

Editorial

Gegen den Widerstand ...

... der Krankenkassen hat die Bundesregierung den einheitlichen Beitragssatz der Krankenversicherung auf 15,5 % zum 1. Januar 2009 festgelegt. Wer noch einen Zweifel an der Politisierung der Krankenkassen hatte, ist nun eines Besseren belehrt worden. Wieder ist ein Schritt in Richtung Staatsmedizin erfolgt. Jetzt, da der Start des Gesundheitsfonds auch nicht mehr aufzuhalten ist, wird auch wieder viel von Wettbewerb die Rede sein. Z. B. von einem die Effizienz steigenden Wettbewerb, dem der Fonds angeblich dienen soll. Dass Wettbewerb auch und

in erster Linie über den Preis verläuft, dieser Tatsache steht ein Einheitsbeitragssatz aller Krankenkassen ja wohl diametral entgegen.

Monopole sollen gebrochen werden, insbesondere das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen, Versorgungsverträge mit den Kassen abzuschließen. Warum dieses Monopol jetzt aber auf einen eingetragenen Verein, den Hausarztverband, übertragen werden soll, verstehe unter Wettbewerbsgesichtspunkten nur noch wer will. Dieses neue Monopol freut zwar den Hausärzterverband und wird ihm auch neue Mitglieder beschern. Mit Wettbewerb hat dies aber nichts mehr zu tun. Denn zum

Wettbewerb gehört auch die Wahlfreiheit, zur Wahlfreiheit auch das Recht, mit jemandem nicht zu kooperieren.

Wohin das Auge des Betrachtes erstaunt schaut; überall weniger statt mehr Wettbewerb. So auch auf dem Arzneimittelsektor, wo z. B. Rabattverträge nicht zu den erwarteten Einsparungen in Milliardenhöhe führen. Nach Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Nutzen soll jetzt ja auch noch eine „vierte Hürde“, der staatlich akzeptierte Preis für neue Arzneimittel, eingeführt werden. Nein, mit Wettbewerb hat dies nichts mehr zu tun.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Wir vom Berufsverband Deutscher Internisten, dem BDI e.V., sind für mehr Wettbewerb. Mehr Wettbewerb um die bestmögliche medizinische Versorgung unserer Patienten, Wettbewerb um die höchste Qualität ärztlicher Leistungen in Klinik und Praxis, Wahlmöglichkeiten statt Zuteilung und Vielfalt statt Einheitsversorgung. Dafür müssen dann aber auch von der Politik und den Krankenkassen die erforderlichen finan-

ziellen Mittel bereitgestellt werden. Mit einer politischen Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes kann dies aber nicht erreicht werden. Wir werden uns weiterhin mit aller Macht für die Interessen unserer Patienten und unserer Mitglieder einsetzen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Neues von der Honorarreform (Fortsetzung von Seite 1)

Der Nebel lichtet sich ...

Von der Politik wurde versprochen, dass die Kassen das Morbiditätsrisiko vermehrt übernehmen. Dies haben sie schon in der Vergangenheit dann getan, wenn sie extrabudgetär mit einem festen Punktwert vergütet haben. Eine entscheidende Frage ist deshalb, wie diese Leistungen in Zukunft bezahlt werden. Dabei geht es nicht nur um die Definition dieser Leistungen, sondern auch um den Auszahlungspunktwert. Nur wenn er sich an den Vorgaben der Vergangenheit orientiert, erhalten die Ärzte das gleiche Geld wie seither.

In den Verhandlungen haben die Kassen die ideale Möglichkeit, extrabudgetäre Leistungen wieder im Regelleistungsvolumen zu versenken und damit bares Geld zurückzuholen. Dies ist ihnen übrigens schon jetzt gelungen. Am besten lässt sich dies am ambulanten Operieren und bei den belegärztlichen Leistungen demonstrieren.

● **Schlechte Zeiten für Belegärzte und ambulant operierende Ärzte**
Beim ambulanten Operieren wird nur noch das eigentliche Kapitel 31 ohne Regelleistungsvolumen bezahlt. Früher fielen auch noch stationersetzende Leistungen darunter. In Zukunft ist man nur noch in der Gastroenterologie großzügig, alles andere, vor allem die invasiven, angiologischen und kardiologischen Leistungen hat man gestrichen. Die betroffenen Praxen werden wohl um die 20 Prozent Honorarverlust zu verkraften haben. Ähnlich verfährt man bei den Belegärzten. Hier wird nur das Kapitel 36 ohne RLV finan-

ziert. Die belegärztlichen Leistungen, die dort nicht verzeichnet sind, aber im EBM stehen, wurden landauf landab auch extrabudgetär vergütet. In Zukunft verschwinden sie wie die meisten stationersetzenden Leis-



Ambulant operierende Ärzte erhalten künftig weniger Geld. Auch für Belegärzte sind schlechte Zeiten angebrochen.

tungen wieder im RLV, und das zum festen Punktwert von etwa 3,5 Cent. Diese „Kleinigkeit“ trifft u. a. alle belegärztlich tätigen Internisten. Die Bemühungen der Vergangenheit, wieder zu einer vernünftigen Vergütung zu kommen, werden konterkariert. Sogar die weiter extrabudgetär bezahlten Leistungen werden mindervergütet, da der seither in neuen KVen bezahlte feste Punktwert auch nach Korrekturen im EBM nicht erreicht wird.

Betroffen von diesem miesen Ergebnis sind Minderheiten, die an der Grenze ambulant/stationär arbeiten und die aufwendige, kostenintensive Leistungen erbringen. Die Kürzungen

durch RLV und Punktwertabsenkung sind teilweise so ausgeprägt, dass man endgültig nicht mehr kostendeckend arbeitet. Überlegungen, wie man sich aus System verabschieden kann, sind nicht verwunderlich. Viele

Betroffene werden auf Selektivverträge mit den Kassen hoffen, oder sich ganz aus dem seitherigen Belegarztsystem verabschieden, indem sie mit den Krankenhäusern Alternativlösungen aushandeln. Viele Ärzte, die davon betroffen sind, spüren, dass sie die Opfer der Reform sind und haben das Gefühl, für die KV eine persona non grata zu sein.

Auch die jetzt ausgehandelten zusätzlichen 30 Millionen Euro bundesweit fürs ambulante Operieren lindern die Not nur teilweise, betreffen sie doch nur das Kapitel 31, die Belegärzte sind davon nicht betroffen. Das Problem bleibt auch nach der Korrektur des Erweiterten

Bewertungsausschusses am 23. Oktober bestehen.

● **Wenig Hoffnung auf Korrekturen**

Warum musste der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses überhaupt neu verhandelt werden? Warum musste eine zweite Runde eingelegt werden? Das Gesetz schreibt einen bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert vor; man hat sich auf etwa 3,5 Cent geeinigt. Die Ausgabenobergrenze für die ambulante Versorgung wird bundesweit festgelegt, früher gab es Budgets auf Landesebene. Ergo muss jetzt das Geld vom Bund auf die Länder verteilt werden. Orientiert hat man sich am seitherigen Leistungsbedarf, also den angeforderten Punktzahlen in den KVen. Einzelne KVen haben aber versäumt, seit Einführung des EBM 2008 plus ihre Honorarverteilung so anzupassen, dass sie diesen Leistungsbedarf auch sichtbar machen. Sie haben z. B. am Prinzip der Individualbudgetierungen festgehalten. Es wurde eine scheinbar gute Vergütung vorgeschlagen, indem man einen hohen Punktwert bezahlte, der aber durch eine Leistungskürzung bezahlt wurde. Dies hatte zur Folge, dass

man im Leistungsvergleich zuwenig Leistungsmenge belegen konnte. Betroffen waren besonders Nordrhein und Schleswig-Holstein, die auch prompt beim Bundesgesundheitsministerium interveniert und damit eine Nachverhandlung verursacht haben.

Dabei wurden Honoraranstiege in Schleswig-Holstein von 3,9 auf 6,3 %, in Rheinland-Pfalz von 5,7 auf 8,6 %, und Baden-Württemberg von 1,5 Cent auf 2,5 % festgesetzt. Auch Nordrhein mit seiner Individualbudgetierung erhält mehr Geld, ursprünglich 3,9 jetzt 6,5 %. Durch die Neuberechnung erhalten u. a. Bayern und Bremen weniger. Korrekturen dieser Verwerfungen sind bei den Verhandlungen auf Länderebene grundsätzlich möglich, da es sich bundesweit „nur“ um einen Orientierungspunktwert von 3,5 Cent handelt. Bei der Finanzierungssituation im Gesundheitsfonds ist aber mit einer so harten Verhandlung der Kassen zu rechnen, dass wenig Hoffnung auf regionale Korrekturen besteht.

Nach dem 1. Januar 2009 ist für die Vertragsärzte nichts mehr wie früher...

HFS

Vorstandswahl der Sektion Angiologie im BDI e.V.

Am 1. November 2008 wurde der Vorstand der Sektion Angiologie im BDI e.V. wiedergewählt: Vorsitzender wurde Professor Dr. med. Malte Mathias Ludwig, Tutzing, seine Stellvertreter sind Dr. med. Gerhart Tepohl, München, und Dr. med. Ulrich Faber, Gießen. Der BDI gratuliert den Vorstandsmitgliedern zur Wiederwahl und wünscht weiterhin viel Erfolg.

Der BDI-Vorstand tagte am 31.10./1.11.2008 in Wiesbaden (Fortsetzung von Seite 1)

Breite Unterstützung für neue BDI-Aktivitäten

Von Seiten der KBV wurde mitgeteilt, dass ab dem 1. Januar 2009 ca. 29 Mrd. Euro in das KV-System fließen werden. Geradezu minimal macht sich daneben der Umsatz von 1,2 Mrd. Euro für die 5320 IV-Verträge aus. Von diesen gehören zwei Drittel zum ambulanten Sektor, ein Drittel zum stationären Bereich. Gar nicht so erfolgreich klingen die Zahlen zum Vertrag für die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Von den 3,5 Millionen AOK-Versicherten des Landes haben sich erst 19 800 in diesen Vertrag eingeschrieben; das hängt laut Wesiack vor allem damit zusammen, dass die Versicherten für sich keine Vorteile wie etwa den Wegfall der Praxisgebühr erkennen können. Dass sich genügend Ärzte für die Teilnahme finden werden, ist angesichts der lockenden Pauschale von 85 Euro kein Wunder. Die Vertragspartner selbst jedenfalls zeigen sich nach außen zufrieden; mehr als 2000 Ärzte sollen sich zur Teilnahme angemeldet haben.

● **Klage gegen Gesetzesänderung**
Der Änderungsantrag der Bayerischen Staatsregierung zum § 73b SGB V ist in zweiter und dritter Lesung im Bundestag angenommen worden, mit 385 Stimmen von Abgeordneten der Koalitionsfraktionen gegen 164 Stimmen der Opposition und einigen wenigen Abgeordneten der Koalitionsparteien. Der BDI will gegen diese Gesetzesänderung, die dem Hausärzterverband eine Monopolstellung verschafft, mit

allen Rechtsmitteln vorgehen, heißt es in einer vom Erweiterten Vorstand einstimmig angenommenen Resolution (s. Kasten). Es wird erwogen, eine Verfassungsklage anzustrengen. Dazu soll möglichst bald ein Gutachten eines Verfassungsrechtlers eingeholt werden. Die KBV will auf jeden Fall eine Feststellungsklage gemeinsam mit einer Krankenkasse, der Knappschaft, einreichen.

● **BDI-Stipendium überreicht**
Im Rahmen der Erweiterten Vorstandssitzung in Wiesbaden hat BDI-Präsident Wesiack in diesem Jahr das BDI-Stipendium an den Medizinstudenten Sebastian Försch vergeben. Der 1985 in Wiesbaden geborene angehende Internist studiert seit April 2005 Humanmedizin an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und arbeitet derzeit an seiner tierexperimentellen Dissertation unter der Leitung von Prof. Ralf Kiesslich an der I. Medizinischen Klinik der Universität Mainz. Er untersucht molekulare Mechanismen maligner Erkrankungen mittels konfokaler Laserendoskopie in vivo. Diese neue Methode, auch Endomikroskopie genannt, hat sich in kürzester Zeit als neues bildgebendes Verfahren in der gastrointestinalen Endoskopie etabliert. Seine akademischen Lehrer loben Försch als einen der besten Studierenden seines Jahrgangs. Das Studentische Förderprogramm des BDI ist im Jahre 2005 etabliert worden und wird jährlich zum Win-

tersemester für Studierende an deutschen Universitäten ausgeschrieben, die sich innerhalb der Fachrichtung Humanmedizin für das Berufsziel Innere Medizin entschieden haben. Das Stipendium beträgt 500 Euro pro Semester, maximal acht Semester lang, und endet mit Erlangung des Staatsexamens.

● **Internistentag 2009 in Berlin**
Vom 24. bis 26. September wird der 2. Deutsche Internistentag im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin stattfinden. Es wird keine Konkurrenz zu dem traditionellen Frühjahrskongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden geben. Während dieser Kongress den Schwerpunkt auf die Wissenschaft legt, ist der Internistentag in erster Linie ein berufspolitischer Tag, betonte Vorstandsmitglied Prof. Jürgen Riemann.

● **Neuer Internet-Auftritt des BDI**
Seit Mitte Oktober ist die Homepage des BDI neu gestaltet. Zuständig dafür ist die Firma „Monks – Ärzte im Netz“, die auch die Internet-Seite „Internisten im Netz“ betreut. Sean Monks erläuterte dem Erweiterten Vorstand das Konzept: Die Seite ist deutlich aufgeräumter als früher und erleichtert so den Überblick. Auf der Startseite finden sich tagesaktuelle Meldungen von gesundheits- und berufspolitischer Bedeutung. Was noch fehlt, so Monks, sind Inhalte aus den Landesverbänden.

Neu ist die Förderung der Kommunikation im Berufsverband über ein Forum, wie es auch andere Berufsverbände schon haben. Diesem Zweck dienen spezielle Foren für den Vorstand, für die Mitglieder mit Diskussionsmöglichkeit, für die Sektionen und Arbeitsgemeinschaften und für die Landesverbände. Die Zeit des Faxens und des Schriftverkehrs, erklärte Monks vor dem Vorstand, ist spätestens am 1. Januar 2010 vorbei, wenn alle Ärzte online gehen müssen für die Abrechnung. Als reine Patienteninformation ist dagegen die schon bestehende Seite www.internisten-im-netz.de gedacht. Der Vorstand hat in Wiesbaden einstimmig ein neues Konzept zur Integration von weiteren internistischen Berufsverbänden in dieses Informationsportal beschlossen. Vorgesehen ist: Internisten-im-Netz (IiN) bietet den Mitgliedern dieser Verbände an, für ein Jahr in das Ärzteverzeichnis aufgenommen zu werden, ohne dass sie dafür Mitglied im BDI sein müssen. Spätestens nach einem Jahr müssen sie dann aber in den BDI eintreten. Die jeweiligen Verbände nehmen geeignete Werbemaßnahmen für eine IiN-Mitgliedschaft unter ihren Mitgliedern vor. Sie werden ins Impressum und den Titel mit aufgenommen („in Kooperation mit ...“). Die Verbände bringen sich auch in die redaktionelle Arbeit mit ein und können das IiN-Agenturnetzwerk mit nutzen. Folgende Verbände und Fachgesellschaften werden hierzu angesprochen: Berufsverband Deutscher Endokrinologen, Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen Deutschland, Bundesverband Geriatrie, Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland, Bundesverband niedergelassener Kardiologen, Verband deutsche Nierenzentren der DDnÄ, Berufsverband Deutscher Rheumatologen, Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten.

● **Eng verbunden mit dem Marburger Bund**
Ein für beide Seiten erfreuliches Ereignis war der Vortrag des Vorsitzenden des Marburger Bundes, Rudolf Henke, zur Zukunft der stationären Versorgung in Deutschland und zur Zusammenarbeit zwischen MB und BDI. Wesiack konnte in Wiesbaden den derzeitigen Bundesvorsitzenden des MB, selbst Internist in einem Krankenhaus in der Nähe von Aachen, auch als BDI-Mitglied und lange Jahre auch Mitglied im Erweiterten Vorstand des BDI begrüßen. Henke wies darauf hin, dass 16 Jahre unter gedeckelten Budgets und einer Orientierung an der Entwicklung der Grundlohnsomme zu chronischer Unterfinanzierung der Krankenhäuser geführt haben. Das hatte einen Arbeitsplatzabbau von 100 000 Stellen im Krankenhaus zur Folge. Allerdings hat es in dieser Zeit 25% mehr Ärzte in den Krankenhäusern gegeben, eine Konsequenz aus der Arbeitszeitregelung durch die EU-Vorgaben.

Die heutige Ärzte-Generation, sagte Henke, schaut weniger auf das Geld, sondern vor allem legt sie Wert auf eine Life-work-balance. Hinzu kommt eine massive Feminisierung des Arztberufs. Aktuell sind unter den Studienanfängern bereits 65% weiblichen Geschlechts, unter den Berufsanfängern 54%. Das bedeutet, dass die traditionelle Arbeitsteilung – der Mann im Beruf, die Frau wegen der Kinder zu Hause – nicht mehr funktioniert. Die Einsicht, dass das Konsequenzen für die Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern haben muss, wird auch vom BDI geteilt. Der MB hat eine Aktion „Familienfreundlicher Arbeitsplatz im Krankenhaus“ eingeleitet. Das könnte gemeinsam mit dem BDI vorangebracht werden, schlug Henke vor, damit immer mehr Krankenhäuser diese Notwendigkeit erkennen. Der limitierende Faktor ist nach seiner Ansicht nicht so sehr die Finanzfrage, sondern die Frage, ob es dem Krankenhaus gelingt, diejenigen Plätze zu besetzen, die nötig sind, um den Betrieb eines Krankenhauses zu gewährleisten. Wenn sich die Situation nicht ändert, gerät jedes dritte Krankenhaus unter Insolvenzdruck, erklärte der MB-Bundesvorsitzende. In den nächsten 20 Jahren dürften 10 bis 15% der Krankenhäuser aus der Versorgung ausscheiden. Ärzte und Pflegekräfte haben immer weniger Zeit für die Patienten. Das führt zu einer Erosion der Begegnungsfähigkeit, warnte Henke. Die Patienten beklagten nicht etwa die Qualität der medizinischen Leistungserbringung, aber sie verstünden nicht mehr, was im Krankenhaus geschieht, weil sie nicht in einen ganzheitlichen Ansatz eingebunden sind. „Das ist vor allem in der Inneren Medizin von Nachteil“, sagte er. Die Qualität der deutschen Krankenhaus-Medizin sei nicht mehr zu halten, wenn sich nichts ändere. Er sei froh darüber, dass in der Bundesärzterordnung stehe, der Arzt sei ein freier Beruf. Damit sei klar, dass er nicht Befehlsempfänger des Arbeitgebers, sondern Partner des Patienten sei. Es sei ein wichtiger Punkt für die Internisten, sich Gedanken über die innere Unabhängigkeit der Ärzte im Interesse der Kranken zu machen. Die Ärzteschaft tue gut daran, sich der Transparenz über Qualität auch im Internet zu stellen. Er wies auf eine bedauerliche Entwicklung im Bereich der Forschung hin: Heute seien nur noch wenige Ärzte in der Forschung tätig. Das liege an der Differenz in der Vergütung in den wissenschaftlichen Einrichtungen zu der in den Krankenhäusern. Wir können es uns nicht leisten, betonte er, die Medizin der Zukunft von ihren theoretischen Grundlagen abzukoppeln. Er könne nur hoffen, dass die Wissenschaftsminister dies auch ihren Finanzministern nahe bringen könnten. Die Universitäten seien der Ort, wo die Medizin der Zukunft gestaltet wird. Auch darin besteht weitgehend Übereinstimmung zwischen dem Marburger Bund und dem BDI.

Klaus Schmidt

Resolution zu § 73b SGB V (einstimmig angenommen am 1.11.2008)

Der Erweiterte Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten BDI e.V. missbilligt die Zustimmung des Deutschen Bundestags – mit 385 Stimmen von Abgeordneten der Koalitionsfraktionen gegen 164 Stimmen der Opposition und einigen wenigen Abgeordneten der Koalitionsparteien – zum Änderungsantrag der Bayerischen Staatsregierung für den § 73b SGB V, in dem die hausarztzentrierte Versorgung geregelt ist. Damit hat die Koalition nicht nur den erwünschten Wettbewerb im Gesundheitswesen ad absurdum geführt, sondern den Sicherstellungsauftrag der Körperschaft Kassenärztliche Vereinigung durch das Monopol eines privatrechtlichen Verbandes, nämlich des Hausärzterverbandes, ersetzt.

Indem die Krankenkassen verpflichtet werden, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung in erster Linie mit Verbänden abzuschließen, die mindestens die Hälfte der an der Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner vertreten, ignoriert der Gesetzgeber die Tatsache, dass an der hausärztlichen Versorgung auch Internisten, Kinderärzte und ehemalige praktische Ärzte teilnehmen.

Eine solche Verpflichtung hat zudem zur Folge, dass auch Nicht-Mitglieder diesem Verband beitreten müssen, wenn sie von der Versorgung nicht ausgeschaltet werden wollen. Festzuhalten bleibt, dass die vom Gesetzgeber erhoffte Verbesserung der hausärztlichen Versorgung durch die Ausgrenzung besonders qualifizierter Arztgruppen nicht gelingen kann. Ohne die an der HA-Versorgung teilnehmenden 12.000 Internisten kann die Patientenversorgung nicht sichergestellt bleiben. Der BDI wird zur Unterstützung der Betroffenen gegen dieses Gesetz alle Rechtsmittel ausschöpfen.

Resolution zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) einstimmig, bei zwei Enthaltungen, angenommen am 1.11.2008

Das Ergebnis der Nachverhandlungen im Erweiterten Bewertungsausschuss vom 23. Oktober 2008 wird vom Erweiterten Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten BDI e.V. als völlig unzureichend zurückgewiesen. Durch die vorgenommene Umverteilung werden erneut einzelne Kassenärztliche Vereinigungen benachteiligt. Die Devise „gleiches Honorar für gleiche Leistung“ wird immer noch vernachlässigt.

Von dem für die EBM-Reform zugrunde gelegten betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwert von 5,11 Cent ist man weiter entfernt denn je. Der vom Bewertungsausschuss am 27./28. August beschlossene Punktwert von 3,5058 Cent wurde nun noch einmal reduziert auf nur noch 3,5001 Cent.

Der Erweiterte Vorstand des BDI beharrt nachdrücklich auf der Forderung nach einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen unter der Vorgabe, dass gleiche ärztliche Leistungen auch gleich honoriert werden müssen. Der Erweiterte Vorstand des BDI bedauert, dass die Bundesregierung dem Jobmotor Gesundheitswesen immer noch nicht die Beachtung schenkt, die ihm für eine qualitativ hoch stehende Patientenversorgung zukommen müsste.