

7. Ärztliche Berufsausübung

Die ärztliche Berufsordnung

Der 106. Deutsche Ärztetag hat die Novellierung der berufsrechtlichen Vorschriften zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten (§§ 30 - 35 MBO-A) beraten und Änderungen der Berufsordnung hierzu beschlossen. Diese Änderungen wurden im Dt. Ärzteblatt vom 30.01.04; S. A 297 - 299 veröffentlicht. Diese vom 106. Deutschen Ärztetag beschlossenen Änderungen der (Muster-)Berufsordnung sind zwischenzeitlich von zahlreichen Ärztekammern - zum Teil mit Änderungen - übernommen worden. Die Genehmigungen der Aufsichtsbehörden liegen jedoch nicht in allen Kammerbereichen vor. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat zu § 33 der (Muster-)Berufsordnung Hinweise und Erläuterungen, die von den Berufsordnungsgremien der Deutschen Ärzteschaft beschlossen worden sind, beraten und beschlossen. Diese Hinweise und Erläuterungen sind im Dt. Ärzteblatt 2004; 101: A Heft 5, 30.01.2004 Seite 297 - 299 abgedruckt.

Zu den §§ 27 ff. der (Muster-)Berufsordnung Arzt-Werbung-Öffentlichkeit in der Fassung des 105. Deutschen Ärztetages hat der Vorstand Hinweise und Erläuterungen beraten und beschlossen. Diese Hinweise und Erläuterungen sind ebenfalls im Dt. Ärzteblatt 2004; 101: A Heft 5, 30.01.2004 Seite 292 - 297 veröffentlicht worden.

Schwerpunkt der weiteren Beratungen der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer war die Vorbereitung der Novellierung der (Muster-)Berufsordnung für den 107. Deutschen Ärztetag. Der 106. Deutsche Ärztetag hatte durch die Annahme der Anträge IV-02, IV-06 und IV-08 die Bundesärztekammer gebeten, die berufsrechtlichen Regelungen zur Kooperation von Ärzten zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Die Berufsordnungskonferenz hat sich mit diesem Auftrag erstmalig am 12.08.03 befasst. Nach Auffassung der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer müssen bei der Weiterentwicklung der Strukturen der ärztlichen Kooperation folgende Prämissen beachtet werden:

- Unabhängig von der gewählten Form der Kooperation muss das Schutzniveau im Arzt-Patienten-Verhältnis gleichartig sein und den Besonderheiten des Patienten-Arzt-Verhältnisses Rechnung tragen,
- der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist auch bei kooperativer Leistungserbringung zu beachten, soweit auf Grund der gewählten Strukturen Abweichungen hiervon erforderlich sind, ist die Notwendigkeit ergänzender berufsrechtlicher Regelungen zu prüfen,
- Transparenz über alle Kooperationsformen ist erforderlich.

Die Berufsordnungsgremien sehen als mögliche Instrumente der Erweiterung von Kooperationen:

- Teilpartnerschaften, Teilgemeinschaftspraxen,
- Aufgabe der strikten Regeln, nur einer Berufsausübungsgemeinschaft anzugehören,

- Ausweitung der Möglichkeiten, überörtliche Gemeinschaftspraxen zu bilden,
- Erweiterung der Möglichkeiten, Ärzte anzustellen,
- Kooperationen mit anderen Leistungserbringern auszuweiten,
- Zulassung von Ärztegesellschaften.

Auf der Grundlage dieser Ausgangsüberlegungen ist eine Meinungsbildung mit den Ärztekammern herbeigeführt worden, auf deren Grundlage sodann der Berufsordnungsausschuss zur Vorbereitung der Berufsordnungskonferenz ein Arbeitspapier zur Novellierung der §§ 17 ff. (Muster-)Berufsordnung in Verbindung mit Kapitel D II Nr. 8 ff. erarbeitet hat. Gemäß der o.g. Zielsetzung haben die Berufsordnungsgremien einen Novellierungsvorschlag für die §§ 17 ff. erarbeitet und im Januar 2004 erstmalig dem Vorstand der Bundesärztekammer vorgestellt. Nach Beschlussfassung des Vorstandes sollen die Novellierungsvorschläge zu den §§ 17 ff. MBO auf dem kommenden Deutschen Ärztetag beraten werden.

Weiterhin haben die Berufsordnungsgremien eine Novellierung des § 4 der (Muster-) Berufsordnung (Fortbildung) sowie des § 15 Abs. 4 (Einbeziehung der Deklaration von Helsinki in die (Muster-)Berufsordnung) sowie eine Änderung der Präambel (geschlechtsneutrale Formulierung) in der (Muster-)Berufsordnung beraten. Auch hiermit soll nach Beschlussfassung des Vorstandes aus dem Januar 2004 der 107. Deutsche Ärztetag befasst werden.

Neben den Beratungen zur Novellierung der (Muster-)Berufsordnung haben sich die Berufsordnungsgremien mit Anwendungsfragen der Berufsordnung befasst. Ein Schwerpunkt war unter anderem die Beratung über Vertragsangebote privater Krankenversicherungen sowie Dienstleistungsangebote von Softwareherstellern.

Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen

Der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen hat in dem Berichtszeitraum insgesamt vier Mal getagt. Beratungsschwerpunkt in allen Sitzungen waren die Grundsätze ärztlicher Sterbebegleitung sowie die Handreichungen für Ärzte (vgl. Deutsches Ärzteblatt 95. Jg. Heft 39 Seite A 2365-2367). Der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen hat sich in den Sitzungen mit der Überarbeitung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung befasst. Anlass der Überarbeitungen waren Diskussionen zur medizinischen Betreuung von Wachkoma-Patienten sowie ein Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 17.03.2003, Az: XII zb 2/03.

In die Diskussion zu den Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung wurden auch die Entwicklungen im europäischen Ausland einbezogen. Vor dem Hintergrund dieser Tatsachen hat der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen in vier Sitzungen eine Überarbeitung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vorbereitet, in die er auch die Handreichungen für Ärzte einbezogen hat.

Der vom Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen erarbeitete Entwurf wurde dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung zugeleitet. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in insgesamt zwei Sitzungen mit dem Vorschlag der überarbeiteten Grundsätze befasst und beschlossen, diese zunächst den Landesärztekammern zur Stellungnahme zuzuleiten. Nach Vorliegen der Stellungnahmen der Landesärztekammern wird sich der Vorstand der Bundesärztekammer erneut mit den Änderungsvorschlägen zu den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung befassen. Ein Abschluss der Diskussionen soll im Frühsommer des Jahres erfolgen.

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei Haftpflichtstreitigkeiten

Bei den Landesärztekammern sind seit 1975 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, die als weisungsunabhängige Gremien bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient objektiv klären, ob die gesundheitliche Komplikation auf einer haftungsbegründenden ärztlichen Behandlung beruht. Ziel dieser Einrichtungen ist die außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient. Das Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und deren Besetzung ist durch Verfahrensordnungen bzw. Statuten oder Vereinbarungen geregelt.

Bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover, der sich die Ärztekammern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen angeschlossen haben sowie bei der Schlichtungsstelle der Sächsischen Landesärztekammer wird im Einvernehmen mit den Beteiligten (Patient, Arzt/Krankenhaus) und der Haftpflichtversicherung eine Aufklärung des Sachverhaltes vorgenommen und ein Vorschlag zur Behebung der Streitigkeiten abgegeben. Die Gutachterkommissionen, eingerichtet bei der Bayerischen Landesärztekammer, der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Ärztekammer Nordrhein, der Ärztekammer des Saarlandes sowie bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen erstatten ein schriftliches Gutachten zu der Frage, ob ein dem Arzt vorwerfbarer Behandlungsfehler festgestellt werden kann, durch den der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat (oder leiden wird). Der Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz unterbreitet den Beteiligten einen Entscheidungsvorschlag und unternimmt in geeigneten Fällen einen Schlichtungsversuch. Während somit die Schlichtungsstellen in ihrer Stellungnahme Schadensersatzansprüche dem Grunde nach beurteilen, wird bei den Gutachterkommissionen das ärztliche Handeln als solches begutachtet.

Die Arbeitsergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen werden bundesweit im Rahmen der bei der Bundesärztekammer gebildeten Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ausgewertet.

Die Ständige Konferenz hat sich am 18. Juli 2003 intensiv mit einer neu aufzubauenden bundeseinheitlichen Statistik (Bundesärztekammerstatistik) und dem Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität beschäftigt.

Die beiden Themen stehen unmittelbar in einem Zusammenhang, da auch von politischer Seite unterstützt durch das Gutachten die Forderung erhoben wird, Medizinschadensforschung zu betreiben und einheitliche Erfassungs- und Analyseverfahren aufzubauen.

Die Teilnehmer haben zunächst die Übersicht über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, welche die zahlenmäßige Entwicklung der eingehenden

Anträge und ihre Bearbeitung im Jahr 2002 darstellt, zur Kenntnis genommen. Darüber hinaus sollen künftig weitere Auswertungen der Daten erfolgen. Voraussetzung ist eine elektronische Datenerfassung. Die Ständige Konferenz ist sich darüber einig, dass die Daten, die bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen anfallen, anhand eines elektronischen Statistikbogens bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern gesammelt werden sollen. Bei der Erstellung dieser bundeseinheitlichen Statistik werden 13 Parameter, die sich aus den Bescheiden ergeben, ohne großen bürokratischen Aufwand erfasst. Die Kostenbeteiligung für die teilnehmenden Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen wird 2 Euro pro Antrag betragen. Die so gewonnenen Daten ergeben aussagekräftige Hinweise für die Fort-, Weiterbildung sowie die Qualitätssicherung. Auch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen selber können durch die neu gewonnenen Daten profitieren, da diese eine vergleichende Betrachtung der Gremien ermöglichen und der internen Qualitätssicherung dienen.

Die Teilnehmer der Ständigen Konferenz haben daher einstimmig den Beschluss gefasst, die bei ihnen anfallenden Daten anhand des elektronischen Statistikbogens zu erfassen. Die bisherige statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, wie sie anliegend für die Jahre 2001 und 2002 abgedruckt ist, wird zunächst weitergeführt.

Informiert wurden die Teilnehmer über die Patientenanwaltschaft und den Patientenentschädigungsfonds in Österreich (Vortrag Dr. Laum, Nordrhein), ein System, das nicht ohne weiteres auf die Bundesrepublik Deutschland übertragen werden kann.

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31.12.2001									
I.	Baden-Würt.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	1114	640	791	1656	4210	92	397	1452	387
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	848	786	591	1466	3534	65	130	922	218
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	1137	582	743	1354	3935	91	415	1462	314
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	825	844	639	1768	3809	66	112	912	291

II.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Sach- sen	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz
<i>Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden:</i>									
<i>1. Vom Antragsteller zurückgenommenen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt</i>	104	71	86	104	407	12	3	118	32
<i>2. Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden</i>	120	13	44	151	67	1	2	67	19
<i>3. Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden</i>	13	41	3	3	6	–	1	9	5
<i>4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden</i>	22	24	18	38	0	1	0	42	15
<i>5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegens eines sonstiges Amtshaftungsfalles nicht beschieden</i>	0	0	0	–	19	–	0	8	0
<i>6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden</i>	2	50	0	3	0	–	0	3	1
<i>7. Wegen eines anhängigen Ermittlungsverfahrens, Gerichtsverfahrens oder wg. rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht entschieden</i>	13	19	8	26	40	–	4	13	1
<i>8. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen</i>	30	50	38	26	629	1	4	53	18
<i>9. Durch beratenden Hinweis erledigt</i>	6	2	8	–	147	–	147	0	2
<i>10. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden</i>	90	1	10	5	0	2	5	18	13

III.	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nordtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz
<i>Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle</i>									
<i>1. Gesamt</i>	737	356	528	998	2620	74	249	1131	208
<i>2. Aufklärungsfehler bejaht</i>	5	0	7	11*	15	–	2**	2	0
<i>3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen</i>	0	0	3	18*	0	–	0	29	2
<i>4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht</i>	133	98	128	281	756	13	50	179	48
<i>5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint</i>	16	0	18	60	236	1	20	33	7
<i>6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt</i>	17	0	16	32	0	–	0	25	8
<i>7. Behandlungsfehler/ Aufklärungsfehler verneint</i>	556	258	351	584	1613	57	179	844	142
<i>8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2 und 5 erfaßt</i>	10	0	5	12	0	-	0	19	1
<i>9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1. und 7. erfaßt</i>	0	0	0	–	0	3	0	0	0
* soweit nicht in Ziff. 4., 5. und 6 erfasst, weil auch ein BF vorlag									
** auch unter 4. erfasst									

**Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit
der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen**

Übersicht zum 31.12.2002

I.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Sach- sen	Westf. -Lippe	Rhld.- Pfalz
<i>1. Gesamtzahl der im abge- laufenen Jahr gestellten Anträge</i>	1095	752	801	1683	4010	108	353	1667	418
<i>2. Zahl der noch nicht ent- schiedenen Anträge aus den Vorjahren</i>	825	844	639	1768	3809	66	112	912	291
<i>3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge</i>	1198	850	724	1599	3931	84	324	1543	370
<i>4. Zahl der am Ende des Be- richtsjahres noch offenen Anträge</i>	722	746	716	1852	3888	90	141	1036	339

II.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Sach- sen	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz
<i>Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden:</i>									
<i>1. Vom Antragsteller zurückgenommenen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt</i>	116	97	76	128	425	9	2	120	54
<i>2. Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden</i>	126	24	30	159	53	10	2	70	21
<i>3. Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden</i>	3	37	3	7	5	–	0	4	10
<i>4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden</i>	26	16	9	25	0	1	0	41	22
<i>5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegens eines sonstiges Amtshaftungsfalles nicht beschieden</i>	2	–	0	–	18	–	0	5	2
<i>6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden</i>	1	5	1	10	0	–	0	4	1
<i>7. Wegen eines anhängigen Ermittlungsverfahrens, Gerichtsverfahrens oder wg. rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht entschieden</i>	4	23	13	16	44	1	3	19	
<i>8. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen</i>	39	77	41	24	600	–	8	60	28
<i>9. Durch beratenden Hinweis erledigt</i>	1	–	8	–	136	–	61	0	1
<i>10. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden</i>	108	1	13	14	0	5	4	26	16

III.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Sach- sen	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz
<i>Verbleibende zur Sachent- scheidung angenommene Fälle</i>									
<i>1. Gesamt</i>	772	570	530	1216	2650	58	244	1194	215
<i>2. Aufklärungsfehler bejaht</i>	6	6	10	8	26	–	2*	10	0
<i>3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen</i>	0	2	9	17	0	–	0	27	0
<i>4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht</i>	157	119	134	333	742	9	55	180	58
<i>5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint</i>	16	28	24	72	237	1	18	25	4
<i>6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt</i>	16	12	16	26	0	–	0	18	9
<i>7. Behandlungsfehler/ Aufklärungsfehler verneint</i>	559	402	329	751	1645	40	171	899	141
<i>8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2 und 5 erfaßt</i>	18	1	8	9	0	–	0	35	3
<i>9. Schlichtungsvorschlag, so- weit nicht unter 1. und 7. erfaßt</i>	–	0	0	–	0	8	0	0	0
* auch unter 4. erfaßt									

Ärztinnen

Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen

Um die spezifischen Anliegen von Frauen im Arztberuf auf Bundesebene angemessen vertreten zu können, wurde 1991 der Ausschuss „Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen“ auf Beschluss des 94. Deutschen Ärztetages eingerichtet. Aufgabe des Ausschusses sowie der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“ ist die Koordination der Aktivitäten der Landesärztekammern auf diesem Gebiet. Darüber hinaus wird eine enge Zusammenarbeit mit den Organisationen angestrebt, die sich ebenfalls dieser Belange annehmen. Zu diesem Zweck sind der Deutsche Ärztinnenbund sowie der Weltärztinnenbund in die Arbeiten des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“ der Bundesärztekammer eng einbezogen.

Themenschwerpunkte des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“ in der Wahlperiode 2003/2007

Zu Beginn der Wahlperiode 2003/2007 haben Ausschuss und Ständige Konferenz „Ärztinnen“ ihre Ziele/Themenschwerpunkte für die Gremienarbeit formuliert, welche nicht nur im Berichtsjahr, sondern auch weiterhin Gegenstand von Beratungen der Ärztinnen-Gremien auf Landes- und Bundesebene sein werden:

- Auswirkungen der Mutterschutzgesetzgebung auf Ärztinnen,
- Mentoring-Programme für Ärztinnen,
- Erstellung eines Handbuchs „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“,
- Wiedereingliederungskurse der Landesärztekammern für Ärztinnen und Ärzte,
- Gender Mainstreaming im Hinblick auf berufliche Belange von Ärztinnen,
- Verbesserung der Karrierechancen für Wissenschaftlerinnen an der Universität,
- Forderung eines transparenteren Berufungsverfahrens für C4-/C3-Professorinnen/Professoren,
- Einführung von Arbeitszeitmodellen in Klinik und Praxis (Tätigkeitsbericht 2001/2002),
- Flächendeckende zur Verfügungstellung von Kindertagesstätten und Ganztagschulen.

Umsetzung von „Gender Mainstreaming“ für Ärztinnen im Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf den niedergelassenen Bereich

Frau Dr. Diekhaus, Vorsitzende des Ausschusses „Gender Mainstreaming“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe, erläuterte in einer Sitzung der Ärztinnen-Gremien anhand von Analysen der Ärztestatistik der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Umsetzung von „Gender Mainstreaming“ für Ärztinnen im Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf den niedergelassenen Bereich. Durch „Gender Mainstreaming“ sollen Rechte und Bedürfnisse beider Geschlechter in allen Lebensbereichen integriert werden. „Sex“ und „Gender“, im Deutschen beide Male mit „Geschlecht“ übersetzt, werden auch im englischsprachigen Raum oft synonym gebraucht, obwohl beide Begriffe eine verschiedene Bedeutung haben. Sex ist genetisch vorgegeben, Gender wird durch Sozialisation erworben. „Gender Mainstreaming“ bedeutet insbesondere, dass geschlechtsspezifische Unterschiede grundsätzlich in allen Lebensbereichen zu berücksichtigen sind. So ist die Lebenserwartung von Männern sieben Jahre niedriger als bei Frauen. 66% aller Notfälle und 75% der Selbstmörder sind männlich.

Grundlage des „Gender Mainstreaming“ im Gesundheitswesen ist hauptsächlich eine geschlechtsdifferenzierte Erhebung aller Gesundheitsdaten, um die geschlechtsspezifische Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten besser erforschen und behandeln zu können. Ziel ist es, Diagnostik und Therapie für beide Geschlechter zu optimieren. Frau Dr. Diekhaus erläuterte einige Zahlen aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. 34% der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe sind weiblich, wobei davon fast die Hälfte (18%) von ihnen vertragsärztlich tätig sind. Der Anteil der Ärztinnen nach Arztgruppen ist im Bereich der Psychotherapie mit 65% am höchsten und in der Urologie mit 1% am geringsten.

Frau Dr. Diekhaus weist darauf hin, dass sich die Ärztinnen-Gremien der Bundesärztekammer für die Einführung des Job-Sharings in der Praxis engagiert haben. Seit Ende der 90-iger Jahre ist diese Möglichkeit in Deutschland geltendes Recht. Die Realität zeigt jedoch, dass derzeit lediglich ca. 600 Arztpraxen Job-Sharing in Anspruch nehmen. Hauptgrund für die mangelnde Akzeptanz ist die Leistungsbegrenzung. Wenn jedoch Job-Sharing attraktiver und familienfreundlicher gemacht wird, dann wäre dies auch eine Alternative in unterversorgten Gebieten, wie z. B. in den ländlichen Bereichen der neuen Bundesländer.

Frau Dr. Diekhaus schlussfolgert, dass der Ärztin- / Arztberuf zunehmend an Ansehen verliert, die Verdienstmöglichkeiten sich verringern und die Arbeitsbedingungen sich immer weiter verschärfen, so dass sich zunehmend Männer aus dem Beruf zurückziehen. Dadurch steigt der Anteil der Ärztinnen. Um die große Ressource der nichtärztlich tätigen Ärztinnen nutzen zu können, sollten Wiedereinstiegskurse von den Kammern vermehrt angeboten werden. Ein gutes Beispiel hierfür sind die Aktivitäten der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Anhand der Datenlage ist ersichtlich, dass nach wie vor in der Medizin der Gedanke des „Gender Mainstreaming“ ungenügend berücksichtigt ist. Doch dies soll und muss sich ändern.

Handbuch „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“

Im Rahmen eines politischen Meinungsaustausches zwischen der Bundesministerin für Bildung und Forschung, Frau Bulmahn und der Vorsitzenden der Ärztinnen-Gremien und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, Frau Dr. Bühnen, wurde Anfang 2002 u. a. das Thema Chancengleichheit von Ärztinnen in Forschung und Lehre aufgegriffen. Frau Dr. Bühnen berichtete, dass die Ärztinnen-Gremien der Bundesärztekammer Handlungsbedarf im Hinblick auf Aufklärung und Unterstützung von jungen Ärztinnen sehen. Sie sahen es als erforderlich an, ein Handbuch „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“ zu erarbeiten und zu verteilen, um junge Studentinnen und Ärztinnen in Bezug auf Karrierechancen und -erfordernisse zu sensibilisieren.

Begründet wird diese Initiative damit, dass es für Mädchen und junge Frauen ganz selbstverständlich erscheint, dass sie ihren Karriereweg frei und chancenreich bestreiten können, was auch das Erreichen von einflussreichen Positionen einschließt. Auf Grund dessen treten Studentinnen im Hinblick auf Karriereplanung völlig unvorbereitet in das Studium und meist später in den Beruf und versäumen wichtige Weichenstellungen zur Förderung ihres beruflichen Werdegangs, so dass später eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Erwartungshaltung bezüglich späterer Karrierechancen und der tatsächlichen beruflichen Verwirklichung von Ärztinnen offenbar wird.

Die Realität zeigt, dass sich trotz eines Zeitraumes von 20 Jahren institutionalisierter Frauenförderung in Deutschland nur zaghafte Fortschritte abzeichnen. An den Universitäten beträgt heute der Studentinnenanteil im Fachgebiet Humanmedizin über 50 %. Nach wie vor sind jedoch mit Einfluss, Macht und Entscheidungsbefugnis ausgestattete Positionen in der Medizin zu über 95 % von Männern eingenommen.

Das Handbuch soll einen Beitrag dazu leisten, die oft subtilen Schwierigkeiten und Hindernisse für Ärztinnen ausfindig zu machen, aufzuzeigen und vor allen Dingen Lösungswege zu benennen, damit Barrieren für Leitungs- und Führungspositionen von Ärztinnen wirkungsvoll abgebaut werden können. Dabei soll das Handbuch im ersten Schritt aufzeigen, welche wirkungsvollen verborgenen und nicht verborgenen Muster wirksam werden, die für eine Karriere von Ärztinnen Hindernisse darstellen können. Insbesondere durch das Erkennen von solchen Mechanismen können Lösungswege erfolgreich beschriftet werden. Im nächsten Schritt soll bereits darauf eingegangen werden, bereits bestehende Lösungswege und Strategien vorzustellen und neue zu entwickeln. Es soll auch auf politische Initiativen auf europäischer und nationaler Ebene eingegangen werden, die sich die Chancengleichheit von Mann und Frau zur Aufgabe gemacht haben. Im letzten Schritt sollen Anregungen gegeben werden, wie das individuelle Verhalten geändert werden kann, um erfolgreich vorgehen zu können. Ärztinnen sollen nicht passiv auf Förderer warten, sondern selbstbewusst aktiv ihre Karriere gestalten, indem sie sich z. B. um Stipendien bewerben, sich in Netzwerke einbinden, sich an Mentoringprogrammen beteiligen etc..

Eine derartige Informationsschrift existiert derzeit nicht im deutschsprachigen Raum für Ärztinnen in Klinik und Wissenschaft und würde damit einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung der jetzigen und folgenden Generationen von Ärztinnen leisten. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung Ende 2001 das Vorhaben zustimmend zur Kenntnis genommen.

Die Darlegungen von Frau Dr. Bühren fanden bei der Ministerin Bulmahn so großes Interesse, dass sie eine finanzielle Projektförderung für die Erstellung des Handbuchs „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“ in Aussicht stellte. Der Projektantrag, gestellt von der Projektnehmerin Frau Prof. Kaczmarczyk, ist bereits in der Abstimmungsphase und wird voraussichtlich im März 2004 dem Projektträger vorliegen. Die Bundesärztekammer wird das Projekt als Ideengeberin durch Frau Dr. Bühren und Frau Dr. Schoeller eng beratend begleiten.

Auswirkungen des 105. Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock: „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“

Der Deutsche Ärztetag hat sich 2002 zum ersten Mal in seiner Geschichte ausführlich mit der beruflichen Situation von Ärztinnen als herausgehobenem Tagesordnungspunkt befasst. Im Jahr 1998, noch zu einer Zeit, als von einer Ärzteschwemme gesprochen wurde, hatten die Delegierten auf dem Ärztetag in Köln dieses Schwerpunktthema bestimmt. Heutzutage zeichnet sich genau das Gegenteil ab – und zwar ein Ärztinnen- und Ärztemangel nicht zuletzt eine Folge davon, dass in der Vergangenheit nie konkret an die Verbesserung von Arbeitsbedingungen gedacht wurde, die Ärztinnen und Ärzten ein zufriedenstellendes Nebeneinander von Beruf und Familie ermöglichen. Der Deutsche Ärztetag appellierte daher an die Politik, die Krankenhäuser und Universitäten bessere Rahmenbedingungen zu schaffen, um mehr Ärztinnen trotz Familienaufgaben eine ihren Qualifikationen entsprechende Ausübung ihres Berufes zu ermöglichen.

Folgende Anregungen und Forderungen des 105. Deutschen Ärztetages 2002 konnten umgesetzt werden: So beschloss der 106. Deutsche Ärztetag 2003 die Novellierung des § 26 („Ärztlicher Notfalldienst“) der (Muster-)Berufsordnung. Er beinhaltet, dass auf Antrag eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden kann „für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monaten nach der Entbindung sowie für weitere 24 Monate, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet“, „für Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 36 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet.“ Der Gesetzgeber änderte auf Grund eines Appells des Deutschen Ärztinnenbundes, die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Der § 32 Abs. 1 (Beschäftigung von Vertretern und Assistenten) wurde mit folgendem Satz ergänzt: „Eine Vertragsärztin kann sich im unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung zusätzlich bis zur Dauer von weiteren drei Monaten im Jahr vertreten lassen.“ Der Forderung zur Schaffung von Kindertagesstätten und Ganztagschulen für berufstätige Ärztinnen mit Kindern ist noch nicht im ausreichenden Maße nachgekommen worden. Wiedereingliederungskurse für Ärztinnen und Ärzte werden noch nicht kontinuierlich und flächendeckend von den Landesärztekammern angeboten. Die Forderung einer Netzwerkbildung für Ärztinnen im Sinne eines Mentoring wird ein Hauptthema der Ärztinnen-Gremien sein, wie auch die anderen Themen für die Wahlperiode 2003/2007 (siehe dort).

Die Entschließung des 105. Deutschen Ärztetages im Hinblick auf berufliche Belange und die darin enthaltenen Forderungen von Ärztinnen sind im Dokumentationsteil dieses Tätigkeitsberichtes nochmals abgedruckt worden.

Ärztinnen an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland

Ein weiterer Themenschwerpunkt der Ärztinnen-Gremien waren die Analyse und die Bewertung des Ärztinnenanteils auf den verschiedenen Qualifikationsstufen des Faches Humanmedizin in Deutschland während der vergangenen zwei Jahrzehnte. Grundlage der Betrachtung waren u.a. die Jahrbücher des Statistischen Bundesamtes. Bei den Qualifikationsstufen Studenten, Examenskandidaten, Promotionen, berufstätige Ärzte und wissenschaftliche Assistenten an Hochschulen ist heute ein um ca. 15 Prozentpunkte höherer Frauenanteil als vor zwanzig Jahren zu verzeichnen. Bei den Hochschulassistenten und Habilitationen ist der Frauenanteil allerdings niedriger und während der vergangenen zwanzig Jahre nur wenig, bei den Habilitationen um fünf Prozentpunkte auf zehn Prozent, angestiegen. Bei den Professoren blieb sowohl ihre Gesamtzahl als auch der Frauenanteil konstant. Die Wiedervereinigung hob durch den wesentlich höheren Frauenanteil in der ehemaligen DDR den Frauenanteil in allen Qualifikationsstufen in Gesamtdeutschland an. Es wurde daraus gefolgert, dass das Fehlen von Frauen in gehobenen Positionen der Hochschulen nicht auf deren generelles Fehlen zurückzuführen ist, da ihr Anteil während der vergangenen Jahrzehnte in allen anderen Qualifikationsstufen zugenommen hat, sondern möglicherweise auf die konservative Haltung der Berufungsausschussmitglieder der Hochschulen.

Um die Situation von Wissenschaftlerinnen grundsätzlich ändern zu können, schlugen die Ärztinnen-Gremien folgende Lösungswege vor:

- Bewusstmachung der unzeitgemäßen Geschlechtsrollenschemata,
- Information über den Mechanismus der Geschlechterdiskriminierung,
- Konsequentes Sammeln und Aufarbeiten von Datenmaterialien zur Gleichstellungsfrage in Universitäten, Krankenhäusern etc.,
- Konsequente Verwirklichung der EU-Richtlinien mit strikter Etablierung von Frauenquoten,
- Sammeln und publik machen von groben Verstößen gegen das Gleichheitsgebot,
- Berufsbegleitende Beratung,
- Handbuch zur Karriereplanung für Studentinnen und Ärztinnen.

Arbeitszeitmodelle in Klinik und Praxis

Das Thema „Etablierung von Arbeitszeitmodellen in der Klinik“ war ein Schwerpunkt der Beratungen der Ärztinnen-Gremien. Auf Grundlage der Analyse eines seit 18 Jahren bewährten Teilzeitmodells der Anästhesie-Abteilung des Kreiskrankenhauses Sinsheim sind von den Ärztinnen-Gremien die Vorteile sowie die Nachteile einschließlich der Kompensationsmöglichkeiten eines Teilzeitmodells wie folgt identifiziert worden: Der Nachteil der kürzeren Anwesenheitszeiten der Mitarbeiter/-innen am Arbeitsplatz kann ausgeglichen werden, indem präzise Übergaben durchgeführt werden und die Mitarbeiter/-innen möglichst in Zeitblöcken tätig werden. Ferner wird durch eine Teilzeittätigkeit die Weiterbildungszeit verlängert. Die durch die Teilzeit verursachte Verlängerung der Einarbeitungszeit kann durch entsprechenden Einsatz von Weiterbilder und Weiterzubildenden ausgeglichen werden, dafür ist aber eine weit vorausschauende Planung

und eine gute Logistik erforderlich. Das generell niedrigere Gehalt von Teilzeitkräften gegenüber Vollzeitkräften kann durch konsequente Bezahlung der Bereitschaftsdienste kompensiert werden. Ebenso kann die geringe Höhe der Sozialleistungen für Teilzeitkräfte durch private Vorsorge ausgeglichen werden. Vor Antritt einer Teilzeitweiterbildungsstelle musste bisher diese von der jeweiligen Ärztekammer genehmigt werden. Dieses Vorgehen der Ärztekammern wurde von den Ärztinnen-Gremien auf den Prüfstand gestellt. Im Rahmen eines Entschließungsantrages auf dem 103. Deutschen Ärztetag wurden die Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer gebeten, diese Vorgehensweise zu überprüfen. Die Beratungen ergaben, dass im Rahmen der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung zukünftig die Ärztekammern Teilzeitweiterbildung auch ohne vorherige Bestätigung der Anrechnungsfähigkeit handhaben werden.

Der offensichtliche Vorteil der Teilzeitarbeit zeigt sich durch die höhere Anzahl der Mitarbeiter/-innen und der damit verbundenen größeren Flexibilität beim Ausfall von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen durch Urlaub und Krankheit sowie der Reduzierung der Anzahl der Bereitschaftsdienste und Überstunden. Die Hauptmotive für Teilzeitarbeit sind: die leichtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Altersteilzeit, Kombination mit ehrenamtlicher Tätigkeit, Fort- und Weiterbildung wie die Qualifizierung in Public Health etc.. Durch die Schaffung zusätzlicher Weiterbildungsstellen und Arbeitsstellen wird zudem die Zahl arbeitsloser Ärzte und Ärztinnen verringert. Ferner ist von Vorteil, dass eine Teilzeitkraft während der kurzen Zeit ihrer Anwesenheit relativ mehr als eine Ganztagskraft leistet, so dass die Arbeit effizienter ist. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen fördert das Betriebsklima.

Die Vorteile der Teilzeitarbeit überwiegen deren Nachteile bei weitem. Die Kompensation der Nachteile gelingt allerdings nur durch das besondere Engagement der Führungskräfte. Wo dieses besondere Engagement fehlt, lässt sich Teilzeitarbeit in großem Umfang nicht durchsetzen. Das häufige Argument von Krankenhausträgern und Chefarzten, dass Teilzeitarbeit erheblich teurer ist als Vollzeitarbeit, hat sich nach einer Kalkulation der Ärztekammer Berlin vom Mai 1999 nicht bestätigt. Insgesamt betrachtet, bietet die Teilzeittätigkeit gegenüber der Vollzeittätigkeit eine überzeugende Alternative.

Amtliche Gebührenordnung für Ärzte

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte ist eine von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Rechtsverordnung, deren Rechtsgrundlage die Bundesärzteordnung (BÄO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16.04.1987 (BGBl. I, S. 1218) ist. Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der Amtlichen Gebührenordnung ist § 11 BÄO, der lautet: „Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für ärztliche Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

Die GOÄ wird nur in großen Zeitabständen einer grundlegenden Aktualisierung unterzogen; im Zeitraum von 1965 bis einschließlich 1982, d. h. innerhalb von 17 Jahren, ist sie weder geändert noch aktualisiert worden. Trotz zahlreicher politischer Vorstöße und der Vorlage eines von der Bundesärztekammer erarbeiteten Entwurfs einer neuen Gebührenordnung wurde die GOÄ erst im Jahre 1982 einer völligen Überarbeitung unterzogen. Grundlage des Leistungsverzeichnisses der novellierten GOÄ war der am 1. Juli 1978 eingeführte Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der für alle Kassenarten gemeinsam den Inhalt aller in der kassen- bzw. vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen zusammenführte und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes, Verhältnis zueinander bestimmte. Die auf dem EBM bzw. der E-Adgo - als besondere Ausprägung des EBM für den Bereich der Ersatzkassen - basierende GOÄ vom 12.12.1982 (BGBl. I, S. 1522) trat am 1. Januar 1983 in Kraft; sie löste die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte i. d. F. vom 18.03.1965 (BGBl. I, S. 89) ab. Seit Inkrafttreten hat diese Gebührenordnung nunmehr sieben Änderungen erfahren, und zwar durch die Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 20.12.1983 (BGBl. 1983 I S. 500 ff) – Neufassung der Übergangsregelung des § 14 Abs. 2 – durch die Zweite Verordnung zur Änderung der GOÄ vom 20.12.1984 (BGBl. 1984 I Seite 1618 ff) – Einführung eines § 6 a für stationäre Leistungen (Honorarminderungspflicht) – durch die Dritte Verordnung zur Änderung der GOÄ vom 09.06.1988, in Kraft getreten am 09.07.1988 mit einer Teilnovellierung der GOÄ (BGBl. 1988 I Seite 797 ff), durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl. F, S. 2266) mit einer Neuregelung der Honorarminderungspflicht in § 6 a, durch das Schwangeren- und Familienhilfe-Änderungsgesetz (SFHÄndG) vom 01.10.95 (BGBl. Teil 1 vom 21.08.95, S. 1053) – Einführung des § 5 a, durch die am 01.01.1996 in Kraft getretene Vierte Änderungsverordnung vom 18.12.1995 mit einer Teilnovellierung der GOÄ (BGBl. I, S. 1522 ff) und zuletzt durch das „Gesundheitsreformgesetz 2000“ – (BGBl. Teil 1, Nr. 59 vom 22.12.99, S. 2654) – mit Einführung des § 5 b, Standardtarif.

Vierte Änderungsverordnung der GOÄ 1996

Die letzte größere Novelle der GOÄ trat mit der 4. Änderungsverordnung zum 01.01.1996 in Kraft mit der Aktualisierung einiger Abschnitte der GOÄ und Änderungen im Paragraphenteil. Von der Erarbeitung der Konzepte durch die Bundesärztekammer in den Jahren 1988 – 1991 bis zum Inkrafttreten nahm der Beratungsverlauf ca. acht Jahre in

Anspruch. Eine unverzügliche Aktualisierung der restlichen Abschnitte der GOÄ – insbesondere der operativen Kapitel, für die die Bundesärztekammer bereits 1990 Vorschläge eingebracht hatte – wurde politisch zugesagt (Seehofer). Nach dem Regierungswechsel im Jahre 1998 vollzog sich allerdings ein Meinungswandel hinsichtlich der Weiterentwicklung der GOÄ. Anstatt die zugesagte weitere Aktualisierung der restlichen Abschnitte der GOÄ auf der Basis der vorgelegten Konzepte der Bundesärztekammer aufzugreifen, wollte das Bundesgesundheitsministerium unter Leitung von Andrea Fischer die Entschließung des Deutschen Bundesrates realisieren, die bei Verabschiedung der GOÄ-Novelle 1996 beschlossen worden war, wonach die GOÄ von einer Rechtsverordnung in eine „Selbstverwaltungs-“ bzw. „Vertragslösung“ überführt werden soll. Dieser Plan scheiterte an den Rechtsbedenken des Justiz- und Wirtschaftsministeriums.

GOÄ-Vorschlagsmodell

Als Alternative zur Vertragslösung wurde vom Bundesgesundheitsministerium das so genannte Vorschlagsmodell zur GOÄ in die Diskussion gebracht; dieses sieht vor, dass sich Ärzte- und Kostenträgersseite im Vorfeld zum Rechtsverordnungsverfahren auf einen Vorschlag zur Weiterentwicklung der GOÄ einigen. Dieser Vorschlag soll dann in das übliche Rechtsverordnungsverfahren zur GOÄ mit Zustimmung des Bundesrates münden.

Obgleich die Bundesärztekammer auf Grund des positiven Beschlusses des 104. Deutschen Ärztetages 2001 in Ludwigshafen das Vorschlagsmodell als Lösung für eine Weiterentwicklung der GOÄ akzeptierte, ist von Seiten des zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit und Sozialordnung (BMGS) bislang über ein erstes Konzept zur Realisierung dieses Modells hinaus nichts weiter geschehen. Die 75. Gesundheitsministerkonferenz hatte am 20. und 21.06.2002 in Düsseldorf ebenfalls das Vorschlagsmodell befürwortet und das BMGS gebeten, unter Einbeziehung der Interessensgruppen, den Entwurf eines Vorschlagsmodell zur Strukturreform des privatärztlichen Gebührenrechtes vorzulegen; zugleich hatte sie ausdrücklich begrüßt, dass sowohl der 104. Deutsche Ärztetag 2001 als auch der Verband der privaten Krankenversicherung dem Vorschlagsmodell aufgeschlossen gegenüber stehen. Bis auf die Vorlage von Eckpunkten des BMGS im Herbst 2002 wurden keine weiteren politischen Schritte zur Durchsetzung des Modells unternommen. Grund hierfür ist nach Verlautbarungen aus dem BMGS die Blockade der Finanzministerien der Länder gegen die Pläne zur Realisierung des Vorschlagsmodells. Die Bundesärztekammer hatte im Dezember 2002 Eckpunkte zum Vorschlagsmodell in einem Positionspapier verabschiedet und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 7, 14.02.2003, Ausgabe A, Seite A 372-375, veröffentlicht. Die Eckpunkte im Wortlaut sind im letztjährigen Tätigkeitsbericht dokumentiert.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg Dietrich Hoppe, übermittelte die Eckpunkte mit Schreiben vom 28.01.2003 der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Frau Ulla Schmidt, MdB, mit dem Vorschlag, diese in die weiteren Beratungen über die Realisierung des Vorschlagsmodells einzubeziehen. Der Anregung von Prof. Dr. Hoppe, die Eckpunkte der Bundesärztekammer in einem Gespräch zu erläutern und mit den Vorstellungen des BMGS abzugleichen, wurde nicht entsprochen. Bis zum Redaktionsschluss erfolgte keine Reaktion des BMGS. Auch die Entschließung des

106. Deutschen Ärztetages 2003 in Köln, in der die überfällige GOÄ-Reform zum wiederholten Male angemahnt wurde, sowie ein neuerliches Schreiben des Präsidenten der Bundesärztekammer vom 07.10.2003, mit welchem er zum wiederholten Male das Verschleppen der notwendigen Aktualisierung und Anpassung anprangerte, blieben ohne jede Resonanz; auch die Forderung auf notwendige Gleichbehandlung der Ärzteschaft mit anderen Freien Berufen, beispielsweise Rechtsanwälten, die gerade eine Erhöhung über Honorare um ca. 20 Prozent für den Zeitraum ab 1994 erhalten, blieb ohne Reaktion.

In der Antwort der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 15/1477 vom 12.08.2003) auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU Fraktion (BT-Drucksache 15/1266; wurde seitens der Bundesregierung zwar zugestanden, dass sowohl die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als auch die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) reformbedürftig seien, die in den entsprechenden Gebührenverzeichnissen für die vertragsärztliche Versorgung vorgenommenen Reformen müssten nachvollzogen werden; Überlegungen, den Interessensausgleich zwischen den Beteiligten stärker in das Verfahren zur Weiterentwicklung der Gebührenordnungen einzubeziehen, seien jedoch noch nicht abgeschlossen. Diese Bewertung zeigt, dass die Weiterentwicklung des privatärztlichen Gebührenrechtes sowohl beim federführenden BMGS als auch bei der Bundesregierung keine politische Priorität genießt und die politische Verantwortung für die unbedingt notwendige Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses wegen wachsender Fehlentwicklungen und Fehlinterpretationen nicht wahrgenommen wird; vielmehr entsteht der Eindruck, die sich häufenden Probleme mit der GOÄ „auszusitzen“ und die zunehmenden Konflikte als Begründung für eine grundlegende Systemveränderung zu nutzen.

Handlungsdruck zur Weiterentwicklung der GOÄ ergibt sich aus den politischen Entwicklungen mit Risikopotential für den Fortbestand der privaten Krankenversicherung, wie insbesondere die Finanzierungsdebatte in der gesetzlichen Krankenversicherung über eine Bürgerversicherung oder das Kopfprämienmodell mit negativen Auswirkungen auf den privatärztlichen Versorgungsbereich und zugleich auf den Stellenwert der GOÄ; er ergibt sich aber auch aus den erkennbaren politischen Planungen in Folge des Fallpauschalengesetzes für die Privatliquidation im Krankenhaus, infolge der EU-induzierten Debatte zur Deregulierung des Gesundheitswesens mit der Tendenz zur Abschaffung von Amtlichen Gebührenordnungen und darin administrierter Preise als Wettbewerbshemmnisse (vgl. Abschnitt Arbeitskreis „Gebühren- und Honorarordnungen“ des Bundesverbandes der Freien Berufe), und schließlich auf Grund des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), das für den Regelungsbereich des SGV V neben den bisherigen Versorgungsstrukturen neue Kooperationsmodelle in unterschiedlicher Rechtsform und nicht-ärztlicher Trägerschaft mit eigenständigen Vertragsmodalitäten und Vergütungsregelungen – unabhängig vom EBM/EBM2000 plus und DRG's – vorsieht. Gleichermäßen erkennbar ist der politische Druck auf die GOÄ, durch sogenannte Öffnungsklauseln Kostenträgern zu ermöglichen, von der GOÄ abweichende Vergütungsvereinbarungen – über den Regelungsinhalt des bisherigen § 2 hinaus (abweichende Honorarvereinbarung nur über die Höhe der Vergütung nicht über Form oder Struktur) zu treffen, was zu einer Aushöhlung der GOÄ führen kann. Der Ausschuss „Gebührenordnung“ befasste sich in seiner Klausur-Sitzung vom 04.11.2003 mit den Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf die GOÄ und kam zum Ergebnis, dass durch die ermöglichte Vielfalt der jedoch zunehmend pauschaleren Vergütungsformen für die ärztliche Tätigkeit ein Amtliches Gebührenverzeichnis in Form einer aktualisierten

GOÄ mit leistungsgerechten Vergütungen als Referenzgröße um so notwendiger wird. Falls Öffnungsklauseln zur GOÄ gesetzlich ermöglicht werden sollten, verlangt die Ärzteschaft gleiche vertragliche Freiheiten wie private Krankenversicherer oder Beihilfetträger.

Um die GOÄ als eigenständige, sektorenübergreifende Gebührenordnung für die privatärztliche Versorgung zu erhalten, bedarf es besonderer Anstrengungen von Ärzteschaft und ggf. auch privater Krankenversicherungen, um den Verordnungsgeber von der Machbarkeit einer GOÄ-Novelle in der privatärztlichen Versorgung zu überzeugen. Dazu muss das Konzept zur Weiterentwicklung inhaltlich fortentwickelt werden; es bedarf einer grundlegenden Neustrukturierung des Gebührenverzeichnisses; eine punktuelle Ergänzung um das neuere medizinische Leistungsspektrum oder eine lineare Punktwertanhebung reichen nicht aus, vielmehr ist eine grundlegend umfassende Reform erforderlich, die zu mehr Transparenz und Vereinfachung der Privatabrechnung verhelfen muss, um die Anwendung der GOÄ für alle Beteiligten wieder attraktiv zu machen; gleichermaßen notwendig ist ein überzeugender Vorschlag zur Kompatibilität von GOÄ und DRG-Fallpauschalensystem.

Auf der Basis des Eckpunkte-Papiers für das Vorschlagsmodell wurde in der GOÄ-Ausschlußklausur das Konzept zur Weiterentwicklung der GOÄ inhaltlich fortentwickelt, welchem der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 14.11.2003 als Grundlage für die weiteren Verhandlungen zustimmte. Die weiteren Zielvorgaben des beschlossenen GOÄ-Konzeptes beziehen sich prioritär auf die Aktualisierung, Neustrukturierung und Neubewertung des ärztlichen Gebührenverzeichnisses; zunächst wurden modellhaft für die operativen Abschnitte, ablaufbezogene Komplexleistungen durch Bündelung von Einzelleistungen geschaffen; damit werden sämtliche methodisch notwendigen und häufig fakultativ zusätzlichen Maßnahmen in einem Komplex zusammengefaßt sowie verwandte Leistungen vergleichbaren Aufwandes und Schwierigkeitsgrades der selben Gebührenposition zugeordnet; Ziel ist eine Vereinfachung des Gebührenverzeichnisses, die Reduzierung der Zielleistungskonflikte (§ 4 Abs. 2 a GOÄ) und eine Begrenzung der Mengenerweiterung nach „Baukastenart“. Neben einer solchen Komplexleistung sind bei demselben Arzt-Patienten-Kontakt weitere Leistungen nur noch im Sinne spezifisch definierter Zuschlagsleistungen möglich. Der Arztbezug als spezifische Ausprägung des privatärztlichen Behandlungsverhältnisses zwischen Patient und Arzt muss erhalten bleiben; fachübergreifende Fallpauschalen, wie in DRG's oder EBM-Fallpauschalen nach § 115 b SGB V sind als Abrechnungsgrundlage für das arztbezogene individuelle privatärztliche Behandlungsverhältnis nicht geeignet. Die Leistungsdefinitionen des Gebührenverzeichnisses basieren auf einem international anerkannten Klassifikationssystem (ICPM-OPS); damit sind die Zielleistungsinhalte eindeutig festgelegt, was nicht nur zu einer größeren Akzeptanz der Strukturierung der vorgeschlagenen Strukturierung, sondern auch zu einer Beschleunigung des Abstimmungsprozesses mit PKV und Beihilfe führen soll. Auf der Grundlage dieser Zielvorgaben wurde ein Modellprojekt „Operationen am Hüftgelenk“ entworfen. Die neuen Gebührenpositionen bilden jeweils Komplexleistungen ab, beginnend bei den vom Operateur zu erbringenden vorbereitenden Teilschritten bis zum Anlegen der Verbände und gegebenenfalls abschließenden Lagerung im Schienenverband. Methodisch notwendige Teilleistungen sind vom Leistungsumfang der neuen Gebührenpositionen umfasst. Die Berechnungsfähigkeit weiterer Eingriffe wird nur für den Fall definierter Voraussetzungen als Zuschlagsleistung zugelassen. Die neu strukturierten Gebührenpositionen werden mit den korrespondierenden Prozeduren nach ICPM hinterlegt, was in Zukunft die umfassende Leistungsbeschreibung der neuen Komplexleistungen ersetzen soll.

Die Bewertungsfindung von GOÄ-Leistungspositionen orientiert sich zum einen an der betriebswirtschaftlichen Kalkulation auf der Grundlage des Standardbewertungssystems der KBV mit abweichenden, auf die privatärztliche Versorgung bezogenen Kalkulationsvorgaben. Allerdings ist die allein kostenorientierte Bewertung ärztlicher Leistungen für die Funktion einer Amtlichen Gebührentaxe ergänzungsbedürftig durch einen Abgleich mit dem derzeitigen Liquidationsniveau ärztlicher Leistungen und durch den notwendigen Horizontalvergleich innerhalb der verschiedenen Fachgruppen. Um das neue Konzept mit dem jetzigen Vergütungsniveau zu vergleichen, wird in Zusammenarbeit mit den genossenschaftlichen privatärztlichen Verrechnungsstellen eine Auswertung der konzeptionellen Vorschläge vorgenommen. Vor einer über die Modellbeispiele hinaus gehenden Ausarbeitung eines neuen Gebührenkapitels oder gar des gesamten Gebührenverzeichnisses wird zunächst eine innerärztliche Abstimmung herbeizuführen sein sowie eine grundsätzliche Abstimmung über die Richtung mit dem PKV-Verband erforderlich. Ziel ist es, dem BMGS ein sowohl von der Ärzteschaft als auch vom PKV-Verband gemeinsam getragenes Konzept vorzustellen, um den Verordnungsgeber von der Machbarkeit der GOÄ-Reform auf dem Wege des Vorschlagsmodells zu überzeugen, oder ggf. auch ohne Vorschlagsmodell die GOÄ weiterzuentwickeln.

Initiativ-Anträge der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis '90/die Grünen des niedersächsischen Landtages zur Reduzierung von Beihilfekosten

Die finanzielle Situation der Länder führt zunehmend dazu, Einsparmöglichkeiten auch im Bereich der Beihilfe zu suchen. Aus verschiedenen Ländern wurden Initiativen bekannt, die darauf abzielen, durch Absenkung des Vergütungsniveaus der GOÄ in der Beihilfe Einsparungen zu erzielen. Die Initiative der A-Länder unter Federführung des Finanzministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen zielte darauf ab, die Möglichkeiten der Kostenbegrenzung im Beihilfebereich auszuloten. Das Finanzministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen schlug GOÄ-Vergütungsabsenkungen durch Änderung des Gebührenrahmens und der dort verankerten Begründungsschwellen und Höchstsätze vor; erneute Erschwernisse, die Begründungsschwelle zu überschreiten, sowie Öffnungsklauseln im § 2 GOÄ sollten ebenfalls Druck auf das Vergütungsniveau der GOÄ ausüben. Diese Initiative wurde von der Bundesärztekammer als unzumutbar zurückgewiesen, weil sie erneut die Rahmenbedingungen der GOÄ ändern würde, ohne die längst überfällige Aktualisierung des Vergütungsverzeichnisses vorzunehmen. Derartige heckenschnittartige Kürzungen vernachlässigen, dass es – durch die bisherige unsystematische Weiterentwicklung des Gebührenverzeichnisses – Bewertungsdisparitäten gibt, die bei Realisierung derartiger Vorschläge zur Verschärfung der Ungleichgewichte in der Vergütung bis hin zu Kostenunterdeckungen führen würden. Die BÄK lehnte die Vorschläge ab unter Hinweis darauf, dass die politische Verantwortung zur Anpassung der Gebührenverzeichnisse an den Stand der medizinischen Wissenschaft sträflich vernachlässigt wird, stattdessen jedoch finanzielle Einsparmöglichkeiten der Beihilfe zu Lasten der Ärzte realisiert werden sollen.

Im Sommer wurde die BÄK mit einer Initiative der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis '90/die Grünen des Niedersächsischen Landtages konfrontiert, die in Form von Entschließungsanträgen zum Thema „Beamtinnen und Beamte freiwillig in die gesetzliche Krankenversicherung einbeziehen, Kosten der Beihilfe kontrollieren, Gebührenordnungen für medizinische Berufe begrenzen“ (SPD-Antrag Drucksache 15/142 vom 07.05.2003) und „Gesundheitliche Versorgung im Öffentlichen Dienst: Erlass einer niedersächsischen Beihilfeverordnung“ (Antrag Bündnis '90/die Grünen Drucksache 15/443 vom 30.09.2003) ebenfalls auf Eingriffe in die GOÄ abzielten. Zu diesen Entschließungsanträgen wurde am 26.11.2003 eine Anhörung vor dem Niedersächsischen Landtag durchgeführt, in der – neben niedersächsischen Vertretern der verschiedenen Interessensgruppen – auch Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Prof. Dr. Paul Kirchhoff, Universität Heidelberg, und der Verband der privaten Krankenversicherungen e.V., Dr. Volker Leienbach, Verbandsdirektor, eingeladen wurden. Die Ärzteschaft war durch die Ärztekammer Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen sowie durch den Vorsitzenden des Ausschusses Gebührenordnung, Dr. Möhrle, vertreten. Zu den Anträgen hatte die Bundesärztekammer ausführlich Stellung bezogen (siehe Internet: <http://www.bundesaeztekammer.de>).

Der von Seiten der Fraktion der SPD dem Niedersächsischen Landtag vorgelegte Antrag zielte darauf ab, durch unterschiedliche Maßnahmen die Ausgaben des Landes Niedersachsen für Beihilfeleistungen zu senken:

- Einführung eines Wahlrechts für neu in den Dienst eintretende Beamtinnen und Beamte
- Begrenzung der Gebührenordnungen für medizinische Berufe
- Analyse der Kostenentwicklung im Beihilfebereich.

In der Stellungnahme der Bundesärztekammer wurde ausgeführt, dass die Einführung eines Wahlrechtes für neu in den Dienst eintretenden Beamtinnen und Beamten nicht die darin gesetzten Erwartungen erfüllen würde. Vergleichsrechnungen in Hessen und dem Bund hätten erwiesen, dass sich eine GKV-Lösung für Beamte nicht kostengünstiger darstellt als das bisherige Beihilfesystem. Dies sei zum einen auf die höhere Lebenserwartung von Beamten und die Zahl beitragsfreier Familienmitglieder zurückzuführen, so dass sich die Kostendynamik für diesen Personenkreis auch in der GKV niederschlagen würde. Zudem könne das vorgeschlagene Wahlrecht auch zu einer Negativselektion führen und damit die GKV mit höheren Risiken und Kosten belasten, weil junge gesunde Beihilfeberechtigte für das Beihilfesystem optieren, während schlechtere Risiken die GKV-Option wählen. Im übrigen bestehe eine Ausgabendynamik gleichermaßen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung, die nur durch stringente Budgetierung der Ausgaben für ärztliche Leistungen und verordnete Leistungen und durch Reglementierung der Leistungsbereiche in Schranken gehalten wird. Angesichts des grundsätzlich anderen Systems der Privatversicherung, das im wesentlichen auch für den Beihilfebereich gilt, angesichts des umfangreicheren Leistungsspektrums, das die Beihilfe abdeckt, und angesichts der Struktur des Personenkreises von Beihilfeberechtigten halte sich die Ausgabendynamik, die vor allem durch die demographische Entwicklung und den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt verursacht wird, im Beihilfesystem im Rahmen. Die Kostendämpfungsbemühungen sollten sich nach Auffassung der Bundesärztekammer daher darauf richten, die Organisation der Beihilfe in größeren Einheiten zu bündeln, ggf. auch das System der Beihilfeablöseversicherung zu nutzen, die Abrechnungsgrundlage GOÄ zu aktualisieren

und zu vereinfachen und von bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten für sozial schutzbedürftige Beihilfeberechtigte, wie dem Standardtarif, Gebrauch zu machen.

Der Antrag der SPD-Fraktion zielte des weiteren darauf, eine Bundesrats-Initiative mit dem Ziel zu starten, die Gebührenordnungen für medizinische Berufe, insbesondere die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erneut in ihrem Vergütungsniveau zu vermindern. Dies ist von der Bundesärztekammer mit allem Nachdruck zurückgewiesen worden. Als untragbar wurde erachtet, erneut Probleme der Beihilfe über Vergütungstaxen Freier Berufe lösen zu wollen. Bestehende Probleme sollten eher systemgerecht innerhalb der Beihilfe durch Einschränkung der Erstattung als zu Lasten einer Amtlichen Gebührentaxe gelöst werden, welche die Funktion hat, alle berufliche Leistungen des Arztes – nicht nur die von der Beihilfe umfassten – angemessen und leistungsgerecht abzubilden.

Die Bundesärztekammer argumentierte auch mit der Entwicklung der ärztlichen Vergütungsbedingungen in den letzten Jahren, die zu realen Einkommensverlusten der Ärzteschaft geführt hatten und weitere Reduzierungen verbieten. Im Vergleich mit der Vergütungssituation anderer Freier Berufe wurde eine Benachteiligung der Ärzteschaft festgestellt. Die Vergütungen von Architekten und Rechtsanwälten sind in den letzten 20 Jahren – trotz ihrer dynamischen Komponenten (Anbindung an Streitwerte oder Baukosten) – weit über GOÄ- und GOZ-Anpassungen hinaus angehoben worden. Auf Initiative der Bundesministerin für Justiz, Frau Brigitte Zypries, ist eine Verbesserung der Rechtsanwaltsgebührenordnung um ca. 20 Prozent, als Ausgleich für den Zeitraum von 9 Jahren seit der Novelle 1994, politisch durchgesetzt worden. Eine solche Ungleichbehandlung wurde als politisch nicht hinnehmbar bezeichnet. Im wesentlichen sei sie durch die Verquickung der Interessen des Staates als Zahlungspflichtiger für die Beihilfe mit der Funktion als Verordnungsgeber der GOÄ erklärbar. Geradezu als skandalös wurde es bezeichnet, die GOÄ in Inhalt und Bewertung auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft von vor 25 Jahren zu belassen, sie andererseits jedoch zum Zwecke von Beihilfeeinsparungen im Vergütungsniveau so reduzieren zu wollen, dass sie teilweise unter das Niveau der vertragsärztlichen Vergütung fällt.

Der SPD-Antrag, die Gebührenordnungen abzusenken, wurde erneut mit der Liquidationspraxis auf Schwellenwertniveau und mit der Notwendigkeit, bei der Vergütung medizinischer Leistungen mehr Transparenz herzustellen, begründet. Die Bundesärztekammer wies die Argumente für eine weitere Einengung des Honorarspielraums in der GOÄ zurück; dazu kann nicht die Abrechnung auf Schwellenwertniveau herangezogen werden. Ausdrückliche Intention des Verordnungsgebers im Jahre 1982 war es, den Schwellenwert zum Richtwert zu machen, der den Fall des durchschnittlichen Schwierigkeitsgrades und durchschnittlichen Zeitaufwandes, kurz den Normalfall abgilt. Seit Einführung dieser Regelung seien den Ärztekammern nur wenige Beschwerden von Beihilfeträgern und PKV über die Berechnung auf Schwellenwertniveau zugegangen. Dies stehe im Gegensatz zur politischen Polemisierung gegen diese Abrechnungsweise, die immer wieder zum Anlass genommen wird, die Ärzteschaft zu diskreditieren. Dabei wird völlig vernachlässigt, dass die seit nunmehr über 20 Jahre feste Rahmenstruktur sich nicht nur nivellierend auf das ärztliche Vergütungsniveau zu Lasten der Ärzteschaft auswirkt, sondern Kalkulationssicherheit der Ausgaben von Beihilfe und PKV garantiere. Des Weiteren belege diese Abrechnungsweise auch, dass der obere Teil des Gebührenrahmens für Fälle über dem durchschnittlichen

Schwierigkeitsgrad und durchschnittlichen Zeitaufwand in ärztlichen Liquidationen kaum genutzt wird. Wegen des weitgehenden Verzichtes der Ärzteschaft auf begründbare Überschreitungen der Schwellenwerte seien den Kostenträgern in den letzten 25 Jahren erhebliche Einsparvolumina entstanden. Diese Abrechnungsweise zum Anlass für eine generelle Absenkung der GOÄ zu nehmen, sei daher durch Nichts gerechtfertigt.

Der Prüfauftrag im SPD-Antrag, der auf eine Analyse der Ausgabenentwicklung im Beihilfebereich abzielt, wurde als nachvollziehbar angesehen. Wissenschaftliche Untersuchungen zu Wirtschaftlichkeitspotentialen sowie Unter-, Über- und Fehlversorgung, hier insbesondere das Gutachten des Sachverständigenbeirates für die Konzertierte Aktion, würden allerdings – wie den Ausführungen im Gutachten selbst zu entnehmen ist – auf unzulänglichen Datengrundlagen beruhen und seien daher in ihrem wissenschaftlichen Wert zu hinterfragen. Stattdessen müsse die Versorgungsforschung so ausgebaut werden, dass valide Untersuchungsergebnisse zum Stand der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ermöglicht werden. So weit Abrechnungsbetrug und bewusste Falschabrechnungen aufgedeckt werden, seien solche Fälle den Ärztekammern zu melden, die diese ahnden. Häufig würden jedoch Abrechnungen als falsch gewertet, die Fehlinterpretationen des unzulänglichen Gebührenwerkes sind. Daher sei eine entsprechende Modernisierung und Aktualisierung der Gebührenordnung notwendig. Der Vorschlag, Leistungen aus Beihilfe und GKV zu harmonisieren, wurde als beihilfesystemkonformer Vorschlag gewertet, der die finanziellen Probleme innerhalb des Beihilfesystems zu lösen versucht, anstatt sie zu Lasten Dritter, z. B. durch Absenkung der Gebührenordnungen der Ärzte, zu lösen.

Der Antrag der Fraktion Bündnis '90/Die Grünen des Niedersächsischen Landtages zielte zum einen darauf ab, eine Niedersächsische Beihilfen-Verordnung zu erlassen, die die Erstattung von Vergütungen ärztlicher Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte auf das 1,7fache des Gebührensatzes begrenzen sowie eine Begründungspflicht für den Ansatz höherer Gebührensätze vorsehen soll. Zudem sollte stichprobenhaft ermittelt werden, ob missbräuchlich überhöhte Gebührensätze abgerechnet werden. Begründet wurden diese Maßnahmen mit dadurch erreichbaren Einsparungen für die öffentlichen Haushalte.

Die Bundesärztekammer stellte dazu fest, dass mit dem Antrag der Beihilfeträger oder Dienstherr billigend in Kauf nimmt, dass beihilfeberechtigte Beamte einen Teil der Kosten für ärztliche Behandlung in Zukunft aus eigener Tasche bezahlen müssen; der Arzt sei bei der Bemessung seiner Vergütung nicht an Erstattungsgrenzen der Beihilfe gebunden, sondern muss sich nach den Regelungen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) richten. Dies schließe zugleich auch aus, dass ein Arzt bei einer Überschreitung des Erstattungssatzes in Höhe des 1,7-fachen des Gebührensatzes dies zu begründen hat, er sei alleine an die Gebührenregelungen des § 5 GOÄ gebunden.

Die Ärzteschaft habe – so die Bundesärztekammer – durch Akzeptanz des im Jahre 2000 eingeführten Standardtarifs ihren Beitrag zur Kostendämpfung geleistet. Dieser Tarif wurde für sozial schutzbedürftige, Privatversicherte und Beihilfeberechtigte eingeführt, findet jedoch selbst bei diesem Personenkreis wenig Zuspruch. Dies sei der Ärzteschaft nicht anzulasten, sondern müsse vielmehr als Entscheidung akzeptiert werden, den Status des Beihilfeberechtigten mit höherem Leistungsstandard als den im Leistungsangebot eingeschränkten Status des Standardtarifversicherten zu bevorzugen.

In der Begründung zum Antrag von Bündnis '90/Die Grünen wurde erneut kritisch auf die Abrechnungsweise der Ärzteschaft hingewiesen, wonach die Mehrzahl aller ärztlichen Leistungen auf dem Niveau der so genannten Schwellenwerte berechnet werden. Die Bundesärztekammer wies diese Vorwürfe mit der gleichen Argumentation wie gegenüber dem SPD-Antrag zurück.

In der Begründung zum o.g. Antrag wurde beklagt, dass der durchschnittliche Gebührensatz in der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich niedriger liegt; dies verkennt nach Meinung der Bundesärztekammer die systembedingten Unterschiede zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung kennt keinen festen Gebührensatz; die ärztlichen Vergütungen haben floatende Punktwerte in Abhängigkeit vom Leistungsbedarf. Die GKV unterliege ferner völlig anderen Rahmenbedingungen als die private Krankenversicherung und die privatärztliche Versorgung – auch unter Beihilfebedingungen. In der PKV und Beihilfe gebe es weder eine budgetierte Gesamtvergütung, noch gesetzlich geregelte Wirtschaftlichkeitsprüfungen, noch im gleichen Ausmaß bestehende Einschränkungen des Leistungskatalogs. Die Vergütungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung seien von der Ärzteschaft geleistete „Sozialrabatte“, die nicht mit Vergütungen im privatärztlichen Bereich gleichgesetzt werden dürfen. Anstatt der Ärzteschaft ausufernde Abrechnungspraxis vorzuwerfen, würde sich Einsparpotential aus Sicht der Bundesärztekammer bei der Organisation der Beihilfe ergeben.

Die Bundesärztekammer wies im weiteren darauf hin, dass die Ärztekammern kontinuierlich ihren Beitrag leisten, die Ausgabenentwicklung in der Beihilfe zu begrenzen, in dem sie die ihr übertragene Ordnungsfunktion wahrnehmen. Diese Aufgabe wird, u. a. auch im gemeinsamen Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer wahrgenommen, in dem neben der Ärzteschaft, Vertreter der Beihilfe, des BMGS, der privaten Krankenversicherung und ein Vertreter der privatärztlichen Verrechnungsstelle (mitberatend) richtungsweisende Abrechnungsempfehlungen verabreicht werden. Allerdings ist die Kluft zwischen dem Gebührenverzeichnis der GOÄ und dem rasanten medizinischen Fortschritt so groß und die Materie so komplex, dass nur eine Gesamtmodernisierung hier endlich Abhilfe schaffen kann.

Abschließend stellte die BÄK fest, dass die Bundesregierung ihre Verantwortung auf diesem Feld nicht wahrnimmt und damit Patienten und Ärzten ein Leistungsverzeichnis zumutet, das teils kunstfehlerhaft, teils obsolet, in jedem Falle jedoch nicht den Stand der medizinischen Wissenschaft wiedergibt; verschärft werde die Situation durch ein Abkoppeln der GOÄ von der wirtschaftlichen Entwicklung und einer sich vergrößernden Diskrepanz zwischen steigenden Kosten der Arztpraxis und Vergütung. Eine Absenkung des Vergütungsniveaus der GOÄ würde deshalb nicht nur die Qualität der ärztlichen Versorgung von Beihilfeberechtigten gefährden, sondern auch existenzielle Probleme für Ärzte mit sich bringen.

Auswirkungen des Fallpauschalengesetzes auf die Privatliquidation im Krankenhaus

Im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Entgeltsystems auf der Grundlage diagnose-gestützter Fallpauschalen ist die Zukunft der Privatliquidation im Krankenhaus mehrfach im Ausschuss Gebührenordnung erörtert worden. Das erhebliche Gefährdungspotential für die GOÄ war bereits im Referentenentwurf zum Fallpauschalengesetz und zwar in § 16 erkennbar geworden, der eine Weichenstellung dahingehend enthielt, die Vergütung wahlärztlicher Leistungen nach Beendigung der so genannten Konvergenzphase im Jahre 2007 auf einer anderen Ermächtigungsgrundlage als der Bundesärzteordnung zu regeln. Ein Schreiben des Präsidenten der Bundesärztekammer an die Bundesministerin für Gesundheit vom 24.07.2001 hatte zu einer Zurücknahme dieser Regelung geführt. Mit Schreiben vom 31.08.2001 teilte die Bundesgesundheitsministerin mit, dass bis auf Weiteres die wahlärztlichen Leistungen in der bisherigen Systematik auf der Grundlage der GOÄ verbleiben, allerdings nicht ausgeschlossen werden kann, dass zu einem späteren Zeitpunkt mit einer Ablösung der GOÄ als Grundlage für die Liquidation wahlärztlicher Leistungen und Überführung in pauschale Zuschläge gerechnet werden müsse. Im gleichen Gesetzgebungsverfahren wurde durch Beschlussempfehlung des Finanzausschusses des Bundesrates am 09.11.2001 ein neuerlicher Versuch gestartet, die Privatliquidation im Krankenhaus zu beschneiden; diese Beschlussempfehlung zielte darauf ab, die Liquidationskette im Krankenhaus zu kappen. Die Eingabe des Präsidenten der Bundesärztekammer führte erneut zu einem Einlenken der Politik, was jedoch nicht ausschließt, – wie oben dargestellt – dass nach Ablauf der Konvergenzphase im Jahre 2007 im Zuge einer ordnungspolitischen Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung und -vergütung das Privatliquidationsrecht abgeschafft wird (siehe hierzu auch DÄ, Jg. 100, Heft 20 vom 16. Mai 2003, S. A 1317 ff, „Privatliquidation im Krankenhaus massiv gefährdet“).

In die Richtung – Eliminierung des Privatliquidationsrechts für wahlärztliche Leistungen – weist auch das Chefarzt-Vertragsmuster der Deutschen Krankenhausgesellschaft, welches im Frühjahr 2002 veröffentlicht worden ist. Darin wird die Linie der DKG, den Chefarzt zum leitenden Angestellten ohne jede freiberufliche Komponente zu machen, fortgesetzt. Das Vertragsmuster wirft eine Reihe gebühren- und vertragsarztrechtlicher Probleme auf, die die Bundesärztekammer veranlasst haben, gemeinsam mit dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und dem Marburger Bund Hinweise und Empfehlungen zu dem Chefarzt-Vertragsmuster der DKG – insbesondere Alternativen zu den Kritikpunkten – aus ärztlicher Sicht zu publizieren (siehe hierzu „Herr-im-Hause-Standpunkt“ Deutsches Ärzteblatt, Heft 23 vom 06.06.2003, A 1576).

Die strategischen Überlegungen zum Erhalt des Privatliquidationsrechtes wahlärztlicher Leistungen sind im Berichtsjahr fortgeführt worden. Dabei wird als wichtigste Weichenstellung, eine Aktualisierung und Neustrukturierung der GOÄ als maßgebliche Abrechnungsgrundlage für erforderlich angesehen, wie dies durch zahlreiche Eingaben beim zuständigen Bundesministerium für Gesundheit zum Ausdruck gebracht wurde. Die dadurch zu erreichende größere Rechtssicherheit und die verbesserte innerärztliche Akzeptanz würden Abrechnungsmisbrauch sowie Fehlinterpretationen verhindern und sind wesentlich für den Erhalt des Privatliquidationsrechtes im Krankenhaus. Hinzutreten muss die Sensibilisierung der Ärzteschaft für den Privatliquidationsbereich und die drohenden

Risiken, insbesondere soweit es die korrekte Abrechnung nach GOÄ, vor allem die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung betrifft. Auf die entsprechenden Publikationen zu diesem Thema – Deutsches Ärzteblatt, Heft 26 vom 28.06.2002 („GOÄ-Rubrik“) sowie Heft 20 vom 16.05.2003; A 1317 – und in anderen Publikationsorganen sei hingewiesen.

Die Beratungen zu diesem Gegenstand führten zu einem Konzept zur Verbindung der DRG's mit der Privatliquidation auf GOÄ-Basis, das im Ausschuss Gebührenordnung abgestimmt und vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 14.11.2003 verabschiedet worden ist. Dieses Konzept soll den Erhalt der GOÄ bei den stationären Leistungen ermöglichen; dazu wird anstelle der politisch favorisierten DRG-Zuschlagslösung für wahlärztliche Leistungen eine Bereinigung der DRG-Fallpauschale um Arztkosten durch einen „Wahlarztabschlag“ bei gleichzeitiger Beibehaltung einer Honorarminderung nach § 6 a GOÄ vorgesehen. In flankierenden Gesprächen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen und mit einzelnen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes konnten die privaten Krankenversicherungen dafür sensibilisiert werden, dass der Erhalt des Liquidationsrechts auch dem Selbstverständnis der privaten Krankenversicherungen, die in ihren Vollversicherungstarifen mit dem Leistungsangebot der Chefarztbehandlung werben, gerechter wird als Festvergütungsmodelle, die die Besonderheiten des wahlärztlichen Behandlungsverhältnisses beseitigen.

Die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene ordnungspolitische Verzahnung der DRG's mit der Privatliquidation in Form eines Wahlarztabschlages von der DRG zur Bereinigung von Arztkosten und der Bereinigung von Sachkosten durch Honorarminderung schafft die Grundlage für die Beibehaltung einer Wahlarztliquidation, den Fortbestand der Wahlarztkette und die Mitarbeiterhonorierung für ärztliche Leistungen und sichert das Profil der Privatbehandlung.

Arbeitskreis „Gebühren- und Honorarordnungen“ des Bundesverbands der Freien Berufe

Als Element der Wettbewerbsförderung im Dienstleistungssektor steht sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene die Liberalisierung bzw. die Deregulierung der Freien Berufe in der Diskussion. Von der Generaldirektion Wettbewerb der Europäischen Kommission wurde hierzu unter anderem ein Forschungsbericht zur Analyse der wirtschaftlichen Auswirkungen einzelstaatlicher Regelungen für Freie Berufe beim Institut für höhere Studien (IHS)/Wien in Auftrag gegeben. Grundgedanke der Deregulierungs-Initiative ist, ob durch Liberalisierung der für die Freien Berufe typischen Marktzugangs- und Verhaltensvorschriften, zu denen auch die Preisbindung von Honoraren an eigenständige Honorar- oder Gebührenordnungen zählt, eine verbraucherfreundliche Preisentwicklung und ein „Gesundshrumpfen“ des Marktes gefördert werden kann. Da die Freien Berufe zu großen Anteilen Dienstleistungen für öffentliche Auftraggeber erbringen, sind diese zur Entlastung ihrer Haushalte im hohen Maße an mehr Preiswettbewerb unter den Leistungsanbietern interessiert.

Konkreter Anlass der Gründung des Arbeitskreises „Gebühren- und Honorarordnungen“ beim Bundesverband der Freien Berufe bildete der Vorstoß von Bundeswirtschaftsminister

Wolfgang Clement gegen die Honorarordnung für Architekten und Ingenieure (HOAI), mit dem die gesetzliche Verbindlichkeit der in der HOAI festgelegten Mindestpreise aufgehoben werden sollte. Der aus Vertretern der Kammern von Architekten, Ingenieuren, Steuerberatern, Notaren, Tierärzten und der Bundesärztekammer zusammengesetzte Arbeitskreis des BfB erarbeitete ein 10-Punkte-Papier zum Erhalt der Gebühren- und Honorarordnungen für die Freien Berufe, in dem die Bedeutung eigener Vergütungsordnungen für die Qualität und fachliche Unabhängigkeit der Leistungserbringung, die Kostentransparenz und Rechtssicherheit, die Kalkulationssicherheit für die Freiberufler und die mittelständischen Unternehmen, für den Verbraucherschutz sowie die Sicherstellung einer flächendeckenden Leistungsversorgung dargestellt wurden, und das in den anschließenden politischen Gesprächen, mit denen der erste Anlauf zur Abschaffung der HOAI gestoppt werden konnte, als Memorandum für den Erhalt eigenständiger Vergütungsordnungen für die Freien Berufe diente.

Auch wenn die Ärzteschaft aufgrund ihrer Einbindung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu der primären Zielgruppe der Deregulierungs-Initiative zählt, ist der politische Trend zu mehr Wettbewerb und Marktorientierung längst auch – nicht erst durch das am 01.01.2004 in Kraft getretene GMG – auf das Gesundheitswesen übertragen worden. Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz sind z. B. zahlreiche Möglichkeiten zum Abschluss von Direktverträgen zwischen Krankenkassen und Anbietern medizinischer Leistungen geschaffen worden. Zu den Leistungsanbietern zählen nicht mehr nur Ärzte und Krankenhausträger oder Träger von Rehabilitationseinrichtungen, sondern z. B. auch – als Vertragspartner der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V – Management- und damit Kapitalgesellschaften. Die Vertragspartner haben eigene Vertragsgestaltungsmöglichkeiten, die Vergütung der von diesen Direktverträgen erfassten ärztlichen Leistungen ist nicht an die Anwendung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte gebunden.

Es bleibt abzuwarten, wann die Diskussion über die Öffnung und Dynamisierung des Dienstleistungssektors von Seiten des Bundesministeriums für Wirtschaft wieder aufgegriffen werden wird, von Seiten des EU-Binnenmarktkommissars Fritz Beukestein ist Februar 2004 eine neue Dienstleistungsrichtlinie vorgelegt worden, die für mehr Wettbewerb bei den Freien Berufen sorgen soll.

GOÄ-Anwendungsfragen

Im Kalenderjahr 2003 wurden 1442 schriftliche Anfragen zur Auslegung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte an die Bundesärztekammer gerichtet. Im Vergleich zum Vorjahr (1454 Anfragen) ist die Anfragefrequenz damit konstant geblieben. Neben den Fällen, in denen die Landesärztekammern die Bundesärztekammer zur Unterstützung bei GOÄ-Auslegungsdivergenzen einschalten (296 Fälle im Kalenderjahr 2003), werden weitere GOÄ-Anwendungsfragen von Beihilfestellen, privaten Krankenversicherungen, ärztlichen Berufsverbänden und Fachgesellschaften, einzelnen ärztlichen Leistungserbringern und Patienten eingereicht. Eine deutliche Zunahme ist bei den Anfragen von Gerichten zu verzeichnen, hierbei handelt es sich mehrheitlich um Anforderungen von Folgegutachten in Berufsangelegenheiten. Wie bei den Gutachtenanforderungen der Gerichte handelt es sich auch bei einem Großteil der GOÄ-Anfragen von den Landesärztekammern und priva-

ten Krankenversicherungen um Fragestellungen, die eine kritische Auseinandersetzung mit bereits vorliegenden gutachterlichen Stellungnahmen bzw. einen Neuansatz zur Entwicklung einer medizinisch-fachlich adäquaten und gebührenrechtskonformen Problemlösung erfordern.

Schwerpunkt der GOÄ-Anwendungsfragen bilden nach wie vor Interpretationsspielräume bei der Auslegung des Zielleistungsprinzips nach § 4 Abs. 2 a GOÄ sowie bei der Bildung von Analogbewertungen für neuere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 GOÄ. Aufgrund der ausstehenden Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wird der Handlungsbedarf hier unverändert hoch bleiben. Weitere Schwerpunkte sind Anfragen zur Honorarminderungspflicht nach § 6 a GOÄ, zum Auslagenersatz nach § 10 GOÄ sowie, insbesondere im Zusammenhang mit der Liquidation individueller Gesundheitsleistungen, Unsicherheiten bei der GOÄ-konformen Rechnungsstellung nach § 12 GOÄ. Eine deutliche Zunahme ist bei den Anfragen zur medizinischen Notwendigkeit verschiedener medizinischer Leistungen (§ 1 Abs. 2 GOÄ) sowie zur korrekten Anwendung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 2 GOÄ zu beobachten. Hintergrund der Auslegungsdivergenzen um § 5 Abs. 2 GOÄ sind die aktuellen Bestrebungen von Beihilfe und PKV, das durchschnittliche Vergütungssystem unter das 2,3-, 1,8- bzw. 1,15-fache Schwellenwertniveau abzusenken.

Die Bundesärztekammer befürwortet eine aktive Wahrnehmung der Ordnungsfunktion der Ärztekammern im Feld der privatärztlichen Abrechnung. Die intensiviertere Beschlussfassung und Veröffentlichung von Abrechnungsempfehlungen zielt darauf, eine leistungsentsprechende, im Bewertungsgefüge der GOÄ ausbalancierte Integration neuerer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Basis der derzeit gültigen GOÄ zu ermöglichen. Die verstärkte Präsenz der Bundesärztekammer in diesem Feld hat auf Seiten der privaten Krankenversicherungen zunächst zu einer vom PKV-Verband in die Öffentlichkeit getragenen Konfrontation von Bundesärztekammer und PKV-Verband geführt (vgl. Kommentierung der Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer in der Verbandszeitschrift „PKV-Publik“). Durch Interventionsbemühungen der Bundesärztekammer, in denen wiederholt auf die Schlichtungsfunktion der Abrechnungsempfehlungen auch zu Gunsten der privaten Krankenversicherungen hingewiesen wurde, aber auch angesichts der für die privaten Krankenversicherungsunternehmen spürbar sinkenden Kundenzufriedenheit durch die persistierenden Abrechnungsauseinandersetzungen ist nunmehr wiederum eine Zunahme von Kooperationsbereitschaft zu beobachten. So konnte z. B. im Falle der Abrechnungsempfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer zur Abrechnung reproduktionsmedizinischer Leistungen sowie diagnostischer Leistungen in der Schlafmedizin eine nachträgliche Konsentierung mit dem PKV-Verband, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie dem Bundesministerium des Innern erzielt werden (vgl. Bekanntmachungen im Deutschen Ärzteblatt vom 20.02.2004/Jhg. 101/Heft 8/Seite A-526/27).

Lotus Notes-GOÄ-Datenbank

Zur Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen Bundesärztekammer und Landesärztekammern in Gebührenordnungsangelegenheiten wurde in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Datenverarbeitung und Statistik“ als Ablösung der alten „superbase-Datenbank“ eine auf Lotus Notes basierende Datenbank für GOÄ-Dokumente geschaffen. Die neue GOÄ-Datenbank wurde den Mitarbeitern der GOÄ-Referate der Landesärztekammern in zwei Informationsveranstaltungen vorgestellt, die mit Unterstützung der Ärztekammer Westfalen-Lippe am 04.06. und 18.06.2003 in Münster durchgeführt wurden. Der Zugriff auf die neue GOÄ-Datenbank ist ausschließlich im Rahmen des seit Ende 2003 zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer errichteten Virtual Private Networks möglich.

Mit Hilfe der Lotus Notes-Group Ware ist über das Informationsangebot der Bundesärztekammer hinaus den Landesärztekammern nunmehr auch eine aktive Nutzung der GOÄ-Datenbank durch Archivierung eigener GOÄ-Dokumente in der gemeinsamen Datenbank möglich. Der GOÄ-Informationsspool wird auf diese Weise um landesärztekammerspezifische Beiträge erweitert. Zielsetzung des sowohl quantitativen als auch strukturellen Ausbaus der GOÄ-Datenbank ist neben der Verbreiterung der Informationsbasis die Förderung einer bundeseinheitlichen Auslegungspraxis und die Bahnung von Synergieeffekten. Um die Aktualität der GOÄ-Datenbank zu erhöhen, werden bundesärztekammerseitig ältere GOÄ-Dokumente vor Übernahme aus der alten „superbase“-Datenbank einer Überprüfung auf Relevanz, Transparenz und Plausibilität unterzogen, neuere Dokumente werden unter Beachtung der genannten Kriterien möglichst zeitnah in die Datenbank eingestellt. Von Seiten der Bundesärztekammer wurden bis Redaktionsschluss des Tätigkeitsberichts 4045 GOÄ-Dokumente in die neue Datenbank eingepflegt. Über die Archivierung relevanter GOÄ-Dokumente hinaus bietet die GOÄ-Datenbank die Option der Verknüpfung von GOÄ-Leistungen mit vertragsärztlichen Leistungen nach EBM oder der Fachgebietszugehörigkeit einer Leistung. Die Lotus Notes-GOÄ-Datenbank sieht weiterhin die Option für ein Online-Frageforum vor, sowie die Erweiterung um zusätzliche Informationsmodule, wie sie derzeit z. B. von der Bundesärztekammer in einer eigenständigen GOÄ-Fachinformationsdatenbank gesammelt werden.

GOÄ-Urteilsdatenbank

Mit Inbetriebnahme der Lotus Notes-GOÄ-Datenbank wurde von Seiten der Bundesärztekammer gleichzeitig die Integration von GOÄ-relevanten Urteilen in die GOÄ-Datenbank intensiviert. Die zunehmende Veraltung der GOÄ führt auch in der Rechtsprechung zu divergierenden Auffassungen, wenn nicht gar Polarisierungen hinsichtlich der gebührenrechtlichen Zuordnung des modernen Leistungsspektrums in der Medizin, wobei sich entweder eine Befürwortung der Ausschöpfung GOÄ-immanenter Selbstergänzungsmöglichkeiten (insbesondere durch Bildung von Analogbewertungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ) beobachten lässt, oder aber eine Hervorhebung des normativen Charakters der Gebührenordnung und der alleinigen Verantwortung des Ordnungsgebers für die Weiterentwicklung der GOÄ, auch unter Inkaufnahme von wirtschaftlichen Nachteilen für die ärztlichen

Leistungserbringer. Die unterschiedlichen Tendenzen der GOÄ-Rechtsprechung lassen sich exemplarisch anhand der heterogenen Urteilslandschaft zu Fragen der Auslegung des Zielleistungsprinzips nach § 4 Abs. 2 a GOÄ im Zusammenhang mit der Hüftgelenksendoprothetik darstellen, auch die aktuelle BGH-Rechtssprechung zum privaten Gebührenrecht spiegelt die unterschiedlichen Rechtsauffassungen wieder (vgl. z. B. Begründungen zu den Urteilen des Bundesgerichtshofes zur Abrechnung der Positronen-Emissions-Tomographie auf der Grundlage der Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer, vom 18.09.2003, AZ.: III ZR 389/02 und AZ.: III ZR 416/02). Um die Interpretationsspielräume sowohl für die Entwicklung von Abrechnungsempfehlungen, als auch für die gebührenrechtliche Begutachtung von GOÄ-Fragestellungen auszuloten, wertet die Bundesärztekammer die Datenbanken von Juris und Medizinrecht sowie die direkt der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellten GOÄ-Urteile auf allgemeine Relevanz für die GOÄ-Auslegungspraxis aus und stellt diese nach Verschlagwortung und Kurzbeschreibung unter der Rubrik „Urteile“ in die Lotus Notes-GOÄ-Datenbank ein. Als zusätzlicher gebührenrechtlicher Informationsservice umfasst die Rubrik „Urteile“ nunmehr 523 Urteile zur GOÄ.

GOÄ-Fachinformations-Datenbank

Neben der begleitenden Beratung durch den Sachverständigenbeirat „GOÄ“ der Bundesärztekammer macht die Begutachtung medizinischer Leistungen mit dem Ziel einer adäquaten GOÄ-Zuordnung oder die Beurteilung des Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Hinblick auf Beihilfefähigkeit teilweise eine umfangreiche eigene Recherche erforderlich. Derzeit werden die themenspezifisch gesammelten Informationen, die von Produktinformationen, Berichterstattung in den Medien, Stellungnahmen von Fachgesellschaften oder Berufsverbänden, bis zu aus Medline oder Embase recherchierten Studienergebnissen reichen, auf Relevanz für die Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Entscheidungsfindung gefiltert und nach Verschlagwortung in einer internen Fachinformationsdatenbank elektronisch gespeichert. Um dem interessierten GOÄ-Datenbank-Nutzer die Option auf eine vertiefte Beschäftigung mit einem einzelnen Thema zu ermöglichen, ist eine sukzessive Integration der Fachinformationsdatenbank in die Lotus Notes-GOÄ-Datenbank geplant.

GOÄ-Service

Neben dem internen Informationsaustausch mit den Landesärztekammern pflegt die Bundesärztekammer auf Ihrer Internetseite unter <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Gebuehrenordnung> die Abrechnungsempfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer sowie die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer ein, sowie aktuelle Mitteilungen der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ, zu Honorarvereinbarungen mit öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern oder zur Vergütung ärztlicher Leistungen auf Grundlage anderer Kostengesetze, wie z. B. dem geplanten Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG). Diese direkten Informationsangebote an den einzelnen Arzt wurden im Kalenderjahr 2003 257.266 mal (70.528 Besucher) aufgerufen. Das Kapitel

„Gebührenordnung“ ist im Bereich „Themen“ des Internet-Auftritts der Bundesärztekammer das Viertmeistbesuchte (nach „Ärztetag“, „Richtlinien“, „Weiterbildung“) von insgesamt 26 Themengebieten.

Um einen möglichst großen Teil der Ärzteschaft zu erreichen, werden außerdem fortlaufend Artikel zu aktuellen Brennpunkthemen der privatärztlichen Versorgung und Vergütung im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, sowie, ebenfalls im Deutschen Ärzteblatt, unter der Rubrik „VARIA“ der regelmäßig alle 14 Tage erscheinende „GOÄ-Ratgeber“.

Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer

Mit Beginn der Wahlperiode 2003/2007 wurde der bisherige Vorsitzende des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer, Herr Dr. med. Alfred Möhrle, Präsident der Landesärztekammer Hessen, in seinem Amt bestätigt. Im Berichtszeitraum 2003/2004 veröffentlichte der Ausschuss „Gebührenordnung“ folgende Abrechnungsempfehlungen im Deutschen Ärzteblatt: Analogbewertung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund, Abrechnung von Stanzbiopsien im Rahmen der Prostatakarzinom-Früherkennung (s. Deutsches Ärzteblatt vom 04.04.2003, Heft 44, Seite A-946), Empfehlungskatalog zur Abrechnung reproduktionsmedizinischer Leistungen nach GOÄ sowie Empfehlungskatalog zur Abrechnung diagnostischer Leistungen in der Schlafmedizin nach GOÄ (s. Deutsches Ärzteblatt vom 20.02.2004/Jhg. 101/Heft 8, Seite A-526/27).

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ hat im Berichtszeitraum 2003/2004 viermal getagt. Zu den neu aufgerufenen Beratungsthemen zählen die hochauflösende Mammasonographie sowie ein Katalog neuerer diagnostischer und operativer Leistungen in der Urologie, sowie schwerpunktmäßig die Weiterentwicklung der GOÄ. Der Ausschuss „Gebührenordnung“ befasste sich dabei insbesondere mit den Auswirkungen des neuen Krankenhausentgelt-systems auf Basis der DRG-Fallpauschalen auf die Privatliquidation sowie mit der Neustrukturierung des Gebührenverzeichnisses. Hierzu wurde zusätzlich zu den laufenden Beratungen im Rahmen der Routinesitzungen eine Klausursitzung am 04.11.2003 anberaumt. Die Zwischenergebnisse der Klausursitzung wurden dem Vorstand der Bundesärztekammer am 14.11.2003 vorgestellt und von diesem zustimmend zur Kenntnis genommen (vgl. Kapitel GOÄ-Vorschlagsmodell).

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ arbeitet – zunächst für die operativen Fachgebiete – an einer auf den OPS gestützten Neustrukturierung des Gebührenverzeichnisses, die die Abrechnung zukünftig entscheidend vereinfachen soll, ohne den individuellen Behandlungsfall zu verzerren. Der Rückgriff auf einen allgemein anerkannten Prozedurenschlüssel wie den OPS schafft Transparenz hinsichtlich der durch die neuen Gebührenpositionen abgedeckten einzelnen Leistungsinhalte und erleichtert die Verhandlungsführung. Die Gebührenpositionen bilden ablaufbezogene Komplexe ab, d. h. alle im Zusammenhang mit einem Eingriff anfallenden fachspezifischen Vor- und Nachbereitungsmaßnahmen werden mit der Kernleistung in einer Gebührenposition abgegolten. Im Unterschied zu den fachübergreifenden DRG-Fallpauschalen oder den von der KBV entwickelten § 115 b DRG-Fallpauschalen handelt es sich bei den Komplexleistungen des Bundesärztekammermodells ausschließlich um Prozeduren desselben Fachgebiets. Die Gebührenposition ist jeweils eindeutig einem bestimmten ärztlichen Leistungserbringer

zuzuordnen. Nur bei Erfüllung dieser Strukturanforderung ist aus der Sicht der Bundesärztekammer der Zweck der Gebührenordnung, die Abrechnungsgrundlage für das jeweils individuelle Vertragsverhältnis zwischen einem Arzt und einem Patienten in einem Kostenerstattungssystem zu bilden, adäquat zu gewährleisten.

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ fordert außerdem obligatorisch den Erhalt der GOÄ auch bei den stationären Leistungen und schlägt anstelle der politisch favorisierten DRG-Fallpauschalen-Zuschlagslösung für wahlärztliche Leistungen eine Bereinigung der DRG-Fallpauschale um einen dem Arztkostenanteil entsprechenden Wahlarztabschlag bei gleichzeitiger Beibehaltung der derzeit gültigen Honorarminderung nach § 6 a GOÄ vor. In flankierenden Gesprächen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen als auch mit einzelnen Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes konnten die privaten Krankenversicherungen dafür sensibilisiert werden, dass der Erhalt des eigenständigen Liquidationsrechts für den Wahlarzt auch den Bedürfnissen der privaten Krankenversicherungen, deren Vollversicherungstarife mit dem Leistungsangebot der Chefarztbehandlung werben, gerechter wird als Beteiligungsmodelle, wie sie z. B. im DKG-Chefarztmustervertrag vorgesehen sind, die im Ergebnis zu einer Anonymisierung der Arzt-Patienten-Beziehung führen dürften.

Neben den genannten Schwerpunktthemen befasste sich der Ausschuss „Gebührenordnung“ mit einer Vielzahl von einzelnen GOÄ-Anwendungsfragen, so auch z. B. mit der aktuellen BGH-Rechtsprechung zum Umfang der Unterrichtungspflicht über die voraussichtliche Höhe der Arztrechnung im Rahmen einer Wahlleistungsvereinbarung (BGH-Urteil vom 08.01.2004, AZ.: III ZR 375/02) oder mit den Urteilen des BGH zur Abrechnung der Positronen-Emissions-Tomographie auf Grundlage der Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer (BGH-Urteile vom 18.09.2003, AZ.: III ZR 389/02, sowie AZ.: III ZR 416/02). Trotz verstärkter Aktivitäten des Ausschusses „Gebührenordnung“ durch Entwicklung von Analogbewertungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ sowie Abrechnungsempfehlungen, die einer baukastenartigen, mit § 4 Abs. 2 a GOÄ nicht zu vereinbarenden Honoraroptimierung oder sonstigen medizinisch nicht begründbaren Mengenerweiterungen vorbeugen, führt die öffentliche Infragestellung der Beschlüsse des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer in der Verbandszeitschrift des PKV-Verbandes, „PKV-Publik“, zu einer persistierenden Verunsicherung hinsichtlich einer rechtssicheren GOÄ-Auslegung. Bei seiner Gegenstrategie verkennt der PKV-Verband, dass es hierbei nicht um die Frage eines etwaigen, ungerechtfertigterweise von der Bundesärztekammer beanspruchten „Auslegungsmonopols“ geht, sondern dass die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern eine in den Heil- und Kammerberufsgesetzen der Länder verankerte Aufgabe der Ärztekammern bei der Berufsausübungsaufsicht wahrnimmt.

Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer

Mit Beginn der Wahlperiode 2003/2007 wurde der Vorsitzende des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer Herr Dr. med. Alfred Möhrle, Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ und Präsident der Landesärztekammer Hessen, in seinem Amt bestätigt. Im Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen sind neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das Bundesministerium des Innern, der PKV-Verband sowie – ohne Stimmrecht – der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen vertreten. Im Berichtszeitraum 2003/2004 hat der Zentrale Konsultationsausschuss dreimal getagt. Schwerpunktthemen bildeten die Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen Eingriffen in der Wirbelsäulenchirurgie, insbesondere bei der an epidemiologischer Relevanz zunehmenden Spinalkanalstenose, zur Abrechnung der Linearbeschleuniger-Strahlenchirurgie nach GOÄ, die Beratung eines umfassenden Katalogs strittiger Zielleistungsfragen in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie die moderne Hernienchirurgie.

Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen konzentriert sich auf Beratungsthemen, für die wegen der Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums ein besonders großer Bedarf zur Bewertung neuer Leistungen auf dem Weg der Analogbewertung nach § 6 Abs. 2 GOÄ besteht, oder berät über medizinische Leistungen, bei denen die unterschiedlichen Auffassungen zur Anwendung des Zielleistungsprinzips nach § 4 Abs. 2 GOÄ zwischen Ärzteschaft und der Seite der Kostenerstatter besonders stark polarisiert sind. Die bundesärztekammerseitigen Standpunkte werden jeweils themenspezifisch in Zusammenarbeit mit den jeweiligen ärztlichen Berufsverbänden und medizinischen Fachgesellschaften vorbereitet, mit dem Ziel, ggf. überschießende Forderungen mit Rücksicht auf das Gesamtbewertungsgefüge der GOÄ innerärztlich zu regulieren, und sich als Ärzteschaft gegenüber der Seite der Kostenerstatter homogen, mit Gebührenrechts-konformen Vorschlägen zu positionieren.

Als Beispiel für prägnante Einzelfragen der GOÄ-Auslegung, mit denen sich der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen beschäftigt hat, sei auf die Interpretation und Klärung der Berechnungsfähigkeit des ausführlichen Befundberichts nach Nr. 75 GOÄ hingewiesen, bei dem eine bedenkliche Mengenausweitung zu beobachten ist. Ermittlungen der Oberstaatsanwaltschaft Wuppertal haben in einem besonders schweren Fall der Falschabrechnung von Nr. 75 GOÄ zu einem konsekutiven Entzug der Approbation des Zytologielabor-Betreibers geführt. Als überschießende Reaktion auf diesen bundesweit bekannt gewordenen Fall hatten die privaten Krankenversicherungen hieraus eine für die Ärzteschaft nicht hinnehmbare, mit der GOÄ nicht zu vereinbarende restriktive Interpretation der Gebührenposition abgeleitet mit der Folge, dass in zahlreichen gebührenrechtlich einwandfreien Fällen die Kostenerstattung von Nr. 75 GOÄ abgelehnt wurde.

Als neue Beratungsthemen stehen im Jahr 2004 die Abbildung viszeralchirurgischer Radikaloperationen nach GOÄ sowie die Seed-Implantation bei Prostatakarzinom auf der Agenda. Die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer werden veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt (vgl. Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt vom 16.01.2004/Jhg.101/Heft 3/Seite A 135-136), sowie im Internet unter www.bundesaerztekammer.de/30/Gebuehrenordnung.

Vergütung medizinischer Gutachten nach dem Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz (JVEG)

Die Entschädigungen für ärztliche Gerichtsgutachten liegen nach einer Erhebung des Bundesministeriums der Justiz durchschnittlich um etwa 53 % unter den Entschädigungen von Gutachten anderer akademischer Berufsgruppen. Dass derzeit bei der Abrechnung von medizinischen Gerichtsgutachten anzuwendende Zeugen- und Sachverständigenentschädigungsgesetz (ZuSEG) wird im Rahmen einer umfassenden Reform des Kostenrechts, das als Kostenrechtsmodernisierungsgesetz (KostRMOG) zum 01.07.2004 in Kraft treten soll, in ein Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz (JVEG) überführt werden. Bei Redaktionschluss des Tätigkeitsberichts standen die Beratungen über den interfraktionellen Gesetzentwurf im des Deutschen Bundestag kurz vor dem Abschluss.

Das geplante Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz sieht anstelle des bisherigen, an der ehrenamtlichen oder nebenberuflichen Tätigkeit eines Sachverständigen orientierten Entschädigungsprinzips ein am modernen Berufsbild des Gerichtssachverständigen orientiertes Vergütungsprinzip vor. Die im Arbeitskreis „JVEG“ der Bundesärztekammer erarbeiteten inhaltlichen Vorschläge zur Strukturierung des Gesamtspektrums medizinischer Gerichtsgutachten, das von einfachen gutachterlichen Beurteilungen, Zusammenhangsgutachten bis zu Folge-Gutachten in strittigen Kausalitätsfragen reicht (vgl. Vorschläge der Bundesärztekammer zur Strukturierung und Vergütung medizinischer Gerichtsgutachten nach JVEG unter www.bundesaerztekammer.de/30/jveg.de) wurden in den Gesetzentwurf übernommen, die im Gesetzentwurf vorgesehenen Stundensätze für medizinische Gutachten erfüllen jedoch die politischerseits in Aussicht gestellte Anpassung der Gebühren an die wirtschaftliche Entwicklung nicht annähernd. Zwar sind die Gebühren für Befundscheine und Formbogengutachten sowie die weiteren besonderen Leistungen nach der Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG (derzeit Anlage zu § 5 ZuSEG) im Vergleich zum letzten Zeitpunkt der Gebührenanpassung im Jahr 1994 um durchschnittlich 25 % angehoben worden, das Vergütungsniveau für freie Gutachten wurde jedoch auf dem im Vergleich zu den anderen Sachverständigenberufsgruppen unterdurchschnittlichen Vergütungsniveau festgeschrieben. Da hauptberufliche Gutachtertätigkeit als Erhöhungstatbestand nach § 3 Abs. 3 ZuSEG im JVEG gestrichen werden soll, unterschreiten die nach JVEG vorgesehenen Stundensätze für freie Gutachten bei den hauptberuflich als Sachverständige arbeitenden Medizinerinnen sogar das derzeitige Vergütungsniveau.

Die Einbindung der Ärzteschaft in die sozialen Sicherungssysteme, im Falle der medizinischen Sachverständigen in Form einer überwiegenden Tätigkeit für die Sozialgerichte, wirkt sich im Hinblick auf die Vergütung ärztlicher Leistungen regelmäßig negativ aus. Bund und Länder befürchten bei Anhebung der Gutachtengebühren für die medizinischen Sachverständigen im Unterschied zu den anderen Sachverständigenberufsgruppen, die überwiegend zivilrechtlich tätig werden, überproportionale Folgekosten für die öffentlichen Haushalte. Durch Eingaben an das Bundesministerium der Justiz, durch direkte, von Bundesärztekammerpräsident Prof. Hoppe an Frau Bundesjustizministerin Zypries gerichtete Appelle, durch Kontaktaufnahme zu der Justizministerien der Länder über die Landesärztekammern, sowie auch im Rahmen eines Pressegesprächs, das zum Thema JVEG am 22.01.2004 in Berlin stattfand, hat die Bundesärztekammer auf eine Korrektur der vorgesehenen unterdurchschnittlichen Gebühren für medizinische Sachverständigengutachten

hinzuwirken versucht. Die Berichtstatter der einzelnen Parteien im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages lehnten die von der Bundesärztekammer angebotenen Informationsgespräche ab, offensichtlich mit Rücksicht auf das parteienübergreifende Interesse an einer finanziellen Entlastung von Bund und Ländern durch das Gesamtpaket des Kostenrechtsmodernisierungsgesetzes. Die Bundesärztekammer wird weiterhin eine Änderung der geplanten Vergütung medizinischer Sachverständigengutachten fordern, allerdings müssen die Chancen hierfür angesichts der interfraktionellen Einigkeit im Rechtsausschuss als gering eingestuft werden. Sollte das Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz in der vorgesehenen Form in Kraft treten, wird die Bundesärztekammer prüfen lassen, in welchen Fällen die medizinischen Sachverständigen anstelle der vorgesehenen unterdurchschnittlichen Honorargruppen den im JVEG vorgesehenen Ausnahmetatbestand nach § 13 JVEG in Anspruch nehmen können, sowie außerdem, ob durch die Benachteiligung der hauptberuflichen medizinischen Sachverständigen im Vergleich zu den Sachverständigen anderer Berufsgruppen der Grundsatz der allgemeinen Handlungsfreiheit nach Artikel 2 Grundgesetz und/oder der Gleichbehandlung nach Artikel 3 Grundgesetz in Frage gestellt ist, so dass eine Verfassungsbeschwerde erwogen werden könnte.

Gesprächskreis mit der privaten Krankenversicherung

Die Zusammenarbeit mit der privaten Krankenversicherung wurde im Berichtsjahr intensiviert. Neben der institutionalisierten Zusammenarbeit im Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer fanden sowohl mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) als auch mit einigen privaten Krankenversicherungsunternehmen Gespräche zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen statt. Ein Schwerpunkt der Gespräche war die Analyse der Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf die PKV und die im Zusammenhang mit dem Reformgesetz geführte Debatte über eine Änderung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem Ziel, eine Strategie zum Erhalt des gegliederten Krankenversicherungssystems zu entwickeln, befasste sich eine kleine Arbeitsgruppe aus Vertretern des PKV-Verbandes und der Bundesärztekammer in mehreren Sitzungen. Eine Bewertung der Ergebnisse der Rürup-Kommission, die Finanzierung der GKV entweder auf das Kopfpauschalssystem oder die Bürgerversicherung umzustellen, ist als existenzielle Bedrohung der PKV angesehen worden, weil tendenziell die Einbeziehung der Gesamtbevölkerung in dieses Finanzierungssystem vorgesehen bzw. beim Kopfpauschalmodell nicht ausgeschlossen werden kann. Die PKV würde damit auf das Zusatzversicherungsgeschäft begrenzt, was eine erhebliche Schwächung der Marktposition der PKV zur Folge hätte. Vereinbart wurde ein gemeinsames Votum zum Erhalt der substitutiven privaten Krankenversicherung, um die positiven Effekte des Wettbewerbs der Systeme, z. B. die Stärkung der Innovationskraft des Gesundheitswesens, die Anreize zu Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung zu erhalten. Als unabdingbar verknüpft mit dem Votum zum Erhalt der PKV wurde von Seiten der Ärzteschaft erachtet, dass die private Krankenversicherung sich auch weiterhin deutlich von der gesetzlichen Krankenversicherung abgrenzt; eine PKV, die sich in ihren Rahmenbedingungen und ihrer Ausprägung immer mehr der GKV annähert, gibt die bestehenden Vorteile auf, die sich durch Wettbewerb der Systeme ergeben.

Die vereinbarte Position wurde in den Leitantrag zum Tagesordnungspunkt „Gesundheits- und Sozialpolitik“ beim 106. Deutschen Ärztetag in Köln und in das Referat des Präsidenten zum gleichen Tagesordnungspunkt aufgenommen. Das Anliegen der PKV wurde des Weiteren in Presseverlautbarungen, beispielsweise der Pressemitteilung der Bundesärztekammer gegen die Bürgerversicherung flankiert. In weiteren Beratungen – zunächst innerhalb der Ärzteschaft – wird ein Konzept entwickelt, das über die Positionierung der Ärzteschaft zu den Finanzierungsmodellen hinaus Handlungsfelder identifiziert, auf denen eine engere Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und PKV möglich ist. Ausgehend von einem gemeinsamen gesellschaftspolitischen Grundverständnis, z. B. zur Rolle des Staates und zum gegliederten Krankenversicherungssystem soll die bisherige Zusammenarbeit – auch auf Konfliktfeldern, wie z. B. der bevorstehenden Gebührenordnungsreform – verbessert werden. Besondere Bedeutung wird dabei der Unterscheidbarkeit eingeräumt, was verbietet, dass die von der GKV benutzten Instrumente einer zunehmenden Fremdbestimmung und Bevormundung des Arzt-Patienten-Verhältnisses übernommen werden. Instrumente der Beratung oder Begleitung des Patienten bzw. des Versicherten sind zu nutzen, jedoch nicht in der Form von Eingriffen in das Arzt-Patienten-Verhältnis; die Konzepte sollen vielmehr das besondere Profil der PKV erhalten und unterstreichen.

Im Berichtsjahr wurde der Kontakt zu einzelnen Krankenversicherungsträgern verstärkt, um sich über spezifische Fragen der Unternehmenspolitik abzustimmen. Einig war man sich auch bei diesen Gesprächen, dass eine Weiterentwicklung der GOÄ mit einer Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses an den Stand der medizinischen Wissenschaft dringlich ist, dass die Weiterentwicklung der GOÄ auch unabdingbare Voraussetzung für den Erhalt des Stellenwertes der PKV und der Privatliquidation im Krankenhaus ist und deshalb auf diesen Feldern die Zusammenarbeit verstärkt werden muss. Weiterhin war Einigkeit zu erzielen in Einzelfragen der Strukturierung des Leistungsverzeichnisses in Form von Leistungskomplexen auf der Basis eines anerkannten Klassifikationssystems und bei der gemeinsamen Identifizierung von Problembereichen bezüglich der Ausgabenentwicklung.

Die Gespräche befassten sich auch mit den von einigen Trägern geschaffenen Sondertarifen, wie beispielsweise dem Best-Care-Modell, gegen welches die Bundesärztekammer berufs-, wettbewerbs- und strafrechtliche Bedenken geäußert hatte. Die DKV, die diesen Tarif geschaffen hat, hatte in einem gemeinsamen Gespräch die Hintergründe erläutert nämlich, dass Versicherte – im Falle ernsthafter Erkrankungen – eine Steuerung und Begleitung der Versorgung bevorzugen und bereit sind, auch mehr für Leistungen zu zahlen. Es wurde eine engere Abstimmung zwischen Ärzteschaft und Krankenversicherung vereinbart. Der Wunsch der privaten Krankenversicherung nach qualitätsvoller Versorgung und dem gleichen Qualitätssicherungsinstrumentarium wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist nachvollziehbar, sollte jedoch seitens der Ärzteschaft mitgestaltet werden. Besonders kritisch wurden die das Patient-Arzt-Verhältnis belastenden Schuldvorwürfe privater Krankenversicherungen bei der Honorarprüfung gesehen. Die wachsenden Konflikte schlagen sich erkennbar in sinkenden Zuwächsen im Versichertenbestand wieder.

Die weiteren Gespräche mit dem PKV-Verband konzentrierten sich auf die Weiterentwicklung der GOÄ und der Abstimmung von Eckpunkten einer GOÄ-Novelle. Konsentiert wurde, dass das Vorschlagsmodell eine Möglichkeit ist, um zu einer Lösung dieses Problems zu kommen. Bezüglich der Rahmenbedingungen dieses Vorschlagsmodells bestand Einigkeit darüber, dass eine paritätische Besetzung (zwei Bänke) unter Einbeziehung von Beihilfevertretern, eine Konfliktlösung ggf. durch den Ordnungsgeber sowie ein Initiativantragsrecht der Beteiligten erforderlich ist. Um Zeit zu sparen, wurde auch eine Möglichkeit darin gesehen, ohne etabliertes Vorschlagsmodell konsentierete Vorschläge zur Weiterentwicklung gemeinsam dem BMGS vorzulegen. Soweit es das inhaltliche Konzept der GOÄ-Weiterentwicklung betrifft, war man sich einig über die Strukturierung, insbesondere der operativen Kapitel in Form von ablaufbezogenen Leistungskomplexen zur Vereinfachung der Abrechnung, aber auch zur größeren Transparenz und Konfliktbereinigung der Zielleistungsproblematik. Noch keine Einigkeit wurde erzielt in der Frage, auf welcher Grundlage die Bewertung der GOÄ-Position erfolgen soll. Die Beratungen hierüber werden im Frühjahr 2004, mit dem Ziel einen gemeinsamen Konzept zu entwickeln, fortgesetzt.

Ärztliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung

Die Altersversorgung wird in der Bundesrepublik Deutschland durch ein gegliedertes System gewährleistet. Dieses besteht aus den gesetzlichen Rentenversicherungen, der Alterssicherung für Landwirte, der Beamtenversorgung und der berufsständischen Versorgung für die verkammerten freien Berufe. Zusätzlich gibt es als ergänzende Formen die betriebliche Altersversorgung und die private Lebensversicherung.

Die ärztlichen Versorgungswerke sind Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips in Anerkennung der Tatsache, dass gerade in hochentwickelten Gesellschaften der Staat nicht alle Lebensbereiche regeln muß, sondern den Ausbau der sozialen Sicherung der Selbstverantwortung und Selbstkontrolle der durch Problemnähe geprägten Fachkenntnis der Betroffenen überläßt.

Die Versorgungswerke der Ärzteschaft sind eigenfinanzierte Einrichtungen mit der Aufgabe, die Berufsunfähigkeits-, Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Familienangehörigen sicherzustellen. Rechtsgrundlagen für die Versorgungswerke finden sich in Gesetzen der Bundesländer. Überwiegend sind die ärztlichen Versorgungswerke unselbständige Sondervermögen der jeweiligen Landesärztekammern. In einigen Fällen, wie in Baden-Württemberg und in Bayern, handelt es sich um eigene Anstalten des öffentlichen Rechts, in denen darüber hinaus nicht nur Ärzte, sondern auch Zahnärzte und Tierärzte Mitglied sind. Im Saarland besteht ein gemeinsames Versorgungswerk für Ärzte und Zahnärzte, in Sachsen eines für Ärzte und Tierärzte.

Unabhängig von den Versorgungswerken gibt es bei einer Reihe von Ärztekammern Fürsorgeeinrichtungen, die Ärztinnen und Ärzten und deren Angehörigen, die unverschuldet in Not geraten sind, individuell finanzielle Hilfen leisten. Für diese solidarisch finanzierte Unterstützung in Notfällen gibt es bei den einzelnen Ärztekammern unterschiedliche organisatorische Lösungen.

Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke und Fürsorge“

Zwischen den einzelnen Versorgungseinrichtungen der Landesärztekammern bestehen Unterschiede sowohl hinsichtlich des Leistungs- wie des Beitragsrechts. Diese Unterschiede sind Ausdruck des föderativen Charakters und der den Freien Berufen gegebenen Möglichkeiten zur freien Gestaltung der Alterssicherung. Vergleichbares gilt für die Fürsorgeeinrichtungen der einzelnen Ärztekammern. Um den Meinungs- und Informationsaustausch zwischen den Versorgungswerken zu fördern, wurde eine Ständige Konferenz bei der Bundesärztekammer eingerichtet. Dieser obliegt die Beobachtung der allgemeinen sozialpolitischen Entwicklung, insbesondere unter Versorgungsaspekten.

Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke und Fürsorge“ der Bundesärztekammer ist nach den Neuwahlen für die Wahlperiode 2003/2007 wieder Herr Dr. Möhrle, Frankfurt, Präsident der Hessischen Landesärztekammer. Stellvertretender

Vorsitzender ist nunmehr Herr Prof. Hessenauer, Mainz, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

In der routinemäßigen jährlichen Sitzung der Ständigen Konferenz 10. Mai 2003 in Frankfurt berichteten die Mitglieder über aktuelle Entwicklungen auf Landesebene. Es wurde eine Reihe von Grundsatzfragen diskutiert. Im Bericht zur Lage des Vorsitzenden, Dr. Möhrle, wurden folgende Aspekte behandelt:

„Das Jahr seit unserer letzten Sitzung in Saarbrücken brachte viele unangenehme Neuigkeiten für die Ärzteschaft, darunter auch solche, welche die ärztlichen Versorgungswerke und ihre Versicherten direkt berühren. Sie alle kennen die Pläne der Bundesregierung für eine „Modernisierung“ unseres Gesundheitswesens und wissen auch, dass die Diskussion hierüber auf den verschiedenen parlamentarischen Ebenen, innerhalb der Parteien und mit den Gewerkschaften noch voll im Gange ist. Die Regierungserklärung des Bundeskanzlers hat ebenso wenig zur Klärung der zukünftigen Verhältnisse beigetragen wie die bisher bekannt gewordenen, vorläufigen Ergebnisse der „Rürup-Kommission“. Nach wie vor wird fast jede Woche eine neue Sau durchs Dorf getrieben. Auch die Rolle der Opposition mit ihrer Bundesratsmehrheit bleibt unberechenbar.

Der Mangel an ärztlichem Nachwuchs, über den ich bei unserer letzten Sitzung berichtet habe, hat sich noch nicht abgeschwächt, auch wenn sich zum Sommersemester erstmals wieder mehr junge Menschen um einen Studienplatz für Medizin beworben haben. Hierin aber bereits eine Trendwende zu sehen, wäre doch sehr optimistisch. Inzwischen hat der Nachwuchsmangel deutlich auch den Bereich der Niedergelassenen erreicht. Vielerorts ist es nicht mehr möglich, einen Nachfolger für die Praxis eines ausscheidenden Kollegen zu finden. Damit fällt für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Verkauf ihrer Praxen als ein Standbein der Altersversorgung weg. Um so bedeutsamer wird die Rente aus dem Versorgungswerk, und viele, die eine freiwillige Höherversorgung versäumt oder sich gar teilweise vom Beitrag haben befreien lassen, werden dies nun bereuen.

Besonders trifft es die Kolleginnen und Kollegen hier in Hessen, denn nur hier gibt es nach wie vor eine Pflichtmitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung, der sog. „Erweiterten Honorarverteilung“. Diese ist ein rein umlagefinanziertes Modell, nach dem Krieg zur Versorgung der heimkehrenden Kollegen eingeführt, und wurde bei Gründung des hiesigen Versorgungswerks leider beibehalten. Der Rückgang der Durchschnittsumsätze der Praxen hat in den letzten Jahren bereits zu einer deutlichen Absenkung der Renten geführt, die man den Vertragsärzten, die jahrelang ihrerseits die laufenden Renten finanziert haben, zugesagt hatte. Die angedachte Möglichkeit von Einzelverträgen zwischen Kostenträgern und Ärzten gefährdet, wenn die Verträge an der Kassenärztlichen Vereinigung vorbeigehen, dieses System grundlegend. Die Vertragsärzte waren jedoch bisher wegen ihrer Mitgliedschaft in der EHV nur mit dem halben Pflichtbeitrag im Versorgungswerk versichert, und längst nicht alle haben sich freiwillig höherversichert.

Weiterhin steht dem einzelnen Bezieher einer Rente des Versorgungswerks die aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts geplante Änderung der Rentenbesteuerung bevor. Der Übergang zur „nachgelagerten Besteuerung“ ist an sich zu begrüßen, doch ist die von der Kommission bisher für die Bestandsrenten ab 2005 vorgesehene Besteuerung von 50 % anstelle des bisherigen Ertragsanteils ungerecht und unzumutbar. Schließlich haben diese

Versicherten ihre Beiträge überwiegend aus versteuertem Geld geleistet, da sie wegen der Beschränkung des Sonderausgabenabzugs ihre Freibeträge stets überschritten haben. Hier ist dringend eine Nachbesserung erforderlich! Die ABV hat sich ja bereits in diesem Sinne geäußert, und auch der VdR teilt diese Auffassung.

Sollten die Pläne der Bundesgesundheitsministerin Wirklichkeit werden, ist damit zu rechnen, dass die Zahl der niedergelassenen Ärzte weiter zurückgeht und die Zahl der angestellten zunimmt. Ich denke hier besonders an die Schaffung von sogenannten „Gesundheitszentren“ mit angestellten Ärzten. Warum sagt eigentlich niemand „Polikliniken“, denn dann wüsste auch der Bürger, woran er künftig sein wird? Sollten also die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zukünftig in den Versorgungswerken nur noch eine Minderheit darstellen, könnte dies den Gesetzgeber darauf bringen, wieder einmal über die Befreiungsvoraussetzung nachzudenken, zumindest für Angestellte. Dies hätte unübersehbare Auswirkungen für die Versorgungswerke, besonders, wenn sie sich nach einem offenen Deckungsplanverfahren finanzieren. Dass diese Überlegung immanent vorhanden ist, zeigen jüngste Äußerungen aus dem „Seeheimer Kreis“ der SPD. Vielleicht kann uns Herr Dr. Kirchhoff sagen, wie die ABV aktuelle die Gefahr einer „Vereinnahmung“ der berufsständischen Versorgungswerke sieht.

Gerade in der derzeitigen Situation halte ich es für besonders bedeutsam, die ärztlichen Versorgungswerke so dicht bei den Ärztekammern zu halten, wie nur irgend möglich. Sie müssen weiterhin als Teil der ärztlichen Selbstverwaltung in Erscheinung treten, denn diese insgesamt abzuschaffen, wird man sich nicht trauen. Schließlich ist niemand, auch nicht die Behörden der Bundesländer, in der Lage, aus dem Stand die Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung zu übernehmen. Dabei muss durch geeignete Satzungen und Geschäftsordnungen gewährleistet sein, dass der erforderliche Abstand zwischen den Organen der Versorgungswerke und denen ihrer Kammern eingehalten wird. In der Verwaltung ihres Vermögens müssen die Versorgungswerke absolut selbstständig und frei von Einwirkungsmöglichkeiten der Kammerverwaltungen sein. Insbesondere ist meines Erachtens auf die Vermeidung von Personalunionen bei ehrenamtlichen Funktionen in Kammer und Versorgungswerk zu achten. All dies schließt jedoch einen gemeinsamen obersten Souverän in Gestalt der Kammer-Delegiertenversammlung nicht aus, lässt jedoch sicherlich auch eine zusätzliche Vertretung der nicht der betreffenden Kammer angehörigen Mitglieder des Versorgungswerks zu. Herr Professor Ehlers wird uns zu diesem Punkt weitergehend informieren.

Für Interessenten habe ich eine Ausarbeitung des Justitiars unserer Kammer, Herrn Biesing, mit einigen, nach unserer Meinung essentiellen Bestimmungen einer Versorgungswerksatzung hier ausgelegt.

Auf die in der politischen Diskussion stehenden Pläne der Bundesregierung möchte ich hier nicht eingehen; sie dürften Ihnen ohnehin bekannt sein. Daher räume ich lieber nun den Platz für die nachfolgenden Redner. In der späteren Diskussion wird sich der eine oder andere Punkt noch ansprechen lassen.“

Aus aktuellem Anlass fand am 05.12.2003 eine weitere Sitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke und Fürsorge“, diesmal in Köln, statt. Hauptthema war die Darstellung der aktuellen Situation zu den Auswirkungen der Europäischen Verordnung 1408/71 auf die Berufsständischen Versorgungswerke. Diese Verordnung regelt – verein-

facht formuliert – die Zugehörigkeit zu Versorgungseinrichtungen und die Übertragung von Ansprüchen über Landesgrenzen innerhalb der Europäischen Gemeinschaft.

Vom Grundsatz her wird durch die europäische Regelung festgehalten, dass das Wohnortprinzip gelten soll. Dies wirft in aller Regel kein Problem auf, wenn nur sehr selten ein Wohnortwechsel oder im Extremfall auch gar nicht vorgenommen wird. Dann gehört die entsprechende Person einem Versorgungswerk an und bekommt auch später nur von einem Versorgungswerk Leistungen. Schwieriger wird die Situation, wenn ein häufiger Wohnortwechsel insbesondere über nationale Grenzen hinweg erfolgt. Die Versorgungswerke pflegten bisher in Deutschland über Überleitungsabkommen die Möglichkeit zu eröffnen, erworbene Ansprüche auf das Versorgungswerk zu übertragen, dem man dann nach Wohnortwechsel aktuell angehört. Alternativ konnte bisher auch beantragt werden, im „alten“ Versorgungswerk zu verbleiben. Damit konnte der Berufsangehörige dann im Ergebnis auch erreichen, dass er nur von einem Versorgungswerk im späteren Leistungsfall Bezüge bekam. Daneben hat es auch schon bei den Versorgungswerken in Deutschland die Möglichkeit gegeben, dass bei einem Wohnortwechsel über die Grenzen eines Bundeslandes hinweg die Zugehörigkeit zu einem Versorgungswerk zeitlich begrenzt abgeschlossen wurde und dann weitere Ansprüche bei dem Versorgungswerk in dem neuen Bundesland erworben wurden mit der Konsequenz, dass bei Leistungsbezug Ansprüche gegenüber zwei oder mehr Versorgungswerken geltend gemacht werden konnten. Dieses Prinzip ist mit der VO 1408/71 der Europäischen Gemeinschaft im Kern nunmehr fester verankert. Erworbene Ansprüche bleiben erhalten und werden dann später für den Leistungsfall kumuliert, das heißt es werden Ansprüche gegen zwei, drei oder mehr Versorgungseinrichtungen geltend gemacht und in der Addition ergibt sich dann die Gesamtversorgung.

In den Ärztlichen Versorgungswerken wurde über Konsequenzen insoweit diskutiert, als man nunmehr einem Vorschlag der ABV folgend einen Mittelweg eröffnen will dahingehend, dass die Mitglieder die Möglichkeit erhalten, bei Versorgungsansprüchen bis zu 60 Beitragsmonaten eine Überleitung vorzunehmen, um Kleinstrenten bei einzelnen Versorgungseinrichtungen zu vermeiden. Bei allen darüber hinausgehenden Ansprüchen soll eine Überleitung künftig nicht mehr möglich sein, um das Prinzip der VO 1408/71 der Europäischen Gemeinschaft uneingeschränkt umzusetzen.

Im Ergebnis heißt dies dann auch für Deutschland, dass Angehörige der Ärztlichen Versorgungswerke künftig häufiger damit zurecht kommen müssen, Ansprüche gegen verschiedene Versorgungseinrichtungen geltend zu machen. Dies immer dann, wenn die Zugehörigkeit zu einem Versorgungswerk die Grenze von 60 Beitragsmonaten überschritten hat.

Die Ärztlichen Versorgungswerke werden nun entsprechende Korrekturen in ihren Satzungen vornehmen, um auch dem Europäischen Recht Genüge zu tragen.

Bei der zusätzlichen Sitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke und Fürsorge“ im Dezember 2003 wurde noch die Gelegenheit genommen, über die aktuelle Regelung zum Alterseinkünfte-Gesetz zu informieren. Wesentlicher Inhalt ist das entsprechende Urteil des Bundesverfassungsgerichts, dass nunmehr die so genannte nachgelagerte Besteuerung grundsätzlich in der Bundesrepublik Deutschland für Alterseinkünfte eingeführt wird. Dazu wird in einem langjährigen Übergangszeitraum vorgesehen, dass dann

parallel entsprechend die Beiträge zu Rentenversicherungssystemen steuerfrei gestellt werden. Die besonderen Umstände insbesondere bei der Anerkennung der Aufwendungen für die Berufsständischen Versorgungswerke für die Freien Berufe sind nach Auffassung der Ständigen Konferenz noch nicht ausreichend berücksichtigt. Die jetzt vorgesehenen Freistellungsregelungen lassen befürchten, dass schon in Kürze die Aufwendungen für Berufsständische Versorgungseinrichtungen die einräumten Freibeträge überschreiten, so dass dann sowohl Beiträge als auch spätere Alterseinkünfte der Versteuerung unterliegen. Hier wird die ABV versuchen, in Gesprächen mit dem Ministerium Verbesserungen für alle in den Berufsständischen Versorgungswerken organisierten Berufen zu erreichen.

Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen

In der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) wirken die bestehenden 80 Versorgungswerke der Angehörigen der klassischen verkammerten Freien Berufe, das sind Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Steuerberater bzw. Steuerbevollmächtigten, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer sowie Zahnärzte zusammen. Alle in Deutschland bestehenden Versorgungswerke für Ärzte sind Mitglieder der ABV, sie hatten 1978 wesentlich zur Gründung der ABV beigetragen. Ziel des Zusammenschlusses der Versorgungswerke in der ABV ist eine wirksame Interessenvertretung gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit und die Information der Versorgungswerke über politische Entwicklungen und Tendenzen. Die ABV hat es in den jetzt 25 Jahren ihres Bestehens geschafft, Beachtung und Gehör in allen Grundsatzfragen der Alterssicherung zu finden. Das gilt nicht nur national, sondern auch auf europäischer Ebene.

Die gemeinsame Interessenvertretung der Versorgungswerke ist notwendig, weil immer wieder dem Vorwurf begegnet werden muss, die Freien Berufe entzögen sich über die Versorgungswerke der Solidarität in der gesetzlichen Rentenversicherung. Festzustellen ist hierzu, dass die Ärzteschaft, wie die anderen Freien Berufe, die Versorgungswerke wesentlich nach der Adenauerschen Rentenreform des Jahres 1957 aufgebaut hat, als klar war, dass der Staat die Freiberufler und Selbständigen aus der Rentenversicherung ausschloss. Konsequenz dieses Ausschlusses war die Schaffung des Befreiungsrechts, damals des § 7 Abs. 2 Angestelltenversicherungsgesetz (AVG), heute § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB VI) in dem der Staat unterstrich, dass die Freien Berufe ihre Altersvorsorge selbst organisieren sollten. An dieser Grundentscheidung hatte der Gesetzgeber über alle Rentenreformen der vergangenen Jahrzehnte unverändert festgehalten. Die ärztlichen Versorgungswerke werden im Vorstand der ABV vertreten durch:

- Dr. Manfred Halm (Sächsische Ärzteversorgung)
- Rudolf Henke (Nordrheinische Ärzteversorgung)
- Dr. med. Walter Kudernatsch (Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt)
- Prof. Dr. med. Detlef Kunze (Bayerische Ärzteversorgung)

Darüber hinaus sind im Vorstand vertreten je zwei Vertreter der Versorgungswerke der Apotheker, der Zahnärzte, der Architekten und Rechtsanwälte sowie je ein Vertreter der Versorgungswerke für Notare, Tierärzte und Steuerberater sowie Wirtschaftsprüfer. Vorsitzender ist der Hannoveraner Rechtsanwalt Dr. Ulrich Kirchhoff.

Die aktuelle Situation der ärztlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung spiegelt das Referat, das der Vorstandsvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft, RA Dr. Ulrich Kirchhoff,

anlässlich der 25. Mitgliederversammlung der ABV in Nürnberg gehalten hat, wider, das wir nachfolgend – in gekürzter Fassung – dokumentieren:

„Die sozial-, wirtschafts- und steuerpolitische Situation in Deutschland wird beherrscht vom Schlagwort der „Agenda 2010“. Die Gesundheitsreform ist gerade abgeschlossen. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ist noch nicht im Bundesgesetzblatt verkündet, schon werden die nächsten Reformmaßnahmen heiß diskutiert. Für die Arbeitsmarktreform steht der Versuch einer Einigung im Vermittlungsausschuss bevor. Über die Steuerreform wird heftig gestritten. Die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung ist soeben in die parlamentarische Beratung eingebracht. In ihrem Zusammenhang steht die hochaktuelle Frage nach den Auswirkungen auf die berufsständische Versorgung und deren politischer Bestandsgarantie.

Die Reformnotwendigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung ist unbestritten. Fast täglich übertreffen sich Meldungen über immer größere Milliardenlücken in der Rentenkasse. Es gilt, das Vertrauen in sichere Renten zu verbinden mit erträglicher Beitragsstabilität.

Rürup- und Herzog-Kommission

Die „Rürup-Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ spricht sich in ihrem Mehrheitsvotum gegen eine Ausdehnung des versicherten Personenkreises in der gesetzlichen Rentenversicherung aus. Sie hält eine Ausdehnung des versicherten Personenkreises für kontraproduktiv, weil dies zum ungünstigsten Zeitpunkt, nämlich dem Höhepunkt der demographischen Belastung, weitere Leistungen auslösen würde. Dies werten wir mit Genugtuung als eine Absage gegen die Einbeziehung unserer Mitglieder in die gesetzliche Rentenversicherung. Die Gewerkschaftsvertreter in der Kommission fordern jedoch im Minderheitsvotum die Bürgerversicherung, zuvorderst in der Krankenversicherung. In der Rentenversicherung wird ein Aufschub auf eine Zeit nach 2020 erwogen, wenn die Rückwirkungen auf die Demographiefestigkeit der Rentenversicherung geringer sein werden.

Die Rürup-Kommission empfiehlt einen Nachhaltigkeitsfaktor für die Rentenberechnung, der sich an den Demographiefaktor der letzten blümschen Rentenreform anlehnt. Der Vorruhestand auf Kosten der Sozialkassen soll eingeschränkt werden. Das Renteneintrittsalter soll erhöht werden. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner sollen steigen.

Mit den Empfehlungen des Mehrheitsvotums der Rürup-Kommission, gehen wir im Prinzip einig.

Die nach dem Vorsitzenden Prof. Herzog benannte „Herzog-Kommission zur Reform der sozialen Sicherungssysteme“, die die CDU eingesetzt hat, lehnt ebenfalls eine Erweiterung des versicherten Personenkreises ab. Der Kommissionsbericht enthält das Zitat „Eine Ausweitung des Versichertenkreises auf Beamte und Freiberufler und weitere Selbstständige kann die Kommission nicht empfehlen“. Diese erfreulich deutlichen Worte werden untermauert durch das zutreffende Argument, dass in solchem Falle bestehende leistungsfähige Strukturen der Alterssicherung ohne Grund preisgegeben würden. Im Übrigen empfiehlt die Herzog-Kommission auch die Wiedereinführung des Demographiefaktors in die Rentenformel, die Einschränkung der Belastung der Sozialkassen zur Lösung von Arbeitsmarktproblemen und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit.

Umsetzung der Kommissionsempfehlungen

Bekanntlich hat die Regierungskoalition die Einschränkung des Vorruhestandes auf Kosten der Sozialkassen, die Erhöhung des Renteneintrittsalters und die Wiedereinführung eines demographischen Faktors sowie die Aussetzung einer Rentenerhöhung mindestens für das Jahr 2004 aufgegriffen. Die Verdoppelung des Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner ab 01.01.2004 ist Bestandteil des GMG. In der CDU/CSU ist die Diskussion um Detailfragen der Rentenreform noch nicht abgeschlossen. Uns irritiert erheblich der von dieser Partei aktuell wieder aufgegriffene Vorschlag einer Sockelrente für alle Einwohner ohne Bedürftigkeitsprüfung. Hierfür sollen 5,5 bis 6,5 % des Rentenversicherungsbeitrages Verwendung finden. Dieser Vorschlag findet den Beifall der Arbeitgeberseite, weil der Beitrag allein vom Bürger ohne Arbeitgeberbeteiligung zu bezahlen ist und deshalb die Lohnnebenkosten entlastet. Die Beitragssenkung der Rentenversicherung würde allerdings mit einem erheblichen Ansteigen der Lohn- und Einkommensteuer erkauft werden müssen.

Damit wird sie unseres Erachtens unbezahlbar. Im Übrigen würde die Sockelrente für unsere Mitglieder bedeuten, dass sie den entsprechenden Beitragsanteil an einen anderen Empfänger als an das eigene Versorgungswerk zahlen müssten mit der Folge erheblich abfallender Rentenproduktivität dieses Beitragsanteils. Wir wenden uns nachhaltig gegen diese Sockelrenten-Idee wie seit eh und je gegen jede andere Form der Grundsicherung, in die auch unsere Mitglieder einzubeziehen wären.

Bürgerversicherung

Unter dem Schlagwort „Bürgerversicherung“ werden vielstimmig und vielfältig definierte Begriffe diskutiert. Jedenfalls soll sie in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung den versicherungspflichtigen Personenkreis erweitern und weitere Einkünfte in die Beitragsbemessung einbeziehen. In der von Prof. Rürup geleiteten Kommission macht sich insbesondere Prof. Lauterbach für eine alsbaldige Bürgerversicherung in der Krankenversicherung stark. Sie ist auch Ideengut der Gewerkschaften und der Bündnis-Grünen. Für uns unerwartet greift das Thema auch die SPD-Rechte und der sozialpolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Seehofer auf. Ich erwähnte schon, dass sowohl die Rürup-Kommission als auch die Herzog-Kommission sich trotz unterschiedlicher Bewertungen von Reformvorstellungen gegen eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises in der gesetzlichen Rentenversicherung aussprechen. Gegen eine Einbeziehung unserer Mitglieder hat sich vor dem Sonder-Ärztetag im Februar diesen Jahres die Fraktionsvorsitzende von Bündnis 90/Die Grünen, Krista Sager, geäußert und diese Auffassung auch noch einmal in einem persönlichen Gespräch mit Herrn Jung und mir im Mai bestätigt, ebenso der parlamentarische Staatssekretär im Bundeswirtschaftsministerium, Rezzo Schlauch, auf unserer politischen Veranstaltung aus Anlass des 25-jährigen Bestehens der ABV am 03.06.2003 in Berlin. Der Bayerische Ministerpräsident Dr. Stoiber hat sich uns gegenüber in einem ausführlichen Schreiben klar gegen eine Bürgerversicherung nach Schweizer Modell ausgesprochen, weil sie die Finanzierungsprobleme der Sozialversicherung infolge des demographischen Wandels nicht lösen, sondern eher verschärfen werde. Auch der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Herr Merz, hat sich klar an unserer Seite positioniert. Die CDU-Vorsitzende Frau Merkel hat sich uneingeschränkt hinter die Vorschläge der Herzog-Kommission gestellt und damit deren Ablehnung einer Erweiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises in der Rentenversicherung bestätigt.

Wir halten die verfassungsrechtlichen, finanzwirtschaftlich und sozialpolitischen Konsequenzen einer Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen im Rahmen einer so genannten „Bürgerversicherung“ in die Krankenversicherung, vor allem aber in die Rentenversicherung für unlösbar und werden dadurch von seriösen Berechnungen gestützt. Wir hoffen, dass sich diese Erkenntnis mehrheitlich umsetzt. Es bestätigt sich als geradezu weise Voraussicht, dass wir im Vorjahr Herrn Prof. Merten von der Verwaltungshochschule Speyer den Gutachterauftrag „Freie Berufe und Sozialversicherungszwang“ erteilt haben, der uns in der letzten Mitgliederversammlung ein Referat über die verfassungsrechtlichen Grenzen einer Ausweitung der Sozialversicherungspflicht und Anforderungen der Verhältnismäßigkeit bei der Einbeziehung unserer Mitglieder in die gesetzliche Rentenversicherung gehalten hat.

Neuordnung der Besteuerung der Altersvorsorge

Bekanntlich hat das Bundesverfassungsgericht am 06.03.2003 entschieden, dass die ungleiche Besteuerung von Beamtenpensionen und Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verfassungswidrig sei und hat dem Bundesgesetzgeber aufgegeben, bis zum 31.12.2004 eine Neuregelung herbeizuführen. Zu diesem Problem hat die Bundesregierung ebenfalls Herrn Prof. Rürup zum Vorsitzenden einer Sachverständigenkommission zur Neuordnung der Besteuerung von Altersvorsorgeaufwendungen und Alterseinkommen bestellt. Herr Jung und ich waren als Experten zu einer der Kommissionssitzungen eingeladen, damit wir der Kommission die Besonderheiten unseres Systems und die daraus abgeleiteten Vorstellungen für die Besteuerung unserer Renten vorstellen konnten. Die Kommission hat inzwischen Ihren Bericht vorgelegt, deren Ergebnisse uns nicht in allen Punkten zufrieden stellen. Auf der Grundlage des Kommissionsberichtes hat das Bundesfinanzministerium ein Eckpunktepapier veröffentlicht. Wir folgen der Kommission und den Eckpunkten zum Prinzip der nachgelagerten Besteuerung beginnend im Jahre 2005 mit einer steuerlichen Freistellung der Beiträge bis zum Höchstbetrag der gesetzlichen Rentenversicherung von 60 %, danach wächst die Steuerfreistellung in jährlichen 2 %-Schritten bis zum Jahr 2025 auf 100 %. Wir kritisieren aber, dass ab 01.01.2005 ohne weitere Übergangsfristen Renten auch unserer Mitglieder zu 50 % (statt dem bisherigen Regelsteuersatz des Ertragsanteils von 27 % ab 65 Jahre) besteuert werden. Im Vergleich zu den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung werden für unsere Mitglieder mehrere Unterschiede übersehen. Vergleichbar mit Mitgliedern der gesetzlichen Rentenversicherung sind nur unsere Angestellten, die unter 50 %iger steuerfreier Beteiligung des Arbeitgebers Beiträge zahlen. Unterschiede bestehen aber schon für diejenigen Angestellten, die über den Pflichtbeitrag hinaus aus eigenen Mitteln ohne Arbeitgeberzuschuss freiwillige Höherversicherungsbeiträge entrichten.

Gar nicht mehr vergleichbar ist die Situation der Beitragserhebung bei Selbstständigen, die überhaupt keinen steuerfreien Beitragszuschuss erhalten. Eine weitere Besonderheit ist die Ausnutzung der nur in beschränkter Höhe steuerlich abzugsfähigen Sonderausgaben. Insbesondere für die Selbstständigen ist als Betriebsausfallversicherung im Krankheitsfall die Krankentagegeldversicherung überlebensnotwendig. Die dafür erforderlichen hohen Prämien verbrauchen meist schon die Sonderausgaben. Daraus folgt, dass die Beiträge zur berufsständischen Versorgung vielfach aus versteuertem Einkommen bezahlt werden.

Unsere Kritik hat immerhin bewirkt, dass das Bundesfinanzministerium den Sonderausgabenabzug für Beiträge zur Kranken-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung bei Selbstständigen höher ansetzt als bei Angestellten, er soll jetzt 2.500 betragen. Damit wird die Gefahr der Doppelbesteuerung, die das Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig angesehen hat, gemindert, aber nicht ausgeschlossen.

Die sozialpolitische Lage ist auch und gerade im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung brisanter als je zuvor. Ich habe nur einen überschlägigen Einblick in die Probleme aus der Sicht der berufsständischen Versorgung geben können.

Neben den großen Themen der sozialpolitischen Reformarbeit bemühen wir uns um eine Fülle von Detailfragen des politischen Alltags. Wir halten Kontakte zu allen maßgeblichen politischen Entscheidungsträgern in Bund und Ländern. Dazu gehören auch Gespräche mit Parlamentariern, die zu unserem versicherten Personenkreis gehören. Wir gehen bewusst auch auf die junge Generation der Abgeordneten zu, um sie problemorientiert zu machen und auf das System der berufsständischen Versorgung zu sensibilisieren. Mit allen Gesprächspartnern werden neben den schon erwähnten Kernfragen um Rentenreform, Steuerreform, Bürgerversicherung usw. die uns seit Jahren bewegenden Themen besprochen, wie

- Beiträge für kindererziehende Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke*
- Einbeziehung unserer Mitglieder in die steuersubventionierte ergänzende Altersvorsorge (Riester-Rente)*
- Übernahme von Beiträgen aus dem Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung*

Rechtsgrundlagen der berufsständischen Versorgungswerke

Im Vorjahr stellte ich Ihnen das Gutachten des Direktors des Instituts für öffentliches Wirtschaftsrecht der Universität Münster, Prof. Ehlers, zu organisationsrechtlichen Grundfragen berufsständischer Versorgungswerke vor. Wir haben dazu im Frühjahr eine Informationsveranstaltung abgehalten. Es wurde auch auf den Ständigen Konferenzen der Berufsgruppen, die es angeht, diskutiert. Leider klang immer wieder Misstrauen an, dass damit Absatzbewegungen von Versorgungswerken unterstützt werden sollten, die Einrichtungen ihrer Kammern sind.

Ich wiederhole deshalb meinen Appell des Vorjahres: Ziel des Auftrages und Ergebnis des Gutachtens ist weder eine Lockerung oder gar eine Lösung der Verbindung der Versorgungswerke an ihre Berufskammer. Uns ging es ausschließlich um Klarheit über die Tragfähigkeit der Rechtsgrundlagen und der Rechtsnatur der Versorgungswerke, die unselbstständiges Sondervermögen der Kammern sind. Die grundsätzlichen Organisationsfragen sollten nicht irritieren, sondern stabilisieren.

Europa

Der Vorschlag zur Änderung der VO 1408/71, der die Ausnahme der berufsständischen Versorgung aus der europäischen Koordinierung der sozialen Sicherung beenden soll, hat inzwischen den Bundesrat passiert. Wir danken der Baden-Württembergischen Versorgungsanstalt und der Bayerischen Ärzteversorgung, dass sie ihre Landesregierungen zu einer klärenden Stellungnahme des Bundesrates veranlasst haben. Der Bundesrat hat

unsere Bedenken zur koordinierten Berechnung von Waisenrenten aufgegriffen, um überhöhte Ansprüche auszuschließen. Österreich hat Sonderregelungen für kapitalgedeckte Sicherungssysteme verlangt, worüber zurzeit beraten wird.

Krankenversicherung der Rentner

Das Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) erhöht den Beitragssatz für die Krankenversicherung der Rentner aus Versorgungsbezügen bei Pflichtversicherten von 50 % auf 100 %. Davon sind auch solche Rentner berufsständischer Versorgungswerke betroffen, die gleichzeitig eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Die Erhöhung wird damit begründet, dass die Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Kosten nur noch zu etwa 43 % deckt.

Den Rentnern wird deshalb ein höherer Anteil der Finanzierung abverlangt, um die Last der Erwerbstätigen nicht noch ansteigen zu lassen. Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger beteiligen sich an den erhöhten Beiträgen nicht. Zwar wird dadurch die Ungleichbehandlung von Rentnern, die eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR erreichen konnten, und freiwillig versicherten Rentnern aufgehoben.

Wir haben im Vorfeld der Gesetzesberatungen auf die erheblichen Auswirkungen auf die Rentenempfänger hingewiesen, leider ohne Erfolg. Wir empfehlen Ihnen, Ihre betroffenen Leistungsempfänger darauf hinzuweisen, dass es sich um Maßnahmen des Bundesgesetzgebers und nicht um Entscheidungen der Versorgungswerke handelt.

Zum Abschluss meines Berichtes zur Lage bedanke ich mich beim Vorstand, bei der Geschäftsführung und bei allen Damen und Herren der Geschäftsstelle, bei allen Mitgliedern unserer Ausschüsse und Arbeitskreise, aber auch bei Ihnen allen als Vertreter von unseren Mitgliedsorganisationen für effiziente und kollegiale Zusammenarbeit“.