

7. Ärztliche Berufsausübung

Die ärztliche Berufsordnung

Der 107. Deutsche Ärztetag hat die Novellierung der berufsrechtlichen Vorschriften zur beruflichen Kooperation (§§ 17 ff., Kapitel D II Nr. 7 – 11 (Muster-) Berufsordnung) beraten und Änderungen der (Muster-) Berufsordnung hierzu beschlossen. Des Weiteren hat er sich mit der Überarbeitung der Vorschriften des § 4 Abs. 2 (Fortbildung) und § 15 Abs. 4 (Forschung) sowie der Präambel befasst und entsprechend Änderungen beschlossen. Die Änderungen der (Muster-) Berufsordnung sind im Deutschen Ärzteblatt 2004; 101, Heft 22 vom 28. Mai 2004, Seite A 1578 – 1580 veröffentlicht. Diese vom 107. Deutschen Ärztetag beschlossenen Änderungen der (Muster-) Berufsordnung sind zwischenzeitlich von einigen Ärztekammern – zum Teil mit Änderungen – übernommen worden. Die Genehmigungen der Aufsichtsbehörden stehen zum Teil noch aus. Dabei zeigt sich, dass in einigen Kammerbezirken die Aufsichtsbehörden rechtliche Bedenken gegen die Übernahme der §§ 17 Abs. 2, 19 Abs. 2 und 23a (Muster-) Berufsordnung haben. Die Berufsordnungsgremien haben Hinweise und Erläuterungen zu den §§ 17 – 19 und 23a – d (Muster-) Berufsordnung mit dem Titel „Niederlassung und berufliche Kooperation – neue Möglichkeiten“ erarbeitet und beschlossen, welche dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung zugeleitet werden.

Die Berufsordnungsgremien haben die Anträge III-07 und III-09 des 107. Deutschen Ärztetages, welche an den Vorstand überwiesen worden sind, diskutiert. Beiden Anträgen ist gemeinsam, dass sie eine Änderung des § 20 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zum Ziel haben, um dem Vertragsarzt auch eine Tätigkeit als angestellter Arzt, z.B. in einem Medizinischen Versorgungszentrum, über das bisherige Maß hinaus als Nebentätigkeit zu ermöglichen. Der Ausschuss „Berufsordnung für die deutschen Ärzte“ hat beide Anträge befürwortet und das Ergebnis dem Ausschuss „Ambulante Versorgung“ zugeleitet.

Die Berufsordnungsgremien haben sich des Weiteren mit der Fortentwicklung des ärztlichen Berufsrechts befasst. In dem Papier der Bundesärztekammer „GMG und Folgen – Vorbereitung einer strategischen Positionierung zu den unmittelbaren Folgerungen aus dem GMG für die Landesärztekammern und die Arbeitsgemeinschaft (BÄK)“ ist als Auftrag an die Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer formuliert, eine grundlegende Prüfung der Notwendigkeit und des Umfangs der Normen mit dem Ziel der Konzentration der Berufsordnung auf den berufsethischen Kern und Befreiung von regulatorischen Maßnahmen im Hinblick auf eine „Wettbewerbsordnung“ vorzunehmen. Diesen Vorgaben entsprechend werden die Berufsordnungsgremien die (Muster-) Berufsordnung weiterentwickeln, eine Beschäftigung des Deutschen Ärztetages aber erst dann vorsehen, wenn die Änderungen des 106. und 107. Deutschen Ärztetages vollständig in Satzungsrecht der Ärztekammern umgesetzt worden sind.

Die Berufsordnungsgremien haben die Hinweise und Empfehlungen zu § 30 (Muster-) Berufsordnung im Hinblick auf die Änderungen des Heilmittelwerbegesetzes durch das GKV-Modernisierungsgesetz zum 01.01.2004 überarbeitet. Darüber hinaus haben sich die Berufsordnungsgremien mit Anwendungsfragen der Berufsordnung befasst. Ein Schwerpunkt war hierbei die Beratung über die Beteiligung von Ärzten an Aktiengesellschaften sowie die Diskussion über die aktuelle Entwicklung in der Außendarstellung im Bereich der Schönheitschirurgie, insbesondere im Fernsehen. Des Weiteren haben sich die Berufsordnungsgremien mit der Versteigerung medizinischer Leistungen bei eBay, der Finanzierung der Behandlungskosten durch einen Dienstleister, mit der Ablehnung von Behandlungen aufgrund von Sprachdefiziten, mit der Verordnungsmanipulation durch Praxisverwaltungssoftware und im Nachgang zum 107. Deutschen Ärztetag mit der Beratung über die berufsrechtliche Zulässigkeit von telemedizinischen Leistungen nach der neuen (Muster-) Berufsordnung befasst.

Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen

Der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen hatte 2003 in mehreren Sitzungen die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung überarbeitet und dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung zugeleitet. Der Vorstand beschloss, diese zunächst den Landesärztekammern zur Stellungnahme zuzuleiten. Nach Eingang der Stellungnahmen hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 30.04.2004 die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung beraten und beschlossen. Die überarbeiteten Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung wurden im Rahmen einer Pressekonferenz der Bundesärztekammer am 04.05.2004 vorgestellt und im Deutschen Ärzteblatt 2004; 101, Heft 19 vom 7. Mai 2004, Seite A 1297-1299 veröffentlicht.

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei Haftpflichtstreitigkeiten

Die Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen hat am 14./15. Juni 2004 in Dierhagen getagt. Dabei haben sich die Teilnehmer mit den Themen Risikomanagement in der Medizin und bundeseinheitliche Statistik (Bundesärztekammerstatistik) schwerpunktmäßig beschäftigt. Das Thema Risikomanagement in der Medizin ist durch ein Referat von Herr Peter Gausmann und Herr Michael Petry eingeleitet worden. Die Referenten berichteten von einer steigenden Anzahl von Schadensmeldungen, die auf eine verstärkte Aktivität der Krankenkassen im Bereich Patientenberatung zurückzuführen sind. Dies

führe zu steigenden Versicherungsprämien, die es manchen Kliniken und Ärzten fast unmöglich machen, eine ausreichende Deckung von Risiken zu erhalten. Daher sei die Idee entstanden, die Daten von Schadensmeldungen, die den Haftpflichtversicherern vorliegen, für Risikomanagement zu nutzen. Die Kliniken erhalten mit Hilfe eines Risikoberaters die Möglichkeit, Fehlerquellen aufzudecken und Schäden zu vermeiden. Anhand des informativen Vortrages haben sich die Teilnehmer intensiv mit dieser Problematik beschäftigt und zusammenfassend festgestellt, dass Risikoprävention für alle Beteiligten nutzbringend sei. Im engen Zusammenhang mit dem Thema Risikovermeidung steht auch die geplante bundeseinheitliche Statistik, die von den Präsidenten der Ärztekammern in der Vorstandssitzung am 12.12.2003 zustimmend zur Kenntnis genommen worden ist. Zwar ist im Jahr 2004 noch die bisherige Fassung der statistischen Erhebung mit den Zahlen für das Jahr 2003 verabschiedet worden. Bis zur nächsten Sitzung der Ständigen Konferenz im Juni 2005 soll eine Vorlage für die neue Bundesärztekammerstatistik erarbeitet werden. Mit dieser bundeseinheitlichen Statistik können interne und externe Ziele verfolgt werden. Intern wird eine Vergleichbarkeit der Gremien und damit einhergehend eine Qualitätsverbesserung erreicht. Für die Außendarstellung sollen bestimmte Themenschwerpunkte aufbereitet werden. Eine Arbeitsgruppe aus Teilnehmern der Ständigen Konferenz wird einen Vorschlag für die Veröffentlichung von aussagekräftigen Daten erstellen. In einer weiteren Arbeitsgruppe ist ein Konsensuspapier zum Thema Gynäkologie/Geburtshilfe erarbeitet worden. Mit dieser Handreichung für die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sollen den Gutachtern Prüfkriterien an die Hand gegeben werden, um medizinische Sachverhalte einheitlich beurteilen zu können. Eine Präambel soll die Ziele dieser Handreichungen deutlich machen. Berichtet wird abschließend über Besuche ausländischer Delegationen, die zeigen, wie interessiert in anderen Ländern die Tätigkeit der Gutachterkommission und Schlichtungsstellen wahrgenommen wird.

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Übersicht zum 31.12.2003

I.	Baden-Würt.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nord-dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	1125	739	831	1822	4020	104	358	1660	394
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	722	746	716	1852	3888	90	141	1036	339
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	1170	756	800	1632	4021	115	356	1590	414
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	677	729	747	2042	3887	79	143	1106	319

Fortsetzung: Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

II.	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nordtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz
<i>Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden:</i>									
1. <i>Vom Antragsteller zurückgenommenen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt</i>	87	65	105	145	377	9	1	123	56
2. <i>Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden</i>	141	34	44	142	41	0	4	74	22
3. <i>Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden</i>	15	18	8	11	0	0	0	2	7
4. <i>Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden</i>	33	24	12	35	0	4	0	23	13
5. <i>Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenträgers oder wegen Vorliegens eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden</i>	0	0	0	0	15	0	0	0	2
6. <i>Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden</i>	0	3	1	2	0	0	0	4	0
7. <i>Wegen eines anhängigen Ermittlungsverfahrens, Gerichtsverfahrens oder wg. rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht entschieden</i>	4	27	15	26	27	3	4	19	4
8. <i>Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen</i>	40	78	65	40	656	0	11	57	20
9. <i>Durch beratenden Hinweis erledigt</i>	0	4	9	0	92	2	72	0	1
10. <i>Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden</i>	99	0	11	11	0	6	5	27	31

III.	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nordtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz
<i>Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle</i>									
1. <i>Gesamt</i>	751	503 *	530	1220	2813	91	259	1261	258
2. <i>Aufklärungsfehler bejaht</i>	2	9	10	14	14	0	3 ^	6	1
3. <i>Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen</i>	0	16	2	10	0	0	0	17	1
4. <i>Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht</i>	155	107	135	348	746	21	57	194	46
5. <i>Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint</i>	22	20	18	46	247	2	14	43	4
6. <i>Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt</i>	15	11	6	22	0	0	0	14	6
7. <i>Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint</i>	548	360	358	772	1806	63	188	968	199
8. <i>Alternativbescheid, soweit nicht unter 2 und 5 erfaßt</i>	9	2	1	8	0	0	0	19	1
9. <i>Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1. und 7. erfaßt</i>	0	1	0	0	0	5	0	0	0

^ auch unter 4. erfaßt

* Bei 23 zur Sachentscheidung angenommenen und entschiedenen Fällen ergab sich eine Beurteilung, die in der vorgegebenen Liste III. 2. – III. 9. nicht aufgeführt ist. Z. B. wurde in einigen Fällen zusätzlich zur Beurteilung des Behandlungsfehlers eine Beurteilung des Aufklärungsfehlers verneint oder umgekehrt. Da diese Kombinationen in III. 2. – III. 9. nicht vorgegeben sind, erfolgt eine zweifache „Beurteilung“. Somit sind in Summe III. 2. – III. 9. zahlenmäßig mehr Einträge als unter III. 1.

Ärztinnen

Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen

1991 wurde der Ausschuss „Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen“ auf Beschluss des 94. Deutschen Ärztetages eingerichtet, um die spezifischen Anliegen von Frauen im Arztberuf auf Bundesebene angemessen vertreten zu können. 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

Frau Dr. Bühren ist vom Vorstand der Bundesärztekammer zur Vorsitzenden des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“ auch für die neue Wahlperiode 2003/2007 berufen worden. Zu Beginn dieser Wahlperiode 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:

- Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Modernisierung der Mutterschutzgesetzgebung,
- Mentoring-Programme für Ärztinnen,
- Erstellung eines Handbuchs „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“,
- Wiedereingliederungskurse der Landesärztekammern für Ärztinnen,
- Gender Mainstreaming im Hinblick auf berufliche Belange von Ärztinnen,
- Verbesserung der Karrierechancen für Wissenschaftlerinnen an der Universität,
- Forderung eines transparenteren und chancengleichen Berufungsverfahrens für C4-/C3-Professorinnen/Professoren,
- Ausbau von Arbeitszeitmodellen in Klinik und Praxis,
- Bedarfsgerechtes Angebot von Kindertagesstätten und Ganztagschulen.

Modernisierung der Mutterschutzgesetzgebung

Die heutige Rechtsetzung zum Mutterschutz, insbesondere die Mutterschutzrichtlinien, müssen auf den Prüfstand gestellt werden. Einerseits sollen die Rechte der (werdenden) Mütter nicht eingeschränkt werden, andererseits sind in den letzten Jahren die tatsächlichen

Gefahrenpotentiale für alle Beschäftigten, damit auch für die schwangeren Ärztinnen und andere Beschäftigte in Gesundheits- und Heilberufen durch eine weitgehende Verbesserung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes am Arbeitsplatz erheblich reduziert worden oder haben sich verlagert. Die zuständige Referatsleiterin des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Frau Struck, legte in einer der letzten Sitzungen der Ärztinnen-Gremien ihre Position zu dieser Thematik dar. Einerseits ist der Schutz von (werdenden) angestellten Müttern durch das deutsche Mutterschutzgesetz auf äußerst hohem Niveau im internationalen Vergleich angesiedelt, aber andererseits steht die Bundesrepublik Deutschland international an drittletzter Stelle der Geburtenstatistik. Sie versicherte, dass das BMFSFJ es als sinnvoll ansieht, das Mitte des letzten Jahrhunderts in Kraft getretene Mutterschutzgesetz zu modernisieren. Nicht nur das BMFSFJ ist dieser Ansicht, sondern auch die Ärztinnen-Gremien. Sie forderten, dass das Mutterschutzgesetz dringend novelliert werden muss, schon allein, weil sich viele Frauen genötigt sehen, zwischen Karriere und Kindern bzw. Familie zu entscheiden – so können und wollen sie sich nicht auf die Mutterrolle einlassen. In den Krankenhäusern verheimlichen viele Ärztinnen ihre Schwangerschaft, um ihre Weiterbildung nicht zu gefährden, sodass hier das Ziel des Mutterschutzgesetzes ins Leere läuft bzw. sich ins Gegenteil verkehrt. Es muss auch im Sinne der Stärkung des Wirtschaftsstandortes Deutschland sein, dass das Mutterschutzgesetz nicht eine Ausgrenzung von Ärztinnen darstellen darf. Um den Wirtschaftsstandort Deutschland zu stärken, beabsichtigt Bundeswirtschaftsminister Clement die Arbeitsschutzregeln zu vereinfachen. Da Mutterschutz Arbeitsschutz für werdende und stillende Mütter einschließlich Wöchnerinnen darstellt, werden auch von Seiten des Arbeitsschutzes aus den Arbeitsministerien neue Impulse zu erwarten sein. Die Mutterschutzrichtlinienverordnung und Leitfäden für den Mutterschutz im Krankenhaus der Länder, welche unterschiedlich restriktiv ausfallen, sollten im Rahmen einer Bund-Länder-Initiative unter dem Vorsitz des (BMFSFJ) beim Bundesministerium erstellt werden. Ziel muss sein, für alle Bundesländer einheitliche Regelungen zu schaffen, die dem modernen, wissenschaftlichen, medizinischen und technischen Stand entsprechen. Auf Empfehlung der Ärztinnen-Gremien und auf Grund eines Vorstandsantrages der Bundesärztekammer hat sich der 107. Deutsche Ärztetag im Mai 2004 mit großer Mehrheit für den Erhalt eines sinnvollen Mutterschutzes ausgesprochen. Dies muss aber ein Mutterschutz sein, der nicht einem Berufsverbot für Ärztinnen und auch für Frauen anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen gleichkommt.

Daher appellierte der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. J.-D. Hoppe, an das BMFSFJ, das Mutterschutzgesetz zu novellieren und insbesondere die mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbote, vor allem für Frauen, welche im Gesundheitswesen tätig sind, anzugehen. Professor Hoppe fordert darüber hinaus, dass zügig eine Bund-Länder-Initiative unter dem Vorsitz des BMFSFJ ergriffen wird mit dem Ziel, die Mutterschutzrichtlinienordnung zu novellieren und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen. Die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit wurden gebeten, diese Initiative zu unterstützen.

Bundesfamilienministerin Renate Schmidt stellte in ihrem Antwortschreiben vom 8.10.2004 in Aussicht, dass eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter der Federführung ihres Ministeriums eingerichtet wird. Auch sie setzt sich für eine ausgewogene Modernisierung des Mutterschutzes ein. Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt versprach, diese Initiative positiv zu begleiten.

Umsetzung von „Gender Mainstreaming“ für Ärztinnen im Gesundheitswesen

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.

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.

Der Ärztin- / Arztberuf verliert zunehmend an Ansehen, die Verdienstmöglichkeiten verringern sich und die Arbeitsbedingungen verschärfen sich immer weiter, so dass sich Männer zunehmend aus dem Beruf zurückziehen. Dadurch steigt der Anteil der Ärztinnen in der berufstätigen Ärzteschaft. Um die große Ressource der nichtärztlich tätigen Ärztinnen nutzen zu können, sollten Wiedereinstiegsurse von den Kammern vermehrt angeboten bzw. die inzwischen erfolgreich gestarteten, fortgesetzt werden. Anhand der heutigen Datenlage ist ersichtlich, dass nach wie vor in der Medizin der Gedanke des „Gender Mainstreaming“ ungenügend berücksichtigt ist. Dies ist alles eine Voraussetzung dafür, dass auch in Zukunft kein Ärztinnen- und Ärztemangel herrscht.

Bildungsprojekt: 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 Medizinstudentinnen 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 in Bezug auf Karrierechancen und der tatsächlichen beruflichen Verwirkli-

chung 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 Studentinnen- und Absolventinnenanteil im Fachgebiet Humanmedizin über 50%. Nach wie vor sind jedoch mit Einfluss, Macht und Entscheidungsbefugnis ausgestattete Positionen in der Medizin zu über 90% 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. 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. Es 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..

Auf Grund dessen, beschlossen Ausschuss und Ständige Konferenz „Ärztinnen“ im Jahr 2001 ein Handbuch zur Karriereplanung für Ärztinnen herauszugeben. Der Vorstand der Bundesärztekammer begrüßte dieses Vorhaben im selbigen Jahr. Da jedoch keine finanziellen Ressourcen der Bundesärztekammer für dieses Vorhaben vorhanden sind, hat die Geschäftsführung der Bundesärztekammer potenzielle Finanziers sowie eine Projektnehmerin gesucht. Projektnehmerin ist Frau Prof. Dr. Kaczmarczyk. Sie führt dieses Projekt in der Charité Berlin durch. Die räumliche Nähe zur Bundesärztekammer wird sich für die Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer als Ideengeberin sicherlich als förderlich erweisen. Dieses Projekt kann nun angegangen werden, da das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) es mit einer Zuwendung von 173.038 € ab 1.07.2004 fördert. Mit der inhaltlichen Arbeit wurde bereits begonnen.

Mentoring-Programme für Ärztinnen

Themenschwerpunkt des Jahres 2004 der Ärztinnen-Gremien war die Beratung von Mentoring-Programmen für Ärztinnen. Frau Dr. Drexler-Gormann, Vorsitzende des Referates „Ärztinnen“ bei der Landesärztekammer Hessen sowie zugleich Projektleiterin „Mentoring für Ärztinnen“, stellte die im Herbst 2001 vom Hessischen Sozialministerium und der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit der Frauenbeauftragten des Klinikums Darmstadt und des Mentorinnen-Netzwerkes „Frauen in Naturwissenschaft und Technik an Hessischen Universitäten und Fachhochschulen“ ergriffene Initiative „Mentorinnen-Netzwerk“ in Hessischen Kliniken vor.

Die Zahl der Studentinnen in dem Fach Medizin ist zwar in den letzten Jahren ständig gestiegen, dies hat jedoch nicht zu einer proportionalen Verankerung von Ärztinnen und Ärzten in leitenden Positionen geführt. Das Problem der Frauen wird insbesondere in der Weiterbildungszeit verschärft, die nach der Weiterbildungsordnung zwar in Teilzeit möglich ist, für die aber traditionell zu wenig Teilzeitstellen angeboten werden. In dieser Phase kann in vielen Fällen die Begleitung einer „Mentorin“ durch die Etappen der Weiterbildung den Berufsweg der jungen Ärztinnen bis zum Facharzt Abschluss erleichtern. Insgesamt kann die kommunikative Einbindung der Frau durch ein Mentoring-Programm zu einer Veränderung der

Kultur der Arbeitswelt in den Kliniken beitragen. Mentoring ist ein Lernprozess im Dialog. Kernstück ist die direkte Beziehung zwischen einer berufserfahrenen Frau, der „Mentorin“, und einer weniger berufserfahrenen Frau, der „Mentee“. Die Mentorinnen kooperieren mit „Mentees“, indem sie ihnen auf freiwilliger Basis Hilfe, Rat und Unterstützung in fachlicher, motivationaler, mentaler, sozialer und praktischer Hinsicht geben. Mentoring ist im Unterschied zu anderen Konzepten der Nachwuchskräfteförderung daher ganzheitlich konzentriert und nicht hierarchisch strukturiert. Dementsprechend besitzt Mentoring eine Karrierefunktion und eine psychosoziale Funktion. Neben der Freiwilligkeit des Mentoring ist das wechselseitige Vertrauen und Wohlwollen und der Respekt der beiden Kooperationspartnerinnen grundlegend. Mentoring findet regelmäßig innerhalb eines festgelegten Zeitraumes statt und ist nicht altersabhängig, auch wenn die Mentees in der Regel jünger sind als ihre Mentorinnen. Es muss darauf geachtet werden, dass Mentorin und Mentee nicht in abhängiger Beziehung, wie z. B. als Vorgesetzte und Mitarbeiterin oder Professorin und Studentin stehen.

Die Hauptfaktoren für die Karriere werden wie folgt aufgeteilt: 10% Leistung, 30% Selbstdarstellung sowie 60% Beziehungen und Kontakte. Diese Gewichtung gibt zu denken. Damit eine Mentoring-Kooperation erfolgreich ist, muss diese unter bestimmten Rahmenbedingungen stattfinden. Es müssen zunächst gegenseitige Erwartungen und Befürchtungen der Mentorinnen und der Mentees verbalisiert werden. Beide Kooperationspartnerinnen verständigen sich über das von der Mentee definierte Ziel sowie Zeit und Dauer des Mentoring-Prozesses. Die meisten Mentorinnen und Mentees des Mentorinnen-Netzwerkes treffen sich alle 6 bis 8 Wochen für zwei bis drei Stunden über einen Zeitraum von 1 ½ Jahren. Andere Kooperationen können auch erfolgreich sein. Die mündlich vereinbarten Punkte sollten mit Angabe der Ziele, Aufgaben und Verantwortlichkeiten auch schriftlich geregelt werden. Die Vereinbarung schafft Verbindlichkeit und es wird deutlich, wo Unklarheiten geblieben sind. Durch die schriftliche Vereinbarung werden die Ergebnisse überprüfbar. Mentoring ist der richtige Weg an Universitäten, Krankenhäusern und Praxen ein strukturelles Netzwerk aufzubauen. Neben diesem Mentoring-Netzwerk haben auch der Deutsche Ärztinnenbund im Jahr 2000 sowie die Marburger-Bund-Stiftung ab 2003 Mentorinnen-Netzwerke eingeführt.

Wissenschaftlerinnen an den medizinischen Hochschulen

Der Ärztinnenanteil auf den verschiedenen Qualifikationsstufen des Faches Humanmedizin in Deutschland wurde für die vergangenen zwei Jahrzehnte analysiert. 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 Jahr-

zehnte in allen anderen Qualifikationsstufen zugenommen hat, sondern möglicherweise auf die konservative Haltung der Berufungskommissionsmitglieder an den 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

Arbeitszeitmodelle, die Ärztinnen und Ärzten auch Teilzeitweiterbildungen ermöglichen, müssen vermehrt etabliert werden. Es sollte Ziel sein, dass möglichst alle Ärztinnen auch eine Facharztweiterbildung absolvieren.

Auf Grundlage der Analyse eines seit über 2 Jahrzehnten 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 Weiterbildner 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 Weiterbildungsgremien 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 Tätig-

keit, Fort- und Weiterbildung wie die Qualifizierung in Public Health etc.. Durch flexiblere Angebote in Klinik und Praxis könnte ein Ärzte- und Ärztinnenmangel eher ausgeglichen werden. Ferner ist von Vorteil, dass eine Teilzeitarbeit 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 und verringert eine kostenträchtige Fluktuation.

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 Chefärzten, 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 GOÄ wurde letztmals mit der 4. Änderungsverordnung aktualisiert, die am 01.01.1996 in Kraft trat. Mit dieser Novelle wurde lediglich ein Teil des Gebührenverzeichnisses der GOÄ an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik angepasst (Abschnitte B-Grundleistungen und allgemeine Leistungen, CIV-Kontrastmitteleinbringungen, CVI-sonographische Leistungen, CVII-Intensivmedizinische und sonstige Leistungen, CVIII-Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen, M- Laboratoriumsuntersuchungen, O-Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnet-Resonanz-Tomographie und Strahlentherapie). Die weiteren Abschnitte des Gebührenverzeichnisses (Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen, CI bis CIII, V, D- Anästhesieleistungen, E-Physikalisch- medizinische Leistungen, F- Innere Medizin, Kinderheilkunde Dermatologie, G- Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, H- Geburtshilfe und Gynäkologie, I- Augenheilkunde, J- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, K- Urologie, L- Chirurgie, Orthopädie, N-Histologie, Zytologie und Zytogenetik, T- Sektionsleistungen) sind auf dem Stand der letzten umfassenden GOÄ-Reform aus dem Jahre 1982. Verbunden mit der GOÄ-Novelle aus dem Jahre 1996 wurden zudem erneut einschneidende Änderungen im Paragraphenteil vorgenommen, der sich auf alle Leistungen des Gebührenverzeichnisses auswirkt, auch auf die nicht aktualisierten Kapitel, und damit eine Vielzahl von Anwendungsproblemen der GOÄ verursacht. So wurde beispielsweise das verstärkte Zielleistungsprinzip nach § 4 Abs. 2a, das die Nebeneinanderberechnung von Leistungen neben der Hauptleistung – vor allem im operativen Bereich – einschränkt, nicht mit der notwendigen Aktualisierung und Neustrukturierung des Gebührenverzeichnisses in Form von ablaufbezogenen Komplexen gekoppelt, sondern das unsystematische Nebeneinander von gebührenrechtlichen Anforderungen und veraltetem Leistungsverzeichnis beibehalten. Diese Systembrüche, strukturellen Mängel und Verwerfungen mit einem in sich widersprüchlichen Vergütungsgefüge sowie der Veralterung des Gebührenverzeichnisses führen zu eskalierenden Auseinandersetzungen zwischen privaten Krankenversicherern, Beihilfestellen einerseits und der Ärzteschaft andererseits und belasten in immer größeren Umfange das Patient-Arzt-Verhältnis. Durch die mit der GOÄ-Reform 1983 eingeführte strikte Bindung des Arztes an das Gebührenverzeichnis – abweichende Honorarvereinbarungen sind nur noch der Höhe nach möglich – ist der Arzt in weitem Umfange gezwungen, die Leistungen der modernen Medizin des Jahres 2004 auf der Grundlage eines 25 Jahre alten Leistungsverzeichnisses abzurechnen. In diesem Zeitraum hat sich die Medizin rasant fortentwickelt, so dass ein Teil der Leistungen in der GOÄ auf dem Stand von vor 25 Jahren nach heutigem Kenntnisstand nicht nur obsolet, sondern vielfach kunstfehlerhaft, zumindest jedoch in ihrer Methodik die moderne Vorgehensweise nicht

mehr abbildet. Dennoch gelten sie immer noch als verbindliche Abrechnungsgrundlage in der privatärztlichen Behandlung. Analoge Bewertungen heilen diesen Mangel nur zum Teil, da gebührenrechtlich die Bildung analoger Bewertungen anknüpft am Tatbestand einer fehlenden Leistung im Gebührenverzeichnis. Tatsächlich haben sich GOÄ-Positionen im Leistungsziel wenig geändert, während sich die Prozedur oder Methodik so grundlegend gewandelt hat, dass sie weder vom Inhalt noch von der Bewertung her die moderne Medizin abbildet. Dennoch wird häufig von Seiten der Kostenträger gegen Vorschläge für analoge Bewertungen eingewandt, dass es sich lediglich um Modifikationen der bestehenden GOÄ-Position handelt, die einen Analogansatz nicht rechtfertigen.

Die Bundesärztekammer hat erneut in Schreiben an die zuständige Bundesministerin für Gesundheit – unter Hinweis auf die Ärztagbeschlüsse – die politische Dringlichkeit einer GOÄ-Novelle – unterstrichen und die Verantwortung der Bundesregierung für eine Modernisierung der GOÄ eingefordert. Auch im Berichtsjahr hat der 107. Deutsche Ärztag in Bremen erneut in einer EntschlieÙung an die Bundesregierung appelliert, die GOÄ weiter zu entwickeln. Die im Jahre 1996 vom damaligen Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer, zugesagte unverzügliche ergänzende GOÄ-Novelle steht bis heute aus. Auch die vom Bundesministerium für Gesundheit selbst eingebrachte Lösung zur Entlastung des Ministeriums durch Beauftragung der Betroffenen – Ärzteschaft und Kostenträger – mit einer Vorbereitung einer Rechtsverordnung scheiterte. Die dazu vorgeschlagene Vertragslösung, die die Verantwortung in größerem Umfange auf die Beteiligten übertragen sollte, scheiterte an den Rechtsbedenken des Justiz- und Wirtschaftsministeriums, aber auch an der EU-Rechtssprechung, die eine Übertragung der Verantwortung für eine Amtliche Gebührentaxe in Form einer Selbstverwaltungslösung als rechtswidrig ansehen. Das sogenannte Vorschlagsmodell als Alternative zur Vertragslösung, vom Bundesgesundheitsministerium in die Diskussion eingebracht, wird ebenfalls nicht realisiert. Dieses sieht vor, dass die Beteiligten – Bundesärztekammer, Verband der privaten Krankenversicherung und Beihilfeträger – Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gebührenrechts erarbeiten, die unter der Rechtsaufsicht des BMGS in das gesetzliche Rechtsverordnungsverfahren eingebracht werden, das dann mit Zustimmung des Bundesrates – wie üblich – ablaufen soll. Obwohl die 75. Gesundheitsministerkonferenz im Jahre 2002 die Weiterentwicklung in Form des Vorschlagsmodells befürwortet und das BMGS gebeten hat, dieses Modell zur Strukturreform des privatärztlichen Gebührenrechts umzusetzen, ist eine erkennbare Lösung nicht in Sicht. Der Grund hierfür ist die Blockadehaltung der Finanzminister der Länder gegenüber dem Vorschlagsmodell. Die Bundesärztekammer hatte 2002 Eckpunkte zur Realisierung des Vorschlagsmodells erarbeitet, die im Tätigkeitsbericht des letzten Jahres wiedergegeben sind, da die Akzeptanz der Ärzteschaft für eine solche Verfahrensregelung von klar geregelten Bedingungen abhängig gemacht worden ist. (siehe auch DÄ Heft 7, Seite A372 – A375, Februar 2003)

Zur Klärung der misslichen Situation fand im Sommer 2004 ein Gespräch im Bundesministerium für Gesundheit statt. Die Vertreter des Ministeriums erkannten die Dringlichkeit einer GOÄ-Aktualisierung an – wie dies auch der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der CDU / CSU vom 12.08.2003, BT-Drucksache 15/266 zu entnehmen ist – konnte jedoch keine genaue Zeitplanung angeben. Sie stellten in Aussicht, die GOÄ-Novelle nach der in Angriff genommenen Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im Herbst 2005 anzugehen. Ebenso unsicher wurden die Realisierungschancen des Vorschlagsmodells gesehen, so dass die geplante GOÄ-Novelle voraussichtlich, analog dem Verfahren der GOZ-Novelle, erneut nach alter Verfahrensregelung unter der Verhandlungsführung

des BMGS unter Beteiligung der Bundesärztekammer und der Kostenträger ablaufen wird. Die Vertreter des Ministeriums regten an, im Vorfeld zur GOÄ-Novelle Abstimmungsgespräche mit PKV und Beihilfe zu führen, um zu versuchen, im Vorfeld des Rechtsverordnungsverfahrens einen Konsens über die inhaltliche Weiterentwicklung der GOÄ zu erreichen, um die Chancen auf eine zügige Durchführung des Vorhabens zu erhöhen. Der Präsident der Bundesärztekammer hat in einem Schreiben an die Bundesministerin gefordert, an den Beratungen der GOZ-Novelle beteiligt zu werden, da Weichenstellungen für die GOÄ-Reform geschaffen werden. Regelmäßig wurde über den Sachstand, u.a. in Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblattes hingewiesen (siehe DÄ, Heft 48 vom 26. November 2004, Seiten A 3234).

Reformkonzept der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ

Nachdem der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner 40. Sitzung am 13.12.2002 Eckpunkte zum Vorschlagsmodell „GOÄ“ mit dem Ziel beschlossen hatte, die zu schaffenden geänderten Rahmenbedingungen für eine zügigere und eine flexiblere Weiterentwicklung der GOÄ zu nutzen, hat er in seiner 5. Sitzung am 14.11.2003 ein Konzept mit Eckpunkten zur Weiterentwicklung der GOÄ beschlossen. Die vorherige Analyse des Ausschusses „Gebührenordnung“ ergab dringenden Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und insbesondere eine Aktualisierung und Neustrukturierung des Gebührenverzeichnisses als Vergütungsgrundlage für privatärztliche Leistungen in Krankenhaus und Praxis sowie für die Entscheidung über ein Konzept der Bundesärztekammer zur Verbindung diagnosegestützter Fallpauschalen im Krankenhaus (DRG) mit der Privatliquidation auf der Basis einer neustrukturierten GOÄ. In Ergänzung zu den GOÄ-immanenten Defiziten als Grund für eine Novellierung wurden auch die Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes angesehen, das für den Regelungsbereich des SGB V neben den bisherigen Versorgungsstrukturen neue Kooperationsmodelle in unterschiedlicher Rechtsform und nicht-ärztlicher Trägerschaft ermöglicht. Diese neuen Kooperationsformen erhalten die Möglichkeit, abweichend von bestehenden Vergütungsregelungen (EBM/EBM 2000plus, DRG's), eigenständige Vergütungsformen zu vereinbaren. Auch der Wahltarif „Kostenerstattung“ erhöht den Druck, die GOÄ zu modernisieren. Die Vielfalt der Versorgungsformen wird mit einer Vielfalt von Vergütungsformen einhergehen, so dass unbedingt ein aktueller leistungsgerechter Vergütungsmaßstab vorhanden sein muss, der die Transparenz des Leistungsgeschehens sichert, zumal die Weiterentwicklung der GKV-Vergütungssysteme immer mehr in Richtung pauschalierter Vergütungen läuft, die eine Transparenz der Leistungsprozesse durch die Orientierung am Behandlungsfall oder Diagnose nicht mehr gewährleisten. Auf der Grundlage der Problemstellung und der politischen Situation wurden folgende Eckpunkte einer GOÄ-Reform konsentiert:

Prioritäre Aktualisierung des gesamten Leistungsverzeichnisses mit ICPM-(OPS-)basierter Leistungsdefinition

Eine eindeutige Festlegung der Zielleistungsinhalte von GOÄ-Positionen und ihre Akzeptanz soll durch Rückgriff auf eine allgemein anerkannte Prozedurenklassifikation gewährleistet werden. Damit wird auch die automatische Aktualisierung gesichert. Der Abstimmungsprozess über Leistungsinhalte und Ergänzungen des Leistungsverzeichnisses wird damit erleichtert.

Neustrukturierung des GOÄ-Leistungsverzeichnisses

Neben der Bewahrung einer Einzelleistungsvergütung für einen großen Teil der Leistungen wird auch eine ablaufbezogene Bündelung von Einzelleistungen zu Komplexleistungen vorgesehen, wo Leistungen regelhaft in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erbracht werden. Dies sind vornehmlich operative Leistungen, aber auch andere Leistungsbereiche, wie zum Beispiel In-vitro-Fertilisation, Schlaflabor u. ä. Mit einer derartigen Bündelung von Leistungen wird nicht nur die Abrechnung vereinfacht, eine Reduzierung der Zielleistungskonflikte erreicht sondern auch eine Begrenzung willkürlicher Mengenausweitungen nach Baukastenart erreicht. Methodischer Orientierungspunkt sind die Bewertungsrelationen operativer Leistungen als Grundlage der EBM-Fallpauschalen, ergänzt um krankenhauspezifische Kategorien

Ziel: Erhalt des Arztbezugs

Kernelement des Leistungsverzeichnisses ist der Erhalt des Arztbezuges als Wesensmerkmal der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung in der privatärztlichen Behandlung. Eine fachübergreifende Fallpauschale, wie sie in DRGs oder EBM-Fallpauschalen vorgesehen ist, ist für ein solches Vertragsverhältnis Patient-Arzt nicht geeignet. Mit dem Arztbezug wird die Transparenz des dem einzelnen Arzt zugeordneten Leistungsspektrums aufrecht erhalten.

Leistungsbewertung

Die Bewertung der Gebührenpositionen soll eine leistungsgerechte Vergütung im Einfachsatz der GOÄ sicherstellen. Dieser Einfachsatz soll der Vergütungssatz und zugleich Normal- bzw. Durchschnittssatz einer neuen Gebührenordnung werden und den bisherigen Schwellenwert ersetzen. Die Gebührenspanne ist auf den neuen Gebührensatz auszurichten. Eine Orientierung am Standardbewertungssystem des EBM 2000 plus ist vorgesehen. Ziel ist allerdings die Entwicklung einer wert- bzw. preisorientierten GOÄ, bei der Kosten nur ein Bewertungskriterium sein können.

Eine inhaltliche Ausarbeitung dieses Konzeptes wurde für ein Teilkapitel „Hüftendoprothesen“ vorbereitet, das die Bündelung der Hüftendoprothetik in einer Gebührenposition mit allen regelhaften und häufig fakultativ zu erbringenden Teilleistungen vorsieht. Die Leistungsinhalte werden durch die OPS-Ziffern transparent. Die Bewertung wird durch Bündelung der Bewertungen der enthaltenen Leistungspositionen mit den entsprechenden Häufigkeiten entsprechend den oben genannten Methoden erzielt. Verwandte Leistungen werden der Gebührenposition zugeordnet, daneben sind nur einzelne Zusatzleistungen mit eigenständiger Indikation berechenbar.

Dieses GOÄ-Konzept wird inhaltlich weiterentwickelt, wobei die Priorität zunächst auf die Aktualisierung der operativen Abschnitte der GOÄ gelegt wird, jedoch die Notwendigkeit gesehen wird, alle übrigen Abschnitte der GOÄ möglichst in einem Prozess zu modernisieren.

Gespräche mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zur GOÄ-Weiterentwicklung

Mit dem Verband der privaten Krankenversicherung wurden im Berichtsjahr 4 Sondierungsgespräche zur Abstimmung von Eckpunkten einer GOÄ-Reform durchgeführt. Einigkeit

wurde erzielt in der Beurteilung, dass eine GOÄ-Reform dringlich ist, die Unzulänglichkeiten der GOÄ die Attraktivität der Privatversicherung mindern, die Konflikte nicht nur die Honorarprüfung der Kostenträger und der Kammern in zunehmenden Umfange belasten, den Arzt mit Bürokratie überziehen und die private Krankenversicherung in den politischen Diskussionen über eine Erhaltung der Privatversicherung schwächen. Die Ärzteschaft wird zunehmend mit dem Vorwurf der Falschabrechnung bis hin zum Abrechnungsmisbrauch konfrontiert, obwohl die Unzulänglichkeit der gebührenrechtlichen Grundlage weit überwiegende Ursache für Fehlinterpretationen ist. Auch bezüglich der Rahmenbedingungen des Vorschlagsmodells besteht Übereinstimmung.

Ein Konsens über die Eckpunkte einer GOÄ-Reform konnte bislang noch nicht erreicht werden. Den vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossenen Eckpunkten mit dem Ziel, die Eigenständigkeit der privatärztlichen Vergütungsregelung, zugleich den Erhalt der Eigenständigkeit der Privatversicherung und der Privatbehandlung zu erhalten und der daraus folgenden notwendigen Abgrenzung vom EBM 2000 plus und dem Fallpauschalenvergütungssystem im Krankenhaus hat der PKV-Verband ein abweichendes eigenes Konzept gegenüber gestellt. Dieses Konzept sieht eine Entwicklung des GOÄ-Leistungsverzeichnisses aus den DRG-Fallpauschalen vor; dazu sollen Arztkostenanteile aus den DRG's herausgerechnet werden und diese Anteile verschiedener, an der Leistungserbringung beteiligten Arztgruppen soll Grundlage für ein GOÄ-Leistungsverzeichnis und für die GOÄ-Vergütung werden. Diese grundsätzlich andere Richtung der PKV wird von dieser damit begründet, dass damit eine Vereinfachung der Abbildung stationärer wahlärztlicher Leistungen, eine automatische Pflege und Anpassung an den medizinischen Fortschritt durch jährliche Ergänzungen des Institutes für Entgeltsysteme im Krankenhaus (INeK), eine deutliche Verringerung des Kontrollaufwandes bei Abrechnungsprüfung sowie eine pauschalierte Mitberücksichtigung der kompletten Wahlarkette erfolgen würde. Die Bundesärztekammer sieht die gleichen Vorteile auch durch ihr Konzept gewährleistet, demgegenüber aber erhebliche Gefährdungspotentiale im PKV-Konzept, weil es die Eigenständigkeit der Privatliquidation und damit das eigene Profil der wahlärztlichen Behandlung im Krankenhaus zu Gunsten eines „Quasi-Zuschlages“ zur DRG für die Leistungen der beteiligten leitenden Krankenhausärzte aufgibt. Dieses Konzept liegt nahe beim politischen Konzept des BMGS, wonach mit einem pauschalen Zuschlag zur DRG die wahlärztliche Behandlung abgegolten werden soll; zudem stuft die unmittelbare GOÄ-Anbindung an das DRG-System das Prinzip der individuellen Leistungserbringung im Einzelfall auf das DRG-Prinzip der Betrachtung von Durchschnittsleistungen im Durchschnittsfall innerhalb eines GKV-Systems und damit eines Budgetsystems herab. Alle Unzulänglichkeiten des DRG-Systems würden zudem in eine Amtliche Taxe, die nur unregelmäßigen Novellierungen unterzogen wird, übertragen, wobei die Übertragung von Unwirtschaftlichkeiten durch die Istkostenbasierung der DRG's ebenso durchschlägt wie die Nichtberücksichtigung privatärztlicher Leistungen bei besonders häufig nachgefragten Spezialisierungen innerhalb der sehr heterogenen und grob aggregierten DRG-Fallkomplexe. Die nicht oder unzureichende Berücksichtigung multidisziplinärer Leistungen und Mehrfachleistungen sowie die häufig zu konstatierende Kosten – und Leistungsinhomogenität sowie die Aufgabe einer durchgängigen Vergütung für den ambulanten und stationären Bereich durch Begrenzung der Wahlarztvergütung auf Arztkostenhonorare wird von der Bundesärztekammer ebenso kritisch gesehen. Die die bisherige privatärztliche Leistungserbringung kennzeichnende individuelle persönliche Patient-Arzt-Beziehung wird hinter eine institutionelle Krankenhaus-Patient-Beziehung mit dem Risiko der weiteren Ent-

wertung des freiberuflich geprägten ärztlichen Berufsbildes, einer Stärkung institutioneller Einkaufsmodelle und einer Entwertung des Sonderstatus Privatpatient zurücktreten. Die Innovations- und Motivationsfunktion der privatärztlichen Vergütung würde sukzessive durch eine weitgehende Angleichung von Leistungsinhalten und Vergütungen an das GKV-System aufgegeben, wobei sich der Rechtfertigungsdruck für die Daseinsberechtigung der Privatversicherung erhöhen wird. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Strategie der privaten Krankenversicherung. Eine Strategie der GKV-Konvergenz, die über ein zentrales Steuerungsinstrument, wie das Vergütungssystem initiiert werden kann, könnte das gegliederte Krankenversicherungssystem in Frage stellen. Das Konzept der Bundesärztekammer, das die von der PKV aufgeführten Vorteile ebenfalls aufweist, gewährleistet den Erhalt des eigenen Profils der privatärztlichen Behandlung und dient damit zugleich der Existenzsicherung des gegliederten Systems.

Optionen der Beihilfe

Die Situation der Beihilfe ist im besonderen durch die Finanzprobleme der öffentlichen Haushalte geprägt. Immer wird daher versucht, Mitteleinsparungen über Vergütungsabsenkungen der Ärzteschaft zu erreichen. Beihilfeberechtigte Beamte wurden in der Vergangenheit stets mit den gleichen Leistungseinschränkungen konfrontiert wie gesetzlich Krankenversicherte durch die Kostendämpfungsgesetzgebung. Zudem haben Beihilfeträger in den einzelnen Ländern systemkonforme Maßnahmen ergriffen, um eine Reduzierung der Beihilfeausgaben zu erreichen. So wurden für Beamte Zuzahlungen in unterschiedlicher Höhe, je nach Zugehörigkeit zu den verschiedenen Besoldungsgruppen eingeführt; es wurde die Erstattung wahlärztlicher Leistungen entweder auf der Grundlage des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes vom 07.11.2002 Aktenzeichen -2 BVR 1053/98- abgeschafft oder durch Sonderregelungen mit Zuzahlungen beibehalten. Die Debatte über die Überführung von Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung wurde dennoch fortgeführt, zumindest die Einführung eines Wahlrechtes für neu in den Dienst eintretende Beamten wurde weiterhin öffentlich diskutiert. Zugleich wurden immer wieder Diskussionen in einzelnen Ländern laut, die neben Beihilfe immanenten Vorschlägen auch eine Vergütungsbegrenzung oder –absenkung der Gebührenordnung für Ärzte vorschlugen. Im Berichtsjahr gab es sowohl eine Debatte in Nordrhein-Westfalen als auch in Niedersachsen, die darauf abzielte, eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel zu initiieren, die Gebühren für Ärzte und Zahnärzte zu reduzieren. Zu den Initiativanträgen der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Grünen des Niedersächsischen Landtages zur Reduzierung von Beihilfekosten wurde eine ausführliche Stellungnahme der Bundesärztekammer erarbeitet, in der die Intention, die Probleme der Beihilfe über die Vergütungstaxe eines freien Berufes zu lösen, mit Nachdruck abgelehnt wurde. Die bisherige Vernachlässigung und Veralterung der GOÄ wurde als unvereinbar mit einer Vergütungsabsenkung angesehen, insbesondere aufgrund des nicht stimmigen Vergütungsgefüges, der Bewertungsdisparitäten und der Veraltung der GOÄ; Probleme, die durch eine lineare Reduzierung des Vergütungsniveaus verschärft würden und zu massiver Benachteiligung von Arztgruppen und zugleich einem Qualitätseinbruch der medizinischen Versorgung führen würden. Der Argumentation der Politik einer unzulässigen Abrechnung auf Schwellenwertniveau wurde mit dem Hinweis begegnet, dass der Schwellenwert den Normalfall mit durchschnittlicher Schwierigkeit abbildet, zudem entspricht das

Schwellenwertniveau in vielen Fällen inzwischen den Einzelsätzen des EBM und hat Kostenträgern in den letzten 25 Jahren eine stabile Ausgabenkalkulation ermöglicht und zu Einsparungen wegen des weitgehenden Verzichtes der Ärzteschaft auf begründbare Überschreitungen der Schwellenwerte wegen des damit verbundenen bürokratischen Aufwandes geführt. Eine erneute Einengung des Honorarspielraums in der GOÄ wurde daher ebenfalls mit Nachdruck abgelehnt. Hingewiesen wurde auf den von der Ärzteschaft akzeptierten, im Jahre 2000 eingeführten Standardtarif für sozialsicherungsbedürftige Privatversicherte und Beihilfeberechtigte, der die Ärzteschaft verpflichtet, zu geringeren Faktoren abzurechnen. Dass dieser Tarif wenig Zuspruch bei den Adressaten findet, kann der Ärzteschaft nicht angelastet werden, sondern muss als Entscheidung akzeptiert werden, den Status des Beihilfeberechtigten oder Privatpatienten mit höherem Leistungsstandard als den im Leistungsangebot eingeschränkten Status des Standardtarifversicherten zu bevorzugen. Hingewiesen wurde auf die die Ausgabenentwicklung in der Beihilfe begrenzende Ordnungsfunktion von Bundesärztekammer und Landesärztekammern, die die Versäumnisse der Politik, ein aktuelles Gebührenverzeichnis vorzulegen, durch grundlegende und richtungsweisende Abrechnungsempfehlungen und Analoge Bewertungen auszugleichen versuchen.

Auch mit Vertretern der Beihilfeträger der Länder wurde eine Diskussion über die Weiterentwicklung der GOÄ geführt, die ergab, dass seitens der Beihilfe eine Aktualisierung der GOÄ unterstützt, jedoch mit dem Ziel einer Ausgabenbegrenzung für die Beihilfe verfolgt wird. Auch hier bestehen Präferenzen für die Übernahme des vertragsärztlichen Gebührenwerks – EBM 2000plus – und eines pauschalen Zuschlages zur DRG – gegenüber einer eigenständigen, von der Bundesärztekammer vorgelegten GOÄ-Konzeption. Allerdings wurde Interesse an einer weiteren Mitwirkung an den inhaltlichen Diskussionen signalisiert und Verständnis für die Position der Bundesärztekammer geäußert, insbesondere vor dem Hintergrund, dass zunehmend erkennbar wird, dass aufgrund unzulänglicher Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung – auch wegen des Fehlens einer leistungsgerechten Vergütung, dem deutschen Gesundheitswesen qualifizierte Ärzte verloren gehen.

Auswirkungen des Fallpauschalengesetzes auf die Privatliquidation

Die Beratungen über den Erhalt des Privatliquidationsrechtes auf der Grundlage der GOÄ neben den DRG-Fallpauschalen sind im Berichtsjahr fortgesetzt worden. Politisch wurde im Zusammenhang mit dem Fallpauschalengesetz und dem Krankenhausentgeltgesetz erreicht, dass Weichenstellungen zur Abschaffung der Privatliquidation aus den Gesetzesentwürfen entfallen sind, allerdings unter Inkaufnahme des politischen Hinweises, dass die Diskussion über die ordnungspolitische Einordnung von Privatliquidation und DRG-Fallpauschalen weiterhin ansteht und zu gegebener Zeit geführt wird. Wenngleich im Berichtsjahr durch das zweite Fallpauschalenänderungsgesetz eine Verlängerung der sogenannten Konvergenzphase zur Einführung des DRG-Fallpauschalensystems in die Krankenhäuser bis zum Jahr 2009 beschlossen wurde, bleibt das Thema – Zukunft der Privatliquidation im Krankenhaus – auf der Agenda. Anlässlich des o.g. Gespräches im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde zur Frage der Gestaltung der Vergütung wahlärztlicher Leistungen ausgeführt, dass vom Plan eines pauschalen Zuschlages zur DRG zur Vergütung wahlärztlicher Leistungen noch nicht Abstand genommen worden ist, jedoch über die tatsächliche Entwicklung keine abschließende Prognose möglich ist. Als besonders problematisch ist die Auf-

fassung des Ministeriums zu bewerten, zur Stärkung der Patientensouveränität und -rechte dem Privatpatienten ein Wahlrecht einzuräumen, mit welchem er aus dem Kreis der Leitenden Krankenhausärzte diejenigen auswählen kann, die seine wahlärztliche Behandlung vornehmen. Dies würde zu einem Wegfall des Bündelungsprinzips führen, das der Liquidationskette zugrunde liegt, und das beinhaltet, dass eine Wahlleistungsvereinbarung alle behandelnden Ärzte und deren Leistungen umfasst. Das Patientenwahlrecht kann insofern als Hebel genutzt werden, um das Privatliquidationsrecht im Krankenhaus schrittweise abzuschaffen, indem zunächst eine Aushöhlung bzw. Beseitigung der Liquidationskette und schließlich eine vollständige Abschaffung initiiert wird. Diese Konstellation begünstigt die Intentionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die mit der Neufassung der Chefarztvertragsmuster den Weg zu Vergütungsformen weg von der Privatliquidation hin zu Beteiligungs- oder Festvergütungen bahnen will. Diese Vertragsmuster wurden von der Bundesärztekammer dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) und dem Marburger Bund (MB) abgelehnt (siehe auch DÄ Heft 7, Seiten 333 – 335, Juli 2003). Im Berichtsjahr wurden weitere Abstimmungsgespräche mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte in dieser Angelegenheit geführt, wobei Konsens darüber besteht, dass der Erhalt der Privatliquidation im Krankenhaus auf der Basis der GOÄ gemeinsames Anliegen ist, dass zum Erhalt der GOÄ und zur innerärztlichen Akzeptanz deren Aktualisierung und Weiterentwicklung unbedingt vorangetrieben werden muss. Zur Wahrung der Privatliquidation sind Konzepte entwickelt worden, die eine Harmonisierung von DRG-Fallpauschalen mit der Privatliquidation ermöglichen; der Vorstand der Bundesärztekammer hat im Rahmen seiner Eckpunkte zur GOÄ-Reform das Modell einer Mischlösung befürwortet, das in der Vergangenheit mit Wahlarztabschluss einerseits und Honorarminderung andererseits bereits Anwendung gefunden hat. Darüber hinaus ist ein Konzept zum Erhalt der Liquidationskette entwickelt worden, in welchem ein „Behandlungsführer“, vornehmlich der Arzt, der die Hauptleistung erbringt, die wahlärztlichen Liquidationen im Krankenhaus im Bezug auf einen Behandlungsfall koordiniert, der neben der Bündelung der Liquidationen gleichzeitig daran mitwirkt, dass die Rechnungsstellung korrekt erfolgt. Wichtig zum Erhalt des Privatliquidationsrechtes und der Liquidationskette ist die Beachtung des Prinzips der persönlichen Leistungserbringung, die Information des Patienten über die beteiligten weiteren Ärzte, die Transparenz des gesamten Leistungsgeschehens und die Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten leitenden Ärzten, nicht nur hinsichtlich der Leistungserbringung, sondern auch hinsichtlich der Rechnungsstellung. Als besonders bedeutsam wird der Erhalt der Mitarbeiterhonorierung angesehen, die bei der Einführung eines DRG-Zuschlages, ebenso wie bei der Einführung von Beteiligungs- oder Festvergütungen beeinträchtigt oder beseitigt wird.

GOÄ-Anwendungsfragen

Im Kalenderjahr 2004 wurden 1414 schriftliche Anfragen zur Auslegung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte an die Bundesärztekammer gerichtet. Im Vergleich zum Vorjahr (1442 Anfragen) ist die Anfragefrequenz damit konstant geblieben. Neben den Fällen, in denen die Landesärztekammern die Bundesärztekammer zur Unterstützung bei GOÄ-Auslegungsdivergenzen einschaltet (281 Fälle im Kalenderjahr 2004), werden weitere GOÄ-Anwendungsfragen von Beihilfestellen, privaten Krankenversicherungen, ärztlichen Berufs-

verbänden 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 Berufungsangelegenheiten und/oder um die Benennung von medizinischen oder gebührenrechtlichen Sachverständigen für das Gericht. Die Benennung von Sachverständigen erfolgt immer in enger Absprache mit der jeweiligen Landesärztekammer. Wie bei den Gutachtenanforderungen der Gerichte handelt es sich auch bei einem Großteil der GOÄ-Anfragen von den Landesärztekammern und privaten Krankenversicherungen um Fragestellungen, die eine kritische Auseinandersetzung mit bereits vorliegenden gutachterlichen Stellungnahmen bzw. Fragestellungen die auf eine medizinisch-fachliche und gebührenrechtliche Bewertung der vorliegenden Probleme abzielen.

Die Hauptthemen der GOÄ-Anwendungsfragen sind in diesem Jahr die Bildung von Analogbewertungen für neuere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 GOÄ (und deren Beihilfefähigkeit) sowie weiterhin die Interpretationsspielräume bei der Auslegung des sogenannten Zielleistungsprinzips nach § 4 Abs. 2a GOÄ im operativen Bereich. Die Bewertung neuer diagnostischer oder therapeutischer Verfahren erfolgt nach Analyse der Wertigkeit für die jeweiligen Krankheitsentitäten anhand von wissenschaftlichen Studien (Literatur – und Medienrecherche), Produktinformationen, Expertenmeinungen einiger medizinischer Sachverständiger, bis hin zu Kurz-HTA's (siehe Kapitel Health Technology Assessment, Seite...) Aufgrund der veralteten GOÄ und der nach wie vor ausstehenden Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses wird der Handlungsbedarf unverändert hoch bleiben oder noch weiter steigen. Weitere Themenfelder betreffen Auslegungsdivergenzen um § 5 Abs. 2 GOÄ und sind Zeichen der fortwährenden Bestrebungen vor allem der Beihilfe, das durchschnittliche Vergütungssystem unter den Mittelwert (ärztlich 2,3fach, technisch 1,8fach bzw. Labor 1,15fach) abzusenken, zum Auslagenersatz nach § 10 GOÄ sowie, insbesondere im Zusammenhang mit der Liquidation individueller Gesundheitsleistungen, Unsicherheiten bei der GOÄ-konformen Rechnungsstellung nach § 12 GOÄ. Die Anfragen zur medizinischen Notwendigkeit verschiedener medizinischer Leistungen (§ 1 Abs. 2 GOÄ) haben leicht abgenommen. 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.

Eine Abnahme ist bei den Anfragen zur Honorarminderungspflicht nach § 6 a GOÄ zu verzeichnen. Durch das BGH-Urteil (Az: III ZR 186/01) wurde allen beteiligten Ärzten (auch für Leistungen, die in der Praxis des niedergelassenen Kollegen erbracht wurden), aber im Zeitraum der stationären Behandlung des Patienten durch angestellte Ärzte des Krankenhauses veranlasst wurden, eine 15%ige Minderung vorschrieben. Das Urteil vom Landgericht Ellwangen vom 01.08.2003 (Az.: 1 S 78/03) ergänzt dazu, dass diese Minderung für die an der stationären Behandlung des Patienten in ihrer niedergelassenen Praxis beteiligten Ärzte auch dann nicht entfällt, wenn diese Leistung/en nicht durch einen angestellten Arzt des Krankenhauses, sondern durch einen Belegarzt veranlasst worden sind, da das Fehlen der finanziellen Doppelbelastung des privat versicherten Patienten nicht bewiesen würde.

Die Bundesärztekammer unterstützt eine aktive Wahrnehmung der Ordnungsfunktion der Ärztekammern im Feld der privatärztlichen Abrechnung. Die intensiviertere Beschlussfassung und Veröffentlichung von Abrechnungsempfehlungen zielt darauf ab, eine auf die einzelne Leistung bezogene sachgerechte, im Bewertungsgefüge der GOÄ ausbalancierte Integration

neuerer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Basis der derzeit gültigen GOÄ zu ermöglichen. Die verstärkte Präsenz der Bundesärztekammer auf diesem Feld hatte in der Vergangenheit auf Seiten der privaten Krankenversicherungen zunächst zu einer – vom PKV-Verband per Veröffentlichung gegenteiliger Stellungnahmen in der Verbandszeitschrift „PKV-Publik“ – in die Öffentlichkeit getragenen Konfrontation von PKV-Verband und Bundesärztekammer geführt. 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 wachsende Kooperationsbereitschaft der meisten Unternehmen der Privaten Krankenversicherungen 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, Heft 8 vom 20.02.2004, Seiten A 526-527). Im November diesen Jahres konnte der Beschluss des Ausschuss „Gebührenordnung“ in gering abgeänderter Version mit dem PKV-Verband, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie dem Bundesministerium des Innern konsentiert werden. Eine Veröffentlichung wird nach dem Vorstandsbeschluss der Bundesärztekammer erfolgen.

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 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-Informationspool 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 Wahrung 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 derzeit zeitnah nach Versand des Originals in die Datenbank eingestellt. Von Seiten der Bundesärztekammer wurden im Jahr 2004 bis Redaktions-

schluss des Tätigkeitsberichts 269 neue GOÄ-Dokumente in die neue Datenbank eingepflegt. Von den Landesärztekammern wurden ebenfalls Dokumente eingestellt. Anfang 2004 befanden sich 4045 Dokumente in der Datenbank. Nach Bereinigung von doppelten und überholten Dokumenten stehen aktuell 2776 Dokumente in der Datenbank. 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 (aktuell 677 Dokumente).

GOÄ-Urteilsdatenbank

Mit dem Einsatz 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 Polarisierung hinsichtlich der gebührenrechtlichen Zuordnung des Leistungsspektrums in der modernen Medizin, wobei sich entweder eine Befürwortung der Ausschöpfung GOÄ-immanenter Selbstergänzungsmöglichkeiten (insbesondere durch Bildung von Analogbewertungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ) beobachten lässt (Urteil BGH 2004 zum Schilddrüsenkarzinom, AZ: IIIZR 344/03), oder aber eine Hervorhebung des normativen Charakters der Gebührenordnung und der alleinigen Verantwortung des Verordnungsgebers für die Weiterentwicklung der GOÄ, auch unter Inkaufnahme von wirtschaftlichen Nachteilen für die ärztlichen Leistungserbringer (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). 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. Entgegen vieler Gerichtsurteile zur Zielleistung bei der Hüft-TEP-Implantation, die neben den methodisch notwendigen operativen (Einzel-) Schritten, auch die medizinisch notwendigen operativen Schritte unter dem Begriff Zielleistung subsummieren, urteilte das Landgericht Stade im Urteil vom 31. März 2004, dass der Begriff der methodischen notwendigen Einzelschritte (ungleich) enger zu fassen sei (Az.: 2 S 81/03). Dieses und weitere Urteile zeigen eine erfreuliche Tendenz und werden durch einen Artikel von Professor Schulte-Nölke „Zur Vergütung privatärztlicher Operationsleistungen, Konturen des so genannten Zielleistungsprinzips in der GOÄ“ in der NJW Heft 32 aus 2004 (Seite 2273 ff.) aus juristischer Sicht gestützt.

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 Relevanz für die GOÄ-Auslegungspraxis aus und stellt diese nach Verschlagwortung und Kurzbeschreibung unter der Rubrik „Urteile“ in die Lotus Notes-GOÄ-Datenbank ein. Ein bedeutendes Urteil war das des Bundesverfassungsgerichtes zur Honorarvereinbarung nach

§ 2 GOZ. Hierin wird der 2,3fache Satz als mittlerer Standard beschrieben. Zusätzlich wird eingeräumt, dass für überdurchschnittliche Fälle nicht nur der 2,4fache bis 3,5fache Gebührensatz zur Verfügung stehen könne, sondern es dem Arzt möglich sein muss eine abweichende Vereinbarung gemäß § 2 GOZ zutreffen. Die Kriterien für eine angemessene Art und Weise werden dabei geregelt und überbordenden bürokratischen Bedingungen wird eine klare Absage erteilt (vgl. auch BVR 1437/02 vom 25.10.2004). Als zusätzlicher gebührenrechtlicher Informationsservice umfasst die Rubrik „Urteile“ zum Ende diesen Jahres 567 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 umfangreiche eigene Recherchen erforderlich. Derzeit werden die themenspezifisch gesammelten Informationen, auf Relevanz für die Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Entscheidungsfindung gefiltert und nach Verschlagwortung in einer internen Fachinformationsdatenbank elektronisch gespeichert. Diese Informationen reichen von der Produktinformation, über die Berichterstattung in den Medien, Stellungnahmen von Fachgesellschaften oder Berufsverbänden, der Recherche aus Medline oder Embase zu Studienergebnissen bis zu eigenen Kurz-HTAs. Um dem interessierten GOÄ-Datenbank-Nutzer die Option auf eine vertiefte Beschäftigung mit einem einzelnen Thema zu ermöglichen, ist eine sukzessive Integration der relevanten Fachinformationsdatenbank in die Lotus Notes-GOÄ-Datenbank geplant.

GOÄ-Service

Neben dem internen Informationsaustausch mit den Landesärztekammern pflegt die Bundesärztekammer die für alle Interessierten zugängliche 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 2004 306.912 mal von 102.322 Besuchern im Jahre 2004 (vgl. 257.266 mal von 70.528 Besuchern im Jahre 2003) aufgerufen. Die „Gebührenordnung“ ist im Bereich „Themen“ des Internet-Auftritts der Bundesärztekammer das Viertmeistbesuchte im Jahr 2004 (nach „Richtlinien“, „Weiterbildung“, „Ärztetag“) von insgesamt 26 Themengebieten.

Um einen möglichst großen Teil der Ärzteschaft aktuell über honorarpolitische Entwicklungen zu informieren, werden außerdem fortlaufend Artikel zu aktuellen Brennpunktthemen der privatärztlichen Versorgung und Vergütung im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (siehe auch Kapitel „Reformkonzept der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung GOÄ“, Seite 5 ff.) sowie, ebenfalls im Deutschen Ärzteblatt, unter der Rubrik „VARIA“ der regelmäßig alle 14 Tage erscheinende „GOÄ-Ratgeber“. Im Jahr 2004 wurden 22 Artikel zu sehr grundsätzlichen Themen behandelt wie das Zielleistungsprinzip nach § 4 Abs. 2a GOÄ (Heft 12 vom 19.03.2004, Seite A 812 und Heft 27 vom 02.07.2004, Seite A 1995), der Gebührenrahmen nach § 5 GOÄ (Heft 1-2 vom 05.01.2004, Seite A 61; Heft 42 vom 15.10.2004, Seite A 2840; Heft 44 vom 29.10.2004, Seite A 2980; Heft 46 vom 12.11.2004, Seite A 3126), die analoge Bewertung nach § 6 Abs. 2 GOÄ (Heft 20 vom 14.05.2004, Seite A 1445), IGeL-Leistungen (Heft 14 vom 02.04.2004, Seite A 956), zur Auskunftspflicht des Arztes (Heft 40 vom 01.10.2004, Seite A 2709) und der Abdingung nach § 2 (Heft 23 vom 04.06.2004, Seite A 1693). Aber auch spezielle Themen wie beispielsweise die Phototherapie im Krankenhaus (Heft 48 vom 26.11.2004, Seite A 3287) und die gynäkologische Sonographie (Heft 36 vom 03.09.2004, Seite A 2410) wurden erläutert.

Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer

Unter Vorsitz von Dr. Alfred Möhrle befasste sich der Ausschuss „Gebührenordnung“ sowohl mit honorarpolitischen Fragen – wie z. B. den Eckpunkten der GOÄ-Reform und Anwendungsfragen. Im Berichtszeitraum 2003/2004 wurden im Ausschuss „Gebührenordnung“ folgende Abrechnungsempfehlungen vorbereitet, die nach Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden: Analogbewertung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund, Abrechnung von Stanzbiopsien im Rahmen der Prostatakarzinom-Früherkennung (s. Deutsches Ärzteblatt, Heft 44 vom 04.04.2003, Seite A 946).

Die Beschlüsse des Ausschusses „Gebührenordnung“ zum Empfehlungskatalog zur Berechnung reproduktionsmedizinischer Leistungen nach GOÄ sowie dem Empfehlungskatalog zur Berechnung diagnostischer Leistungen in der Schlafmedizin nach GOÄ wurden auf schriftlichem Wege mit dem PKV-Verband, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und dem Bundesministerium des Inneren (BMI) konsentiert (s. Deutsches Ärzteblatt, Heft 8 vom 20.02.2004, Seiten A 526-527).

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ hat im Berichtszeitraum 2004 dreimal getagt. Zu den neu aufgerufenen Beratungsthemen zählen die hochauflösende Mammasonographie, ein Katalog neuerer diagnostischer und operativer Leistungen in der Urologie sowie dem Abzug von Eröffnungsleistungen bei endoskopischen Eingriffen (in der Gynäkologie). Weitere Themen waren die Auswirkung der auf dem 106. Deutschen Ärztetag beschlossenen (Muster)-Berufsordnung, insbesondere die Inkompatibilität des § 19 (2) MuBO mit dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung nach § 4 Abs. 2a sowie die Entwicklung eines Patientenmerkblattes, welches der Aufklärung der Patienten über die Rahmenbedingungen der Privatliquidation, die Abrechnung nach GOÄ und damit als Mittel zur möglichen Schlichtung bei Streitfragen dienen soll.

Ferner wurde die Weiterentwicklung der GOÄ beraten. Der Ausschuss „Gebührenordnung“ befasste sich dabei insbesondere mit den Ergebnissen der Gespräche der Bundesärztekammer mit dem PKV-Verband, dem BMGS, der Beihilfe, des VLK und anderer Partner im Gesundheitswesen über das Modell der Bundesärztekammer zur Neustrukturierung der GOÄ.

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ arbeitet – zunächst für die operativen Fachgebiete – an der Weiterentwicklung der OPS-gestützten Neustrukturierung des Gebührenverzeichnisses, das die Abrechnung zukünftig entscheidend vereinfachen soll. Der Rückgriff auf einen allgemein anerkannten Prozedurenschlüssel wie den OPS schafft Transparenz hinsichtlich der durch die neuen Gebührenpositionen abgedeckten einzelnen Leistungsinhalte und kann die Verhandlungsführung erleichtern.

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) sowie mit den Urteilen zur PET (BGH-Urteile vom 27. November 2003, Az.: III ZR 37/03 und Az.: III ZR 416/02) und den Auswirkungen für die Empfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung“.

Die Beschlüsse des Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer tragen in großem Umfang zu größerer Rechtssicherheit in der Anwendungspraxis bei. Dennoch bleibt ein großer Regelungsbedarf durch den dynamisch medizinischen Fortschritt, der nur durch eine umfassende GOÄ-Reform beseitigt werden kann. Die Beschlüsse werden veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt (vgl. Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 8 vom 20.02.2004, Seiten A 526-527), sowie im Internet unter

www.bundesaerztekammer.de/30/Gebuehrenordnung.

Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer

Im Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen sind neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), das Bundesministerium des Innern (BMI), der PKV-Verband sowie – ohne Stimmrecht – der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) vertreten. Im Berichtszeitraum 2004 hat der Zentrale Konsultationsausschuss zweimal getagt. Den Vorsitz des Gremiums hat Dr. Alfred Möhrle.

Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen konzentriert sich auf Beratungsthemen, bei denen wegen der Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums ein besonders großer Bedarf für Abrechnungsempfehlungen sowie Analoge Bewertungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ besteht. Der Zentrale Konsultationsausschuss berät außerdem über medizinische Leistungen, bei denen die unterschiedlichen Auslegungen zum Zielleistungsprinzips nach § 4 Abs. 2 GOÄ zwischen Ärzteschaft und der Seite der Kostenerstatter stark auseinanderweichen. Die Bundesärztekammer seitigen Standpunkte werden

jeweils themenspezifisch in Zusammenarbeit mit ärztlichen Berufsverbänden und medizinischen Fachgesellschaften vorbereitet.

Als Beispiel für prägnante Fragen der GOÄ-Auslegung, mit denen sich der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen im Jahr 2004 beschäftigt hat, sei auf die Interpretation und Klärung der operativen Leistungen im Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenärzte verwiesen. Die konsentierten Beschlüsse haben zur Befriedung in diesem Fachgebiet wesentlich beigetragen.

Die Beschlüsse des Ausschusses „Gebührenordnung“ zu dem Empfehlungskatalog zur Berechnung reproduktionsmedizinischer Leistungen nach GOÄ sowie dem Empfehlungskatalog zur Berechnung diagnostischer Leistungen in der Schlafmedizin nach GOÄ wurden auf schriftlichem Wege mit dem PKV-Verband, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und dem Bundesministerium des Inneren (BMI) konsentiert und haben daher den Stellenwert eines Beschlusses des Zentralen Konsultationsausschusses bei der Bundesärztekammer (s. Deutsches Ärzteblatt, Heft 8 vom 20.02.2004, Seiten A 526-527).

Neue Beratungsthemen im Jahr 2004 waren zahlreiche Themen aus dem Bereich der Strahlentherapie. Konkret wurde über die Abrechnung der stereotaktischen Einzeitbestrahlung von malignen und benignen Tumoren, die Auslegung des Begriffs Zielvolumen in der Strahlentherapie, die Abrechnung des Multileafkollimators, Seed-Implantation bei Prostatakarzinom und den Abzug von Eröffnungsleistungen in der Carotischirurgie beraten.

Konsentiert werden konnten neben den hals-nasen-ohrenärztlichen Leistungen (vgl. Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25 vom 18.06.2004, Seiten A 1845-1847) auch eine gebührenrechtliche Einordnung der Netzimplantation in der Hernienchirurgie (Deutsches Ärzteblatt, Heft 36 vom 03.09.2004, Seite A 2414) und die Kapselendoskopie. Der Beschluss zu Kapselendoskopie wird Anfang 2005 veröffentlicht.

Die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer werden veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, sowie im Internet unter www.bundesaerztekammer.de/30/Gebuehrenordnung

Vergütungsregelung Ost

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen hat wie eine Vielzahl vorangegangener Ärzte-tage erneut die überfällige Angleichung der Vergütungshöhe in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin Ost an das Vergütungsniveau der alten Bundesländer gefordert. Die Absenkung der Vergütungshöhe privatärztlicher Leistungen in den neuen Bundesländern ist verankert in Anlage I Kapitel VII Sachgebiet II des Einigungsvertrages vom 03.10.1990. Das Bundeskabinett hatte am 11.08.1998 der Anhebung auf 90 Prozent der westdeutschen Gebührensätze zugestimmt. Am 27.09.2001 stimmte der Bundesrat der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Sechsten Gebührenanpassungsverordnung mit einer Gebührenanhebung ab dem 01.01.2002 auf 90 Prozent der westdeutschen Gebührensätze zu. Hiervon betroffen sind neben der Gebührenordnung für Ärzte die Gebührenordnung für Zahnärzte und die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung.

Obwohl der Präsident der Bundesärztekammer immer wieder auf die Diskriminierung der Ärzte in den neuen Bundesländern durch Aufrechterhaltung des Ostabschlages hinweist, wiederholt die Bundesministerin für Gesundheit stereotyp die bisherigen Argumente gegen die Abschaffung des Ostabschlages, die die Gebührenanpassungen für privatärztliche Leistungen in den neuen Ländern an die wirtschaftliche Entwicklung nach der einschlägigen Verordnungsermächtigung, insbesondere das Verhältnis der für die neuen und die alten Länder festgesetzten Bezugsgrößen anknüpfen. Diese in der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung vorgesehenen Bezugsgrößen sollen nach dem BMGS für das Jahr 2004 mit rund 84 % immer noch deutlich unter der geltenden Gebührenhöhe von 90 % des Westniveaus liegen. Auch mit Blick auf das in den neuen Ländern im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet deutlich niedrigere Lohn- und Gehaltsniveau, das sich auf die Kostensituation der Arztpraxen auswirkt, wird als Grund für die geringe politische Durchsetzbarkeit der Vergütungsangleichung vorgetragen. Diese Argumente standen der Angleichung der Gebührenregelungen für Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater sowie ärztlicher Sachverständige vor Gericht nicht entgegen; das nunmehr zum 1.07.2004 in Kraft gesetzte Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz hat die Vergütungen in Ost und West vereinheitlicht. Die Gebührenabschläge gelten ausschließlich für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Hebammen und Ergotherapeuten, also ausschließlich im Gesundheitswesen. Sie tragen damit dazu bei, die ohnehin prekäre finanzielle Situation der Gesundheitsberufe in den neuen Bundesländern zu verschärfen, und damit die Attraktivität des ärztlichen Berufes in diesen Regionen weiter zu beeinträchtigen. Zudem werden zunehmend Investitionsentscheidungen in Praxen oder sonstigen Einrichtungen im Gesundheitswesen auch von der Ungleichbehandlung der privatärztlichen Vergütungsregelung abhängig gemacht, dies kulminiert insbesondere in Berlin, wo im Ostteil der Stadt praktizierende Ärzte den Ostabschlag vornehmen müssen, trotz Behandlung von Westberlinern, sowie im Westteil tätige Ärzte bei Behandlung von Ostberlinern oder Patienten aus den neuen Bundesländern zu 100 % abrechnen können. Die Bundesärztekammer wird gemeinsam mit den übrigen betroffenen Berufsverbänden und in Abstimmung mit den Landesärztekammern der neuen Bundesländer zu einem geeigneten Zeitpunkt eine Initiative zur Angleichung der Vergütungen auf Westniveau starten.

Gesprächskreis mit der privaten Krankenversicherung

Die Zusammenarbeit mit der privaten Krankenversicherung wurde im Jahr 2004 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 den Modellen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ 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 Arbeitsgruppe aus Vertretern des PKV-Verbandes und der Bundesärztekammer. Eine Bewertung der Ergebnisse der Rürup-Kommission, die Finanzierung der GKV entweder auf das Gesundheitsprämiensy-

stem oder die Bürgerversicherung umzustellen, wird als existenzielle Bedrohung der PKV angesehen, da tendenziell die Einbeziehung der Gesamtbevölkerung in dieses Finanzierungssystem vorgesehen ist und beim Gesundheitsprämienmodell ebenfalls 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. Daher ist der von der PKV entwickelte „Basistarif“ für freiwillig gesetzlich Versicherte kritisch zu sehen. Dieser Schutz beinhaltet neben einem Kontrahierungszwang auch eine Art Risikostrukturausgleich (Pool-Ausgleich zwischen den beteiligten Versicherungsunternehmen). Die Versicherten des „Basistarifes“ können zu einem anderen Unternehmen der PKV wechseln, und dabei Altersrückstellungen mitnehmen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Die Erstattung bei „Basistarif“-Versicherten nach GOÄ soll auf die Höhe des 2,0fachen Gebührensatzes begrenzt sein, zusätzlich soll ein Hausarztprinzip etabliert werden mit Erstattungsbeschränkungen bei Direktinanspruchnahme des Facharztes. Aus Sicht der Bundesärztekammer widerspricht der Tarif den Strukturprinzipien der PKV.

Weitere Gespräche mit dem PKV-Verband konzentrierten sich auf die Weiterentwicklung der GOÄ und der Abstimmung von Eckpunkten einer GOÄ-Novelle. (vergleiche Kapitel - Gespräche mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zur GOÄ-Weiterentwicklung- Seite 331 ff.)

Bei den Gesprächen mit der PKV über Honorarfragen wurden kritisch die das Patient-Arzt-Verhältnis belastenden Schuldvorwürfe in den Schreiben der privaten Krankenversicherungen zu der Honorarprüfung angesprochen. Die wachsenden Konflikte schlugen sich erkennbar in sinkenden Zuwächsen im Versichertenbestand nieder.

In einem Spitzengespräch mit dem PKV-Verband und der Bundesärztekammer wurden über die Positionierung der Ärzteschaft zu den Finanzierungsmodellen hinaus Handlungsfelder identifiziert, in denen zukünftig eine engere Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und PKV angestrebt wird. Als mögliche Felder wurden die Qualitätssicherung in der privatärztlichen Versorgung und die Reform der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) identifiziert. Zur Frage der Qualität der privatärztlichen Versorgung hat im Jahr 2004 eine Sitzung stattgefunden. Der Wunsch der privaten Krankenversicherung nach qualitativ hochwertiger Versorgung und einem Qualitätssicherungsinstrumentarium wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist nachvollziehbar, muss jedoch in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gestaltet werden. Die Qualitätssicherung im privatärztlichen Bereich, sollte dabei keinesfalls die von der GKV benutzten Instrumente einer Kontrolle, zunehmender Fremdbestimmung und Bevormundung des Arzt-Patienten-Verhältnisses übernehmen, sondern eher Anreize setzen sowie die Möglichkeit der Beratung des Patienten bzw. Versicherten nutzen. Besondere Konzepte sollen das Profil der PKV erhalten und unterstreichen. Weitere Beratungen und konkrete Projekte sind für 2005 geplant.

Vereinbarung mit der Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit wandte sich an die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Wunsch, die Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten und dem ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit durch Einführung eines abgestimmten Verfahrens zu verbessern. Die Bundesagentur für Arbeit hat den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Verfahrensabläufe und die vermittlerischen Instrumente zu optimieren; dazu gehört die effektivere und raschere Vermittlung von Arbeitssuchenden und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Bei denjenigen Arbeitssuchenden, jetzt „Kunden“, bei denen gesundheitliche Einschränkungen bei der Festlegung der Vermittlungsstrategie von Bedeutung sind, ist eine raschere Feststellung dieser Einschränkungen in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten von besonderer Bedeutung. Das bisherige Verfahren war wenig formalisiert und eher als ungeordnetes Sammeln von Informationen über den Gesundheitszustand von Arbeitssuchenden zu bezeichnen. Die Verhandlungen mit der Bundesagentur für Arbeit richteten sich im wesentlichen darauf, das Verfahren zu einer schnelleren Sachverhaltsaufklärung über gesundheitliche Beeinträchtigungen in einer gemeinsamen Vereinbarung sicherzustellen. Dazu wurde das Konzept eines Befundberichtes des ärztlichen Dienstes der Agenturen für Arbeit bei behandelnden Ärzten entwickelt, deren formularmäßige Ausgestaltung eine rasche und unbürokratische Erledigung sicherstellen soll. Dieser Befundbericht wurde so gestaltet, dass der Arzt seine Kenntnisse über den Patienten direkt aus den Befundunterlagen übertragen kann, den größten Teil der Fragen mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten kann und von einer prognostischen Bewertung abgesehen wurde.

Nachdem in den Verhandlungen zunächst eine unterschiedliche Positionierung zur Vergütungsgrundlage für ein solchen Befundbericht nicht ausgeräumt werden konnte, ergaben weitere Verhandlungen mit der Bundesagentur für Arbeit nicht nur einen Konsens über den Inhalt des Befundberichtes sondern auch Einigkeit in der Frage der Vergütung. Die Bundesagentur für Arbeit hat sich bereit erklärt, den im Inhalt abgestimmten und für alle Untergliederungen der BGA im Bundesgebiet (360 Stellen) geltenden einheitlichen Befundbericht mit 21,- Euro, in Anlehnung an das JVEG zu vergüten, obwohl die unterschiedliche rechtliche Bewertung zur Vergütungsgrundlage zwischen den Beteiligten nicht ausgeräumt werden konnte. Die Vorbehalte der Bundesagentur für Arbeit, dass die Einführung dieses Befundberichtsverfahren nicht gleichzeitig mit einer höheren Vergütung belastet werden soll, wurden zurück genommen und damit den Forderungen der Ärzteschaft entsprochen. Mit dem vereinbarten Verfahren werden die zahlreichen unterschiedlichen Befundbögen vereinheitlicht; mit der konsentierten Vergütung werden die Konflikte, die aus einzelnen Landesärztekammern zum Vorgehen von Untergliederungen der Bundesagentur für Arbeit gemeldet werden, beendet und anstehende Klagen vermieden. Die Vereinheitlichung der Inhalte des Befundberichts ist ein Beitrag zur Entbürokratisierung, zumal das Formular in die Praxissoftware einbezogen wird.

Die Vereinbarung soll nach Beschlussfassung in der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 1. Februar 2005 in Kraft treten. Die Bundesagentur für Arbeit wird – mit dem Vorbehalt des Abschlusses der Vereinbarung – ihre Verfahrenspraxis aus technischen Gründen bereits zum 1. Januar 2004 auf die Inhalte der Vereinbarung ausrichten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat der Vereinbarung zwischen Bundesagentur für Arbeit einerseits und Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung andererseits in seiner 17. Sitzung vom 17.12.2004 in Berlin zugestimmt.

Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts beim Bundesministerium der Justiz

Die Bundesministerin für Justiz, Frau Prof. Dr. Herta Däubler-Gmelin hat am 30.05.2001 eine Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechtes eingesetzt. Diese Kommission wurde beauftragt, Vorschläge zu erarbeiten, die es dem Gesetzgeber erlauben, das Versicherungsvertragsrecht in seinen allgemeinen Bestimmungen, wie auch das Vertragsrecht der einzelnen Versicherungszweige unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Rechtsprechung und der Vertragspraxis zeitgemäß und übersichtlich zu gestalten. Die Ergebnisse wurden in einem Zwischenbericht am 30.05.2002 vorgelegt und ergaben auch Reformbedarf in der privaten Krankenversicherung, und zwar in Übereinstimmung mit den 1996 vorgelegten Gutachten der „Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der private Krankenversicherten im Alter.“ Im weiteren Verlauf wurde der Bundesärztekammer die Möglichkeit eingeräumt in einer Anhörung vor der Kommission im Februar 2003 ihre Position zu den Reformmaßnahmen insbesondere in der privaten Krankenversicherung vorzutragen. Die Arbeit der Kommission wurde mit der Übergabe des Abschlussberichtes an die Bundesministerin der Justiz am 19.04.2004 beendet. Die Bundesärztekammer hat zu Teilen dieses umfassenden Abschlussberichtes, insbesondere in Bezug auf Regelungen für den Bereich der privaten Krankenversicherung mit Schreiben des Präsidenten der Bundesärztekammer vom 18.06.2004 Stellung genommen und dabei die Aktualisierung des fast 100 Jahre alten Versicherungsvertragsrechts sowie die zeitgemäße Gesamtreform dieses Rechtes begrüßt. Auch die im Bericht vorgeschlagenen erweiterten Beratungs- Aufklärungs- und Informationspflichten der Versicherer, sowie die Schaffung gesetzlicher Mindeststandards für die einzelnen Versicherungszweige wurden als Maßnahmen des Verbraucherschutzes und der Verbesserung der Transparenz befürwortet.

Die Kommission befasste sich des Weiteren mit der Mitgabefähigkeit von Alterungsrückstellungen sowie des gesetzlichen Beitragszuschlages mit dem Ziel, den Versicherungswechsel in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen, sowie mit der Forderung nach einen gesetzlichen Rahmen zur Einführung ergänzender Versicherungstarife unter Berücksichtigung von Managed-Care-Elementen mit dem Ziel einer effektiven Qualitäts- und Kostensteuerung sowie zur Beitragsstabilisierung. Erweitert wurde das Spektrum der Vorschläge durch die Einführung eines Wirtschaftlichkeitsgebotes auch in der privaten Krankenversicherung.

Die Mitgabefähigkeit der Alterungsrückstellungen ist schon seit Jahren in der politischen Diskussion, um auch Privatversicherten die Möglichkeit des Versicherungswechsels ohne Verlust der angesparten Alterungsrückstellungen zu ermöglichen. Die Kommission hat zu diesem Thema keine Lösungsmöglichkeit gefunden, da die Transferierbarkeit der Alterungsrückstellungen nur durch eine Aufgabe der PKV- spezifischen Struktur-Organisations- und Finanzierungsprinzipien möglich wäre z. B. durch Einführung eines gesetzlichen Kontrahierungszwanges unter Aufgabe des Risikoäquivalenzprinzips sowie durch Einführung eines unternehmensübergreifenden Risikoausgleiches. Aus diesem Grunde wurde lediglich die Übertragbarkeit des durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführten Beitragszuschlages als mögliches Instrument zur Erleichterung des Versicherungswechsels vorgeschlagen, allerdings bei Verlust der umfassenderen Alterungsrückstellung. Die von der Kommission vorgelegten Vorschläge zur Einführung von Managed-Care-Elementen in die PKV

wurden von der Bundesärztekammer abgelehnt; sie verkennen die Rahmenbedingungen der privatärztlichen Behandlung mit getrennten Rechtsverhältnissen zwischen Patient und Arzt einerseits und Versichertem und Versicherung andererseits. Aus Sicht der Bundesärztekammer wird die Kommission unglaubwürdig, wenn auf der einen Seite eine klare Differenzierung der Systeme unterstrichen wird, auf der anderen Seite jedoch Regelungen initiiert werden, die eine Vermischung und Konvergenz der Systeme begünstigen und die Vorteile des gegliederten Systems damit aufgeben. Statt fragwürdiger Managed-Care-Ansätze hat die Bundesärztekammer andere Möglichkeiten zur Begrenzung von Ausgabensteigerung und zur Qualitätsverbesserung vorgeschlagen. Dabei wird dem von der Kommission für notwendig angesehenen Vorschlag der Kostensteuerung entgegengehalten, dass durch eine Aktualisierung der Abrechnungsgrundlage mit mengenbegrenzenden Elementen durch Neustrukturierung der Leistungen, aber auch durch Qualitätsvereinbarungen zwischen Bundesärztekammer und Verband der privaten Krankenversicherung die genannten Ziele besser erreichbar sind als durch Einkaufsmodelle privater Krankenversicherungsträger sowie Steuerungsansätze und Qualitätssicherungsmaßnahmen, die als Kontrollinstrumente in erster Linie Kostenreduzierungen bewirken sollen. Auf die Entwicklungen in den Ländern mit Managed-Care-Systemen und die dort erkennbaren negativen Auswirkungen wurde hingewiesen. Anerkannt wurde, dass die private Krankenversicherung ein berechtigtes Interesse am Service für ihre Kunden sowie an der Stabilität der Beiträge hat und dazu auch das Instrument der Honorarprüfung einsetzt. Weit über eine Kompetenz der Krankenversicherer hinaus geht allerdings die vorgesehene Beratung über Anbieter von Leistungen sowie der Vorschlag zur Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und Versicherung.

Offensichtlich als Reaktion auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes vom 12.03.2003 (Az. IV ZR 278,01) wonach eine medizinisch notwendige Behandlung nicht den Versicherer berechtigt, seine Leistungspflicht auf die kostengünstigste Behandlung zu reduzieren, wurde im Abschlussbericht die Einführung eines Wirtschaftlichkeitsgebots, ähnlich der Vorgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschlagen. Damit werden nach Auffassung der Bundesärztekammer die Rechte der Versicherten und Patienten beschnitten und die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ausgehöhlt. Festgestellt wurde, dass der PKV – anders als der GKV – möglich ist, ihr Tarifangebot zu differenzieren und damit Einfluss auf den Umfang des medizinischen Leistungsangebotes zu erreichen. Die vorgeschlagene Verschärfung des Wirtschaftlichkeitsgebots wird ständige Konflikte und Auseinandersetzungen über die medizinische Notwendigkeit und zugleich Kostengünstigkeit ärztlicher Behandlungsmaßnahmen fördern und wurde daher abgelehnt. Die Auffassung der Bundesärztekammer wurde publiziert im Kommentar „Versicherungsvertragsgesetz, Verkehrte Welt oder strategisches Ziel“ (DÄ, Heft 33 vom 13.08.2004, Seite A 2214 ff.). Mit der Abgabe des Abschlussberichtes wurde die Vorlage eines Gesetzesvorschlages verknüpft, auf dessen Grundlage das Bundesjustizministerium einen Referentenentwurf für ein neues Versicherungsvertragsgesetz plant. Die Vorlage eines solchen Gesetzentwurfes war für Herbst 2004 vorgesehen, ist bisher allerdings nicht erfolgt.

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

Die Bundesärztekammer hat die Beratungen der Reform des Kostenrechtes, das so genannte Kostenrechtsmodernisierungsgesetz (KostRMoG) mit dem Teil des ehemaligen Zeugen-sachverständigen-gesetzes, das in Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG)

umbenannt wurde, intensiv begleitet. In verschiedenen Stellungnahmen zu den Gesetzesentwürfen wurden Vorschläge zu einer Verbesserung der Vergütungsstruktur und zu einer leistungsgerechten Vergütung vorgelegt. Die Vorschläge der Bundesärztekammer und Stellungnahmen wurden bekannt gegeben auch unter www.bundesaerztekammer.de/30/JVEG.de. Die Vorschläge der Bundesärztekammer zur Kategorisierung der Gutachten, die in einer Arbeitsgruppe mit betroffenen Sachverständigen erarbeitet wurden, fanden Eingang in den Gesetzesentwurf, allerdings wurde die Forderung nach angemessener Vergütung nicht erfüllt. Ende 2003 fanden die abschließenden Beratungen des inzwischen parteienübergreifenden Gesetzesentwurf statt. Die Bundesärztekammer hatte über die Verhandlungen im Bundesministerium der Justiz und ihre schriftlichen Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf hinaus versucht, politisch Einfluss auf das Beratungsverfahren zu gewinnen. Insbesondere der von Seiten der Bundesärztekammer geäußerten Bitte, den Berichterstattern der Parteien zu diesem Gesetzesentwurf die Kritik der Ärzteschaft vor den Beratungen im Bundesrat nochmals mündlich vortragen zu können, wurde unter Hinweis darauf, dass ein Gesamtpaket geschnürt worden ist, dass durch einzelne Änderungen nicht mehr gefährdet werden soll, abgelehnt. Aus diesem Grunde hat die Bundesärztekammer im Januar in einer Pressekonferenz öffentlich gegen die vorgesehenen Regelungen protestiert. In einer Pressemitteilung am Tag der Bundestagsberatungen mit dem Tenor „Ärztliche Gutachter nicht schlechter stellen als Andere“ wurde erneut gegen die unzulängliche Einordnung der ärztlichen Sachverständigen in die Vergütungsstruktur des Gesetzes vorgegangen (siehe hierzu auch DÄ, Heft 5 vom 30.01.2004, „Medizinische Gerichtsgutachten – immer noch unterbewertet – ärztliche Sachverständige beim Honorar diskriminiert“, Seiten A 225-226). Auch eine Eingabe bei allen Ministerpräsidenten der Länder zur Beeinflussung der Bundesratsberatungen des Gesetzesentwurfes fand nur geringe Resonanz, obgleich vorgetragen wurde, dass die Zuordnung ärztlicher Sachverständigenleistungen in das Gesamtgefüge der Vergütungsgruppen dieses Gesetzes für ärztliche Sachverständige provokant ist. Vorgetragen wurde, dass ärztliche Gutachtenleistungen, z. B. zur Begutachtung einer Erwerbsminderung, zur Haftfähigkeit oder zur Schuldfähigkeit von Erwachsenen oder von Kindern und Jugendlichen, geringer vergütet werden als Gutachten zu materiellen Schäden, z. B. bei KFZ-Unfällen oder von Möbeln etc. Eine derartige Missachtung der Leistungen qualifizierter ärztlicher Gutachter diskriminiere nicht nur ärztliche Sachverständige, sondern auch die von den Entscheidungen betroffenen Menschen.

Der Deutsche Bundestag verabschiedete am 12.02.2004 den fraktions- bzw. den parteiübergreifenden Entwurf des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes ohne größere Änderungen. Medizinische Gutachten wurden den vorgesehenen Honorargruppen mit festen Stundensätzen zugeordnet, das Honorar für besondere Leistungen sowie in der Anlage zu § 10 Abs. 1 wurden wie vorgesehen angehoben, jedoch nicht in dem Maße, wie es die Bundesärztekammer gefordert hatte. In einer Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt (DÄ, Heft 24 vom 11.06.2004, „Medizinische Gutachten: Entschädigungen neu geregelt“, Seite A 1714 ff.) wurden die Neuregelungen ausführlich dargestellt. Das Gesetz trat am 01.07.2004 in Kraft und wird in seiner Anwendungspraxis zur Zeit beobachtet und evaluiert. Die Bundesärztekammer wird auf der Grundlage der Auswertung entscheiden, welche politischen und rechtlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation ärztlicher Sachverständiger zu ergreifen sind.

Ärztliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung

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 seit Oktober 2004 der vormalige Stellvertreter Herr Prof. Hessenauer, Mainz, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und damit Nachfolger von Herrn Dr. Möhrle, Frankfurt, ehemaliger Präsident der Hessischen Landesärztekammer. Stellvertretender Vorsitzender ist nunmehr Herr Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer.

In der routinemäßigen jährlichen Sitzung der Ständigen Konferenz am 24. April 2004 in Goslar berichteten die Mitglieder über aktuelle Entwicklungen auf Landesebene. Es wurde eine Reihe von Grundsatzfragen diskutiert. Im Bericht zur Lage setzte der zu diesem Zeitpunkt amtierende Vorsitzende Dr. Möhrle folgende Schwerpunkte:

„Die Monate seit der letzten regulären Sitzung dieser Ständigen Konferenz haben uns weitere Beweise der gesetzgeberischen Fähigkeiten unserer Bundesregierung gebracht, insbesondere das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG). Vor

allein durch das Tätigwerden des früheren Gesundheitsministers Horst Seehofer (CSU) ist es der Koalition gelungen, dieses Gesetz mit einem parteiübergreifenden Konsens zu verabschieden - wie üblich wenige Tage vor seinem In-Kraft-Treten. Die breite Zustimmung im Parlament zeigt aber auch, wie sehr man schon den Behauptungen von Leuten wie Prof. Karl Lauterbach auf den Leim gegangen ist, für die unser Gesundheitswesen nur aus Über-, Unter- und Fehlversorgung besteht. Dass es auch eine „Normalversorgung“ gibt, die für etwa 99% aller Fälle zutreffen dürfte, kommt in deren Vorstellungen überhaupt nicht mehr vor! Um so erstaunlicher, daß sich die meisten Deutschen, einschließlich der Politiker, auf schnellstem Wege nach Deutschland zurückbringen lassen, wenn sie im Ausland erkranken, offenbar um unserer Über-, Unter- und Fehlversorgung teilhaftig zu werden.

.....

Das GMG enthält aber auch neue Regelungen, die direkte Auswirkungen auf die ärztlichen Versorgungswerke haben könnten: Ich spreche von den „Medizinischen Versorgungszentren“ und von der „Integrierten Versorgung“. Hier werden neue Möglichkeiten geschaffen, den Arztberuf dauerhaft im Angestelltenverhältnis auszuüben. Es dürfte für den einen oder anderen Kollegen sogar attraktiv sein, seine eigene Praxis aufzugeben, seine Zulassung in ein Versorgungszentrum einzubringen und künftig als Angestellter tätig zu sein. Insgesamt bedeutet dies eine Abkehr vom Arztberuf als freiem Beruf. Nach der neuesten Ärztestatistik waren zum 31.12.2003 von den insgesamt 388.201 Ärztinnen und Ärzten 171.768 in stationären Einrichtungen, bei Behörden oder in sonstigen Bereichen, also wohl überwiegend in angestellter Position tätig. Nur noch 124.203 waren in eigener Praxis niedergelassen. Was wird mit der Befreiungsvoraussetzung von der gesetzlichen Rentenversicherung geschehen, wenn immer mehr unserer Kollegen auf Dauer in einem Angestelltenverhältnis verbleiben?

Hinzu kommt, dass seit einiger Zeit intensiv über eine Umstellung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert wird. Parteienübergreifend wird über eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage für die Beitragserhebung nachgedacht. Außer dem Arbeitslohn sollen auch andere Einkommensarten hierfür herangezogen werden. Auch eine Pflichtgrundsicherung ist im Gespräch, sei es durch eine „Bürgerversicherung“ à la Lauterbach, also eine Einheitskasse, oder über eine Versicherungspflicht wie bei der Kfz-Haftpflichtversicherung. Sollten diese Überlegungen umgesetzt werden, wäre der nächste logische Schritt, mit den gleichen Werkzeugen an die Rentenversicherung heranzugehen, die auf mindestens ebenso wackligen Beinen steht wie die gesetzliche Krankenversicherung. Mit anderen Worten: Die Zusicherungen seitens der Politik, man strebe nicht nach einer Vereinnaht der berufsständischen Versorgungswerke, dürfen nicht als Versprechen für die Zukunft gesehen werden. Mit vereinten Kräften muß daran gearbeitet werden, dass die berufsständischen Versorgungswerke als integrierter Bestandteil des Systems der gesetzlichen Rentenversicherung angesehen werden. Hierzu ist sicher die Umsetzung der VO 1408/71 von Nutzen, wie dies auch zuletzt bei der außerordentlichen Sitzung der Ständigen Konferenz im Dezember 2003 dargelegt wurde.

.....

Blieben wir noch bei der Ärztestatistik. Es zeigt sich, dass Ärzte, die aus Altersgründen aus dem Berufsleben ausscheiden, immer schwieriger durch jüngere Ärzte ersetzt werden können. Immer noch gehen uns 30-40% der Studienanfänger des Faches Medizin während oder nach dem Studium verloren. Die Zahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahre 2003 nur um 1%

gestiegen. Freiwerdende Stellen, besonders in den östlichen Bundesländern, können zunehmend nur durch Zuwanderung von Ärzten aus Polen, Rußland, der Ukraine, Tschechien, Ungarn und der Slowakei ersetzt werden. Die Zahl der ausländischen Ärzte, die in den Krankenhäusern der östlichen Bundesländer arbeiten, ist 2003 um 56,4% gestiegen, die Zahl der osteuropäischen Ärzte in diesen Krankenhäusern sogar um 90,6%. Deutschland wird in zunehmendem Maße vom „Import“ ausländischer Ärzte abhängig. Dies zeigt uns erneut, wie wichtig es war, die VO 1408/71 der Europäischen Gemeinschaft zu aktualisieren und entsprechende Regelungen für die berufsständischen Versorgungswerke umzusetzen. Über den aktuellen Stand wird Herr Prossliner in einem gesonderten Tagesordnungspunkt berichten.

Die wirtschaftliche Situation der ärztlichen Versorgungswerke konnte natürlich nicht unberührt von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bleiben. Der Rückgang der Erträge aus Kapitalanlagen, aber auch die immer schwieriger werdende Situation auf dem Immobilienmarkt haben dazu geführt, dass die Zuwachsraten der vergangenen Jahre nicht mehr realisiert werden können. Auch ein so solide finanziertes System wie das der berufsständischen Versorgungswerke bleibt den Auswirkungen wirtschaftlicher Schwankungen unterworfen. Dennoch sind die Auswirkungen volkswirtschaftlicher Vorgänge bei diesen längst nicht so dramatisch wie bei der gesetzlichen Rentenversicherung, die ja seit Jahren vor der Unmöglichkeit steht, ihre gegebenen Leistungszusagen ohne Beitragsanhebungen einzuhalten. Die schwierige Situation zeigt sich vor allem auch bei der immer restriktiver werdenden Handhabung einer vorzeitigen Berentung. Ein Normalverdiener ohne zusätzliche Einkünfte kann es sich kaum noch leisten, vor dem 63. Lebensjahr eine mit Abschlägen versehene vorgezogene Altersrente zu beantragen. Dies ist für die Betroffenen oft schwer, da ältere Arbeitnehmer zunehmend aus den Arbeitsstellen gedrängt werden und ein 55- oder 60jähriger keine reelle Chance mehr hat, einen Arbeitsplatz zu finden. Hier sind die bei den Versorgungswerken versicherten Kollegen in einer deutlich besseren Situation. Dennoch müssen wir darüber nachdenken, was bei einer Heraufsetzung der Lebensarbeitszeit evtl. an Anpassungsnotwendigkeiten auf die Versorgungswerke zukommen könnte. Auch die Handhabung und die Dotierung der Berufsunfähigkeitsrenten ist ein Thema, dem wir schon heute nicht mehr ausweichen dürfen.

Es waren bei einzelnen Versorgungswerken Anpassungen des Garantiezinses erforderlich, wie sie das BAF in den Lebensversicherern vorgeschrieben hat. Auch Aussetzungen jährlicher Renten- oder Rentenanwartschaftserhöhungen mußten sein. Es gab stellenweise auch tiefer reichende Eingriffe in die Leistungstabelle. Vor einem müssen wir uns aber hüten: Man darf uns nicht vorrechnen können, dass eine privatwirtschaftliche Investition der eingezahlten Beiträge eine wesentlich höhere Rendite erbracht hätte oder erbringen werde. Nur eine optimierte Anlagepolitik, verbunden mit stringentem Kostenmanagement, kann die berufsständischen Versorgungswerke konkurrenzfähig erhalten.

Große Sorge bereitet mir nach wie vor, dass es bei einzelnen Versorgungswerken Bestrebungen gibt, sich weiter von ihren Kammern zu entfernen. Neben den rechtlich nach wie vor umstrittenen Äußerungen im Ehlers-Gutachten und dem Gutachten von Sodann dient als Vorwand hierfür neuerdings die Änderung des Arzneimittelgesetzes. Abgesehen davon, dass dieses Gesetz die Länderkammer noch nicht passiert hat und dass es eine Initiative gibt, eine Haftungsobergrenze in das Gesetz einzubauen, hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer sehr deutlich gegen eine Verselbständigung der ärztlichen Versorgungswerke ausgesprochen, soweit sie nicht aus historischen Gründen eine ohnehin sehr eigenständige Posi-

tion haben. Es sollte bei der Diskussion um den Status der Versorgungswerke darum gehen, die historische gewachsenen Strukturen zu respektieren und nur dort Korrekturen in den gesetzlichen Grundlagen oder den Satzungen vorzunehmen, wo dies notwendig erscheint, um die Aufgabenabgrenzung der Versorgungswerke gegenüber den Kammern zu präzisieren, die Gremien eindeutig zu bestimmen und unnötige personelle Verflechtungen zu vermeiden, sowie die Haushalte so weit wie möglich von einander zu entkoppeln und finanzielle Querverbindungen zu kappen. Das Verwaltungshandeln der Versorgungswerke muß so weit wie nötig von dem der Kammer abgegrenzt und vor allem transparent sein. Dies kann auch, wie wir das in Hessen getan haben, im Detail in einer Geschäftsordnung geregelt werden.

.....“

Zwecks Vorbereitung der Mitgliederversammlung der ABV fand am 12.11.2004 eine weitere Sitzung der Ständigen Konferenz statt. Dabei wurde u.a. der Stand von Satzungsänderungen als Folge der Umsetzung der VO 1408 der EG bzw. des Alterseinkünftegesetzes erfasst.

Aus den Berichten der Versorgungswerke zur Durchführung von Satzungsänderungen ergab sich, dass eine Reihe von Versorgungswerken Satzungsänderungen schon beschlossen hatten und bei den anderen die Beschlüsse vorbereitet waren. In einigen Bundesländern waren auch schon Genehmigungen seitens der Aufsichtsbehörden erteilt worden. Die Vertreter der ärztlichen Versorgungswerke gingen davon aus, dass zum 1. Januar 2006 die notwendigen Änderungen bei allen Versorgungswerken wirksam werden würden.

Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen

In der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) wirken die bestehenden 81 Versorgungswerke der Angehörigen der klassischen verkammerten Freien Berufe, das sind Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Psychologische Psychotherapeuten, 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 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 hat der Gesetzgeber über alle Rentenreformen der vergangenen Jahrzehnte unverändert festgehalten. Die ärztlichen Versorgungswerke werden im Vorstand der ABV vertreten durch:

Dr. Brigitte Ende (Hessische 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 26. Mitgliederversammlung der ABV in Berlin gehalten hat, wider, das wir nachfolgend - in gekürzter Fassung - dokumentieren:

„Nach jahrzehntelanger verfassungsrechtlicher Auseinandersetzung ist die Neuordnung der Besteuerung von Altersvorsorgeaufwendungen und Alterseinkommen durch das Alterseinkünftegesetz vom 27.08.2004 zum Abschluss gelangt. Den letzten Anstoß zur Neuregelung der Rentenbesteuerung gab bekanntlich das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom 06.03.2002, welches die bisher unterschiedliche Besteuerung von Beamtenpensionen und Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung als Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes bezeichnete. Es forderte den Gesetzgeber auf, die Besteuerung der Renten und Pensionen bis zum 01.01.2005 verfassungskonform zu regeln. Die Bundesregierung setzte eine „Sachverständigenkommission zur Neuordnung der Besteuerung von Altersvorsorgeaufwendungen und Alterseinkommen“ unter dem Vorsitz von Prof. Rürup ein. Parallel dazu befasste sich eine weitere, auch von Prof. Rürup geleitete „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ mit der Reform der Finanzgrundlagen der Sozialversicherung. Beide Kommissionen mussten die aufgrund der wachsenden demografischen Probleme erforderlichen, über die Einschnitte der Riester-Reform 2001 hinausgehenden Kürzungen im Rentenniveau verzahnen mit der Aufgabe, eine zusätzliche Belastung der Masse der Sozialrenten durch Steuern nach Möglichkeit zu vermeiden. Das Ergebnis ist zunächst ein politisch unumstrittener Übergang zur nachgelagerten Besteuerung, d. h. Beiträge zur Altersvorsorge werden steuerfrei gestellt, die daraus resultierenden Renten versteuert. In einer Übergangsphase sollen Renten nur in dem Maße von Steuern erfasst werden, in dem die Beiträge umgekehrt von Steuern entlastet werden.

Im Jahre 2005 werden 50 % der Rente steuerpflichtig. Dieser Anteil wächst jährlich um 2 % bis zum Jahre 2020, dann um jährlich 1 % bis zum Jahre 2040. Dabei gilt für die Renten das so genannte Kohortenprinzip. Dies bedeutet, dass jeder Rentenjahrgang lebenslang den Betrag steuerfrei behält, der im Zugangsjahr gilt. Umgekehrt werden die Altersvorsorgeaufwendungen ab 2005 zunächst mit 60 % und dann bis zum Jahre 2025 zu 100 % bis zum Höchstabzugsbetrag als Sonderausgaben abzugsfähig. Der Höchstabzugsbetrag wird 20.000 € betragen, wobei Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil zusammengerechnet sowie Beiträge zu einer privaten Leibrentenversicherung hinzuaddiert werden. Von dieser Summe wird der jeweils für das Jahr geltende Prozentanteil abzgl. des steuerfreien Arbeitgeberanteils als Sonderausgaben abzugsfähig.

Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts erfüllen, dass Einkommen nur einmal besteuert werden darf. Wir befürchten, dass wegen des

unterschiedlichen Kurvenverlaufs der Steuerfreistellung von Beiträgen und der Besteuerung der Renten unter Berücksichtigung des sofortigen Steuerzugriffs auf 50 % der Rente im Jahre 2005 dieser Grundsatz verletzt wird. Unsere selbstständig tätigen Mitglieder haben ihre Altersvorsorgeaufwendungen mangels steuerfreiem Arbeitgeberanteil überwiegend aus versteuertem Einkommen bestreiten müssen. Mit diesen Bedenken, die auch der Verband der Rentenversicherungsträger teilt, haben wir uns gegenüber dem Bundesfinanzministerium und dem zuständigen Bundestagsausschuss und damit gegenüber der Mehrheit im Bundestag und letztlich auch gegenüber dem Bundesrat nicht durchsetzen können. Uns wurde entgegengehalten, dass Doppelbesteuerung nur in wenigen Ausnahmefällen vorkommen werde, die von der vom Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber eingeräumten Typisierungsvollmacht gedeckt seien.

Doppelbesteuerung?

Wir wurden aufgefordert, unsere Bedenken der Doppelbesteuerung mit Zahlen zu belegen. Wir haben daraufhin in einigen größeren Versorgungswerken typische Beitragsverläufe und die daraus resultierenden Renten rechnen lassen. Doppelbesteuerung nach der Definition des Bundesverfassungsgerichts, die das Bundesfinanzministerium und der Gesetzgeber übernommen haben, liegt nach dem so genannten Nominalwertprinzip nur dann vor, wenn die Summe der Beitragszahlungen aus versteuertem Einkommen höher ist, als der steuerfrei bleibende Anteil der Rentenzahlungen. Unsere Berechnungen haben ergeben, dass - jedenfalls für die gegenwärtigen Rentner und rentennahen Jahrgänge - die aus versteuertem Einkommen geleisteten Beiträge regelmäßig steuerunbelastet zurückfließen. Dieses überraschende Resultat folgt aus unserer günstigen Beitragsproduktivität. Es ist zwar nicht zu verkennen, dass damit ein Teil der Zinsen, die von Beiträgen aus versteuertem Einkommen erwirtschaftet wurden, noch einmal versteuert werden müssen. Dem wird entgegengehalten, dass der Kapitalisierungsprozess der Beiträge im Versorgungswerk selbst auch wieder steuerbefreit war. Nach der Definition von „Doppelbesteuerung“ nach dem Nominalwertprinzip konnten wir uns mit unseren Einwendungen nicht durchsetzen. Es bleibt allerdings offen, ob dies wirklich die einzige und richtige Definition ist. Es sind mit Gewissheit Verfassungsbeschwerden gegen das Alterseinkünftegesetz zu erwarten, in denen auch diese Frage zu entscheiden sein wird.

Öffnungsklausel sichert Ertragsanteilbesteuerung

Trotzdem haben wir weiter auf eine niedrigere Eingangsbesteuerung gedrängt. Dabei haben wir als Rückzugslinie die Forderung erhoben, die jetzt als so genannte „Öffnungsklausel“ im Gesetz steht. Diese sichert Mitgliedern, die vor dem 31.12.2004 mindestens 10 Jahre lang Beiträge oberhalb des BfA-Höchstbeitrages gezahlt haben, die Anwendung der Ertragsanteilbesteuerung auf Rentenbestandteile zu, die auf solchen Beiträgen beruhen. Dies ist attraktiv, weil der Ertragsanteil-Besteuerungsprozentsatz aufgrund der steigenden Lebenserwartung von 27 % auf 18 % bei Alter 65 gesenkt wurde.

Versorgungswerke gleichbehandelt

Ein besonders erfreuliches Ergebnis unserer druckvollen Verhandlungen mit Ministerialbeamten und Abgeordneten ist die Gleichbehandlung der berufsständischen Versorgungseinrichtungen bzgl. des Sonderausgabenabzugs mit der gesetzlichen Rentenversicherung.

Unsere Versorgungswerke haben nur die Bedingung zu erfüllen, dass die Satzung einen Leistungskatalog enthält, der dem der gesetzlichen Rentenversicherung „vergleichbar“ ist. Über die vergleichbaren Leistungen haben wir mit den Finanzverwaltungen in Bund und Ländern verhandelt und mit einem Schreiben des Bundesfinanzministeriums vom 07.09.2004, welches Ihnen allen bekannt ist, Klarheit erhalten.

Für unsere selbstständigen Mitglieder konnten wir zudem erreichen, dass im Rahmen des Sonderausgabenabzugs Aufwendungen, die nicht der Altersvorsorge dienen, zu einem Höchstbeitrag von 2.400 € pro Jahr geltend gemacht werden können. Für Arbeitnehmer beträgt der entsprechende Betrag nur 1.500 €.

Es sind viele Wünsche offen geblieben. Trotzdem haben wir in zähen Bemühungen etliche positive Ergebnisse erreichen können.

Bürgerversicherung

Seit Jahren schon bedroht unser System der berufsständischen Versorgung und insbesondere die Befreiungsmöglichkeit unserer angestellten Berufsstandsangehörigen von der gesetzlichen Rentenversicherung die unter dem griffigen Schlagwort „Bürgerversicherung“ geplante Erweiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises in der Kranken-, Pflege- und auch Rentenversicherung. Die Diskussion konzentriert sich zurzeit darauf, die Kranken- und Pflegeversicherung zu einer Bürgerversicherung weiterzuentwickeln. Die SPD und Bündnis-Grünen haben als Wahlkampfthemen für 2006 die Umwandlung der Krankenversicherung in eine Bürgerversicherung bestimmt. Eine Parteikommission der SPD hat Rahmenbedingungen dazu entwickelt. Ebenso hat die Bundes-Delegiertenkonferenz der Bündnis-Grünen am 03.10.2004 „Eckpunkte für die grüne Bürgerversicherung“ beschlossen. Auch wenn uns das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht unmittelbar betrifft, wäre die Auswirkung einer Umwandlung zur Bürgerversicherung auch für die Rentenversicherung brandgefährlich. Schon der letzte SPD-Bundesparteitag vom 17. bis 19.11.2003 verankerte gegen den Willen der Parteiführung und der Bundesregierung eine Ausweitung des Versichertenkreises der gesetzlichen Rentenversicherung. Die „Eckpunkte für die grüne Bürgerversicherung“ sehen mittelfristig die Integration aller Sondersysteme für bestimmte Berufsgruppen vor. Wir haben uns erneut für einen schweren Kampf zu wappnen. Ihn gegen Ideologen zu gewinnen ist schwierig. Die rationalen Argumente sind allerdings auf unserer Seite. Ich wiederhole und skizziere diese vorhersehbare wichtige Aufgabe für unsere kommende Legislaturperiode in Kürze:

Argumente contra Bürgerversicherung

- a) *Die berufsständische Versorgung ist ein funktionierendes Sondersystem der Sicherung der Angehörigen der verkammerten Freien Berufe für Renten im Alter, bei Berufsunfähigkeit und für die Hinterbliebenen. Ein seit Jahrzehnten bewährtes, ohne jeden staatlichen Zuschuss ausschließlich aus Eigenmitteln finanziertes System kann und darf nicht zerstört werden.*
- b) *Die Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen sind wegen ihrer typischen Risikoeigenschaften für die gesetzliche Rentenversicherung ein schlechtes Geschäft. Sie leben länger und sie haben mehr und jüngere Hinterbliebene als der Durchschnitt der Bevölkerung. Lediglich bei den Erwerbsminderungsrenten stellen sie ein besseres*

Risiko dar, die jedoch nur etwa 20 % des Leistungsgeschehens der Rentenversicherung ausmachen. Für 80 % der Leistungen bedeuten unsere Mitglieder eine Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung. Weil sie im Durchschnitt als „Besserverdienende“ höhere Beiträge entrichten, entnehmen sie wegen des Prinzips der beitragsbezogenen Renten in der gesetzlichen Rentenversicherung im Bedarfsfall sogar ein besonders großes Stück aus dem Verteilungskuchen.

Die Erweiterung des versicherten Personenkreises in der gesetzlichen Rentenversicherung um unsere Mitglieder vergrößert deren Probleme, da jeder zusätzliche Beitragszahler in späteren Jahren zusätzlicher Anspruchsteller wird.

Unsere Mitglieder entziehen sich nicht der Solidarität. Die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der Rentenversicherung werden ausschließlich durch verschiedene Bundeszuschüsse aus dem Staatshaushalt erstattet. Unsere Mitglieder beteiligen sich als Steuerzahler vollständig und bei höheren Einkünften mit entsprechend höheren Steuern an diesen Lasten und sie nehmen die daraus resultierenden Leistungen nicht einmal in Anspruch.

Europäische Koordinierung

Zum 01.01.2005 werden die berufsständischen Versorgungswerke voraussichtlich in den sachlichen Geltungsbereich der Verordnung 1408/71 einbezogen. Deren Grundprinzipien enthalten für alle rentenversicherungsrechtlichen Sachverhalte bei länderübergreifender Tätigkeit unserer Berufsstandsangehörigen innerhalb der EU unmittelbare Geltung. Damit wird sowohl die bisher unbefriedigende Einzelfallbehandlung ausländischer Berufsstandsangehöriger, die bei uns eine Tätigkeit aufnehmen, als auch die versorgungsrechtliche Bestandsgarantie deutscher Mitglieder bei Tätigkeit in anderen EU-Mitgliedsstaaten auf eine europarechtlich stabile und verlässliche Grundlage gestellt. Ein wichtiger politischer Aspekt ist die dadurch erreichte Bestätigung, dass wir gleichberechtigt zum System der ersten Säule der gesetzlichen Alterssicherung in der Europäischen Union gehören. Diesem begrüßenswerten Effekt müssen wir allerdings einige traditionelle Vorstellungen opfern.

Zur 45-Jahres-Grenze

Wir plädieren zunächst für die Aufgabe der Altersgrenze von 45 Jahren für die Aufnahme von Mitgliedern. Die Bedenken, die hiergegen aus dem Mitgliederkreis vorgebracht wurden, nehmen wir ernst. Wir warnen allerdings vor dem Risiko, dass bei Beibehaltung der 45-Jahresgrenze der Europäische Gerichtshof ein Freizügigkeitshindernis für migrierende Freiberufler erkennt. Versorgungswerke, die in ihren Satzungen bestimmte Zusatzzeiten anerkennen, müssen zur Vermeidung unberechtigter Vorteile älterer Neumitglieder satzungsendern- de Vorkehrungen treffen. Auch hierzu haben wir Modelle vorgestellt. In diesem Zusammenhang ist auch die Anwendung des pro-rata-temporis-Prinzips bei Versicherungszeiten in mehreren deutschen oder europäischen Versorgungswerken zu berücksichtigen.

Verankerung Lokalitätsprinzip

Eine weitere Konsequenz ergibt sich für die Überleitungen. Die bisherige Wahlfreiheit für das Mitglied beim Kammerbezirkswechsel führte u. a. dazu, dass es Versorgungswerke mit einem hohen Anteil von freiwilligen Mitgliedern gibt, sodass die mangelnde Kongruenz von Kammer- und Versorgungswerksmitgliedschaft zu repräsentations- und legitimationsrecht-

lichen Problemen führen könnte. Die Praxis der Überleitung von Beiträgen ohne Zinsen führte zu einem problematischen Wettbewerb untereinander, in dem es Überleitungsgewinner und -verlierer gibt. Wir empfehlen aus Anlass der gebotenen Satzungsänderungen, das System der europäischen Koordinierung als bewährten und fairen Ausgleich zwischen den beteiligten Versorgungsträgern bei Migrationsfällen zu übernehmen. Damit ist der weitere Vorteil verbunden, dass in der Verwaltungspraxis nationale und internationale Wanderungen nach einem einheitlichen Schema behandelt werden können.

Neue VO (EG) 883/2004

Die VO 1408/71 wird durch die bereits veröffentlichte, aber noch nicht anzuwendende VO 883/2004 ersetzt. Eine neue Durchführungsverordnung, die die VO 574/72 ersetzen soll, ist in Arbeit. Ein erster Entwurf wird in Kürze erwartet. Eine erste schon vorgenommene Analyse ergibt zum Glück, dass keine systemverändernden Umwälzungen zu erwarten sind, sondern grundsätzlich die bisherigen Prinzipien fortgelten“.