

Editorial

Nach dem deutlichen Wahlsieg der FDP und mit der Bildung einer konservativ-liberalen Koalition erwarten die Ärzte und damit auch wir im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. eine Wende in der Gesundheitspolitik. Der BDI hat dies seit Jahren immer wieder nachdrücklich gefordert; zuletzt auf dem 2. Deutschen Internistentag unmittelbar vor der Bundestagswahl.

Das Bekenntnis zur Freiberuflichkeit, zur Therapiefreiheit und der Verordnungsqualität, eine neue und faire Ordnung für den Wettbewerb zwischen Körper-

schaften und Verbänden, aber auch Deregulation in einem hochbürokratischen Gesundheitssystem und nicht zuletzt gutes Geld für gute Leistung in Klinik und Praxis – das sind die keineswegs hochgesteckten, sondern die berechtigten Erwartungen des BDI an die neue Regierung.

Für die Bevölkerung, für Kranke und Gesunde, spielt die Gesundheitspolitik eine ganz zentrale Rolle. Hier gab es in den letzten Jahren nur negative und auch bewusst überzeichnete Schlagzeilen. Es besteht zumindest jetzt die Hoffnung auf Reformen des Systems mit der Ärzteschaft und nicht gegen den Großteil der Ärzteschaft. Dies hat Bundesärztekam-

merpräsident Professor Hoppe mit der Hoffnung auf eine neue Vertrauenskultur ausgesprochen. Der BDI wird sich hier aktiv einbringen.

Für uns als Berufsverband Deutscher Internisten steht die hochqualifizierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit internistischen Krankheiten in Klinik und Praxis und in allen Versorgungsebenen im Mittelpunkt. Im Gesundheitssystem von morgen müssen jetzt die Weichen für eine bessere, nicht für eine schlechtere Versorgung gestellt werden.

Unser Gesundheitswesen ist immer noch eines der besten, vielleicht



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

schaften und Verbänden, bei Krankenkassen und der Politik sowie in der Öffentlichkeit einbringen.

Helfen Sie mit, unterstützen Sie uns aktiv auf diesem Weg.

Nur gemeinsam sind wir stark!

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

sogar das beste auf dieser Welt. Aber unser Gesundheitssystem bedarf einer gründlichen Generalüberholung.

Unser Berufsverband, Ihr BDI e.V., wird sich auch in Zukunft engagiert und sehr deutlich für die Interessen der Inneren Medizin bei Körper-

2. Deutscher Internistentag in Berlin (Fortsetzung von Seite 1)

Festredner Clement macht den Ärzten Mut

● **Clement: Freier Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen nötig**
Clement machte klar, dass die Bundesrepublik bei der Bundestagswahl am 27. September vor einer wichtigen Weichenstellung steht. Sie hat sich vor allem zwei aktuellen Herausforderungen zu stellen. Der Exzess der Globalisierung und eine Finanzkrise ungeahnten Ausmaßes machen eine Konsolidierung zum Gebot der Stunde. Wir müssen die Probleme der Verschuldung lösen und dürfen damit nicht unsere Kinder und Kindeskindest belasten. Die zweite Herausforderung ist der demografische Wandel. Die Deutschen seien ein sehr etatistisch denkendes Volk. Die Mehrheit fordert alles vom Staat, und die Politik hat sie dazu erzogen. Von dem Denken, dass der Staat für alles da sei, müssen wir abkommen. Die Sozialleistungen verbrauchen mittlerweile mehr als ein Drittel des Bruttosozialprodukts. Wenn wir das nicht in den Griff bekommen, werde unsere Wirtschaft Schaden nehmen und unsere internationale Wettbewerbsfähigkeit leiden. Eine Wende sei unabweisbar, betonte Clement. Zunächst gehe es um eine Konsolidierung. Nötig sei auch mehr Transparenz. Die Bürger müssen das System und ihre Kostenlage durchschauen können. Das spreche eindeutig für ein Kostenerstattungssystem. Wir müssten uns auf die Grundregeln Wettbewerb, Eigeninitiative und Eigenverantwortung besinnen. Im Gesundheitswesen bräuchten wir einen freien Vertragswettbewerb. Wir müssten wegkommen von der staatlichen Regulierung. Das Neben-

einander von öffentlicher und privater Krankenversicherung halte er persönlich nicht für sinnvoll. Der Politiker sprach sich dafür aus, dass private Krankenkassen die Grundversorgung garantieren sollten. Dazu benötigten wir den Aufbau eines privaten Kapitalstocks, ähnlich wie bei der Riester-Rente. Nötig sei auch die Förderung von Gesundheitsbewusstsein und Prävention durch Beitragsanreize wie Wahltarife und Prämien. Kinder sollten kostenfrei versichert sein, Sozialtarife wirtschaftlich Schwache absichern.

● **Die Ärzteschaft spricht mit zu vielen Stimmen**
Clement, der kurz vor Erreichen des 70. Lebensjahres steht und immer noch voll aktiv ist, hält die starre Regelung des Renteneintrittsalters für falsch. Das sollte offen sein, erklärte er. „Ich möchte mir nicht vorschreiben lassen, wann ich aufhören soll.“ Wir müssen die Mentalität ändern, dass der Staat alles leisten müsse. Die Arbeitslosigkeit bekämpfe man am besten durch eine Bildungsoffensive. Eine Gesellschaft, die immer weniger wird, dabei aber immer älter, müsse alles tun, damit ihr kein Talent verloren geht. Die Ärzte dürften sich nicht mit der Verteilung des Mangels abfinden, betonte Clement. Nach der Wahl müsse die Ärzteschaft mit einer Stimme auftreten. Nirgendwo gebe es eine bessere medizinische Versorgung als in Deutschland. Derzeit spräche die Ärzteschaft mit zu vielen Stimmen; nötig sei aber eine gemeinsame Botschaft. Wenn Einzelfälle wie zuletzt der „Patientenverkauf“ vorge-



Foto: W. Grysa

Der kürzlich aus der SPD ausgetretene Politiker Wolfgang Clement plädierte für mehr Wettbewerb und mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Die Ärzte dürften sich nicht mit der Verteilung des Mangels abfinden, betonte Clement. „Das Gesundheitswesen in Deutschland ist erstklassig, das Gesundheitssystem ist aus den Fugen.“

führt würden, sollte man bedenken, dass es überall schwarze Schafe gibt. Die Ärzteschaft müsse sich dagegen mit den gewaltigen Leistungen der Medizin identifizieren.

„Das Gesundheitswesen in Deutschland ist erstklassig, das Gesundheitssystem ist aus den Fugen“, sagte Clement. Die Bürger wollten eine bestmögliche Versorgung. Die ist aber zu den heutigen Preisen nicht zu haben. Nötig seien daher mehr Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung. Die Ärzte hätten, im Gegensatz zu den Politikern, das Vertrauen der Bürger, was Meinungsumfragen immer wieder bestätigen. Dieses

Kapital sollten sie einsetzen, um Verbesserungen im Gesundheitssystem durchzusetzen.

KS



Foto: W. Grysa

Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg D. Hoppe übermittelte die Glückwünsche der Ärztekammer zum 50. Geburtstag des Berufsverbands Deutscher Internisten e.V.

jetzt schon vormerken

Der 3. Deutsche Internistentag findet vom 9.–11. September 2010 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin statt.

Eröffnung des 2. Deutschen Internistentags

Begrüßungsrede von BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack

Drei Tage vor der Bundestagswahl haben wir zum 2. Deutschen Internistentag geladen. Ich könnte jetzt so tun, als sei dies einer genial-weitsichtigen Planung geschuldet, aber ich räume freimütig ein, dass diese Konstellation vor allem den üblichen Terminfindungsproblemen geschuldet ist. Trotzdem ist es natürlich sehr reizvoll, wenige Tage vor der Wahl, deren Ausgang nun doch noch spannend geworden ist, einen Blick darauf zu werfen, wie die Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren aussehen könnte. Wird der unselige Weg in eine mehr oder minder eingestandene Staatsmedizin weitergegangen? Kann man dieses Rad überhaupt noch zurückdrehen? Welches gesundheitspolitische Leitbild haben die Parteien eigentlich? Wer in den vergangenen Wochen die Programme der Parteien studiert und die Reden der Gesundheitspolitiker gehört hat, der ist nicht sehr viel schlauer geworden. Die Beliebigkeit, die den gesamten Wahlkampf gekennzeichnet hat, machte auch vor der Gesundheitspolitik nicht Halt. Sehr gut zu spüren war dies beim Kassensärztetag, als allein die Vertreterin der SPD durch eine aggressive Anti-Kassensarzt-Rhetorik auffiel. Sonst das übliche Spiel: Herr Gysi von den LINKEN machte seine Späßchen und CDU, FDP sowie GRÜNE taten sich nicht weh. Hier und da wurden Korrekturen angekündigt, doch allein der FDP-Gesundheitspolitiker Bahr machte sich dafür stark, zu einem selbstverwalteten System zurückzukehren. Allerdings verband auch er seine Ankündigung mit allerlei Bedingungen, sodass noch nicht klar ist, wie diese Thesen nach einem Härtetest aussehen würden.

Interessant sind Äußerungen unserer Bundeskanzlerin, die öffentlich klargestellt hat, dass sie am Gesundheitsfonds festhalten will, unabhängig vom zukünftigen Koalitionspartner. Dieser Gesundheitsfonds hat die Selbstverwaltung der Krankenkassen empfindlich getroffen. An einen Rückweg zu mehr Krankenkassenwettbewerb, auch über Beiträge, scheint sie nicht zu denken. Ob sie den Weg vom Gesundheitsfonds zur Bürgerversicherung verhindern will, hat sie offen gelassen.

Auch in der Kandidatenrunde mit dem Kanzlerkandidaten der SPD, Steinmeier, hat sie zur Gesundheitspolitik Stellung genommen. Dabei waren Diktion und Inhalt sehr plakativ und hätten genauso von ihrer Gesundheitsministerin Schmidt kommen können.

Dabei tut Umsteuern Not!

Können Sie sich noch, meine Damen und Herren, daran erinnern, wie wir vor 20 Jahren bei den Seehoferschen Reformen gegen Bürokratie und Einmischung in unsere Arbeit zu Felde

gezogen sind! Ach hätten wir doch nur diese Zeiten wieder! Niemals hätten wir uns träumen lassen, wie stark sich die Politik einmal in unsere Arbeit einmischen wird! Die alte akademische Diskussion, ob wir überhaupt noch einen freien Beruf ausüben, wird zunehmend von der Realität beantwortet – und dies ziemlich brutal. Sowohl beim Vertragsarzt als auch beim Krankenhausarzt wird die freie ärztliche Entscheidung durch gnadenlose ökonomische Vorgaben immer mehr in Frage gestellt. Dieser Vorgang zerstört in Praxis und Krankenhaus das für die Versorgung so wichtige Arzt-Patient-Verhältnis. Unsere Patienten haben noch nicht einmal einen Schimmer Ahnung

Klassen-Medizin doch längst beantwortet: Es gibt eine Medizin, die wir gerne betreiben würden, aber nicht dürfen und es gibt eine, die den staatlichen Dirigismen gehorcht, aber häufig nur zweitklassige Ergebnisse zeigen kann.

Wenn hier nicht gegengesteuert wird, ruinieren wir ein Gesundheitssystem, das nach allen internationalen Untersuchungen zu den besten der Welt gehört. Wir marschieren stramm auf US-amerikanische Verhältnisse hin – was ein Hohn ist angesichts der Tatsache, dass US-Präsident Barack Obama derzeit verzweifelt versucht, einige wenige Elemente des deutschen Gesundheitssystems auf der anderen Seite des Atlantiks einzuführen.

auf die Vorgabe von Rahmenbedingungen beschränkt.

Unser Standpunkt hierzu ist ganz klar:

Wir wollen unsere alte Selbstverwaltung wieder herstellen und sie mit ärztlichem Sachverstand optimieren. Diese Selbstverwaltung ist durch die gesetzlichen und politischen Vorgaben demontiert und in bestimmten Bereichen zur Farce geworden. Wir wollen unserer Verantwortung gerecht werden, ohne dass uns von der Politik haarklein vorgeschrieben wird, wie wir dies tun sollen. Wir wissen, dass wir nicht unendliche Ressourcen zur Verfügung haben.

Unser Fach kann zu einem für alle Bürger nützlichen Gesundheitswesen im Rahmen einer vernünftigen Sozialpolitik entscheidend beitragen. Das Fach Innere Medizin mit seinen Schwerpunkten ist mit fast allen, insbesondere mit den immer häufiger werdenden schweren und chronischen Erkrankungen direkt oder indirekt befasst. Internisten sind durch ihre langjährige Weiterbildung vertraut mit sozialmedizinischen und psychosozialen Problemen, mit der Gesundheitsberatung und allen betreuenden Pflichten, damit also auch mit dem hausärztlichen Aufgabenbereich, der mit hohen Anteilen von Internisten in Stadt und Land gesichert wird. In Deutschland sind über 40.000 Internistinnen und Internisten in Klinik und Praxis tätig; in jedem dritten Krankenhausbett liegt ein Patient mit schweren internistischen Erkrankungen; jeder fünfte Euro, den die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen, geht an Internisten. Wir sind bevorzugter Anlaufpunkt für die Patienten und der Zulauf in die internistische Weiterbildung ist ungebrochen stark – was nicht jedes Fach von sich behaupten kann.

Deshalb war es richtig, dass wir vor zwei Jahren mit dem 1. Deutschen Internistentag eine Art Heerschau der internistischen Medizin veranstaltet haben – und es ist richtig, dass wir hieraus eine Tradition machen wollen und heute den 2. Internistentag begehen.

So können wir der Öffentlichkeit die Klammer zeigen, die internistische Medizin zusammenhält, gleich in welcher Spezialisierung sie sich auch ausdrückt – und wir können sie auch uns wieder bewusst machen, denn im berufspolitischen Alltag droht dies mitunter verloren zu gehen.

So freue ich mich, daß ich Sie heute begrüßen darf und hoffe, dass Sie bei dem Besuch der vielen Veranstaltungen des Internistentages diese gemeinsame Identität der Internisten spüren. Uns braucht niemand etwas von der Ganzheitlichkeit der Medizin zu erzählen – dies ist unsere Tradition.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen spannenden Internistentag.

Dr. Wolfgang Wesiack



davon, in welche Zwänge uns die Politik einperchen möchte. Die Politik verkündet Wettbewerb und Markt, schnürt dann aber die Bedingungen so eng, dass sich der Wettbewerb lediglich um die Frage abspielt, wer seine Leistungen am billigsten organisieren kann.

Die Sparzwänge führen in den Krankenhäusern zu einer massiven Ausdünnung der ärztlichen Präsenz, in den Praxen zu langen Wartezeiten. Dem Shareholder-Value ihrer Aktionäre verpflichtete Unternehmen wittern im Gesundheitswesen einträgliche Renditen, und Krankenkassen reichen dazu auch noch die Hand. Mit den Schlagworten, insbesondere über die Zwei-Klassen-Medizin, versucht man die vom Präsidenten der Bundesärztekammer Hoppe losgetretene Priorisierungsdebatte zu erschlagen. Diese unangenehme Diskussion möchte man nicht führen. Dabei sind die aufgeregten Diskussionen in unseren Talk-Shows über die drohende Zwei-

Was ist also notwendig?

Zunächst einmal benötigen wir eine ehrliche Debatte. Die alte Leier der aktuellen Gesundheitsministerin, dass unbegrenzter Leistungsanspruch mit begrenzten Ressourcen zu vereinbaren ist, gehört endgültig auf den Müll! Diese Quadratur des Kreises wird nicht gelingen! Wir müssen uns also endlich die Debatte über die Frage leisten, was uns das Gesundheitssystem wert ist.

Wollen wir pauschal alle Leistungen für alle? Oder sollten nicht definierte, für jeden tragbare Leistungspakete in die Entscheidung des einzelnen Versicherten gelegt werden? Sage keiner, dass das nicht geht! Prof. Fritz Beske hat wiederholt nachgewiesen, wie man dies organisieren könnte! Es fehlt nur der Mut zur Debatte und noch mehr der zur Entscheidung! Und dann muss der Staat sich entscheiden, was er nun sein will: Der oberste Kontrolleur und Zuchtmeister des Systems oder derjenige, der sich

Wir wissen, dass wir Verantwortung für die Balance zwischen bestmöglicher Medizin und realistischer Finanzierung finden müssen. Aber wir wollen dieser Verantwortung selbst gerecht werden, die Zeit der Bevormundung muss endlich vorbei sein! Wir sind aber auch bereit, bei einer weiteren Demontage der Selbstverwaltung und hier vor allem der Kollektivverträge auch als Vertragspartner zur Verfügung zu stehen, um die Versorgung der Patienten im dem wichtigen Fach Innere Medizin zu sichern. Vielleicht erinnert sich der eine oder andere Politiker ja an seine Wahlkampfversprechen, wenn er in Amt und Würden ist. Vielleicht wird es auch schlicht die normative Macht des Faktischen sein, dass der Staat seine Regelungswut dämpft und die Verantwortung wieder denjenigen überträgt, die Tag für Tag mit den Patienten arbeiten. Man soll die Hoffnung ja nie aufgeben – aber auch nicht die Bereitschaft zum Kampf.

Foto: W. Grysa

Der Erweiterte Vorstand des BDI tagte in Berlin

Absage an Vergütungsbeschlüsse des Bewertungsausschusses

In Berlin schien die Sonne über dem 2. Deutschen Internistentag vom 24. bis 26. September 2009, stellte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack zufrieden auf der Sitzung des Erweiterten BDI-Vorstands am letzten Tag des Kongresses im Berliner Langenbeck-Virchow-Hauses fest. Format und Ort stimmten, es gab eine gelungene Eröffnungsveranstaltung mit anschließender 50-Jahr-Feier, erstmals einen Assistententag sowie positive Resonanz bei den Teilnehmern und den Medien. Der 3. Deutsche Internistentag ist für den 9. bis 11. September 2010 in Berlin geplant.

An die neue Bundesregierung richtete der BDI-Präsident die Forderungen der Ärzteschaft:

- Abschaffung des Gesundheitsfonds
- Finanzierungsreform mit Aufbau einer Kapitaldeckung
- MVZ nur in Hand von Vertragsärzten
- Deregulierung der Arzneimittelversorgung
- Priorisierung von Gesundheitsleistungen in der GKV
- Honorarreform mit regionaler Aushandlung von Punktwerten und Gesamtvergütungen
- Keine Abschaffung der privaten Krankenversicherung.

Die Abrechnung des ersten Quartals 2009 liegt inzwischen weitgehend vor. Es zeigt sich, so Wesiack in seinem Bericht zur Lage vor dem Erweiterten Vorstand, dass die Vertragsärzte weiter strikt budgetiert sind. Nur der Mechanismus habe sich verfeinert. Der Orientierungspunktwert von 3,5 Cent ist nicht kostendeckend. Durch die Perfidie des Systems verursacht, gibt es Kollegen, die nicht einmal das niedrige RLV mit Leistungen ausfüllen können. Es ist eine groteske Diskussion über Morbidität entstanden. Die KVen treten mit Geld, das sie nicht haben, in Vorleistung. Wesiacks Kommentar: „Ein ungedeckter Scheck auf die Zukunft.“

Der Orientierungspunktwert für 2010 ist um 0,0047 Cent angehoben worden. Dies bedeutet eine Preisanhebung von 0,13%. Daneben ist eine Mengensteigerung um 2% und um 3,8% bei den freien Leistungen kalkuliert. Durch steigende Morbidität kommt es zu einer Mengensteigerung von 2%. Das sei ein kleiner Erfolg für die KBV, da die Grundlohnsummensteigerung nur bei 1,54% liege. Allerdings betrachtet der BDI die Anhebung des Orientierungspunktwertes 2010 um 0,0047% auf 3,5045 Cent als „Unverschämtheit“. Die Forderungen für die Innere Medizin lauten: Ein vernünftiger Preis für die Leistung! 5,11 statt 3,5 Cent! Ein neues Honorarkonzept muss her, das Honorarkonzept der KBV hat keine Zukunft. Langfristiges strategisches Ziel ist die Abkehr von der Durchschnittsbetrachtung. Eine Differenzierung in der Versorgung ist auch höchststrichterlich gestattet. Von den Pauschalen muss wieder zur Einzelleistungsvergütung zurückgekehrt werden. Internistische Leistungen müssen sich auch in der Gebührenordnung wiederfinden.

In einer bei drei Enthaltungen einstimmig angenommenen Resolution machte der Erweiterte Vorstand des BDI klar: „Der BDI lehnt die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zu Vergütungsregelungen bei Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung ab. Die dort beschlossenen Vorgaben sind sachfremd und werden nur zu einer Reduktion der Gesamtvergütung in betroffenen Ländern führen. Dieser zu erwartende Mittelabfluss wird

massive Verwerfungen in der Versorgungslandschaft auslösen. Der BDI fordert die Krankenkassen auf, zusätzliches Geld für die Unterversorgung zur Verfügung zu stellen.“

● Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie

Breiten Raum in der Sitzung des Erweiterten Vorstands nahm die Einführung eines Schwerpunkts Geriatrie in das Gebiet der Inneren Medizin ein. Prof. Dieter Lüttje, Vorstandsvor-



sitzender des Bundesverbandes Geriatrie e.V., wies darauf hin, dass die Geriatrie historisch aus dem Bereich der Inneren Medizin hervorgegangen ist. Geriatrie ist laut wissenschaftlicher Definition eine Medizin der Höchstaltrigen (80+). Nach der aktuellen Beske-Studie ist die wachsende Bedeutung der Geriatrie klar: Die Hochbetagten bilden die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Medizinische Grundlage der Geriatrie ist die Innere Medi-

zin, da ein wesentlicher Teil der akuten Erkrankungen durch internistische Krankheiten hervorgerufen wird.

Einstimmig fasst der Erweiterte Vorstand des BDI folgenden Beschluss: „Der Erweiterte Vorstand des BDI unterstützt die Einführung des Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie.“

KS

Diskussionen beim 2. Deutschen Internistentag

Selektivverträge – und was kommt dann?

Die Selektivverträge stellen auf Dauer das System der Kassenärztlichen Vereinigungen in Frage. Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler hat darauf hingewiesen, dass die KVen den Sicherstellungsauftrag bald nicht mehr erfüllen können. Auf dem 2. Deutschen Internistentag diskutierten Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenkassen über das Thema.

In den Augen von Dr. Hans Friedrich Spies, Mitglied im Vorstand des BDI und Moderator der Diskussionsrunde, ist der Selektivvertrag eine Art Eröffnungsveranstaltung der Politik für den Wettbewerb im Gesundheitswesen. Ein erster Ansatz war der § 140a ff SGB V zur Integrierten Versorgung. Es sind sehr viele 140er Verträge abgeschlossen worden, aber sehr selten echte Integrationsverträge zwischen den Sektoren. Probleme bereitet die Bereinigung der Gesamtvergütung. Die Krankenkassen wollen Leistungen nicht zweimal bezahlen. § 73b SGB V ermöglicht Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. In Bayern hat das zu einer unerfreulichen Entwicklung geführt. Der Bayerische Hausärzterverband hat Druck auf die Politik ausgeübt und so durchgesetzt, dass die Krankenkassen Vertragsverhandlungen mit dem Verband führen müssen, der mehr als 50% der Allgemeinärzte in einer Region vertritt. Das ist in aller Regel der Hausärzterverband. Benachteiligt werden dadurch diejenigen Hausärzte, die nicht Ärzte für Allgemeinmedizin sind. Auch hier gibt es gravierende Probleme mit der Bereinigung der Gesamtvergütung. Mit § 73c SGB V für Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es erst wenig Erfahrung. Das Problem der Bereinigung stellt sich hier eben-

falls. „Wer ist unter solchen Umständen überhaupt noch an derartigen Verträgen interessiert?“, fragte Spies.

● Von Stackelberg:

Qualitätssicherung im Selektivvertrag erforderlich

Für Johann Magnus von Stackelberg, den stellvertretenden Vorsitzenden des GKV Spitzenverbandes Bund, ist die Wettbewerbsentscheidung des Gesetzgebers, wie sie im GKV-WSG formuliert ist, unumkehrbar. Es gibt nun Wettbewerb auf der Ebene der Krankenkassen, aber keinen Wettbewerb im Kollektivvertrag. Stackelberg bedauerte, dass es keine klare Prioritätensetzung durch den Gesetzgeber gebe. Der Risikostrukturgleich wurde neu formatiert. Die Beitragshöhe der gesetzlichen Krankenkassen wurde beseitigt. Die Krankenkassen können Zusatzbeiträge erheben, wenn sie mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, doch sie tun alles, um Zusatzbeiträge zu vermeiden. Die Vertragslandschaft der Zukunft ist für Stackelberg dadurch gekennzeichnet, dass ein Verdrängungswettbewerb stattfindet. Er sieht auch eine Tendenz zu pauschalierten Vergütungsformen und bei den Krankenhäusern eine Tendenz zur Kettenbildung.

Eine offene Frage ist, ob Medizinische Versorgungszentren (MVZ) von Nicht-Ärzten betrieben werden dürfen. Die Diskussion um den Shareholder-Value begann zuerst im Krankenhaussektor, aber der ambulante Sektor dürfte bald folgen. Für den Krankenkassen-Experten ist unübersehbar, dass wir von großen Vertragsgemeinschaften mehr und mehr zu kleineren Vertragsgemeinschaften übergehen. Zwang zum Abschluss von Hausarzt-Verträgen lehnt er klar ab. Statt dessen befürwortet er die Wahloption zu Hausarzt-Verträgen. „Ein Beglückungszwang ist unsinnig.“ Auch die AOK will weg von dem Zwang zum Abschluss mit einem bestimmten Verband. Allerdings zeigte sich Stackelberg skeptisch, ob das so bald geändert wird. Schließlich hätten sich die beiden großen Parteien ausdrücklich daran gebunden.

Die nächste Herausforderung ist aus seiner Sicht die Öffnung der stationären Versorgung durch Selektivverträge. Weitere Herausforderungen sind die geordnete Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen sowie die Qualitätssicherung. Auch im Selektivvertrag müsse die Qualität gemessen werden. Der Einzelvertrag müsse sich dem Anspruch stellen, dass er mindestens genauso gut, wenn nicht besser ist als der Kollektivvertrag.

● Selektivverträge nur mit der KV?

Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchowbundes, Dr. Klaus Bittmann, geht davon aus, dass die meisten Kollegen nicht verstehen, was mit Selektivverträgen gemeint ist. Tatsache sei, dass die Finanzierung der ärztlichen Leistungen im Kollektivvertrag eingengt ist. Die Integrierte Versorgung ist von den KVen nur zögerlich akzeptiert worden, weil die Rahmenbedingungen ungünstig waren. Der Gesetzgeber hat daraufhin die KVen von IV-Verträgen ausgeschlossen. Wenn der Vertragswettbewerb Platz greift, so Bittmann, stehe die Ärzteschaft in der Verantwortung, hier mitzumischen. Der Kollektivvertrag werde die Grundversorgung regeln. Die großen Berufsverbände haben eine Allianz der Ärzteverbände gegründet, um die Kollegen auf die veränderten Bedingungen vorzubereiten. Für Bittmann sind die 140er Verträge zur Integrierten Versorgung das Modell der Zukunft, auch wenn der Weg dahin noch lange sei. Selektivverträge entstehen mit unterschiedlicher Häufigkeit, stellte Dr. Peter Schmied, Mitglied im BDI-Vorstand und Vorsitzender des Bundesverbandes niedergelassener Facharzt-Internisten (BNFI), fest. Sie gelten als Zauberwort zur Lösung der aktuellen Probleme, aber ob sie das wirklich sind, ist offen. Die eigentlichen Verlierer im System sind diejenigen, die kosten- und arbeitsintensiv tätig sind. Letztlich können nach Ansicht des Facharztes aus dem bayerischen Burgkunstadt die Ärzte Selektivverträge nur mit starken Managementgesellschaften abschließen, „und das ist in Bayern die KV“.

KS

1. Assistententag des BDI

Die Sorgen des Nachwuchses im Blick

Erstmals hat der BDI im Rahmen des Deutschen Internistentags einen „Assistententag“ veranstaltet. Familie und Beruf, Nachwuchsförderung und die Bewertung der Weiterbildung standen im Mittelpunkt der Veranstaltung.

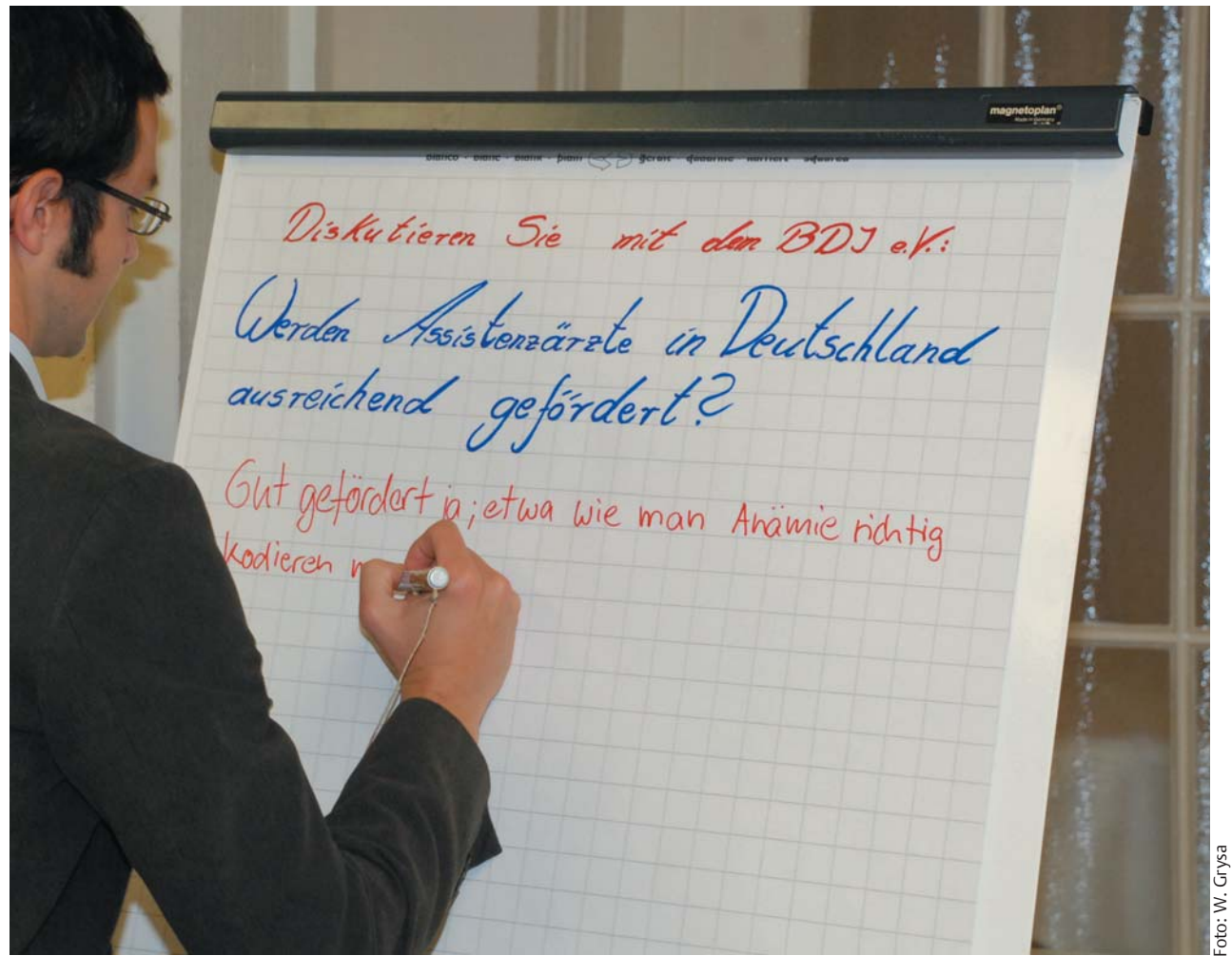
Zukunft braucht Herkunft, stellte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack in seinem Grußwort fest. Je strukturierter und aktiver wir sie angehen, desto besser sind die Ergebnisse. Die Herkunft ist die Innere Medizin, „ein Fach ohnegleichen“. Mehr als 40 000 Ärztinnen und Ärzte zählen die Internisten. Das attraktive Fach hat anders als manche anderen keine Nachwuchssorgen. Junge Internisten werden später keine Probleme haben, einen Arbeitsplatz zu finden. Wesiack versprach, dass der BDI sich ganz intensiv dem Nachwuchs, der Zukunft widmen werde. Wohin die Reise geht, belegt am besten die aktuelle Beske-Studie über die Entwicklung der Morbidität bis zum Jahr 2050, erklärte Prof. Jürgen Riemann, Vorstandsmitglied des BDI. In fast allen Ländern ist mit einem starken Anstieg der Gesundheitskosten zu rechnen. Die Zahl der Hochbetagten wird um 156% ansteigen, die Pflegebedürftigkeit um 40% zunehmen. Internistische Krankheiten stehen ganz im Vordergrund der Entwicklung.

Internisten werden gebraucht. In den 2027 deutschen Kliniken fehlen schon jetzt 4000 Ärzte. Ursachen sind u.a. die Überalterung der Ärzte-

schaft, die Reduzierung von Studienkapazitäten sowie unattraktive Arbeitsplätze. Die ärztliche Weiterbildung muss verbessert werden. Assistenzärzte und -ärztinnen beklagen häufig eine unstrukturierte Weiterbildung. Auf dem Assistententag wollte der BDI die Probleme thematisieren und häufig anzutreffende Missstände beim Namen nennen. BDI-Vorstandsmitglied Dr. Michael Denking, der gemeinsam mit Riemann maßgeblich den Assistententag vorbereitet hatte, stellte das Programm zur Bewertung der Weiterbildung „Rate your Boss“ vor. Auch die Bundesärztekammer hat sich die Bewertung der Weiterbildung vorgenommen. In Berlin war Gelegenheit für alle Weiterbildungsassistenten, Weiterbildungsbefugte und alle Interessierten, sich über Weiterbildungsqualität, Weiterbildungsmöglichkeiten sowie das Thema Familie und Beruf auszutauschen.

● **Familie und Beruf vereinbaren**

Vor allem Frauen haben es schwer, erklärte Dr. Cornelia Jaursch-Hanke, Krankenhausärztin und BDI-Vorstandsmitglied. Heute sind zwar



Wie gut ist es um die Weiterbildung der deutschen Internisten bestellt? Darüber diskutierten Assistenzärzte und Fachärzte beim 1. Assistententag im Rahmen des 2. Deutschen Internistentags in Berlin. Auch das Internetportal zur Bewertung der internistischen Weiterbildung (www.bdi.de/weiterbildung.html) wurde vorgestellt.

zwei Drittel der Berufsanfänger Frauen, aber in Führungspositionen sind sie immer noch eine Minderheit. Ihnen stehen viele Hindernisse im Weg.

40% aller Akademikerinnen bekommen keine oder sehr spät Kinder. Auch männliche Ärzte wollen als Väter Beruf und Familie vereinen. In Checklisten, wie sie der Deutsche Ärztinnenbund herausgibt, finden sich viele Möglichkeiten, die Situation der Ärztinnen zu verbessern. Arbeitgeber, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern, haben deutliche Standort- und Wettbewerbsvorteile, wenn es darum geht, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen und an ihr Klinikum zu binden. Das familienfreundliche Krankenhaus sollte die Regel werden.

Das fängt schon damit an, dass Eltern- und Schwangerschaft und Pflege von Angehörigen als natürliche Lebensereignisse und nicht als Störfaktoren der klinischen Organisationsabläufe betrachtet werden. Nötig sind flexible Elternzeit- und Teilzeit-Regelungen für Ärztinnen und Ärzte. Gefragt werden Serviceangebote für Kinderbetreuung, arbeitsplatznah und zeitlich kompatibel, am besten betrieblich, sonst Vermittlung und Kooperationen. Krankenhäuser können Assistenz- und Oberärztinnen durch ein familienfreundliches Leitbild gewinnen und weiterhin an das Klinikum binden. Bisher lautete der Tenor: „Sie können bei uns arbeiten, aber es ist Ihr und nicht unser Problem, wie und ob Sie Ihre Berufstätigkeit mit Ihren familiären Aufgaben unter einen Hut bringen.“ Moderne Personalpolitik sollte vermitteln: „Wir wollen Ihre Mitarbeit, wir brauchen Sie, was können wir Ihnen anbieten, damit Sie Beruf, Weiterbildung, Wis-



Vorsitzende des Assistententags beim 2. Deutschen Internistentag waren Dr. Michael Denking (links) und Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, beide Mitglieder des Vorstands des BDI e.V.

senschaft, Familie und private Haushaltsführung ohne unnötigen Reibungsverlust tagtäglich bewältigen können?“

Die private Helios-Klinikette hat daraus bereits Konsequenzen gezogen, versicherte ihr Vertreter PD Dr. Parwis Fotuhi. Wegen des Ärztemangels werden bald Krankenhäuser schließen müssen, meinte er. Helios sage den Ärztinnen: „Wir wollen Sie wieder haben.“ Die Klinik zahlt den Ärztinnen Fort- und Weiterbildung auch während der Elternzeit. Sie hat vor allem alleinerziehende Mütter als Zielgruppe im Blick, für die sie Lösungen anbietet. Im Krankenhaus, so Fotuhi, sind es vor allem zwei Personen, die das begreifen müssen: der Verwaltungsleiter und der Chefarzt.

KS

Neue BDI-Stipendiaten

Im Rahmen der Eröffnungsfeier zum 2. Deutschen Internistentag wurde auch das BDI-Stipendium an zwei Medizinstudenten vergeben:



Stefan Moder studiert an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und arbeitet an seiner Promotion über den Einfluss von Toll-like Rezeptor-Liganden auf die suppressive Aktivität regulatorischer T-Zellen. Kevin Schulte studiert im Modellstudiengang Medizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen.

Foto: W. Grysa

Foto: W. Grysa

Foto: W. Grysa



Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Dräger, im BDI-Vorstand für das Ressort Fortbildung verantwortlich, hatte auch die wissenschaftliche Leitung des 2. Deutschen Internistentags übernommen.

Foto: W. Grysa

Praxiskosten-Analyse 2007

Umsatzsteigerung durch größeren Privatumsatz

Zur Jahresmitte hat das Statistische Bundesamt die aktuelle Kostenstruktur-Analyse für Arztpraxen vorgelegt. Sie erscheint im Abstand von vier Jahren und bezieht sich auf das Jahr 2007. Es wurden bundesweit 5299 Arztpraxen befragt, ausgewählt nach dem Zufallsprinzip, darunter 953 Allgemeinarzt-Praxen und 4346 Facharztpraxen.

Die Angaben über die internistischen Praxen haben den Nachteil, dass nicht zwischen den hausärztlichen und fachärztlichen Internisten und erst recht nicht nach den internistischen Schwerpunkten unterschieden wird. Der durchschnittliche Umsatz einer Einzelpraxis lag 2007 bei 319 000 €, der einer Gemeinschaftspraxis bei 873 000 €. Der Reinertrag pro Praxis wird mit 151 000 € bzw. 396 000 € angegeben (siehe Tabelle 1). Der Umsatz in einer durchschnittlichen

Einzelpraxis lag 2007 um 11,2 % höher als im Jahre 2003. Es fällt auf, dass dieser Umsatzanstieg in erster Linie auf den Anstieg des Privatumsatzes (+35,7%) zurückzuführen ist, während der KV-Umsatz mit +3,7% nur bescheiden angestiegen ist. Fast ein Viertel des Praxisumsatzes wird mit der Privatabrechnung erzielt, was zeigt, dass viele die Behandlung von GKV-Patienten über die Privatpatienten subventionieren.

Tab. 1 Umsatz und Gewinn der Internisten – Bundesgebiet (in Euro)

	Einzelpraxen			Gemeinschaftspraxen		
	2007	2003	+/- in %	2007	2003	+/- in %
Durchschnittlicher Umsatz je Praxis	319 000	287 000	+11,2	873 000	908 000	-3,9
KV-Umsatz	229 999	221 851	+3,7	677 448	745 468	-9,1
Privatumsatz	79 431	58 548	+35,7	177 219	145 280	+22,0
Sonstiger Umsatz	9 570	6 601	+45,0	19 206	17 252	+11,3
Durchschnittlicher Reinertrag je Praxis	151 000	126 000	+19,8	396 000	390 000	+1,5

Quelle: Statistisches Bundesamt, Kostenstruktur bei Arztpraxen 2009

Der Kostenanteil einer durchschnittlichen internistischen Praxis in Deutschland betrug 52,8 %. Am höchsten sind die Personalkosten: Sie schluckten 23,4 % der Einnahmen, für Miete samt Geräte-Leasing gingen 6,6 % ab. Die Unterschiede zwischen dem früheren Bundesgebiet und den fünf

ostdeutschen Bundesländern sind immer noch beträchtlich. Die durchschnittliche internistische Einzelpraxis in den neuen Bundesländern erzielte einen Umsatz von 268 000 €, der zu 87,6 % aus KV-Umsatz stammte. Da Privatpatienten in der ehemaligen DDR eine Rarität sind, beträgt

der Umsatzanteil aus der Privatabrechnung beim Durchschnittsinternisten nur 9,2 %. Der Reinertrag einer Praxis im Osten Deutschlands lag bei 133 000 €. Er betrug 49,8 % vom Umsatz, während die Kosten 50,2 % ausmachten.

HFS

Weiterbildungsordnung (Fortsetzung von Seite 1)

Berufspolitik hinter den Kulissen

Seit zwei Jahren wird hinter den Kulissen die nächste vollständige Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorbereitet, die zuletzt vom Deutschen Ärztetag 2003 in Köln geändert wurde und 2010 in Dresden grundlegend „renoviert“ werden soll. Nach einem langwierigen Durchlauf verschiedener Gremien sind Änderungen von Organisation und Inhalten vieler Facharztweiterbildungen vorgesehen, die voraussichtlich ab 2011 rechtswirksam werden. In diesem Herbst laufen wichtige Vorentscheidungen in den Landesärztekammern, wobei jede Kammer zu über 500 Einzelvorschlägen eines Arbeitsausschusses der Bundesebene positive oder negative Stellungnahmen abgeben kann. Es handelt sich hier um die letzte Möglichkeit basisdemokratischer Einflussnahme vor dem Ärztetag im Mai 2010.

- **Anpassung der Weiterbildung an europäisches Recht**

Eine wichtige Rolle bei den Änderungsvorhaben der Bundesärztekam-

mer spielen juristisch notwendige Anpassungen des deutschen Weiterbildungssystems an das Europarecht. Dazu gehört beispielsweise, dass die Kurzbezeichnung „Internist“ zukünftig allein für die abgeschlossene fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin reserviert sein wird. Schwerpunktfachärzte mit einer dreijährigen internistischen Basisweiterbildung sollen diesen Titel nicht mehr zusätzlich führen dürfen, wenn sie nicht mindestens acht Jahre Weiterbildung durchlaufen und beide Facharztprüfungen abgelegt haben.

- **Keine gemeinsame Basisweiterbildung mit den Allgemeinärzten**

Sehr wahrscheinlich wird es einen Rückzug der Allgemeinmedizin aus der gemeinsamen Basisweiterbildung mit den Internisten geben, nachdem die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin für die Rückabwicklung der Verschmelzung von 2003 votiert hat. Die deutliche Verkürzung des Weiterbildungsabschnittes in Innerer Medizin für Allgemeinärzte würde allerdings dazu führen müssen, dass auch dessen Inhalte einschließlich der zu erlernenden internistischen Methoden reduziert werden. Damit kommt dem mindestens 5 Jahre generalistisch weitergebildeten Internisten in der ambulant-fachärztlichen Patientenversorgung absehbar wieder eine größere Bedeutung zu. Das sollte in den ambulanten Weiterbildungsoptionen für diesen Facharzt seinen Niederschlag finden.

- **Gibt es bald den Facharzt für Geriatrie?**

Die Einführung einer Facharztkompetenz „Geriatrie“ im Gebiet Innere Medizin ist bisher erst in zwei Bundesländern realisiert worden. Gegen eine bundesweite Etablierung dieses Fachzertes bestehen bei der Bundesärztekammer Bedenken, die nur durch nachhaltige Unterstützung des entsprechenden Antrages über die Landesärztekammern überwunden werden können. Ebenso gibt es innerhalb der bestehenden Schwerpunktkompetenzen der Inneren Medizin zahlreiche gut begründete Anliegen, die in der aktuellen Empfehlung zur Neufassung der MWBO nur teilweise Beachtung gefunden haben. Der BDI wird sich hier vehement für die berechtigten Interessen seiner Sektionen einsetzen.

- **Abgrenzungsprobleme mit anderen Fächern**

Gleichzeitig sieht unser Berufsverband seine Aufgabe darin, die spezifischen Inhalte und Methoden des Gebietes Innere Medizin gegen Begehrlichkeiten aus anderen Fachbereichen zu schützen. Abgrenzungsprobleme ergeben sich beispielsweise aus der vorgesehenen Aufnahme der transösophagealen Echokardiografie als perioperatives Überwachungsverfahren in die Anästhesiologie und aus der Reklamation der Dopplersonografie als Praxisstandard seitens der Kinderheilkunde. Die Gründe für solche Ansprüche müssen sehr sorgfältig auf fachliche Stichhaltigkeit geprüft werden.

Dr. med. Thomas Schröter

Über- und Unterversorgung wirken sich auf Punktwert aus

BDI warnt vor massiver Umverteilung ab 2010

Als Vollstrecker von Ulla Schmidts Erbe hat der Erweiterte Bewertungsausschuss im September 2009 einen folgenschweren Beschluss gefasst: In Planungsbezirken mit festgestellter Überversorgung sollen die Punktwerte gesenkt werden und in Planungsbezirken mit festgestellter Unterversorgung soll es Zuschläge geben. Nach einer einjährigen Schonfrist soll die Regelung ab 2011 für alle Vertragsärzte greifen, für bereits länger niedergelassene Vertragsärzte etwas langsamer, für neue in voller Härte.

„Die im § 87 Abs. 2e SGB V vorgeschriebene Festlegung der Punktwerte ist ein Musterbeispiel für die auf zentralistische Planung setzende Ideologie der ehemaligen SPD-Ministerin, die das gesamte GKV-WSG durchzieht“, stellt BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack fest. „Damit muss jetzt Schluss sein.“ Der Berufsverband Deutscher Internisten, BDI e.V., lehnt diesen erneuten bürokratischen Eingriff in die vertragsärztliche Vergütung als ungeeignet und unzumutbar ab. Die vom Bewertungsausschuss beschlossenen Vorgaben sind sachfremd und

werden nur zu einer Reduktion der Gesamtvergütung in betroffenen Ländern führen, stellt der Erweiterte Vorstand des BDI in einem Beschluss fest. Der zu erwartende Mittelabfluss wird massive Verwerfungen in der Versorgungslandschaft auslösen. Der BDI fordert die Krankenkassen auf, zusätzliches Geld für die Unterversorgung zur Verfügung zu stellen, anstatt zu versuchen, Versorgungsmängel durch den Griff in die Taschen der niedergelassenen Ärzte zu korrigieren.

Pressemitteilung des BDI



Bild: creativ collection

- **Der BDI als Ihr Ansprechpartner**

Sollten Sie konkrete Anregungen für die Neugestaltung der Weiterbildung vom BDI vertreten wissen wollen oder in einer Wahlfunktion Ihrer Ärztekammer bereit sein, die Anliegen der Internisten zur Weiterbildungsordnung systematisch zu vertreten, vermittelt Ihnen die Geschäftsstelle in Wiesbaden unter Telefon 0611-181330 gern einen Ansprechpartner aus dem zuständigen Vorstandsressort.