



## Richtungsentscheidung der niedergelassenen Vertragsärzte und –psycho-therapeuten Schreiben des KBV-Vorsitzenden Dr. Köhler an die KV-Mandatsträger

die intensive, teils kontroverse Diskussion der Vertreterversammlung vom 23. März 2007, die Rückmeldungen hierzu sowie verschiedene Äußerungen in den Fachmedien veranlassen mich, Ihnen nochmals meine Position zur Zukunft der niedergelassenen Vertragsärzte und –psychotherapeuten und auch zur Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen darzustellen:

### Niedergelassene Vertragsärzte und –psychotherapeuten wollen in erster Linie ihre Patienten gut behandeln!

Die niedergelassenen Vertragsärzte und –psychotherapeuten haben ein legitimes Ziel: Sie wollen ihre Patienten mit guter Qualität möglichst ohne Einmischung des Staates behandeln. Sie erwarten zu Recht, dass dies ohne Überbürokratisierung erfolgt und sie haben einen Anspruch auf angemessene Vergütung. In zweiter Linie wollen sie als Angehörige eines freien Berufes auch frei unternehmerisch tätig sein. Dieses Selbstverständnis entspricht dem Wunsch, das Patienten-Arzt-Verhältnis zu schützen.

Deshalb könnte es jedem Arzt und Psychotherapeut eigentlich egal sein, welche Vertragspartner auf welcher Grundlage hierzu Verträge mit den Krankenkassen abschließen, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind. Für an verantwortlicher Stelle tätiger Mandatsträger im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sehe ich dies anders, und zwar nicht, weil ich das derzeitige KV-System als Selbstzweck erhalten will, son-

dern weil ich die Voraussetzungen für eine gute wohnortnahe ambulante Versorgung der Versicherten und die Existenzgrundlage der Vertragsärzte und –psychotherapeuten ohne Richtungsentscheidung in der Zukunft gefährdet sehe.

### Die niedergelassenen Vertragsärzte und –psychotherapeuten befinden sich vor einer historischen Richtungsentscheidung!

Beginnend mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), verstärkt durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und letztlich potenziert durch das nun in Kraft tretende GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz müssen wir feststellen, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen wesentlich verstärkt, ja sogar zentrales Steuerungsinstrument wird. Die Krankenkassen werden durch die jetzigen Strukturreformen und die Veränderung der Finanzierungsgrundlagen noch stärker als bisher in den Wettbewerb gezwungen. Dies gilt auch für die Vertragsärzte und –psychotherapeuten, denn sie werden künftig nicht mehr wie bisher ihre Patienten in der GKV ohne Prüfung der Vertragsgrundlage behandeln können. Entweder sind sie oder aber die Versicherten möglicherweise nicht Vertragspartner eines Vertrages.

Dieser Wettbewerb erstreckt sich auch auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Körperschaften. In einem von Wettbewerb dominierten künftigen Markt haben Kassenärztliche Vereinigungen und die Kassenärztli-

che Bundesvereinigung in ihrer jetzigen Struktur eigentlich nichts zu suchen! Sie befinden sich deshalb in einem Intermediärstadium, einerseits weil Politik und Ministerium noch nicht wissen, wie sich der Wettbewerb auf eine flächendeckende ambulante Versorgung auswirkt, andererseits weil die Wettbewerbsstrukturen auf Seite der Vertragsärzte und –psychotherapeuten noch nicht erkennbar sind.

### Inhalt:

Köhler:	
Richtungsentscheidung	1
Impressum	1
Lauterbach-Pflegekasse	4
„Geiselhaf“	4
Facharzt Innere Medizin	5
KBV zur Muster-WBO	6
IW-Studie Zukunftsbranchen	6
Bedarfsplanung	6
DKV fordert Investitionen	7
Anteil weibl. Vertragsärzte	7
Unternehmensteuer	8
Rabattverträge	8
Röntgen-Kenntnisse	9
Strukturierte FA-Versorgung	10
International guidelines	11
Veranstaltungshinweis	11

### Verantwortlicher Herausgeber:

Dr. J.-A. Rüggeberg  
Präsident der GFB

### Redaktion:

Dr. Hanns-Hinnerk Felsing

In diesem Intermediärstadium haben Vertragsärzte und –psychotherapeuten noch die Chance, selbst zu entscheiden, wie sie mit den ärztlichen Selbstverwaltungsorganen umgehen wollen. Erfolgt diese Entscheidung nicht in den nächsten ein bis zwei Jahren, wird die Entscheidung durch die „normative Kraft des Faktischen“, unterstützt von Politik, Öffentlichkeit und BMG, erfolgen. Mein Ansinnen, wie ich es im Bericht zur Lage dargestellt habe, ist es, dass die Vertragsärzte und –psychotherapeuten selbst entscheiden, wie ihre Zukunft und die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aussehen soll.

**Vertragsärzte und –psychotherapeuten müssen baldmöglichst entscheiden, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung reine Regulierungsbehörden werden oder ob sie sich aktiv im zukünftigen Wettbewerbsmarkt um gute Verträge für Ärzte und Psychotherapeuten einbringen wollen.**

Analysiert man die Auswirkungen der letzten Gesetzgebungsverfahren und berücksichtigt man das klare Bekenntnis von Politik, Öffentlichkeit und Ministerien zu mehr Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen, ergeben sich zwei Richtungen für Vertragsärzte und –psychotherapeuten, aber auch für die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Beide Richtungen sind möglich, so dass es sich um eine klassische Richtungsentscheidung handelt.

### **Die Kassenärztliche Vereinigung als „Regulierungsbehörde“**

In einem von Privatisierung und freier „sozialer“ Marktwirtschaft geprägten ambulanten Gesundheitsversorgungssystem wird ähnlich wie in der Entwicklung der

ehemaligen deutschen Bundesbahn oder Telekom eine Institution benötigt, die den Markt reguliert. Als Aufgabenspektrum einer solchen Regulierungsbehörde dürfte im Vordergrund die Zulassung geeigneter Vertragsärzte und –psychotherapeuten stehen. Möglicherweise wird man auch die Überwachung der Qualität der Versorgung dieser Regulierungsbehörde zuordnen. Teilweise wird die „Regulierungsbehörde Kassenärztliche Vereinigung“ noch Verträge schließen können und zwar dort, wo im freien Vertragswettbewerb keine Anbieter von Verträgen vorhanden sind. Verträge werden aber hauptsächlich Berufsverbände und deren Managementgesellschaft oder eigenständige Gesellschaften abschließen können. Der klassische Einzelvertrag wird neben solchen „Gruppenverträgen“ existieren, aber nicht die dominierende Vertragsform sein. Dieses System, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung quasi das „Schienennetz organisieren, die Züge aber von anderen Vertragspartnern auf das Schienennetz gesetzt werden“, ist durchaus denkbar, setzt aber einige Bedingungen voraus: Es muss eine Struktur der Berufsverbände oder anderer Organisationen vorhanden sein, die Verträge abschließen können. Darüber hinaus muss entschieden werden, wer die hierfür notwendige Logistik (Abrechnung und Qualitätssicherung) vorhält. Dies kann dann die Regulierungsbehörde KV sein, der sich die Vertragspartner bedienen, dies können aber andere Strukturen – beispielhaft seien Apothekenrechenzentren genannt – sein.

Eines ist jedoch sicher: Die Marktmacht der Krankenkassen als Nachfrager von solchen Verträgen wird unweigerlich steigen. Damit wird die bisherige Balance zwischen Anbieter (KV als Vertragspartner) und Nachfrager (Krankenkassen) zugunsten der Krankenkassen verschoben. Wenn Krankenkassen in Regionen fusionieren, erhalten sie über ihre Mit-

gliederzahl ein entsprechendes Nachfragemonopol, dem der einzelne Vertragsarzt in jedem Fall aber auch verschiedene Anbieter von Verträgen passiv gegenüber stehen. Zwar muss die Krankenkasse, auf die dann der Sicherstellungsauftrag übergehen wird, Verträge abschließen, aber sie hat eine weitaus bequemere Verhandlungsposition als bisher. Das Preisgefüge für ärztliche Leistungen wird bei einer Verschiebung der Marktmacht hin zu den Krankenkassen erheblich ins Wanken geraten. Entweder wird die Anzahl der Leistungserbringer maßgeblich begrenzt oder die Höhe der Vergütung der erbrachten ärztlichen Leistungen kommt in ein freies Verhandlungsgefälle hinein.

Darüber hinaus wird es dann keine künftige gemeinsame Interessensvertretung für die niedergelassenen ambulant tätigen Vertragsärzte und –psychotherapeuten geben. Die Interessensvertretung wird sich zersplittern in eine Interessensvertretung mindestens der Versorgungsbereiche, wahrscheinlich aber eher der einzelnen Arztgruppen. Arztgruppen werden sich über Managementgesellschaften gegenseitig Konkurrenz machen und auch niedrigere Marktpreise bei entsprechend vertraglich verhandelter Leistungsmenge akzeptieren müssen. Entscheidend wird somit die Frage sein, inwieweit bei Regression des KV-Systems auf eine Regulierungsbehörde andere Strukturen die Anbietermacht konzentrieren können. Wenn eine solche Konzentration von Anbietermacht möglich wird, wäre dieses Zukunftsmodell durchaus auch für die ambulante vertragsärztliche Versorgung kompatibel.

Ich glaube aber persönlich nicht, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen als Regulierungsbehörden im Status der Körperschaft eine Zukunft haben würden. Früher oder später würden sie dominiert von den Krankenkassen oder dem Ministerium.

## **Die Kassenärztliche Vereinigung in der Doppelrolle als Organisator des Sicherstellungsauftrages und aktiver Wettbewerber.**

In der Übergangsphase wird die Kassenärztliche Vereinigung immer noch den Sicherstellungsauftrag in den Regionen erhalten müssen, wo der freie Vertragswettbewerb keine Verträge abschließt. In dieser Rolle wird sie auch weiterhin den Körperschaftsstatus beibehalten müssen und infolge davon die Pflichtmitgliedschaft. Je mehr sie aber in ihrer Rolle als Übernehmer des Sicherstellungsauftrages eingeschränkt wird, weil sich der freie Vertragswettbewerb ausdehnt, desto schwieriger wird sie die „Restverwaltung“ noch sicherstellen können.

Deshalb ist es meines Erachtens notwendig, dass sich die Körperschaft im Intermediärstadium bereits auf dem Wettbewerbsmarkt positioniert. Nur so hat sie eine Chance, als Körperschaft zu überleben. Vertragsärzte und –psychotherapeuten können dabei die Doppelrolle der Kassenärztlichen Vereinigung sehr gut nutzen. Entstehen Verträge im Wettbewerbssektor, organisiert diese Verträge der Vertragspartner KV. Er kann sie abgleichen mit den Rahmenbedingungen innerhalb des kollektivvertraglich geregelten Bereiches. Die Organisation und Abwicklung solcher Verträge wird synchronisiert mit den kollektivvertraglichen Rahmenbedingungen. Es entstehen weder Nachteile noch Risikoselektion durch Auswahl der Vertragsärzte und –psychotherapeuten, die „freie“ Verträge bekommen. Gleichzeitig kann sich die Körperschaft „KV“ vorbereiten, wenn der Wettbewerb den kollektivvertraglichen Versorgungsbereich verdrängt. Deshalb ist die Positionierung im Wettbewerbsbereich bei allen Schwierigkeiten, die damit verbunden sind, notwendig, auch wenn hier eine Konkurrenz der Anbieter von Verträgen ähnliche Effekte wie oben hervorrufen kann.

Die Entscheidung, welchen Weg die KV einschlagen soll, liegt allerdings bei den Vertragsärzten und –psychotherapeuten. Das vertragsärztliche Referendum gibt dafür ein klares Votum, so dass eigentlich die ehrenamtliche ärztliche Selbstverwaltung jetzt die Richtungsentscheidung treffen muss.

## **Was passiert, wenn diese Richtungsentscheidung nicht baldmöglichst gefällt wird?**

Egal, welche Richtungsentscheidung gefällt wird, in jedem Fall werden sowieso der Markt und der Wettbewerb entscheiden. Erfolgt aber keine Richtungsentscheidung, verbleibt das KV-System in dieser Intermediärphase und wird unmittelbar durch den Wettbewerb angreifbar. Früher oder später wird damit das KV-System maßgeblich regrediert und hat keine Chance, eigenständig diese Richtungsentscheidung zu treffen.

## **Die Rolle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

Mit der Neuordnung der Strukturen bei den gesetzlichen Krankenkassen treten jetzt verstärkt bundesweit agierende Krankenkassen in den Vordergrund. Auch sie müssen und wollen hausarztzentrierte Verträge abschließen. Sie suchen aber einen bundesweiten Vertragspartner und das kann das KV-System derzeit nicht bieten. Deshalb wird die Vertragskoordinierungsarbeitsgemeinschaft vorbereitet. Sie hat den einzigen Zweck, bundesweiten Krankenkassen, die sich nur einen Vertragspartner wünschen, ein Angebot eröffnen zu können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung spielt hier überhaupt keine zentrale Rolle. Sie handelt nur im Auftrag dieser Arbeitsgemeinschaft, erhält keine Vergütung für die Abwicklung des Vertrages seitens der Krankenkasse und verlagert das gesamte Geschäft in die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Mitglied der Vertragsarbeitsgemeinschaft sind.

Im Grunde genommen ist die Vertragskoordinierungsarbeitsgemeinschaft somit ein Substitut für die derzeitigen Bundesmantelverträge, auf deren Grundlage Gesamtverträge abgeschlossen werden. Mit Zentralismus und Machtverschiebung hat diese Konstruktion überhaupt nichts zu tun. Im Übrigen wäre die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgrund ihrer Ressourcen überhaupt nicht in der Lage, solche Verträge eigenständig abzuwickeln. Sie beabsichtigt dies auch nicht. Auch in der Neuausrichtung auf den Wettbewerb kann ich keine Machtverschiebung zugunsten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erkennen. Entscheidender Wettbewerbsvorteil wird das flächendeckende Rollout eines Vertrages sein und das können nur die Kassenärztlichen Vereinigungen. Daneben wird das Vertragsgeschäft mit Ausnahme bei den bundesweit agierenden Krankenkassen doch weiterhin bei den Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben. Insofern kann ich Vermutungen seitens einiger Mandatsträger nur zurückweisen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird niemals eigenständige Vertragskompetenz ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen entwickeln. Im Übrigen wäre sie dabei „mit dem Klammerbeutel gepudert“, da sie nach wie vor aus den Haushalten der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert wird. Die Schimäre der mächtigen KBV und der ohnmächtigen Kassenärztlichen Vereinigungen wird doch derzeit nur benutzt, um zu vermeiden, dass wir Vertragspartner bundesweit agierender Krankenkassen werden können, um anderen Wettbewerbern Vorteile zu ermöglichen.

Wollen wir das im Interesse der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten?

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Dr. Köhler

## Lauterbach: Reiche sollen mehr in Pflegekasse einzahlen

Nachdem es nach der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetzes etwas ruhiger um den SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Karl Lauterbach geworden ist, hat er sich jetzt im Zusammenhang mit der Pflegereform wieder zu Wort gemeldet. Er forderte, Gutverdiener stärker an der Pflegeversicherung zu beteiligen. Der im Koalitionsvertrag vereinbarte Solidarbeitrag der Privatkassen sei unverzichtbar, sagte er der „Westdeutschen Allgemeinen Zeitung“ (WAZ). Er kritisierte damit Vorschläge der Union, die laut Medienberichten auf ihre Kopfpauschale zur Bildung einer Rücklage in der Pflegeversicherung verzichten wolle, sofern die SPD ihre Forderung aufgabe, die Privatkassen am geplanten Finanzausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung zu beteiligen.

Eine solche Abmachung sei für ihn unerträglich und bedeute den Verzicht auf die Reform. Der Risikoausgleich sei für ihn elementar. "Die mit den höchsten Einkommen haben das geringste Risiko, pflegebedürftig zu werden und bisher am wenigsten bezahlt. Deshalb ist der Risikoausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung das A und O dieser Reform" sagte er der Zeitung. Er setzt damit seine Forderung nach Beteiligung der Privatkassen an den Sozialversicherungen bzw. deren Elimination unverändert fort.

Kommentar der Redaktion:  
Herrn Prof. Lauterbach treibt ein ungebrochener ideologischer Eifer. Für ihn geht es um die absolute Gleichmacherei, Reiche darf es nicht geben, Privilegien schon gar nicht. Die Grenze zum kommunistischen Manifest ist kaum noch erkennbar.

## „Patienten in Geiselhaft“

*Aus der Pressemitteilung des Oberlandesgerichts Karlsruhe zu Äußerungen der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, und des Bundestagsabgeordneten Prof. Dr. Karl Lauterbach*

„Die Antragsteller sind niedergelassene Fachärzte. Beide haben sich am 4. Dezember 2006 am bundesweiten Protesttag gegen die geplante Gesundheitsreform beteiligt, an dem viele Arztpraxen und Apotheken geschlossen blieben. Am 4. Dezember 2006 äußerte sich die Beklagte Ziff. 1, die Bundesministerin für Gesundheit, in einem Radio-Interview des Deutschlandfunks angesprochen auf die Ärzteproteste von diesem Tag wie folgt: „...Mich ärgert vielleicht, wenn Patienten oder kranke Menschen in Geiselhaft genommen werden für Forderungen nach mehr Geld...“. Anlässlich eines öffentlichen Vortrages am 13. Dezember 2006 gebrauchte sie in Bezug auf die Protestaktion ebenfalls das Wort „Geiselhaft“. Der Kläger Ziff. 2, der Bundestagsabgeordnete Prof. Dr. Lauterbach, soll sich am 4. Dezember 2006 gegenüber dem privaten Fernsehsender NTV geäußert haben wie folgt: „Das ist schon eine Geiselhaft der Patienten. Es gibt keine Berufsgruppe, die so brutal die Menschen ausnutzt, wenn es um das eigene Einkommen geht wie die Ärzteschaft“.

... Die Berufung eines der klagenden Ärzte zum Oberlandesgericht Karlsruhe - Senate in Freiburg - blieb ohne Erfolg. Der von einer zu erwartenden ehrverletzenden Presseäußerung - dazu gehören auch Äußerungen in den elektronischen Medien - Betroffene hat einen zivilrechtlichen Unterlassungsanspruch, wenn der mit der Äußerung verbundene Angriff auf sein Persönlichkeitsrecht nicht durch die verfassungsrechtlich gewährleistete Meinungsfreiheit gerechtfertigt ist. Hier

scheitert der geltend gemachte Unterlassungsanspruch schon daran, dass der Kläger durch die inkriminierte Äußerung nicht als Individuum betroffen ist. Nach den gesamten Umständen steht außer Zweifel, dass die Beklagte Ziff. 1 den Teil der Ärzte als "Geiselnehmer" qualifizieren wollte, die am 4. Dezember 2006 ihre Praxen geschlossen hielten und am bundesweiten Protesttag gegen die Gesundheitsreform teilnahmen. Die Angriffsrichtung der vom Kläger beanstandeten Sentenzen der Beklagten ging gegen die Gesamtheit der am Protesttag "streikenden" Ärzte. Dass durch die Bezeichnung eines Kollektivs auch das allgemeine Persönlichkeitsrecht einzelner, diesem Kollektiv angehöriger Personen verletzt werden kann, ist in der Rechtsprechung anerkannt. Herabsetzende Äußerungen schlagen jedoch dann nicht auf die persönliche Ehre jedes einzelnen Mitgliedes des angegriffenen Kollektivs durch, wenn es sich dabei um eine unüberschaubar große Gruppe handelt. Von einer Persönlichkeitsverletzung des einzelnen kann nur dann die Rede sein, wenn er auch tatsächlich das Angriffsziel einer ehrverletzenden Äußerung ist. Je größer der Kreis des herabgesetzten Kollektivs ist, desto mehr "verliert sich die Beleidigung in der Unbestimmtheit" und desto mehr geht die "Individuumsbezogenheit" verloren...."

Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 13.04.2007 - 14 U 11/07 -

Kommentar der Redaktion:  
Offenbar war unsere Demonstration zu groß. Interessant ist, dass dies wohl nur für Ärzte gilt nicht jedoch für Äußerungen im Zusammenhang mit religiösen oder ethnischen Gruppen. So schlüssig die Argumentation des Gerichts erscheint, so unverständlich ist sie vor diesem Hintergrund für den Nichtjuristen.

## Facharzt für Innere Medizin – unverzichtbar für die Patientenversorgung

Auf den Deutschen Ärztetagen in Rostock 2002 und in Köln 2003 wurde der Facharzt für Innere Medizin und der Facharzt für Allgemeinmedizin zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) verschmolzen. Dabei wurde trotz breiter, ernsthafter Bedenken und hingegen aller anders lautenden Interpretationen der Facharzt für Innere Medizin mit eigener Facharztprüfung abgeschafft. Demzufolge sollte es in Deutschland zukünftig nur noch einen Facharzt hybrid Innere und Allgemeinmedizin und einen Internisten ausschließlich mit Schwerpunktbezeichnung geben. In ganz Europa gibt es den Facharzt für Innere Medizin mit eigener Facharztprüfung. Bereits bei der Umsetzung der somit neu gestalteten Musterweiterbildungsordnung in den verschiedenen Landesärztekammern zeigen sich die erheblichen Probleme. So haben fünf Landesärztekammern den Facharzt für Innere Medizin in unterschiedlicher Form behalten. Damit ist es zu einer Zersplitterung in der internistischen Weiterbildung in Deutschland gekommen. Dieser Zustand ist weder kurzfristig noch dauerhaft beizubehalten, da dies die Migrationsmöglichkeit nicht nur in Europa sondern sogar innerhalb Deutschlands blockieren würde. Die derzeit bestehenden heterogenen Lösungen in den Bundesländern sind nicht EU-kompatibel. Dies hat die Europäische Kommission bereits gegenüber der Bundesregierung deutlich gemacht. Die EU-Kommission sorgt sich um die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikation und der damit zusammenhängenden Migrationsmöglichkeit der Internisten in Europa, warnt vor einer Ausländerdiskriminierung und droht

diskriminierung und droht mit einem Vertragsverletzungsverfahren. Im Einklang mit dem EU-Recht müssten Fachärzte für Innere Medizin unabhängig von dem Ausbildungsangebot weiterhin in allen Bundesländern tätig sein können.

In Kliniken wird es zu ernststen Problemen kommen, wenn die qualifizierte Tätigkeit des Facharztes für Innere Medizin fehlt. Dieser Facharzttyp wird dort dringend benötigt, weil sonst ein Einhalten des Facharztstandes bei der Patientenversorgung im Krankenhaus langfristig nicht mehr sichergestellt werden kann. Der Facharzt für Innere Medizin ist weder durch den „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ (Hausarzt) der neuen Weiterbildungsordnung, noch durch den bezüglich seiner Tätigkeit weitgehend auf seinen Schwerpunkt fixierten „Internisten mit Schwerpunkt“ zu ersetzen. Er bildet vielmehr die Klammer für die gesamte Innere Medizin.

Die oben skizzierten Probleme haben nunmehr die Bundesärztekammer dazu bewegt, auf dem 110. Deutschen Ärztetag vom 15. – 18. Mai 2007 in Münster im Rahmen einer Novellierung der Musterweiterbildungsordnung das Gebiet „Innere und Allgemeinmedizin“ erneut auf die Tagesordnung zu setzen. Es ist geplant, nach der gemeinsamen dreijährigen Basisweiterbildung eine spezifische Weiterbildung in der Allgemein-Inneren Medizin von zwei Jahren anzufügen, sodass die gesamte Weiterbildungszeit fünf Jahre betragen wird. Für die Spezialisierung (Schwerpunkt in der Inneren Medizin) ist wie

bisher eine dreijährige Weiterbildung in dem jeweiligen Schwerpunkt nach der gemeinsamen dreijährigen Weiterbildungszeit erforderlich. Der fünfjährige Weiterbildungsgang zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) bleibt davon unberührt. Der Berufsverband Deutscher Internisten und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin sind sich einig, dass der Facharzt für Innere Medizin unbedingt wieder eingeführt werden muss. Demzufolge bitten wir Sie um Ihre Unterstützung auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster.

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.

### Position der GFB:

Die Mitgliedsverbände der GFB haben auf der letzten Mitgliederversammlung am 30.3.07 einstimmig beschlossen, auf dem Deutschen Ärztetag für den Antrag der Bundesärztekammer zu stimmen, entsprechend dem Votum der Internisten die Weiterbildungsordnung zu ändern. Wir bitten alle Fachärzte in diesem Gremium, dieser Empfehlung zu folgen.

Dies umso mehr angesichts der auf der Folgeseite abgedruckten Pressemeldung der KBV, herausgegeben von deren zweitem Vorsitzenden und ehemaligen BDA-Chef Ulrich Weigeldt. Inwieweit Herr Dr. Köhler oder der Vorsitzende der KBV-Vertreterversammlung zu dieser Verlautbarung gehört wurden und ob sie diese mittragen, entzieht sich unserer Kenntnis.

## KBV ist gegen Rücknahme der Rostocker Beschlüsse

### Weigeldt: Änderungen in der Weiterbildungsordnung verunsichern junge Ärzte

**Berlin, 20. April 2007** – Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat sich im Vorfeld des Ärztetages dafür ausgesprochen, die ärztliche Weiterbildung nicht noch stärker aufzufächern. Vorstandsmitglied Ulrich Weigeldt sagte dazu heute in Berlin: „Bei dem sich abzeichnenden Hausärztemangel wäre die Einführung eines allgemeinen internistischen Weiterbildungsanges für die stationäre Versorgung das falsche Signal. Stattdessen gilt es jetzt, für das Berufsbild des Hausarztes gemeinsam zu werben. Auch die Tätigkeit der Allgemeininternisten kann im stationären Versorgungsbereich von Ärztinnen und Ärzten für

Innere Medizin und Allgemeinmedizin ideal abgedeckt werden. Insbesondere in Aufnahmeabteilungen können Ärzte mit zwei Jahren Praxiserfahrung die Aufgaben äußerst effizient erfüllen. Für Fachärzte der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin stünde im späteren Berufsleben auch die hausärztliche niedergelassene Tätigkeit offen, während der Allgemeininternist ohne entsprechende Praxisweiterbildungszeit weder inhaltlich noch formal für eine qualifizierte hausärztliche Tätigkeit geeignet wäre. Auf dem 105. Deutschen Ärztetag 2002 in Rostock ist nach intensiver Vorbereitung aus dem Facharzt für Allgemeinmedizin und dem Facharzt

für Innere Medizin ohne Schwerpunkt der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin entstanden. Das dort beschlossene integrierte Curriculum ist von der Gesellschaft für Allgemeinmedizin und dem Deutschen Hausärzterverband, dem Bundesverband der Internisten und der Gesellschaft für Innere Medizin gemeinsam entwickelt worden. Die KBV befürwortet die Beibehaltung der Rostocker Beschlüsse. Ständige Diskussionen und Veränderungen der Weiterbildungsordnungen tragen nur zur Verunsicherung junger Ärztinnen und Ärzte bei.“

## IW-Studie: Deutschlands Zukunftsbranchen

Was schon lange vermutet wurde, ist jetzt mit einer Studie des Instituts der Deutschen Wirtschaft (IW), Köln, im Auftrag des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) bestätigt worden. Demnach haben drei Branchen, Unternehmensdienste, Pharma sowie Medizin-, Mess-, Steuer-, Regeltechnik, von 34 analysierten deutschen Wirtschaftszweigen die besten Zukunftsaussichten. Sie profitieren am stärksten von den erwarteten technologischen und gesellschaftlichen Veränderungen und haben die besten Wachstums- und Entwicklungsperspektiven. Ursächlich hierfür ist nach Ansicht des IW eine steigende Nachfrage

nach Gesundheitsleistungen aufgrund demografischen Entwicklung mit immer älter werdender Bevölkerung und zunehmender Bedarf an Gesundheitsleistungen. Pharma sowie Medizin-, Mess-, Steuer-, Regeltechnik werden in Zukunft einer der wichtigsten Wachstumstreiber sein. Während die erstplatzierte Branche der Unternehmensdienste von ihrer Funktion als "Drehscheibe" der Wirtschaft profitiert, gründet die Zukunftsfähigkeit der beiden anderen Siegerbranchen zu großen Teilen auf ihrer Fähigkeit, am "Gesundheitsboom" zu partizipieren. "Der Gesundheitssektor ist der Zukunftsbereich der deutschen Wirtschaft", erläuterte Dr. Michael

Hüther, Direktor des IW Köln. Einschränkung werden seitens der Studienersteller nur die Rahmenbedingungen der Pharmaindustrie in Deutschland gesehen, wohingegen für die Branche Medizin-, Mess-, Steuer- und Regeltechnik ein Investitionsstau, eine verhaltene Beschäftigungspolitik und hoher Konkurrenzdruck ausländischer Unternehmen festgestellt wird. Den beiden medizinischen Branchen wird ein hohes Entwicklungspotenzial zuerkannt.

## Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft getreten

Nachdem seitens des aufsichtführenden Bundesministeriums für Gesundheit keine Beanstandung der im Februar 2004 durch den Gemeinsamen Bundesausschuß verabschiedeten Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt ist, trat diese zum 01. April 2007 in Kraft. In ihr aufgegangen ist nun die Angestellte-Ärzte-Richtlinie, in der bisher die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis geregelt war. Außerdem wurde das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in der Richtlinie umgesetzt (erste Tranche). Die Richtlinie können Sie downloaden unter

[http://www.g-ba.de/downloads/39-261-408/2007-02-15-Bedarf-Neufassung\\_BAnz.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-408/2007-02-15-Bedarf-Neufassung_BAnz.pdf)

## Deutschland droht Spitzenplatz in der Medizin zu verlieren Bundesweites Sonder-Investitionsprogramm gefordert

Durch den Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und früheren Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, Georg Baum, wurde die jährliche Analyse der DKG zur Ausstattung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln vorgestellt. „Jedes Jahr fehlen 4 Milliarden Euro in den Kliniken, um notwendige Investitionen vorzunehmen und Gebäude zu modernisieren. Insgesamt hat sich ein Investitionsstau von rund 50 Milliarden Euro angehäuft. Mit einer Investitionsquote von 5 Prozent (KHG-Fördermittel/Umsatz) ist der Krankenhaussektor weit abgeschlagen gegenüber anderen Branchen. Es kann nicht länger ignoriert werden, dass die volkswirtschaftliche Investitionsquote mit 17,4 Prozent mehr als drei Mal so hoch ist wie die der maßgeblichen Zukunftsbranche Krankenhaus“, erklärte er. Damit gingen wichtige Wachstumsimpulse in der Volkswirtschaft verloren, könnten die Kliniken nicht den enormen Nachholbedarf decken. Dies ist auch vor dem Hintergrund des Branchenranking des IW zu sehen, da die meisten medizinischen und medizintechnischen Innovationen im oder mit dem Krankenhaus entwickelt werden.

Der Grund für die Investitionsmisere liegt nach Meinung der DKG in der mangelnden Verantwortung der Bundesländer, ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser nachzukommen. So seien im Jahr 2006 durch die Länder den 2.139 Kliniken nur noch 2,7 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt worden. Dies sei ein Rückgang zum elften Mal in Folge. Im Vergleich zu 1991 führen die Länder die Krankenhausfinanzierung um real (minus) 44,3 Prozent zurück.

Die Kliniken verfügten schon lange nicht mehr über ausreichend eigene

Mittel, die notwendigen Investitionen und Modernisierungen selbständig vorzunehmen. Vielmehr leben sie seit Jahren von der Substanz – wichtige Anschaffungen werden aufgeschoben. Durch die mit der Gesundheitsreform beschlossenen erneuten Kürzungen bei den Krankenhäusern in Höhe von 380 Millionen Euro werden den Kliniken die Eigenfinanzierungsmöglichkeiten gänzlich genommen. Nicht die Krankenkassen, sondern die Kliniken seien sanierungsbedürftig.

Er forderte die Regierung auf, angesichts sprudelnder Krankenkassen- und Steuereinnahmen auf die Sanierungsabgabe zu verzichten. Die Investitionsmisere sei ein weiterer zentraler Grund, die Kürzungen für 2008 auszusetzen.

Noch in dieser Legislaturperiode will die Koalition den ordnungspolitischen Rahmen für die Zukunft der Krankenhausfinanzierung festlegen. Nach Ansicht der DKG muss dabei dringend die Aufarbeitung des Investitionsstaus erfolgen. Die Bundesländer alleine könnten den Investitionsbedarf nicht schultern. Notwendig sei ein nationaler Kraftakt von Bund und Ländern – ähnlich wie das Aufbauprogramm für die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung.

HHF

## Mehr als ein Drittel aller Vertragsärzte weiblich

Der Frauenanteil an den Vertragsärzten hat im gesamten Bundesgebiet zugenommen, informierte die KBV. Er lag 2006 bei rund 35 Prozent der rund 118.000 niedergelassenen Ärzte. Zum Vergleich: Vor vier Jahren betrug der Anteil noch knapp über 30 Prozent. Besonders hoch ist der Frauenanteil in den

Fachgruppen Ärztliche Psychotherapeuten (64,1 Prozent), Kinder- und Jugendpsychiater (56,8 Prozent), Frauenärzte (49,2 Prozent), Kinderärzte (47 Prozent) sowie Anästhesisten (43,1 Prozent). Dagegen sind bundesweit in den Fächern Chirurgie (10,6 Prozent), Orthopädie (9,7 Prozent) und Urologie (6,4 Prozent) kaum Frauen vertreten.

Überdurchschnittlich viele weibliche Kollegen sind unter den Partnerärzten (52,3 Prozent) und Angestellten Ärzten (74,4 Prozent) zu finden. Während die Zahl der Hausärzte insgesamt von 58.698 im Jahr 2005 auf 58.602 im Jahr 2006 zurückging, stieg die Zahl der Hausärztinnen im selben Zeitraum von 21.437 (2005) auf 21.669 (2006).

Wenig erfreulich ist auch aus Sicht des Deutschen Ärztinnenbundes, dass unter den ca. 2500 Leitenden Internisten nur 100 Frauen zu finden sind.

Betrachtet man diese Zahlen vor dem Hintergrund der an den Universitäten derzeit Studierenden, ist davon auszugehen, dass in absehbarer Zeit in allen Bereichen ärztlicher Tätigkeit mit einer weiteren Zunahme der Frauenquote zu rechnen ist. Hierfür müssen jedoch noch erhebliche Anstrengungen durch künftige Arbeitgeber und Tarifparteien unternommen werden, um durch entsprechend familienfreundlich angepasste Arbeitszeitregelungen und -bedingungen den jungen Kolleginnen die Chance zu eröffnen, Familie und Beruf zu vereinbaren. Besonders herausgefordert sind hierbei die operativen Disziplinen, die schon heute unter einem bedrohlichen Nachwuchsmangel leiden.

HHF

## Kabinettsbeschluss zum Unternehmensteuerreformgesetz

Der Bundesverband der Freien Berufe informierte mit seinem Rundschreiben 07-2007 über den Gesetzentwurf zur Unternehmenssteuerreform. Das Bundeskabinett hat diesen am 14. März 2007 beschlossen. Das Gesetz soll am 1. Januar 2008 in Kraft treten.

Zu dem Referentenentwurf wurde bei den geplanten Änderungen, die sich besonders auf die Besteuerung der Freien Berufe, soweit sie als Personenunternehmen geführt werden, auswirken können, die gesetzliche Regelung zur Sofortabschreibung von geringwertigen Wirtschaftsgütern (GWG) geändert. Anstelle der zunächst vorgesehenen Einschränkungen bei der Sofortabschreibung für geringwertige Wirtschaftsgüter ist nun die folgende Regelung vorgesehen: Selbstständig nutzbare

bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens mit Anschaffungskosten bis zu 100 € sind weiterhin sofort abziehbar; dies gilt für alle Betriebe unabhängig von der Betriebsgröße.

Geringwertige Wirtschaftsgüter mit Anschaffungskosten von mehr als 100 € bis zu 1.000 € sind in einen Pool einzubringen und pauschal über 5 Jahre abzuschreiben. Bei den Werbungskosten im Rahmen der Ermittlung z. B. der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung bleibt die 410 € Grenze bestehen (§ 9 Abs. 1 S.3 Nr. 7 S.2 EStG-E) Diese Änderung der Sofortabschreibungsmöglichkeit wird bereits vom Normenkontrollrat (NKR) kritisiert. Der Ende vergangenen Jahres eingerichtete Rat hat die Aufgabe, bürokratische Lasten in Gesetzentwürfen aufzuspüren und zu reduzieren.

Der Rat bittet das Ministerium darum, Alternativen zu prüfen. Es entstehe eine "Neubelastung von drei Millionen kleinen und kleinsten Unternehmen sowie Selbstständigen, denen das Recht zur Sofortabschreibung geringwertiger Wirtschaftsgüter genommen" wird. Es bestehe ein "deutliches Missverhältnis" zwischen den dauerhaften bürokratischen Lasten und der einmaligen Mehreinnahme. Auch der Deutsche Industrie und Handelstag hat diese Regelungen als mittelstandsfeindlich kritisiert.

Den aktuellen Gesetzentwurf finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums der Finanzen ([www.bundesfinanzministerium.de](http://www.bundesfinanzministerium.de)) unter der Rubrik Steuern / aktuelle Gesetze / Gesetzentwürfe/ Arbeitsfassungen.

HHF

## Ausschreibungen von Krankenkassen zu Rabattverträgen: Deutscher Generikaverband erhebt Beschwerde bei Europäischer Kommission und Bundesversicherungsamt

Berlin, 11. April 2007: „Transparenz und Chancengleichheit sind für den Erfolg von Rabattverträgen entscheidende Voraussetzungen, in der Praxis erlebt man nun unmittelbar nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform aber das genaue Gegenteil“, beschrieb Dr. Buchberger, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Generikaverbandes, die gegenwärtige Situation.

Während die einen, der VdAK, Preisgrenzen teilweise unter den Einstandskosten der Unternehmen ansetzten, führten andere, die Techniker Krankenkasse, willkürliche Kriterien für die Auswahl ihrer

Vertragspartner in die Ausschreibung ein, die einer sachlichen und diskriminierungsfreien Grundlage entbehrten. Die Barmer-Ersatzkasse meine sogar, ganz ohne jede Ausschreibung einen Rabattvertrag mit zwei Generikaherstellern abschließen zu können, die gemeinsam bereits einen deutschen Generikamarktanteil von etwa 40 % haben. Die gemeinsame Ausschreibung von Rabattverträgen der AOK'n war noch vor Inkrafttreten der Gesundheitsreform vom Bundeskartellamt als wettbewerbswidrig eingestuft worden.

„Diese Praktiken bedrohen nicht nur die wirtschaftliche Existenz insbesondere der kleineren und mittelgroßen Generikahersteller, sondern verstoßen unserer Auffassung nach auch in eklatanter Weise gegen europäisches Vergaberecht bei öffentlichen Ausschreibungen“, so Buchberger weiter.

Der Deutsche Generikaverband hat deshalb Beschwerde bei der Europäischen Kommission wegen Verstoßes gegen die Vorschriften des europäischen Vergaberechts erhoben.

Die Krankenkassen unterstünden als öffentliche Auftraggeber der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes (BVA). Der Deutsche Generikaverband hat deshalb auch beim BVA Beschwerde wegen des Verstoßes gegen die Grundsätze des Vergaberechts erhoben. Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen können einen wichtigen Beitrag für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung leisten, aber nur, wenn Regeln eingehalten werden, um Wettbewerb und damit Wirtschaftlichkeit auch mittelfristig zu sichern. Der jetzt von Krankenkassen eingeschlagene Weg sei aber ein Irrweg, fasste Buchberger zusammen, denn er führe zum genauen Gegenteil.

Weitere Informationen:  
Dr. Dietmar Buchberger

Deutscher Generikaverband  
e.V.  
Saarbrücker Str. 7  
10405 Berlin  
Tel.: 030-2809 303-0  
Fax: 030-2809 303-90  
E-Mail: [office@generika.de](mailto:office@generika.de)

## Die Macht der Bilder

C. M. Heyer vom Institut für Diagnostische Radiologie, Interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin am Klinikum Bergmannsheil der Ru-Universität Bochum haben die Kenntnisse nicht radiologisch tätiger Klinikärzte bezüglich Strahlenbelastungen röntgenologischer Verfahren am Thorax erfragt.

124 nicht radiologisch tätige Ärzte eines Universitätsklinikums (Fachrichtungen Chirurgie, Innere Medi-

zin, Anästhesie und Neurologie) wurden anhand eines standardisierten Fragebogens zur Effektivdosis (ED) unterschiedlicher radiologischer Verfahren am Thorax befragt. Die Befragten sollten die ED von konventionellen Thoraxaufnahmen und CT-Untersuchungen abschätzen und mit anderen Verfahren vergleichen. Zudem wurden die Berufserfahrung der befragten Ärzte, deren Position und die Fachrichtung dokumentiert.

119 Ärzte mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 8,2 Jahren (0,3 - 32 Jahre) nahmen an der Studie teil. 47 (39,5 %) Ärzte schätzten die ED einer konventionellen Röntgen-Thoraxaufnahme (0,01 - 0,1 mSv) richtig ein, während 40 (33,6 %) Ärzte die ED einer Thorax-CT beim Erwachsenen (1 - 10 mSv) korrekt einschätzten. Die ED für eine Kardio-CT (10 - 100 mSv) bzw. eine pädiatrische Thorax-CT ohne Dosisreduktion (10 - 100 mSv) wurde von 31 (26,1 %) bzw. 32 (26,9 %) Teilnehmern richtig eingeschätzt. Die korrekte Relation der ED von konventioneller Röntgen-Thoraxaufnahme und Thorax-CT (Faktor 100 - 1000) gaben 28 (23,5%) Ärzte an, während 86 (72,3%) das Verhältnis unterschätzten. 50 (42,0 %) bzw. 35 (29,4 %) Befragte gaben korrekt an, dass die ED einer pädiatrischen Thorax-CT ohne Dosisreduktion bzw. eines Kardio-CT über der einer Thorax-CT beim Erwachsenen liegt. 24 (20,2%) bzw. 10 (8,4%) Befragte meinten, dass die ED einer Low-Dose-Thorax-CT kleiner sei als die ED einer konventionellen Röntgen-Thoraxaufnahme bzw. einer Kernspintomographie. Weder die Berufserfahrung noch die Fachrichtung

oder die Position der Befragten zeigten einen wesentlichen Einfluss auf die Testergebnisse.

Die Autoren folgern hieraus, daß die korrekte Einschätzung der ED von Thoraxuntersuchungen durch Nichtradiologen unabhängig von der Berufserfahrung und der Fachrichtung erhebliche Probleme, insbesondere in der Einschätzung von CT-Verfahren mit hoher ED bereitet. Unter Berücksichtigung steigender Untersuchungszahlen erscheinen eine gezielte Ausrichtung universitärer Studieninhalte und ein intensiver Praxisbezug radiologischer Fortbildungsmaßnahmen notwendig.

Aus Sicht der GFB ist in diesem Zusammenhang interessant, dass hierauf bereits 1998 im Rahmen eines Symposiums des Bundesamtes für Strahlenschutz aufmerksam gemacht wurde. Anhand von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung konnte nachgewiesen werden, dass konventionelle Röntgenaufnahmen zunehmend durch CT-Untersuchungen ersetzt wurden. Daraus resultierte eine erheblich höhere Strahlenbelastung der Bevölkerung.

Originalarbeit:

C. M. Heyer<sup>1</sup>, S. Peters<sup>1</sup>,  
S. Lemberg<sup>1</sup>, V. Nicolas

Einschätzung der Strahlenbelastung radiologischer Thorax-Verfahren: Was ist Nichtradiologen bekannt?

Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen, Bd.179, S.261, 2007

## Die strukturierte Facharztversorgung hat Zukunft

Berlin, 18.04.2007 – Die ambulante fachärztliche Versorgung ist kein Kostentreiber im deutschen Gesundheitswesen, stellt der Deutsche Facharztverband (DFV) auf der Basis des Gutachtens „Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung – Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Versorgung im deutschen Gesundheitssystem“ fest, welches vom Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. Bert Rürup (Darmstadt) erstellt wurde. Das deutsche Gesundheitssystem ist trotz seines hohen Anteils niedergelassener Fachärzte im internationalen Vergleich nicht übersteuert und in der Versorgung effizient.

„Das Argument, wer im Gesundheitssystem sparen wolle, müsse nur die niedergelassenen Fachärzte einsparen, hat ausgedient“, fasst Dr. Michael P. Jaumann, 1. Vorsitzender des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte, zusammen. „Mit dem Gutachten lassen sich Fachärzte in Praxis und Klinik nicht mehr gegeneinander ausspielen“, unterstreicht Dr. Thomas Scharmann, Bundesvorsitzender des Deutschen Facharztverbandes (DFV).

### **Nicht Praxis oder Klinik – sondern Praxis und Klinik!**

„Eine Gesundheitspolitik, die einseitig das Krankenhaus bevorzugt, riskiert ineffizient zu werden. Die Politik muss das kostengünstige Gleichgewicht aus ambulantem Haus- und Facharzt einerseits wie der Klinik andererseits bewahren“, zieht Thomas Scharmann als politischen Schluss.

### **„Strukturierte Facharzt-Versorgung“ hat Zukunft**

Das Gutachten findet keine Belege für häufig gegenüber den niedergelassenen Fachärzten erhobene Vorwürfe, wie etwa der einer ‚Doppelten Facharztschiene‘. Die Zeiten sind vorbei, in denen Fachärzte in Praxen und Kliniken politisch motiviert als „Luxus“ bezeichnet wurden. Auch wurde immer wieder behauptet, dass u. a. unnötige Doppeluntersuchungen zur Verteuerung der medizinischen Versorgung in Deutschland führen.

„Die Unterstellung einer ‚Doppelten Facharztschiene‘ hat den niedergelassenen Fachärzten das politische Leben sehr erschwert. Mit den Ergebnissen des Gutachtens entpuppt sich dieser Verschwendungsvorwurf als nicht belegbares Vorurteil“, hebt Thomas Scharmann hervor. „Das Gutachten legt es nahe, den Begriff der ‚Doppelten Facharztschiene‘,

der eine Abwertung der ambulanten Fachärzte beinhaltet, aus dem Wortschatz der deutschen Gesundheitspolitik zu streichen – ein für allemal“, unterstreicht Michael P. Jaumann.

### **Kein Wackelpudding mehr**

Das Gutachten auf Anregung von zehn fachärztlichen Berufsverbänden und des DFV war ein sehr großes Wagnis. Ein Wagnis, weil weder die Kritiker der ambulanten fachärztlichen Versorgung noch die Fachärzte bislang ihre jeweilige Argumentation in einem seriösen systematisch-wissenschaftlichen Belastungstest ausgesetzt haben. Bislang gab es keine systematische, wissenschaftlich fundierte Arbeit speziell zur fachärztlichen Versorgung in Deutschland und Europa. „Umso trefflicher ließ sich bisher mit den Wackelpudding-Argumenten streiten – wahrscheinlich wäre das endlos so weitergegangen. Doch damit ist jetzt Schluss – mit dem glücklicheren Ende für die niedergelassenen Fachärzte“, hob Michael P. Jaumann hervor.

„Das Rürup/IGES-Gutachten trägt zur Versachlichung der Diskussion über die ambulante fachärztliche Versorgung bei“, unterstreicht Thomas Scharmann als Fazit.

**Die zugehörige Pressemeldung des IGES ist diesem Facharztbrief als gesonderte Datei beigelegt.**

## Von der AWMF erreichte uns die Nachricht zu einer kostenlosen Probe-Mitgliedschaft bei G-I-N (s.u.).

Von hier aus noch ein Hinweis:

Die AWMF ist eines der G-I-N-Gründungsmitglieder, und alle Leitlinien-Beauftragten der AWMF-Mitgliedsgesellschaften können sich, sofern noch nicht geschehen, über Frau PD Dr. Ina Kopp (eMail: [kopp@mail.uni-marburg.de](mailto:kopp@mail.uni-marburg.de)) dauerhaft kostenlos bei der Web-Datenbank von G-I-N als Nutzer aus der AWMF anmelden.

Das **Guidelines International Network (G-I-N)** bietet eine zeitlich begrenzte kostenlose Probemitgliedschaft an. Wir möchten Experten oder Organisationen auf dem Gebiet der Leitlinien den Zugang zur internationalen elektronischen Leitlinien-Bibliothek (derzeit über 4000 Veröffentlichungen) vorstellen. Sie haben auf diesem Weg die Möglichkeit, den Mitgliederbereich des G-I-N Internet-Angebotes zu testen.

### Join G-I-N! - Membership Campaign 2007

[http://www.g-i-n.net/index.cfm?fuseaction=fuseaction\\_24](http://www.g-i-n.net/index.cfm?fuseaction=fuseaction_24)

Bei Interesse senden Sie bitte eine Email an [office@g-i-n.net](mailto:office@g-i-n.net) mit folgenden Angaben: Name/Organisation, Adresse, Emailadresse, Internetadresse, soweit vorhanden.

#### G-I-N Office

c/o German Agency for Quality in Medicine (Ärztliches Zentrum fuer Qualitaet in der Medizin),  
Wegelystr. 3  
10623 Berlin, Germany  
Phone: +49-30-4005-2538  
Fax: +49-30-4005-2555

Email: [office@g-i-n.net](mailto:office@g-i-n.net)

Internet: [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net)

### Veranstaltungshinweis:

#### Das neue Vertragsarztrecht in der Umsetzung -

Liberalisierung und unbegrenzte Kooperationschancen zwischen Klinik und Praxis,  
am 20. Juni 2007 in Berlin

Zum Inhalt: In dieser Veranstaltung wird „Das neue Vertragsarztrecht“ aus politischer, wettbewerblicher, berufspolitischer und wirtschaftlicher Sicht beleuchtet. Neue Konzepte werden vorgestellt, Vertreter erster realisierter Konzepte berichten über ihre Erfahrungen. Der Teilnehmer kann die Wissens- und Motivationsbasis für eigene Zukunftsprojekte mit nach Hause nehmen.

Das ausführliche Programm dieser Veranstaltung ist als gesonderter Anhang beigefügt und ist im Internet unter [www.zeno24.de](http://www.zeno24.de) abrufbar.