung von Privatpatienten und das hieraus resultierende Liquidationsrecht gestattet ist, haben grundsätzlich für die Inanspruchnahme der Infrastruktur ein Nutzungsentgelt zu entrichten. Beamtete Chefarzte sind nach der Bundespflegesatzverordnung verpflichtet, diejenigen Abzüge zu

erstaten, die das Krankenhaus aufgrund der Behandlung von Privatpatienten bei den Pflegesätzen hinzunehmen hat. Darüber hinaus sieht die nordrhein-westfälische Rechtsverordnung einen Vorteilsausgleich in Höhe von 20% der bezogenen Bruttoeinnahmen vor. Damit soll der wirtschaftliche Nutzen abgezogen werden, den die Chefarzte aus der Inanspruchnahme der Infrastruktur des Krankenhauses ziehen.

Nach Ansicht des Bundesverwaltungsgerichts gibt es keinen verfassungsrechtlichen Grundsatz, dass mindestens die Hälfte der Bruttoeinnahmen verbleiben muss. Es reicht vielmehr aus, dass der Vorteilsausgleich sachlich gerechtfertigt und der Höhe nach angemessen ist. Dies ist hier im Hinblick auf den Wettbewerbsvorteil gegenüber niedergelassenen Ärzten bejaht worden. Insbesondere bei Universitätskliniken wird eine erhebliche Anziehungskraft auf die Patienten ausgeübt, da hier zu recht moderne Infrastruktur, hochqualifiziertes Personal und damit Behandlung nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erwarten ist. Diesen Marktvorteil können sich die beamteten Chefarzte ohne ein unternehmerisches Risiko zunutze machen.

Ulsenheimer Friederich  
Rechtsanwälte  
RA Helge Rühl  
www.uls-frie.de

### Gutachten zum Morbi-RSA (Fortsetzung von Seite 1)

## Die Disease-Management-Programme und der Risikostrukturausgleich

Man hat alle ICD-Diagnosen durchforstet und hat einen entsprechenden Vorschlag im Bundesgesundheitsministerium eingebracht. Bei diesem Vorschlag ist festzustellen, dass zum Beispiel die arterielle Hypertonie oder auch einfache Formen des Diabetes mellitus und der koronaren Herzkrankheit nicht mehr dazu führen, dass eine Krankenkasse mehr Geld bekommt. Den Krankenkassenvertretern ist dies offensichtlich ein Dorn im Auge. Sie forderten eine Korrektur der wissenschaftlichen Ergebnisse.

### • Keine Wissenschaft auf Bestellung der Krankenkassen

Die Sachverständigen, die sich an eine strikte rechtliche Vorgabe bei der Definition dieser Krankheitsbilder gehalten haben, ließen sich aber nicht verbiegen. Wissenschaft auf Bestellung sollte es wohl nicht geben,

sodass sie von ihrem Amt zurückgetreten sind. Davor kann man in der heutigen Zeit nur den Hut ziehen. Es dürfte nicht lange dauern bis sich Alternativen finden werden, die mit wissenschaftlicher oder pseudowissenschaftlicher Begründung den Wünschen der Krankenkassen Rechnung tragen werden. Dennoch verzögert sich die Definition des Morbiditätsindex. So darf man gespannt sein, welche Folgen

dies auf die Vergütungsreform der Vertragsärzte aber auch auf den Gesundheitsfonds haben wird. Insbesondere für die Vertragsärzte steht eine Menge auf dem Spiel. Ihre Vergütung soll in Zukunft morbiditätsbezogen definiert werden. Dies wird nur möglich sein, wenn man die Systematik des Morbiditätsbezuges auch im Risikostrukturausgleich einführen kann. Das neue System des Morbiditätsbezuges lässt einiges befürchten. Je mehr Krankheitsbilder für die Finanzierung von Bedeutung sind, umso mehr werden die Krankenkassen hinter Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern her sein. Wir kennen diese Jagd bereits von den DMPs.

HFS

Anzeige  
109 x 50