

8. Ärztliche Berufsausübung

8.1 Die ärztliche Berufsordnung

Nachdem die Beschlüsse des 107. Deutschen Ärztetages zur Novellierung der (Muster-)Berufsordnung weitgehend ins Satzungsrecht der Kammern übernommen sind, haben sich die Berufsordnungsgremien insbesondere mit der Problematik der Teil-Berufsausübungsgemeinschaft, mit der Frage nach einer weiteren Novellierung und Deregulierung der (Muster-)Berufsordnung sowie mit möglichen Beeinträchtigungen der ärztlichen Unabhängigkeit durch verhaltenslenkende finanzielle Anreize, insbesondere im Rahmen des GKV-Systems, befasst.

Seit der letzten Novellierung der (Muster-)Berufsordnung durch den 107. Deutschen Ärztetag haben zahlreiche Ärzte von der in § 18 Abs. 1 neu geschaffenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, Berufsausübungsgemeinschaften auch beschränkt auf einzelne Leistungen zu bilden. Insbesondere ein Laborarzt bietet seit längerem einen Vertrag zur Bildung einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft an. Nach diesem Vertrag erbringt die am Sitz des Laborarztes ansässige Gemeinschaft Leistungen, die von den übrigen Mitgliedern veranlasst wurden. Das Angebot ist bisher bundesweit von über hundert niedergelassenen Ärzten angenommen worden. Nach einhelliger Auffassung der Berufsordnungsgremien, der Ärztekammern und auch erster Stimmen in der Literatur wird in diesem und anderen bisher bekannten Fällen der Arztberuf aber nicht gemeinsam ausgeübt, so dass mit den Gewinnverteilungsregelungen in diesen Verträgen gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt verstoßen wird. Nachdem die Ärztekammern Hamburg und Rheinland-Pfalz mit Blick auf derartige Verträge ihre Berufsordnungen in § 18 um einen Absatz 1 a ergänzt haben und weitere Kammern signalisiert haben, dass sie eine diesbezügliche Klarstellung in der Berufsordnung für dringend erforderlich halten, hat der Vorstand der Bundesärztekammer den § 18 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung nach Anhörung der Ärztekammern auf Vorschlag des Berufsausschusses neu gefasst.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die neue Fassung wegen der Eilbedürftigkeit einstimmig selbst beschlossen, ohne den nächsten Deutschen Ärztetag abzuwarten. Die neue Fassung des § 18 Abs. 1 (Muster-)Berufsordnung stellt klar, dass der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufs nicht lediglich einer Umgehung des § 31 dienen darf. Nach Satz 3 liegt eine solche Umgehung insbesondere vor, wenn sich der Beitrag der Ärztin oder des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der von ihnen persönlich erbrachten Leistungen entspricht.

Entsprechend einem Auftrag des Vorstands der Bundesärztekammer hat der Berufsausschuss des Weiteren die Notwendigkeit und den Umfang der Normen der

Berufsordnung überprüft. Ziel war es, die Normen möglichst auf ihren berufsethischen Kern zu konzentrieren und die Berufsordnung im Sinne einer Wettbewerbsordnung von regulatorischen Maßnahmen zu befreien. Berücksichtigt wurden insbesondere eine Charta der ärztlichen Berufsethik und ein Entwurf des Vorstands der Ärztekammer Nordrhein für eine neue Berufsordnung, der sich auf 15 kurze, meist nur aus einem Absatz bestehende Paragraphen beschränkt. Erwogen wurde u. a., die Berufsordnung für den Arzt leichter lesbar zu gestalten und dabei zu abstrakteren Regelungen im Sinne von Grundsätzen der freien Berufsausübung zu gelangen, die die ärztliche Berufsausübung weniger einschränken und häufige Nachkorrekturen aufgrund der Entwicklung der Rechtsprechung entbehrlich machen. Im Rahmen der Überprüfung wurden die Ärztekammern um Mitteilung gebeten, welche Normen der aktuell geltenden Berufsordnungen für ihre Tätigkeit von zentraler Bedeutung sind und welche dieser Normen oder der anderen, im Alltagsgeschäft eher nachrangigen Normen verzichtbar oder novellierungsbedürftig scheinen. Als vorläufiges Ergebnis, das sich auch auf die Umfrage unter den Kammern stützt, neigt der Berufsordnungsausschuss dazu, die derzeitige Fassung der (Muster-)Berufsordnung im Wesentlichen unverändert zu erhalten. Abstraktere Regelungen bergen die Gefahr, dass Konkretisierungen der Berufspflichten nicht mehr durch die Ärztekammern, sondern durch die Gerichte erfolgen, und dass der Sozialgesetzgeber sich im Falle einer Beschränkung der Kammern auf abstraktere Regelungen veranlasst sehen könnte, den eingeschlagenen Weg zur Vornahme berufsrechtlicher Regelungen weiter zu gehen. Zudem besteht in der Ärzteschaft nicht nur der Wunsch nach kurzen, gut verständlichen Regelungen, sondern ebenso der Wunsch nach detaillierter Regelung bestimmter Sachverhalte.

Wiederholt ist der Berufsordnungsausschuss in der Vergangenheit mit Fällen befasst worden, in denen Ärzten auf der Grundlage entsprechender Verträge Boni, Rabatte oder andere finanzielle Anreize geboten werden, um sie zu bestimmten Verordnungen oder Überweisungen von Patienten zu motivieren. Daraufhin beschäftigte sich der Berufsordnungsausschuss grundlegend mit dem Spannungsverhältnis zwischen finanziellen verhaltenslenkenden Anreizen einerseits, die insbesondere das Sozialrecht mit Blick auf die begrenzten Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht bzw. ermöglicht, und den berufsrechtlichen Anforderungen an die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit andererseits. Der Berufsordnungsausschuss hat zu dieser Problematik Hinweise und Erläuterungen erarbeitet. Sie sollen vor dem Hintergrund dauerhaft knapper Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Tatsache, dass das Gesundheitswesen zunehmend als Markt und Wirtschaftsfaktor begriffen wird, zum einen die Probleme aufzeigen, die sich in diesem Zusammenhang für die dem Patienten geschuldete, an medizinischen Notwendigkeiten zu orientierende ärztliche Entscheidung ergeben können. Zum anderen sollen sie anhand von Beispielen Wege aufzeigen, wie bzw. unter welchen Voraussetzungen die sozialrechtlichen Vorgaben aufgegriffen werden können, ohne dabei berufsrechtliche Anforderungen zu missachten. Die Hinweise und Erläuterungen werden noch weiter zu diskutieren sein.

8.2 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei Haftpflichtstreitigkeiten

Die Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen hat am 12. und 13. Juni 2006 getagt. Erstmals in diesem Jahr konnte die bundeseinheitliche Statistik über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die mit Hilfe des elektronischen Erfassungssystems (MERS) erstellt wurde, den Teilnehmern zur Kenntnis gegeben werden. Ergänzend zu den Ergebnissen aus der bundeseinheitlichen Statistik, die der Vorsitzende Herr Dr. Crusius vorstellt, berichten die Teilnehmer aus den einzelnen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen über aktuelle Entwicklungen. Im Nachfolgenden wird der bislang verwendete Statistikbogen veröffentlicht, um allen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen die Möglichkeit zu geben, ihre Daten darzustellen, die wegen der technischen Umstellung noch nicht vollständig mittels MERS erfasst werden konnten. Vor der Veröffentlichung der Daten im Jahr 2007 soll eine Broschüre durch die Bundesärztekammer erstellt werden, in der über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen berichtet wird und auch die Ziele der neuen Statistik erläutern werden. Wie wichtig die Erkenntnisse sind, die von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen gewonnen werden, zeigt sich im Rahmen der Diskussionen zu einem Vortrag über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., das im April 2005 gegründet wurde. In diesem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. haben sich rund 94 Mitglieder zu einer Plattform von Verantwortungsträgern im Deutschen Gesundheitswesen mit politisch beratender Funktion zusammengeschlossen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. hat verschiedene Arbeitsgruppen gegründet, von denen sich eine mit Behandlungsfehlerregistern beschäftigt. Es ist geplant, einen gemeinsamen Kerndatensatz zu erarbeiten, um zu konkreten unerwünschten Schadensereignissen Daten aus verschiedenen Behandlungsfehlerregistern, auch der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, liefern zu können. Die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist nicht nur im Zusammenhang mit dem Thema Patientensicherheit erfolgreich, die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen geben auch Impulse für Fortbildungsveranstaltungen, wie sich zum Thema Appendizitis gezeigt hat. In Zusammenarbeit zwischen der Norddeutschen Schlichtungsstelle und der Gutachterkommission Nordrhein ist Zahlenmaterial gewonnen worden, das auf einer Fortbildungsveranstaltung in der Ärztekammer Niedersachsen vorgetragen wurde. Diese Möglichkeit der Weitergabe der Erkenntnisse aus der Tätigkeit der Gremien wird auch in anderen Kammerbereichen durchgeführt.

Tabelle: Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen (Übersicht zum 31.12.2005)

I.	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nord-dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	969	825	847	1785	3925	135	311	1364	390
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	596	786	814	2042	3716	88	128	1096	317
3. Zahl aller im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	1050	783	796	1993	4165	133	258	1414	383
4. Zahl aller am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	515	828	865	1834	3476	90	181	1046	324
II.	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nord-dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz
Im abgelaufenen Kalenderjahr erledigte Anträge:	1050	783	238	1993	4165	133	258	320	150
Hiervon wurde:		300							
Vom Antragsteller zurückgenommenen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	84	99	102	131	311	27	0	98	38
Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	142	45	29	100	61	5	0	93	27
Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden; Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden; Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	29	3	1	115	39	7	0	7	22
Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	22	16	6	27	2	5	0	34	18
Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegens eines sonstiges Amtshaftungsfalles nicht beschieden	0	0	0	0	6	0	0	5	5
Wegen eines anhängigen Ermittlungsverfahrens, Gerichtsverfahrens oder wg. rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht entschieden	18	18	8	25	42	5	0	8	6
Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	48	103	71	45	803	5	0	67	27
Durch beratenden Hinweis erledigt	1	8	21	2	51	6	0	8	7

Tabelle (Fortsetzung): Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen (Übersicht zum 31.12.2005)

III.	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nord-dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	
Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle GESAMT:	706	483	558	1548	2850	73	258	1094	233
Behandlungsfehler und Risikoaufklärung verneint:	529	346	384	1032	1856	50	173	684	164
Nur Risikoaufklärungsmängel bejaht	4	12	13	23	14	0	0	6	5
Behandlungsfehler bejaht	173	139	159	493	980	23	85	13	7
Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel bejaht und Kausalität verneint	22	20	18	142	249	1	21	209	6
Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel und Kausalität bejaht	155	99	141	374	745	22	64	182	51

8.3 Ärztinnen

8.3.1 Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen

Der Ausschuss „Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen“ wurde auf Beschluss des 94. Deutschen Ärztetages 1991 eingerichtet, um die spezifischen Anliegen von Frauen im Arztberuf auf Bundesebene angemessen vertreten zu können. Angesichts der Tatsache, dass bereits mehr als die Hälfte der Absolventen des Medizinstudiums und fast 70% der Erstsemester weiblich sind, hat die Thematik einschließlich der schwer herzustellenden Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiterhin hohe Aktualität – auch in Bezug auf den zunehmenden Ärztemangel in Deutschland. Die Koordination der Aktivitäten der Landesärztekammern auf diesem Gebiet ist Aufgabe der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“, in die die Landesärztekammern ihre Vertreterinnen und Vertreter entsenden. Frau Dr. Astrid Bühren ist vom Vorstand der Bundesärztekammer zur Vorsitzenden des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“ auch für die Wahlperiode 2003/2007 berufen worden. Dr. Henning Friebel, Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, und Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.01.2006 in den Ausschuss „Ärztinnen“ berufen.

Ferner wird eine enge Zusammenarbeit mit den Organisationen angestrebt, die sich ebenfalls dieser Belange annehmen. In die Arbeiten des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“ der Bundesärztekammer sind der Deutsche Ärztinnenbund durch Frau Dr. Astrid Bühren sowie der Weltärztinnenbund durch Frau Dr. Waltraut Diekhaus zu diesem Zweck eng einbezogen.

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

Zu Beginn dieser Wahlperiode haben Ausschuss und Ständige Konferenz „Ärztinnen“ ihre Ziele und 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:

- Kurzzeitarbeitsverträge an den Universitäten,
- Mentoring-Programme für Ärztinnen,
- Strategien gegen Ärztinnen-Mangel im niedergelassen Bereich – Entscheidungsbaum: „Niederlassung in der Praxis“,
- Erstellung eines Handbuchs „Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“,
- Erstellung einer Internet-Broschüre „Lebensqualität in der Berufsausübung für Ärztinnen und Ärzte – Familienfreundlicher Arbeitsplatz in 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.

8.3.3 Bildungsprojekt: Handbuch „Karriereplanung für Ärztinnen“

Im Rahmen eines politischen Meinungsaustausches zwischen der damaligen Bundesministerin für Bildung und Forschung, Frau Bulmahn, und der Vorsitzenden der Ärztinnen-Gremien der Bundesärztekammer, Frau Dr. Astrid Bühren, wurde Anfang 2002 u. a. das Thema Chancengleichheit von Ärztinnen in Forschung und Lehre aufgegriffen. Frau Dr. Astrid Bühren berichtete, dass die Ärztinnen-Gremien der Bundesärztekammer Handlungsbedarf im Hinblick auf Aufklärung und Unterstützung von jungen Ärztinnen sehen. Sie sähen es als erforderlich an, ein Handbuch „Karriereplanung für Ärztinnen“ 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 viele Studentinnen im Hinblick auf Karriereplanung völlig unvorbereitet in das Studium und meist später in den Beruf ein 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 Berufswege 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 Stu-

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

Entsprechend empfahlen die Ärztinnen-Gremien dem Vorstand der Bundesärztekammer bereits im Jahr 2001, ein Handbuch zur Karriereplanung für Ärztinnen herauszugeben. Der Vorstand der Bundesärztekammer begrüßte dieses Vorhaben. Da jedoch keine finanziellen Ressourcen der Bundesärztekammer für dieses Vorhaben zur Verfügung gestellt werden konnten, hat die Geschäftsführung der Bundesärztekammer potenzielle Finanziers sowie eine Projektnehmerin gesucht. Projektnehmerin wurde Frau Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk, die dieses Projekt in der Charité Berlin durchführte. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) förderte dieses Projekt mit einer Zuwendung von 173.000 € ab 01.07.2004. Das Handbuch „Karriereplanung für Ärztinnen – In Kooperation mit der Bundesärztekammer“ wurde Mitte 2006 herausgegeben. Die 1. Auflage in Höhe von 10.000 Exemplaren wurde auf Grund der Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) kostenfrei an junge Ärztinnen und Ärzte, die Landesärztekammern, die Frauenbeauftragten, die Dekanate der Universitäten und die Landesprüfungsämter, etc. verteilt. Hierzu fand eine durch die Pressestelle der Bundesärztekammer organisierte Pressekonferenz am 30.08.2006 statt. Auf Grund dieser Pressekonferenz erfolgten zahlreiche Buchbestellungen und Veröffentlichungen. Frau Dr. Bühnen hat sich bereit erklärt, über dieses Handbuch in den medizinischen Fakultäten zu berichten. Eine offizielle Buchbesprechung fand auch in der Charité Berlin statt einschließlich einer Posterpräsentation zu Frauen in der Medizin. U. a. hat der Berufsverband Freier Berufe für sein Gremium „Chancengleichheit“ Freixemplare angefordert, da auch von Seiten der Zahnärztinnen, Juristinnen und Steuerberaterinnen ein hohes Interesse besteht, ein entsprechendes Werk für diese Berufsgruppen zu verfassen.

8.3.4 Betriebskindergärten/Kindertagesstätten in Krankenhäusern und Praxen

Im Rahmen der 3. Gemeinsamen Sitzung des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztinnen“ am 15.03.2006 wurde anhand einer Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes 2005/2006 und einer Umfrage „Kinderbetreuung in Kinderhorten an Kran-

kenhäusern auch für Ärztinnen“ der Bundesärztekammer vom 28.03.2000 an allen deutschen Krankenhäusern zu Betriebskindergärten gezeigt, dass die Infrastruktur im Hinblick auf Betriebskindergärten/Kindertagesstätten an Krankenhäusern nach wie vor nicht ausreichend ist. Ziel muss sein, die Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf und Familie deutlich zu verbessern, damit sich nicht noch mehr junge Ärztinnen und Ärzte gegen die Herausforderung des patientenbezogenen Arztberufes entscheiden, qualifiziert Weitergebildete andere Einsatzgebiete suchen oder ins Ausland gehen. Hierzu können auch Erfahrungen aus den anderen europäischen Ländern genutzt werden. Auf Empfehlung der Ärztinnen-Gremien hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 24.11.2006 beschlossen, ein Projekt „Lebensqualität in der Berufsausübung für Ärztinnen und Ärzte – Familienfreundlicher Arbeitsplatz in Klinik und Praxis“ zur Identifizierung von optimalen Kinderbetreuungskonzepten und Arbeitsbedingungen für Tätige in Krankenhäusern und in der Praxis durchzuführen. Eine Internetbroschüre in PDF-Format soll als Serviceleistung für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis verfasst werden. Arbeitgebern und Kassenärztlichen Vereinigungen soll es ermöglicht werden, an Hand der Ergebnisse des Projekts die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Hierzu wurden dem Vorstand der Bundesärztekammer folgende Mitglieder für das Projekt vorgeschlagen: Frau Dr. Astrid Bühren, Frau Monika Buchalik, Dr. Günther Jonitz, Dr. Jan Schröder, Frau Stefanie Krahn und ggf. andere.

8.3.5 Strategien gegen den Ärztinnenmangel im niedergelassenen Bereich

Während der fortlaufenden Arbeit der Berufsordnungs-Gremien zur Muster-Berufsordnung entstand die Idee, die immer komplexeren und oft recht juristisch formulierten Bestimmungen für die vertragsärztliche Tätigkeit für Fach-Ärztinnen und Ärzte, die eine Niederlassung planen und auch für bereits Niedergelassene, die eine Anstellung in Ihrer Praxis erwägen, in einem Entscheidungsbaum darzustellen. Ein Vorentwurf wurde in der Sitzung der Ärztinnen-Gremien am 15.03.2006 zum Thema „Strategien gegen den Ärztinnen-Mangel im niedergelassenen Bereich – Entscheidungsbaum: Möglichkeiten der Niederlassung in der Praxis“ erörtert und die sehr wichtigen Anregungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingearbeitet. Die Broschüre befasst sich insbesondere auch mit den Aspekten von Familienplanung, Schwangerschaft und Mutterschutz einschließlich z. B. der Teilzeittätigkeit in Praxis und Medizinischen Versorgungszentren. Dieser Entscheidungsbaum soll eine Hilfestellung für Ärztinnen und Ärzte, für Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern bei der Beratung von niederlassungswilligen und bereits vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten sein. Da diese Detailarbeit im Rahmen des Berufsordnungsausschusses nicht geleistet werden sollte, haben zwei Mitglieder des Ausschusses, Dr. Astrid Bühren und Dr. jur. Herbert Schiller, in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, des Deutschen Ärztinnenbundes und finanzieller Unterstützung der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank diese Broschüre erstellt. Eine 2. aktualisierte Auflage ist nach der Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) geplant. Im Vordergrund sollen weniger gesetzliche Bestimmungen als allgemein verständliche Ausführungen zu den Optionen, die

eine Ärztin oder ein Arzt derzeitig und im Zusammenhang mit dem neuen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat, stehen. Dieses Gesetz ist auf eine Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechts ausgelegt. Auch die Möglichkeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, weitere Ärztinnen und Ärzte anzustellen, wurde gesetzlich erweitert. So sollen Vertragsärztinnen und -ärzte künftig Ärztinnen und Ärzte auch mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung anstellen können, sofern Zulassungsbeschränkungen dem nicht entgegenstehen. Dadurch ergeben sich verbesserte Chancen im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

8.3.6 Kurzzeitarbeitsverträge an den Universitäten – Benachteiligung von Ärztinnen?

Im Rahmen der Beratungen der Ärztinnen-Gremien hielt Frau Rehse, Frauenbeauftragte des Universitätsklinikums Charité Berlin, einen Vortrag über ihre Arbeit als Frauenbeauftragte. Sie schilderte, dass die Arbeit einer Frauenbeauftragten im Hinblick auf den Stellenabbau, der in größerem Maße stattfindet, immer schwerer wird. Gerade an den Universitätskliniken werden auch im Hinblick auf Forschungsaufträge Kurzzeitverträge für Assistentinnen und Assistenten abgeschlossen. Eine bevorzugte Vergabe von Kurzzeitverträgen durch Krankenhausträger ist schon seit vielen Jahrzehnten zu beobachten, aber gerade in den letzten Jahren wehren sich insbesondere Ärztinnen gegen diese Kurzzeitverträge. Viele Ärztinnen sind durch die extremen kurzen Laufzeiten der Verträge von drei Monaten nicht in der Lage, ihr Leben und ggf. auch eine Schwangerschaft zu planen und leben in der Angst, nach Ablauf des Vertrages keinen Verlängerungsvertrag zu erhalten. Auf Grund dessen sind diese Assistenzärztinnen und -ärzte durch den Arbeitgeber extrem erpressbar.

Die Arbeitgeber sehen in den Kurzzeitverträgen jedoch für sich den Vorteil, dass das Personal flexibel einsetzbar ist, dass es keinen „unnötigen“ Kündigungsschutz gibt und dass schwangere Frauen nach Ablauf des Vertrages keinen Kündigungsschutz erfahren. Das Hochschulrahmengesetz regelt zwar auch die Vertragsgestaltung, jedoch ist die Rechtslage sehr unkonkret. Auf Grund dessen sind die Betroffenen gezwungen, gegen den ehemaligen Arbeitgeber zu klagen, um sich Recht zu verschaffen. Leider sind sie oft nicht bereit oder z. B. während einer Schwangerschaft physisch oder psychisch nicht in der Lage, zusätzlich einen Rechtsstreit auf sich zu nehmen. Frau Rehse bedauerte dies, da eine Klage bei entsprechender Begleitung durch die Frauenbeauftragte Erfolg versprechend ist. Besonders Frauen gelten als „Risikofaktoren“, wenn sie jung sind, da die Personalabteilung davon ausgeht, dass sie schnell schwanger werden und ausfallen. Viele Ärztinnen kommen bedauerlicherweise zu spät zum Personalrat oder zu der Frauenbeauftragten.

Aus der Erfahrung als Frauenbeauftragte heraus sind folgende Vorgehensweisen hilfreich, um auch als Angestellte an der Universitätsklinik Beruf und Familie vereinbaren zu können. Sie rät den Ärztinnen, eine Schwangerschaft mit Bedacht zu planen und eine Schwangerschaft bei Vertragsunterzeichnung nicht zu verschweigen, weil solche Verträge meist nicht verlängert werden.

Die Ärztinnen-Gremien fordern, dass alle Frauen ein Recht darauf haben müssen, eine Weiterbildung abzuschließen. Eine unbefristete Arbeitsstelle bedeutet für eine Frau finanzielle Unabhängigkeit. Es besteht nach wie vor großer Handlungsbedarf, um schwangere Frauen an den Universitätskliniken zu schützen. Der beste Zeitpunkt sei, während des Studiums schwanger zu werden. Eine familienfreundlichere Politik der Bundesregierung ist notwendig, die Infrastrukturen für Frauen und Mütter zu verbessern. So ist die Geburtenrate von Ärztinnen in Frankreich deutlich höher als in Deutschland, weil in Frankreich eine weitaus familienfreundlichere Politik betrieben wird. In Frankreich wird mehr als das zehnfache in die Kinderbetreuung an Geld investiert als in Deutschland. Dieser Unterschied zeigt deutlich, dass die gesellschaftlichen Bedingungen ausschlaggebend sind, ob sich eine Frau für Kinder entscheiden wird. Mit dem Thema familienfreundliche Politik in Europa werden sich die Ärztinnen-Gremien in ihren nächsten Sitzungen 2007 beschäftigen.

8.4 Amtliche Gebührenordnung für Ärzte

8.4.1 Rechtsgrundlagen der GOÄ

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.“

8.4.2 Gesetzliche Änderungen der GOÄ

Die GOÄ wird nur in großen Zeitabständen novelliert; sie wurde zuletzt 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 in der Fassung vom

18.03.1965 (BGBl.I, S. 89) ab. Seit Inkrafttreten hat diese Gebührenordnung sieben Änderungen erfahren, drei bezogen sich auf die Kostenbereinigung bei wahlärztlicher Behandlung, (1983, 1984, 1992) zwei sahen Vergütungsabsenkungen für bestimmte Personengruppen vor (Schwangere (1995), Standardtarifversicherte, Beihilfeberechtigte (2000) und zwei sahen Teilaktualisierungen des Gebührenverzeichnisses (1988, 1996) vor.

Vierte Änderungsverordnung der GOÄ 1996

Die GOÄ wurde letztmals durch die 4. Änderungsverordnung vom 18.12.1995 aktualisiert (BGBl. I S. 1522 ff), die am 01.01.1996 in Kraft trat. Mit dieser Novelle wurde ein Teil des Gebührenverzeichnisses der GOÄ an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik angepasst – nämlich die 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 Mehrzahl der Abschnitte des Gebührenverzeichnisses – CI bis CIII V – nichtgebietsbezogene Sonderleistungen, 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 – blieb auf dem Stand der GOÄ-Reform aus dem Jahre 1982. Verbunden mit der GOÄ-Novelle des Jahres 1996 wurden erneut einschneidende gebührenrechtliche Änderungen im Paragraphenteil vorgenommen, der sich auf alle Leistungen des Gebührenverzeichnisses, auch auf die nicht aktualisierten Kapitel auswirkt, und damit – wegen dieses systematischen Bruches – sowohl Verwerfungen im Bewertungsgefüge als auch eine Vielzahl von Anwendungsproblemen der GOÄ verursacht.

Diese Systembrüche, strukturellen Mängel und Verwerfungen mit einem in sich unausgewogenem Vergütungsgefüge sowie der Veralterung des Gebührenverzeichnisses begünstigen eskalierende Auseinandersetzungen zwischen privaten Krankenversicherern, Beihilfestellen einerseits und der Ärzteschaft andererseits und belasten in immer größerem Umfang das Patient-Arzt-Verhältnis mit Abrechnungskonflikten. Der Reformbedarf der GOÄ wurde von der Bundesregierung zwar anerkannt, jedoch bis auf die Pläne zur Weiterentwicklung der Vergütungssysteme in der Koalitionsvereinbarung vom 11.11.2005, die allerdings auf eine GOÄ-Reform durch Angleichung der GOÄ an den EBM abzielen, bisher nicht aufgegriffen.

8.4.3 Reformkonzept der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ

Nachdem die Weiterentwicklung der GOÄ, insbesondere ihr Reformbedarf, in einem eigenen Schwerpunktthema auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin erörtert worden ist und der 108. Deutsche Ärztetag mit überwältigender Mehrheit die Reform-Ziele und Eckpunkte der Ärzteschaft verabschiedet hat, begannen im Berichtsjahr die Arbeiten zur Realisierung des Konzeptes der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ auf Basis dieser Reform-Eckpunkte (vergleiche hierzu Tätigkeitsbericht 2005). Die Grundlagen für das Reformkonzept wurden vom Ausschuss Gebührenordnung erarbeitet und vom Vorstand der Bundesärztekammer in seinen Beschlüssen vom 13.12.2002 – Eckpunkte zum Vorschlagsmodell GOÄ – vom 14.11.2003 – Erste Reform-Eckpunkte zur Weiterentwicklung der GOÄ – vom 11.06.2005 – Politisches Eckpunkte-papier – auf der Grundlage der Beschlüsse des 108. Deutschen Ärztetages 2005 und schließlich durch eine zweistufige Beschlussfassung des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 17.02.2006 und 28.04.2006 mit Erteilung des entsprechenden Projektauftrages konsentiert. Der Vorstand beauftragte damit den GOÄ-Ausschuss und Dezernat 4, unter Berücksichtigung seiner bisherigen Beschlüsse und unter Berücksichtigung der aktuellen politischen Entwicklung, das GOÄ-Konzept der Bundesärztekammer mit acht Teilprojekten zu realisieren und in die politische Diskussion einzubringen. Der Vorstand befürwortete des Weiteren die Fortentwicklung der GOÄ mit Prioritätensetzung auf eine Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses. Er behielt sich finanzträchtige Entscheidungen bezüglich zu finanzierender Teilprojekte bis zur Entscheidungsreife dieser Teilprojekte vor.

In vier Sitzungen des Ausschusses Gebührenordnung und in mehreren Arbeitsgruppensitzungen sowie in einem Fachgespräch mit allen Berufsverbänden und Fachgesellschaften am 19.07.2006 wurden die wesentlichen konzeptionellen Schwerpunkte des Konzeptes erörtert, diskutiert und konsentiert. Mit Vorlage des Konzeptes hat die Bundesärztekammer nicht nur der Beschlusslage des Deutschen Ärztetages 2005 Rechnung getragen, sondern auch eine strategische Antwort auf die Pläne der Koalitionsvereinbarung vom 11.11.2005 mit erheblichem Risikopotential für den Erhalt einer eigenständigen Amtlichen Gebührenordnung gegeben. Als wichtiges Signal und Beleg der Handlungsfähigkeit der Ärzteschaft auf diesem bedeutsamen Feld der ärztlichen Berufsausübung soll sich damit nicht nur die politisch intendierte Institutslösung mit einer vermeintlichen Professionalisierung erübrigen, sondern will die Ärzteschaft eigene Vorstellungen zur GOÄ-Reform vorlegen, um externe Vorschläge daran messen zu können. Unter Berücksichtigung von Bewertungskriterien, wie Nutzen für die Ärzte, Kompetenzerhalt der Bundesärztekammer, politische Durchsetzbarkeit, Akzeptanz der Öffentlichkeit, der Politik und der PKV, Erhalt der Charakteristika der GOÄ, Qualitäts- und Innovationsförderung der Privatmedizin, wurden verschiedene Optionen zur Weiterentwicklung bewertet. Ergebnis war, dass nur ein eigenes Konzept der Ärzteschaft die genannten Kriterien erfüllen kann. Als extrem nachteilig wurde die Option „Abwarten“ bewertet, weil sie sowohl der Beschlusslage des Vorstandes und des Deutschen Ärztetages widerspricht als auch das höchste Risikopotential für den Fortbestand einer eigenständigen Gebührentaxe mit ihren bisherigen Stärken bietet. Nachteile erge-

ben sich auch aus den Optionen – Übernahme des EBM oder der DRGs –, da damit die Stärken der geltenden Gebührenordnung – Eigenständigkeit, Berücksichtigung der individuellen Patient-Arzt-Beziehung, durchgängige sektorenübergreifende Vergütungsstruktur für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen, zeitnaher Zugang zu medizinischem Fortschritt u. a. – aufgegeben würden; hinzuträten negative Auswirkungen der damit verbundenen Tendenz zur Pauschalierung von Leistungen und Absenkung des Vergütungsniveaus.

Teilprojekte zur Realisierung des Konzeptes der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ

Das vom Ausschuss „Gebührenordnung“ und Dezernat 4 der Bundesärztekammer vorgelegte Konzept fußt auf der oben dargestellten Bewertung der politischen Situation. Der vom Vorstand auf dieser Basis erteilte Projektauftrag bezieht sich auf die Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, die Neustrukturierung von Leistungen in ablaufbezogenen Leistungskomplexen (insbesondere für operative und interventionelle Leistungen), eine teilweise OPS-Basierung der Leistungen, eine Überprüfung der Bewertungen von Leistungen im Gebührenverzeichnis, die Erarbeitung eines Harmonisierungskonzeptes zum Erhalt der Privatliquidation im stationären Bereich, die Einführung qualitätsfördernder Elemente, einen Vorschlag zur zukünftigen Systempflege der GOÄ (Einbeziehung von Innovationen) und die Analyse der finanziellen Auswirkungen des Konzeptes.

Der vorgelegte Konzeptentwurf dient als inhaltliche und methodische Grundlage zur Realisierung des Projekts. Für die acht Teilprojekte zeigt das Konzept zunächst nur die Ziele und Methodik der Realisierung auf; offene Fragen werden genannt und – soweit derzeit möglich – Lösungsvorschläge unterbreitet. Der vorgelegte Konzeptentwurf ist Grundlage für die weitere Arbeit und weitere Entscheidungen des Vorstandes; das Konzept wird sukzessive und stufenweise weiterentwickelt mit der Zielvorstellung, Anfang 2008 ein aktualisiertes und neustrukturiertes Gebührenverzeichnis vorlegen zu können.

Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses

Mit Unterstützung von Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften wird auf der Basis einer empirischen Strukturanalyse der Änderungs- und Ergänzungsbedarf der ärztlichen Leistungen im GOÄ-Gebührenverzeichnis festgestellt. Zugleich erfolgt eine Überprüfung der bestehenden Gliederung der Abschnitte im Gebührenverzeichnis; geklärt wird, ob die bisherigen Abschnitte zu ergänzen sind (z.B. phoniatische pädaudiologische Leistungen, Schlafstörungsdiagnostik) oder ob Kapitel klarer abzugrenzen oder zu entkoppeln sind (Abschnitte F – Innere Medizin, Dermatologie, Kinderheilkunde, G – Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie). Eine arztgruppenspezifische Struktur mit einer festen Zuordnung von Leistungen zum jeweiligen Fachgebiet wird aus Praktikabilitätsgründen nicht verfolgt. Als weitere Grundlagen der Aktualisierung dienen die Schwachstellenanalyse der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern zur bestehenden GOÄ und – soweit verfügbar – internationale Vergütungsregelungen.

Neustrukturierung im Gebührenverzeichnis

Neben Einzelleistungen der vorherrschenden Struktur der GOÄ als Selbstzahlertaxe werden ablaufbezogene Leistungskomplexe eingeführt, wenn mehrere obligat methodisch notwendige und häufig fakultativ notwendige Leistungen regelhaft zur Erreichung eines Behandlungsziels in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang erbracht werden (insbesondere operative Leistungen). Dabei wird der Arzt-/bzw. Fachgebiets- und Prozedurenbezug erhalten. Die Identifikation von Leistungen, die in ablaufbezogene Leistungskomplexe umstrukturiert werden sollen, wird BÄK-seitig vorgenommen und mit Vertretern der Fachgebiete abgestimmt.

Zuordnung von OPS-Codes zu GOÄ-Leistungen

Die OPS-Basierung von Leistungspositionen der GOÄ ist mit Beschluss des Vorstandes vom 14.11.2003 befürwortet worden mit der Begründung, dass damit eine eindeutigere und präzisere Festlegung der Leistungsinhalte von GOÄ-Positionen, aber auch der Zielleistungsinhalte von Leistungskomplexen ermöglicht werden und das Bundesärztekammer-Konzept aufgrund des Rückgriffs auf eine allgemein anerkannte Prozedurenklassifikation größere Transparenz und damit höhere Akzeptanz erhält. Die Zuordnung von Leistungsbestandteilen bei Leistungskomplexen ist bei der Bewertung zu berücksichtigen und ist gegebenenfalls auch Grundlage für die Qualitätssicherung.

Die Zuordnung von OPS-Codes zu den jeweiligen Leistungen erfolgt anhand empirischer Daten, soweit OPS-Codes vorhanden sind.

Hierzu bestehen zwei Optionen:

1. Umfassende Zuordnung von OPS-Codes zu Einzelleistungen und ablaufbezogenen Leistungskomplexen, soweit OPS-Codes vorhanden sind.
2. Begrenzte Zuordnung von OPS-Codes nur zu Leistungskomplexen zur klaren inhaltlichen Definition ihrer Bestandteile.

Vorteil zu 1.: Möglichst durchgehendes Klassifikationssystem mit klarer Fundierung der GOÄ-Leistungen, Erhöhung der Transparenz und Akzeptanz bei den Verhandlungspartnern.

Nachteil zu 1.: Höhere Kosten und Zeitbedarf aufgrund des höheren Zuordnungsaufwandes. OPS-Codes sind nicht für alle Leistungen vorhanden (z. B. Sonographie, Radiologie).

Auf der Basis des Grobkonzeptes beschloss der Vorstand am 29.09.2006 dieses Teilprojekt mit einer in der ersten Stufe begrenzten Zuordnung von OPS-Codes durch einen externen Gutachterauftrag durchführen zu lassen, der die von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften definierten ablaufbezogenen Leistungskomplexe anhand von Krankenhausechtdaten validiert und eine OPS-Zuordnung vornimmt.

Bewertungsüberprüfung der Leistungen im Gebührenverzeichnis

Ziel der Bewertungsüberprüfung ist eine leistungsgerechte angemessene Bewertung ärztlicher Leistungen und ein ausgewogeneres Vergütungsgefüge. Bisherige Fehlanreize müssen – auch aufgrund von Fehlentwicklungen – beseitigt werden. Dazu ist zunächst eine GOÄ-adäquate Bewertungssystematik zu finden. In den bisherigen Beratungen wurden verschiedene Bewertungsoptionen geprüft.

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer hat eine relationale Bewertungssystematik vorgeschlagen, in welcher fachspezifische Leistungen als Maßstab (Tracer-Leistungen) für verschiedene Leistungskategorien in den jeweiligen Fachgebieten gebildet werden. Die Bewertung dieser Tracer-Leistungen kann entweder kalkulatorisch aufgrund einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit GOÄ-spezifischen Kalkulationsannahmen/Prämissen oder empirisch unter Zugrundelegung von Bewertungskriterien erfolgen. Bewertungskriterien sind bereits im Zusammenhang mit der Strukturanalyse von Berufsverbänden und Fachgesellschaften zu den jeweiligen Leistungen abgefragt worden; ärztliche GOÄ-Leistungspositionen sollen danach von den Fachvertretern nach folgenden Kriterien bewertet werden: Qualität, Qualifikation, Risiko, Komplexität, Schwierigkeitsgrad, Psychische/physische Belastung, Zuwendung, Delegationsfähigkeit, therapeutischer Nutzen/Nutzwert, Zeitaufwand, Kosten.

Die Nachteile einer Bewertung aufgrund ausschließlich betriebswirtschaftlicher Kalkulation sollen damit vermieden werden; diese bestehen darin, dass wegen der Dominanz von Sachkosten technische Leistungen im Vergleich zu ärztlichen Leistungen besser bewertet werden, die alleinige kostenorientierte Bewertung zu Fehlbewertungen kostenträchtiger, aber im Nutzen begrenzter Diagnose- oder Behandlungsverfahren führen kann und der kalkulatorische Unternehmerlohn in seinem Kalkulationsansatz an Grenzen stößt. Unstreitig ist, dass bei ärztlichen Sachleistungen und technischen Leistungen Kosten auf der Grundlage betriebswirtschaftlicher Kalkulationen zu berücksichtigen sind und auch bestehende Vergütungsregelungen mit kalkulatorischem Bewertungsansatz als Orientierungsmaßstab genutzt werden sollen. Auch ein Abgleich mit der derzeitigen Bewertungs- oder Liquidationspraxis, vor allem bei denjenigen Leistungen, die zukünftig in Leistungs-komplexen zusammengefasst bewertet werden, ist notwendig. Konsens ist auch, dass zuwendungsintensive und Informationsleistungen besser als bisher zu bewerten sind.

Der Preischarakter der GOÄ als Gebührentaxe erfordert jedoch ein anderes Bewertungssystem als die rein kostenorientierte Bewertungsfindung durch betriebswirtschaftliche Kalkulationen; letztere wird allerdings zur Orientierung herangezogen. Die Bewertungsmethodik der GOÄ als konfliktivster Teil des Konzeptentwurfes muss methodisch fundiert auf der Basis dieser Vorüberlegungen mit externer Hilfe erarbeitet werden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte in seiner Sitzung im September 2005 einen Gutachtenauftrag erteilt, der sich mit Teilaspekten einer Bewertungssystematik für eine Gebührentaxe befasst. Das Gutachten setzte sich mit dem PKV-Konzept zur Bewertungsfindung in der GOÄ aufgrund von DRG-Kalkulationen auseinander; mit dem Gutachten von Prof. Roeder, der die DRG-Kalkulationssystematik analysierte, jedoch als nicht geeignet für eine GOÄ-Bewertung beurteilt hat, wurden wesentliche Erkenntnisse über Anforderungen an die Bewertungssystematik erzielt (vgl. Tätigkeitsbericht 2005). Eine externe Unterstützung des noch offenen Teilprojektes zur Bewertungsfindung wird für erforderlich angesehen.

Harmonisierungskonzept

Ein Harmonisierungskonzept mit dem Ziel, die sektorenübergreifende Vergütungssystematik der GOÄ zu erhalten, ist erforderlich. Ziel ist der Erhalt der Privatliquidation und der Wahlarkette. Die notwendige Harmonisierung der Vergütungen für Krankenhausleistungen nach DRG´s und für wahlärztliche Leistungen nach der GOÄ soll durch ein Kostenbereinungsverfahren erreicht werden, das die Doppelbelastung des Wahlleistungspatienten mit Kosten, die sowohl in der DRG als auch in der Privatliquidation enthalten sind, vermeidet. Folgende Optionen sind denkbar:

1. Honorarminderung des ärztlichen Honorars (derzeit 25 %/15% gemäß § 6 a GOÄ)
2. Arztkostenabschlag auf DRG (z. B. Belegarzt-Fallpauschale – ohne Arztkostenanteil – analog dem früheren Wahlarztabschlag)
3. Mischlösung Arztabschlag und Honorarminderungsregelung

Die bisherigen konzeptionellen Vorüberlegungen basieren auf einer Mischlösung aus Wahlarztabschlag und Honorarminderungsregelung. Diese Mischlösung muss durch Berechnungen unterlegt werden, um ggf. pauschale Interessensquoten festlegen zu können.

Eine Entscheidungsgrundlage wird dem Vorstand zu gegebener Zeit vorgelegt.

Qualitätsförderung

Eine hohe Qualität der Privatmedizin soll über die leistungsgerechte Vergütung, persönliche Leistungserbringung, prozedurenorientierte Legendierung hinaus durch Einbeziehung von qualitätsfördernden Anreizen gesichert/gefördert werden. Im Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer ist angeregt worden, in Zusammenarbeit mit der Rechtsabteilung und Dezernat 3 zu prüfen, inwieweit qualitätsverbessernde Anreize in die Gebührenordnung aufgenommen werden sollen (Boni/Zuschläge für Zertifizierung aufgrund von Qualitätsmanagement in der Arztpraxis oder Fortbildungszertifikat, leitliniengerechte Behandlung) oder ob qualitätssichernde Regelungen eher nur flankierend in berufsrechtlichen Regelungen realisierbar sind. Entscheidungsleitend soll Anreize zur Qualitätsförderung zu setzen, anstelle eine Kontrollbürokratie aufzubauen. Ein Konzept ist in Vorbereitung.

Einbeziehung des medizinischen Fortschritts/Systempflege

Die Methodik der Bundesärztekammer zur Erarbeitung Analog Bewertungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ soll Grundlage für die zukünftige Systempflege der GOÄ sein. Die darin festgelegte systematische Vorgehensweise mittels standardisierter Erhebung des therapeutischen Nutzens der medizinischen Leistung (Evidenz-Kurzbericht) sowie einer strukturierten und systematischen Analyse der Inhalte zur beantragten Analogleistung auf der Grundlage der Kriterien Art, Kosten und Zeitaufwand ist Grundlage der weiteren Systempflege.

In Ergänzung zu dieser Methodik wird eine institutionelle Lösung zur Bewertung neuartiger Leistungen in Form von Analogbewertungen – ähnlich der Struktur des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer – geprüft. Für einen derartigen Ausschuss wäre eine Verfahrensordnung zu entwickeln, die auf der Grundlage des Statuts des Zentralen Konsultationsausschusses für

Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer und auf der Grundlage der Eckpunkte des Vorstandes der Bundesärztekammer zum Vorschlagsmodell erarbeitet werden können. Wichtig ist die Festlegung von Fristen für die Erarbeitung und Konsentierung von Analogbewertungen und eine Konfliktlösung. Ein Konzept ist in Vorbereitung.

(Finanzielle) Auswirkungen des Konzeptes

Die Auswirkungen der Weiterentwicklung müssen festgestellt werden; dazu bedarf es eines Abgleichs der Neubewertung von Leistungen mit der derzeitigen Abrechnungspraxis der gleichen Leistungen und ggf. Simulationsrechnungen zur Prüfung der finanziellen Auswirkungen des überarbeiteten Gebührenverzeichnisses. Die Auswirkungen der Weiterentwicklung der GOÄ sind bei der Vierten Änderungsverordnung vom Bundesministerium für Gesundheit getragen worden (Auftrag an Institut BASYS, Augsburg).

Wenngleich die finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Fachgebiete aus der Sicht der Bundesärztekammer von großer Bedeutung sind, ist die Beteiligung der Kostenträger und des BMG zu prüfen.

Die dargestellten Teilprojekte Nr. 1 Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses, Nr. 2 Neustrukturierung im Gebührenverzeichnis (teilweise), Nr. 6 Qualitätsförderung der Privatmedizin, Nr. 7 Einbeziehung des medizinischen Fortschritts/Systempflege sind bundesärztekammerseitig zu realisieren.

Eine externe Unterstützung und deren Finanzierung wird notwendig bei den Teilprojekten Nr. 2 (teilweise), Nr. 3 Zuordnung von OPS-Codes zu GOÄ-Leistungen (Transcoding, Mapping), Nr. 4 Bewertungsüberprüfung der Leistungen im Gebührenverzeichnis, Nr. 5 Harmonisierungskonzept, Nr. 8 (Finanzielle) Auswirkungen des Konzeptes. Der Finanzbedarf für diese Aufgaben ist nach einer weiteren methodischen Klärung der einzelnen Projekte zu präzisieren. Bei allen Budgetentscheidungen wird seitens des Ausschusses und der Geschäftsführung darauf geachtet, dass das Kosten-/Nutzenverhältnis gewahrt bleibt.

Auf der Basis des erteilten Projektauftrages wurde die fachlich-inhaltliche Arbeit zu den Teilprojekten 1 des GOÄ-Konzeptes – Aktualisierung und Neustrukturierung des Gebührenverzeichnisses – in Angriff genommen und in wesentlichen Teilen bis zum Ende des Berichtsjahres erstellt.

Fachgespräch mit ärztlichen Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften am 19.07.2006 in Berlin

Neben den fachlichen Abstimmungen im Gebührenordnungsausschuss wurde das Konzept zur GOÄ-Weiterentwicklung auch mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, sowohl inhaltlich als auch im Bezug auf die weitere gemeinsame Vorgehensweise, in einer Sitzung am 19.07.2006 erörtert und konsentiert. Der Zuspruch zu dieser Veranstaltung war groß (100 Teilnehmer). Grund hierfür war der gewachsene Stellenwert der GOÄ mit adäquaten Preisen für ärztliche Leistungen, aber auch die Bekanntgabe der Eckpunkte zur Gesundheitsreform der Bundesregierung am 04.07.2006.

Die Veranstaltung sah zunächst einen politischen Sachstandsbericht des Vorsitzenden des GOÄ-Ausschusses, San.-Rat Dr. Gadowski vor, sodann vonseiten der Geschäftsführung der BÄK die Vorstellung des Konzeptes der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ, insbesondere mit Schwerpunkt auf die Abgrenzung der GOÄ von GKV-Vergütungsregelungen und der Realisierung der acht Teilprojekte sowie einen Vortrag über das weitere Vorgehen, insbesondere die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Fachgruppen und den Zeitplan.

Die Versammlung war deutlich verschieden von der Sitzung des gleichen Personenkreises im Vorjahr, die im Juli 2005 vor der Bundestagswahl im September 2005 und Kenntnis der Koalitionsvereinbarung von November 2005 und der darin erkennbaren politischen Richtung stattfand, und die noch auf teilweise große Skepsis in Bezug auf eine durch die Ärzteschaft initiierte Weiterentwicklung der GOÄ stieß.

Die Veranstaltung mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften ergab große Einigkeit in der Bewertung der politischen Situation, Zustimmung im Bezug auf die Interpretation der Eckpunkte und das Konzept der Bundesärztekammer, vor allem hinsichtlich der eigenständigen und unabhängigen Weiterentwicklung der GOÄ, Interesse und große Bereitschaft zur Kooperation sowie zahlreiche Anregungen zur Realisierung des Konzeptes.

In der Folge wurden aus den Vorschlägen der Berufsverbände und Fachgesellschaften erste Entwürfe für aktualisierte GOÄ – Abschnitte erstellt, diese Entwürfe wurden seitens der Geschäftsführung überprüft; sie werden verglichen mit der derzeit geltenden GOÄ (Leistungslegende, allgemeine und ergänzende Bestimmungen, Ausschlüsse), Stärken-Schwächen-Analyse von Bundes- und Landesärztekammer, einer Analyse der privatärztlichen Verrechnungsstellen sowie mit bestehenden Gebührenordnungen anderer Systeme und Länder, soweit vorhanden. Die systematischen Vorgaben des Konzeptes der Bundesärztekammer sind dabei Richtschnur. Der Entwurf wird nach Prüfung im Dezernat einem externen Sachverständigen (Facharzt des jeweiligen Gebietes) zugeschickt und zunächst medizinisch-fachlich geprüft. Die Korrekturvorschläge des Sachverständigen werden auf gebührenrechtliche Probleme geprüft. Dieser so bearbeitete Entwurf wird dann den Berufsverbänden und Fachgesellschaften erneut zur Abstimmung zugeleitet. Ein aktualisiertes und neu strukturiertes Gebührenverzeichnis soll bis März 2007 vorliegen, einschließlich einer Überprüfung von interdisziplinären Leistungen.

8.4.4 Gutachten zur Ableitung einer GOÄ aus den Definitionen und Kalkulationen der G-DRGs

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte in seiner Sitzung am 23.09.2005 seine grundsätzliche Zustimmung zur Vergabe eines Gutachtenauftrages GOÄ (Stand 23.09.2005) erteilt. Dieser Gutachtenauftrag hatte zwei Schwerpunkte:

1. Das PKV-Konzept, das die GOÄ-Bewertungssystematik auf der Grundlage von DRGs und deren Kalkulationen weiterentwickeln will, daraufhin zu überprüfen, ob es die Ziele der PKV erreicht und inwieweit es mit den wesentlichen Reform-Eckpunkten der Bundesärztekammer – Eigenständigkeit einer Amtlichen Gebührentaxe, sektorübergreifende Vergütungsstruktur, Arztbezug – vereinbar ist.

- Optionen zur Bewertungs- bzw. Preisfindung von GOÄ-Leistungen vorzunehmen unter Zugrundelegung der Reform-Eckpunkte der Bundesärztekammer sowie des Preischarakters der Gebührentaxe eines Freien Berufes.

Für das 1. Thema konnte Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster, Leiter der Abteilung Medizincontrolling, gewonnen werden, der in seinem Gutachten folgende Fragestellungen untersucht:

- Ist eine Herleitung der GOÄ-Vergütungen aus den DRG-Kalkulationen des InEK möglich?
- Können die GOÄ-Vergütungen für alle wahlärztlichen Leistungen aus der DRG-Kalkulation abgeleitet werden?
- Können GOÄ-Vergütungen für ambulante Leistungen aus den DRG-Kalkulationen abgeleitet werden?
- Inwieweit hält die Ableitung der ärztlichen Vergütung nach GOÄ aus DRG-Kalkulationen die Grundprinzipien einer Amtlichen Gebührentaxe aufrecht, insbesondere deren Eigenständigkeit als Vergütungsregelung für einen Freien Beruf, den Arztbezug als Ausdruck des individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses und die durchgängige sektorübergreifende Vergütungsstruktur und inwieweit werden die von der PKV formulierten Ziele durch die DRG-Systematik erreicht/nicht erreicht.

Im Gutachten wurde ausgeführt, dass das PKV-Konzept beansprucht, ein nahezu vollständiges anwendungsfertiges durchgängiges System zur Überführung der GOÄ auf DRG-Grundlage darzustellen und fachgebietsbezogene ärztliche Leistungen ableiten und bewerten zu können. Dieser Anspruch wurde unter Hinweis auf den Leistungsbe-griff der GOÄ in Frage gestellt. Die GOÄ in bisheriger Form ist eine Gebührentaxe für Selbstzahlerleistungen; sie enthält relativ klar nach Fachgebieten beschriebene ärztliche Leistungen. Die Vergütung erfolgt in Abhängigkeit von der tatsächlichen Inanspruchnahme dieser ärztlichen Leistungen im Einzelfall. Demgegenüber basiert der DRG-Leistungsbe-griff auf diagnosebezogenen Fallgruppen unter dem Kriterium der Aufwands-homogenität; es handelt sich gerade nicht um eine Einzelleistungsvergütung. Primat hat die Kostenhomogenität der Gesamtbehandlung eines Patienten in einer stationären Behandlungsepisode. Eine Fall-individuelle Differenzierung in Personal- und Sachlei-stungen erfolgt ebenso wenig wie eine Differenzierung nach Fachgebieten. Eine DRG schließt jeweils die Mitbehandlung durch alle beteiligten Ärztinnen und Ärzte ein. Arztkosten sind nur im Mittel über die gesamte Gruppe berücksichtigt, daher können im Rahmen eines Gesamtfallkostenvergleiches unterschiedliche Leistungen und auch unterschiedliche Personalkosten gleiche Gesamtkosten verursachen. DRGs stellen eine Durchschnittsbetrachtung des Standardfalls dar. Fälle mit vergleichbarem Gesamtaufwand werden häufig ohne detaillierte Leistungsbeschreibung zusammengefasst: DRGs stellen danach fachgebietsunabhängige, krankheitsbezogene, medizinökonomische Behandlungsgruppen dar.

Während also die DRG-Kostenkalkulation keinen durchgängigen Leistungsbezug aufweist, orientiert sich die GOÄ dagegen streng an ärztlichen Leistungen. DRGs haben keinen Bezug zu den individuellen ärztlichen Leistungen, die beim Patienten im Rahmen einer Gesamtbehandlung erbracht werden. Fast alle DRG-Fallpauschalen enthalten eine Vielzahl von unterschiedlichen operativen, interventionellen, konservativen Leistungen und Sachleistungen, wobei die Bündelung nach dem Kriterium der Kostenho-mogenität für den Gesamtfall erfolgt. Durch ihre Einteilung nach Hauptdiagnosekrite-

rien suggerieren die DRGs allerdings fälschlicherweise einen nicht existenten Fachgebietsbezug; ein durchgängiges Vergütungs- und Bewertungssystem kann nicht auf Basis von DRGs entwickelt werden.

Derzeit ist auch noch unklar, ob das DRG-System ab 2009 als Preissystem oder aber als Budgetierungssystem eingesetzt wird. Würde man das PKV-Konzept akzeptieren und GOÄ-Vergütungen aus DRG-Definitionen und DRG-Bewertungen ableiten, käme dies einem Paradigmenwechsel gleich: die leistungsbezogene Vergütung nach dem heute gültigen Leistungsbegriff würde zugunsten einer pauschalen Durchschnittsvergütung aufgegeben. Eine komplexe Leistungserbringung würde dann genauso vergütet wie eine einfache Leistungserbringung innerhalb derselben DRG-Leistungsgruppe. Auch die Wahlleistungskette wäre wegen des nicht vorhandenen Fachgebietsbezuges nicht mehr aufrecht zu erhalten.

8.4.5 Honorarpolitische Auswirkungen der Gesundheitsreform

Regelmäßig war es notwendig, die politischen Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der GOÄ, insbesondere nach Bildung der Regierungskoalition zu bewerten und in die konzeptionellen Überlegungen mit einzubeziehen.

Der honorarpolitische Diskurs wurde regelmäßig nach Vorbereitung durch den Ausschuss Gebührenordnung und Dezernat 4 im Vorstand der Bundesärztekammer geführt. Unter Bezugnahme auf den Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 und der auf dieser Basis – einseitig vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) – der Öffentlichkeit bekannt gegebenen Eckpunkte – wurden die Risiken für die GOÄ, insbesondere für ihren derzeitigen Anwendungsbereich, eingehend analysiert. Risikopotential bestand aufgrund der Koalitionsvereinbarung sowie der BMG-Eckpunkte zunächst in der vorgesehenen Gebührenabsenkung für bestimmte Personenkreise (Beamte, Standardtarifversicherte), gekoppelt mit einer Behandlungspflicht zur Durchsetzung dieser Gebührenabsenkung. Als politische Gründe hierfür wurden Sparnotwendigkeiten der öffentlichen Haushalte im Bezug auf die Beihilfe und der Systemwandel durch Angleichung der Vergütungssysteme identifiziert. Zudem sollte die intendierte Vergütungsreform durch Beauftragung eines Instituts „professionalisiert“ werden, was die Position der ärztlichen Selbstverwaltung schwächen würde.

Der Druck auf die GOÄ und die Fehlentwicklungen aufgrund ihrer Mängel und Bewertungsdisparitäten würden damit noch verstärkt mit wachsenden Konflikten in der Abrechnung; verstärkt würden zudem Akzeptanzprobleme und der Druck auf die private Krankenversicherung. Erkennbar wurde, dass der Plan, die Bürgerversicherung zu realisieren, von Seiten des BMG nicht aufgegeben wird, sondern statt der sofortigen Realisierung nunmehr eine stufenweise Umsetzung dieser Vorstellung geplant ist.

Seitens der Bundesärztekammer wurden die politischen Entscheidungsträger über die ärztlichen Vorstellungen zur GOÄ-Reform informiert. Als Kernpunkte der Weiterentwicklung aus ärztlicher Sicht wurden der Erhalt der Eigenständigkeit der Gebührentaxe,

der Arztbezug als Ausdruck der individuellen Patient-Arzt-Beziehung und die sektorenübergreifende Vergütungsstruktur gefordert.

Die Kritik der Bundesärztekammer gegen die Pläne der Politik wurde bereits zum Koalitionsvertrag an die Verhandlungsführer der Koalition, Frau Dr. Merkel und Herrn Müntefering, herangetragen; die weiter geführte Diskussion aufgreifend wurden entsprechende Schreiben an alle gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien und weitere politische Verantwortliche gerichtet. Den Landesärztekammern wurde ein Argumentationskatalog zur Einflussnahme auf Landesebene zur Verfügung gestellt (Schreiben vom 15.02.2006).

8.4.6 Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006

Die Bundesregierung legte am 04.07.2006 die Eckpunkte zur Realisierung der Gesundheitsreform 2006 vor. Die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme nimmt in diesen Eckpunkten breiten Raum ein; diese bezieht sich zum Einen auf die vertragsärztliche Vergütung (Euro-Vertragsgebührenordnung), die in Zukunft mit festen Preisen und Mengensteuerung ausgestattet, die Budgetierung ablösen soll und sowohl für den haus- als auch für den fachärztlichen Bereich unterschiedlich ausgestaltete Pauschalvergütungen, kombiniert mit wenigen Einzelleistungsvergütungen sowie Abstaffelungsregelungen, vorsehen soll. Die neue Euro-Vertragsgebührenordnung soll spätestens zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

Aussagen wurden auch zur Weiterentwicklung der GOA gemacht. Die Regierungskoalition hat die Reformbedürftigkeit der GOA ausdrücklich anerkannt und festgestellt, dass das Gebührenverzeichnis veraltet ist und dringend einer Aktualisierung bedarf. In weiteren Formulierungen der Eckpunkte wurde aber erneut die SPD-Position erkennbar, die die Angleichung der Vergütungssysteme als wesentlichen Schritt zur Vereinheitlichung der Versicherungssysteme nutzen will. Dort heißt es: „Ziel muss es aber schon jetzt sein, für vergleichbare Leistungen in GKV und PKV ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen zu schaffen, das inhaltsgleich auch Grundlage der privatärztlichen Gebührenordnung ist.“ Abweichungen vom Umfang dieses Leistungsverzeichnisses sollen weiterhin möglich sein, auch der Gebührenrahmen (Steigerungssätze) soll erhalten bleiben, aber präzisiert werden.

Diese Formulierungen enthalten erhebliches Risikopotenzial für die Aufrechterhaltung einer eigenständigen Gebührenordnung für Ärzte. Die Bundesärztekammer hat sich daher im Einvernehmen mit allen ärztlichen Organisationen, Berufsverbänden und Fachgesellschaften einmütig gegen eine „Gleichschaltung“ der Vergütungssysteme ausgesprochen; sie hat diese Zielrichtung als ordnungspolitisch und systematisch verfehlt bezeichnet und den politisch Verantwortlichen mitgeteilt, dass die Gesamtkonzeption der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ unverändert auf der Eigenständigkeit der ärztlichen Gebührenordnung für den privatärztlichen Bereich in Abgrenzung zum GKV-Bereich basiert. Ausgeschlossen dabei ist nicht, vergleichbare Leistungen in beiden Vergütungssystemen – GOÄ und neue Euro-Vertragsgebührenordnung – zu prüfen und sachgerechte Pauschalen auch in eine GOA einzubeziehen;

diese Pauschalen müssen jedoch GOÄ-konform sein, das heißt sie müssen einen Arzt-, Leistungs- und Prozedurenbezug haben, damit eine eindeutige Zuordnung zum jeweils ärztlich-fachlich Verantwortlichen erhalten und dem individuellen Patient-Arzt-Verhältnis Rechnung getragen wird. Die Ärzteschaft richtete an den Gesetzgeber die Forderung, dass die Stärken der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte unbedingt erhalten bleiben, nämlich:

- die Klarheit der Leistungsdefinition und die daraus resultierende transparente Vergütungsstruktur,
- die darauf basierende nachvollziehbare Rechnungsstellung im Sinne des Verbraucherschutzes,
- die sektorenübergreifende Vergütungsstruktur als Voraussetzung für eine vernetzte durchgängige Patientenversorgung,
- der unmittelbare Zugang zum medizinischen Fortschritt und
- die ordnungspolitische Funktion der GOÄ.

(vgl. hierzu auch Kommentar im Deutschen Ärzteblatt (Heft 40, 06.10.2006) von Dipl.-Kfm. Renate Hess – Privatärztliche Gebührenordnung: Gleichschaltung)

8.4.7 Verfassungsrechtliches Gutachten zur Einführung einer Behandlungspflicht

Die Bundesärztekammer ließ im Berichtsjahr die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Regelungen zur Einführung einer Behandlungspflicht für Ärzte, bestimmte Personenkreise (Beihilfeberechtigte, Standardtarifversicherte) zu abgesenkten Gebühren zu behandeln, verfassungsrechtlich prüfen. Das Gutachten wurde von Frau Professorin Rosemarie Will, Verfassungsrechtlerin an der Humboldt-Universität Berlin, erstellt und zwar auf der Grundlage der Koalitionsvertrag vorgesehenen Regelungen. Frau Prof. Will ist zum Ergebnis gekommen, dass die Einführung einer Behandlungspflicht in der GOÄ, für bestimmte Personenkreise (z. B. Beihilfeberechtigte) zu abgesenkten Gebührensätzen tätig werden zu müssen, verfassungswidrig ist; damit würde der Bundesgesetzgeber eine Selbstbegünstigung vornehmen, die den Gleichheitsgrundsatz aus Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) missachtet. Ein Kontrahierungszwang (Behandlungspflicht) für Standardtarifversicherte wird ebenfalls wegen eines Verstoßes gegen die ärztliche Vertragsfreiheit und damit gegen Artikel 2 Grundgesetz (GG) als verfassungswidrig eingestuft. Die Feststellung der Verfassungswidrigkeit einer um 30 bis 50 Prozent erfolgenden Gebührenabsenkung sei ebenfalls problematisch, erfordert jedoch ergänzende Modellrechnungen mit einer Analyse der negativen finanziellen Auswirkungen auf die verschiedenen Arztgruppen.

Zum gleichen Ergebnis in Bezug auf die Einführung einer Behandlungspflicht in der vorgesehenen Ausgestaltung kam ein vom Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten, das von Prof. Sodan, Präsident des Verfassungsgerichtshofes Berlin, erstellt wurde.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte bereits mit dem Auftrag an Frau Prof. Will beschlossen, das weitere Gesetzgebungsverfahren zu beobachten und ggf. eine weitere verfassungsrechtliche Prüfung durchzuführen.

8.4.8 Gesetzentwürfe zum GKV-WSG und ihre Auswirkungen auf die GOÄ

Der Referentenentwurf zum GKV-WSG vom 11.10.2006 und der Kabinettsentwurf vom 25.10.2006 nehmen zwar Abstand von der Einführung einer Behandlungspflicht für Ärzte, bestimmte Personenkreise zu abgesenkten Vergütungssätzen zu behandeln, sehen stattdessen aber eine Behandlungsverpflichtung für bestimmte Versichertenkreise der Privaten Krankenversicherung (Basistarifversicherte, Standardtarifversicherte) über die Einbeziehung dieser Regelung in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) durch Ergänzung des § 75 in Abs. 3 a GKV-WSG-E vor. Diese Zuordnung von Personengruppen in das SGB V, die bisher dem privaten Krankenversicherungsbereich zugeordnet sind, werfen erneut verfassungsrechtliche Fragen auf; die verfassungsrechtliche Prüfung der aktuellen gesetzlichen Pläne für Basis- und Standardtarifversicherte und damit deren Zuordnung in die vertragsärztliche Versorgung sowie die Auswirkungen auf die ärztlichen Honorare sollen einer weiteren verfassungsrechtlichen Prüfung unterzogen werden.

Zwar sucht diese „Umwegsregelung“ vermutlich Anschluss an die bereits in § 75 SGB V enthaltenen Sicherstellungsaufträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der kassenärztlichen Vereinigungen für Heilfürsorgeberechtigte und Insassen von Justizvollzugsanstalten. Indessen handelt es sich bei den Basistarifversicherten und bei Beamten um Personenkreise, deren Versorgung **nicht** „in besonderen Maße im öffentlichen Interesse“ liegt – wie es das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 08.12.1982 zur Regelung über die Heilfürsorge angesprochen hat (BVerfG vom 08.12.1982 – 2BvL 12/79). Auch stellt die Vergütungsprivilegierung eine gemeinschaftsrechtlich unzulässige Beihilfe für private Unternehmen dar. Die Einbeziehung der beihilfeberechtigten Beamten verstößt gegen das Willkürgebot, weil der Staat auf diese Weise versucht, seine Finanzmittel zu Lasten der Ärzte gering zu halten. Berechnungen des PKV-Verbandes und der privatärztlichen Verrechnungsstellen ergaben, je nach Umfang des anspruchsberechtigten Personenkreises im Basistarif Honorarverluste pro Arztpraxis in Höhe von 22.600 € aus (bei Überführung der beihilfeberechtigten Beamten in den Basistarif) bzw. von insgesamt 5 Mrd. bei völliger Angleichung von GKV und PKV aus.

Die Bundesärztekammer hat sich gegen die Regelungen zur Aushöhlung der privaten Krankenversicherung in ihrer Stellungnahme zu den Gesetzesentwürfen und in zahlreichen politischen Verhandlungen ausgesprochen. Diese Regelung war auch ein Schwerpunkt der Diskussion auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag gemeinsam mit der Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 24.10.2006 in Berlin. Im Leitantrag des Deutschen Ärztetages wurden die Regelun-

gen zur Zerstörung eines freiheitlichen Krankenversicherungssystems nachdrücklich abgelehnt und der Wettbewerb der Versicherungs- und Finanzierungsmodelle gefordert. Der Weg, bestehende Versicherungssysteme auf niedrigem Niveau anzugleichen, und dazu den privaten Krankenversicherungsunternehmen systemfremde Elemente aufzuerlegen (Basistarif mit Kontrahierungszwang und Verbot der Risikoprüfung, Quersubventionierung des Basistarifs aus den Vollversicherungstarifen, Sicherstellung der Versorgung für PKV-Versicherte durch das SGB V) mache den Weg frei für eine staatlich kontrollierte Einheitszwangsversicherung und zerstöre die PKV als Vollversicherung. Demgegenüber habe das Nebeneinander von GKV und PKV maßgeblich die Versorgung gefördert, Innovation gesichert und medizinischen Fortschritt vorangetrieben.

Die Position der Ärzteschaft wurde gleichermaßen auch in der Anhörung zum GKV-WSG vor dem Gesundheitsausschuss vorgetragen. Die Sachverständigen hatten ausführlich Gelegenheit darzustellen, welche enormen negativen Auswirkungen die gesetzliche Neuregelung zur PKV auf diesen Versicherungszweig haben wird. Deutlich wurde, dass das Problem der Unterfinanzierung in den Versorgungsbereichen durch diese Eingriffe in die PKV noch weiter verstärkt wird, und die Finanzierungsprobleme der GKV hingegen nicht gelöst werden. Die überaus kontroverse Diskussion über die verschiedenen Regelungsbereiche des GKV-WSG führten ebenfalls zu heftigen Debatten im Vorfeld der Beratungen des Deutschen Bundesrates, der am 15.12.2006 im ersten Durchgang seiner Beratungen zur Gesundheitsreform 103 Änderungsanträge zum Gesetzespaket beschlossen hat. Diese Änderungsvorschläge sahen auch eine Modifikation des PKV-Basistarif vor; danach soll die Einführung des Basistarifs auf den 01.01.2009 verschoben und das Rückkehr- und Eintrittsrecht in den Basistarif modifiziert werden. Die Sicherstellung der Versorgung im Basistarif soll fakultativ und nicht obligatorisch durch die kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Weitere Änderungsanträge wurden beschlossen, die vor allem landesrechtliche Konsequenzen haben.

Am Ende des Berichtsjahres war klar erkennbar, dass die Diskussionen zu dem GKV-WSG keineswegs als abgeschlossen betrachtet werden können, sondern dass insbesondere aufgrund der Diskussion in den Bundesländern, aber auch aufgrund der von verschiedenen Seiten vorgetragenen verfassungsrechtlichen Bedenken Änderungen, insbesondere im Regelungsbereich PKV, noch zu erwarten sind.

8.4.9 Vergütungsregelung Ost

Nach dem Einigungsvertrag vom 31.08.1990, in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23.09.1990 (BGBl. II, Seite 885, 1056), war für das Beitrittsgebiet eine reduzierte Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und nach der Hebammenhilfe-Gebührenordnung (HebGV) verankert worden (Ostabschlag). In regelmäßigen Abständen wurde die Höhe der Vergütungen – unter Berücksichtigung des Verhältnisses der für das Beitrittsgebiet bestimmten Bezugsgröße der Sozialversicherung zu der für die alten Bundesländer geltenden Bezugsgröße – an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst. Die Vergütungsanhebungen vollzogen sich seit dem Jahre 1991 von ursprünglich 1990 geltenden 45 % auf zuletzt 90 % des Vergütungsniveaus der alten Bundesländer. Die zuletzt geltende

Sechste Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet (Sechste Gebührenanpassungsverordnung – 6. GebAV vom 18.10.2001), die am 01.01.2002 in Kraft trat und den Ostabschlag auf 10 % reduzierte, ist mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 01.01.2007 entfallen. Ab 01.01.2007 sind zu 100 % die Vergütung der GOÄ abzurechnen; entscheidend ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung. Ärztliche Leistungen, die vor dem 01.01.2007 erbracht worden sind, müssen mit dem 10-prozentigen Ostabschlag berechnet werden. Leistungen vom 01.01.2007 an sind mit 100 % zu vergüten.

Damit wird auch die Ärzte- und Zahnärzteschaft endlich in ihren Vergütungsbedingungen an das West-Vergütungsniveau angeglichen und die Regelung für Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater sowie ärztliche Sachverständige vor Gericht, auch im Bezug auf diese Freien Berufe, angeglichen. Die Aufhebung des Ostabschlages der GOÄ als ist wichtiger Reform-Eckpunkt der Ärzteschaft realisiert.

8.4.10 GOÄ-Anwendungsfragen

Im Kalenderjahr 2006 wurden erneut mehr als 1000 schriftliche Anfragen zur Auslegung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte an die Bundesärztekammer gerichtet. Im Vergleich zum Vorjahr (1.408 Anfragen) ist die Anfragefrequenz damit in etwa konstant geblieben. Die Landesärztekammern richteten im Berichtsjahr 131 Grundsatzfragen an die Bundesärztekammer zur Unterstützung bei GOÄ – Auslegungsdivergenzen. Diese Quote ist im Vergleich zum Vorjahr rückläufig, insbesondere aufgrund der Bitte der Bundesärztekammer von Anwendungsfragen entlastet zu werden, wegen der Priorität, das Reformkonzept zur Weiterentwicklung der GOÄ umzusetzen. Die Anfrage von Gerichten zu GOÄ-Anwendungsproblemen und auch zur Benennung von gebührenrechtlichen Sachverständigen blieb konstant. 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 auf eine kritische Auseinandersetzung mit bereits vorliegenden gutachterlichen Stellungnahmen bzw. Fragestellungen abzielen.

Hauptthemen der GOÄ – Anwendungsfragen in diesem Jahr waren erneut die Bildung von Analogbewertungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 GOÄ (und deren Beihilfefähigkeit) sowie weiterhin Konflikte im Zusammenhang mit dem sogenannten Zielleistungsprinzip nach § 4 Abs. 2 a GOÄ, insbesondere für operative Leistungen. 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 – HTAs (siehe Kapitel 8.4.17 – Health Technology Assessment, S. 369f.). Aufgrund der veralteten GOÄ und der nach wie vor ausstehenden Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses ist der Handlungsbedarf unverändert hoch und wird noch weiter steigen.

Weitere Themenfelder betrafen die Privatabrechnung beim Mammographie – Screening, neue Schnelltests im Rahmen von Laboruntersuchungen, arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk, Befundberichte und Arztbriefe, Abrechnung der In-vitro-Fertilisation nach GOÄ, die Leichenschau, Abrechnung von osteopathischen Behandlungsmethoden, um nur einige der Themen aufzuzählen. Mit Vorlage der Abrechnungsempfehlung für kernspintomographische Leistungen am Beispiel von Kniegelenkuntersuchungen hat die Bundesärztekammer zu Leistungen des Abschnitts B und des Abschnitts O ausführlich Stellung bezogen und damit eine Vielzahl von Konflikten bereinigen können.

Die Bundesärztekammer nutzt seit jeher ihren Gestaltungsspielraum bei GOÄ-Abrechnungsempfehlungen und Analogbewertungen umfassend mit dem Ziel, Rechtssicherheit und klare Abrechnungsregelungen für Patient und Arzt zu schaffen. Sie unterstützt eine aktive Wahrnehmung der Ordnungsfunktion der Ärztekammern im Feld der privatärztlichen Abrechnung. Die intensivierete Beschlussfassung und Veröffentlichung von Abrechnungsempfehlungen zielt darauf ab, eine auf die einzelne Leistung bezogene sachgerechte, im Bewertungsgefüge der GOÄ ausbalancierte Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Basis der derzeit gültigen GOÄ zu ermöglichen. Die Schlichtungsfunktion der Abrechnungsempfehlungen und Konfliktbereinigung, auch zu Gunsten der privaten Krankenversicherungen, wird zunehmend anerkannt; eine wachsende Kooperationsbereitschaft der meisten Unternehmen der Privaten Krankenversicherungen ist zu beobachten. So haben einzelne Unternehmen der privaten Krankenversicherung 2005 nachträglich zahlreiche Beschlüsse des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK anerkannt.

8.4.11 GOÄ-Datenbanken

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. 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 Verbesserung des Informationsaustauschs, die Förderung einer bundeseinheitlichen Auslegungspraxis und die Nutzung von Synergieeffekten.

Von Seiten der Bundesärztekammer wurden im Jahr 2006 bis Redaktionsschluss des Tätigkeitsberichts 177 neue GOÄ-Dokumente in die neue Datenbank eingepflegt. Von den Landesärztekammern wurden 6 Dokumente ebenfalls eingestellt.

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.

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 Veralterung der GOÄ führt zu zahlreichen Rechtsstreiten. In zunehmendem Umfange lässt die Rechtsprechung zu GOÄ-Anwendungsfragen erkennen, dass die aufgrund der unzulänglichen Weiterentwicklung der GOÄ entstehenden Diskrepanzen zwischen gebührenrechtlichen Anforderungen und veraltetem Leistungsverzeichnis sich nicht zu Lasten der modernen Medizin und damit zum Nachteil des Patienten auswirken dürfen und dass zunehmend der medizinische Fortschritt, trotz gebührenrechtlicher Hürden, berücksichtigt werden muss. Die höchstrichterliche Rechtsprechung befasste sich im Berichtsjahr mit dem Anwendungsbereich der GOÄ, auch für Selbstzahlerleistungen, wie z.B. Schönheitsoperationen (Urteil des BGH vom 23. März 2006 III ZR 223/05) sowie mit der Abrechnung einer Hallux-Valgus-Operation (Urteil des BGH vom 16.03.2007 III ZR 217/05), insbesondere soweit es die Anwendung des § 4 Abs. 2 a GOÄ (Zielleistungsprinzip) betrifft, das die Argumentation der Bundesärztekammer aufgegriffen hat. 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. Als zusätzlicher gebührenrechtlicher Informationsservice umfasst die Rubrik „Urteile“ zum Ende dieses Jahres 821 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 (aktuell 1.158 Dokumente). 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.

GOÄ-Service

Neben dem internen Informationsaustausch mit den Landesärztekammern pflegt die Bundesärztekammer die für alle Interessierten zugängliche Internetseite unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108>; die aktuelle Honorarpolitik, Abrechnungsempfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer sowie die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer werden ebenfalls wie Honorarvereinbarungen mit öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern oder aktuelle Gesetze zur Vergütung ärztlicher Leistungen auf Grundlage des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG) eingestellt. Diese direkten Informationsangebote an den einzelnen Arzt wurden im Kalenderjahr 2006 531.234 mal von 106.673 Besuchern, im Jahre 2005 (368.750 mal von 148.817 Besuchern) aufgerufen.

Das Thema Gebührenordnung ist im Bereich der Themen der Bundesärztekammer das Viertmeistbesuchte im Jahr 2006 von insgesamt 27 Themengebieten.

Die Bundesärztekammer gestaltet in regelmäßigen Abständen den GOÄ – Ratgeber im Deutschen Ärzteblatt mit aktuellen Anwendungsfragen. Im Berichtsjahr wurden im GOÄ-Ratgeber folgende Themen behandelt: sonographische Fetaldiagnostik, korrekte Rechnungsstellung nach § 12 GOÄ, Definition des „Material“ im Bezug auf die Leistungen Abschnitte N I, Wertigkeit von Empfehlungen der Bundesärztekammer – der Behandlungsfall in der GOÄ, Zuschläge für „Unzeiten“, Besonderheiten bei Zuschlägen von A – D und bei Zuschlägen von E – H zu Unzeiten, Zuschläge bis J, Besonderheiten für Beleg- und Krankenhausärzte, Zuschläge für Kinder, die Kombination von Zuschlägen nach GOÄ, gynäkologische Zytologie, Hallus valgus und Zielleistungsprinzip, berechnungsfähige Auslagen nach § 10, fraktionierte stereotaktische Bestrahlung – Bestrahlungsplanung, Urologie Endopyelotomie und Steinertrümmerung, Urologie radikale Prostatatektomie, Urologie radikale Nephrektomie und Teilnephrektomie.

8.4.12 Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer

Unter Vorsitz von San.-Rat Dr. Franz Gadomski, Stellvertretung Dr. Theodor Windhorst, befasste sich der Ausschuss „Gebührenordnung“ im Berichtsjahr im Wesentlichen mit honorarpolitischen Fragen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsreformgesetz GKV-WSG, dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und dem Versicherungsvertragsrecht (VVR), sowie mit der Realisierung des BÄK-Konzeptes zur GOÄ-Reform. Im Berichtszeitraum 2006 wurden im Ausschuss „Gebührenordnung“ Abrechnungsempfehlungen vorbereitet, die nach Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden, wie z. B. die Abrechnung von kernspintomographischen Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen – Abschnitt B und O; die Empfehlungen wurden Anfang 2006 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Der Ausschuss „Gebührenordnung“, ergänzt um Ständige Gäste, hat im Berichtszeitraum 2006 fünf mal getagt.

Die Beschlüsse des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer tragen in großem Umfange zu großer Rechtssicherheit in der Anwendungspraxis bei. Dennoch bleibt ein großer Regelungsbedarf durch den dynamischen medizinischen Fortschritt, der nur durch eine umfassende GOÄ-Reform berücksichtigt werden kann. Die Beschlüsse werden veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt sowie im Internet unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108>.

8.4.13 Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer

Im Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen sind neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), ein Vertreter der Beihilfe, der PKV-Verband sowie – ohne Stimmrecht – der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) vertreten. Den Vorsitz des Gremiums hat Dr. Alfred Möhrle inne.

Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen konzentriert sich auf Grundsatzfragen zur GOÄ und Beratungsthemen, bei denen wegen des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts ein großer Bedarf für Abrechnungsempfehlungen und Analoge Bewertungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ besteht. Der Zentrale Konsultationsausschuss berät außerdem über medizinische Leistungen, bei denen die unterschiedlichen Auslegungen zum Zielleistungsprinzip nach § 4 Abs. 2 GOÄ zwischen Ärzteschaft und der Seite der Kostenerstatter stark auseinanderweichen. Die von Seiten der Ärzteschaft eingebrachten Standpunkte werden von der Bundesärztekammer jeweils themenspezifisch in Zusammenarbeit mit ärztlichen Berufsverbänden und medizinischen Fachgesellschaften vorbereitet.

Vor dem Hintergrund der politischen Beratungen der aktuellen Gesundheitsreform ergaben sich zum Einen Terminüberschneidungen angesichts der enorm gewachsenen Arbeits- und Terminbelastung einzelner Ausschussmitglieder, zum Anderen ergaben sich Einschränkungen dadurch, dass die fachlich-inhaltliche Aufbereitung der Beratungsthemen und die Vorbereitung von Sitzungs- und Beschlussvorlagen aufgrund der zeitlichen Belastungen durch die Realisierung des Konzepts der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ nicht mehr nur allein durch das zuständige Dezernat der Bundesärztekammer geleistet werden konnte.

Aus diesen Gründen hat der Zentrale Konsultationsausschuss im Berichtszeitraum 2006 nicht getagt. Stattdessen wurden im Rahmen eines schriftlichen Erörterungs- und Abstimmungsverfahrens Abrechnungsempfehlungen zur weiterführenden sonographischen Fetaldagnostik (Deutsches Ärzteblatt, Heft 3 vom 20. Januar 2006, Seite A 147), zur stereotaktisch fraktionierten (mehrzeitigen) Strahlentherapie mittels Linearbeschleuniger einschließlich Bestrahlungsplanung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-Hals-Tumoren und bei Patienten aller Altersgruppen mit benignen Kopf-Hals-Tumoren (Deut-

sches Ärzteblatt, Heft 41 vom 13. September 2006, Seite A 2739f), und zu einer Reihe urologischer Eingriffe wie der transurethralen oder perkutanen Endopyelotomie, der transurethral-endoskopischen bzw. perkutanen intrakorporalen Harnleiter- bzw. Nierensteinzertrümmerung, der radikalen Prostatektomie mit und ohne Neurolyse bzw. mit und ohne Entfernung pelviner Lymphknoten, der radikalen Nephrektomie und der organerhaltenden Nierenzellkarzinomentfernung mit und ohne Entfernung der regionären Lymphknoten, sowie der diagnostischen Fluoreszenzendoskopie bei Urothelkarzinom (Deutsches Ärzteblatt, Heft 41 vom 13. September 2006, Seite A 2740f) beraten und konsentiert.

Die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer werden veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, sowie im Internet unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108>.

8.4.14 Gespräche mit dem Verband der privaten Krankenversicherung

Die Gespräche mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und mit einzelnen Krankenversicherungsträgern waren zum Einen geprägt durch die aktuelle gesundheitspolitische Debatte über die Gesundheitsreform, zum Anderen hatten sie das Thema – Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – zum Gegenstand. Bereits in der Koalitionsvereinbarung vom 11.11.2005 und den Eckpunkten des Bundesministeriums für Gesundheit vom Februar 2006 wurde erkennbar, dass sich die politischen Pläne, insbesondere des BMG und der SPD auf eine Angleichung der Versicherungssysteme – PKV an GKV mit dem Ziel einer Einheits-Bürgerversicherung – ausrichteten. In Vorentwürfen aus dem Bundesfinanzministerium und dann im Referenten- und Kabinettsentwurf des GKV-WSG wurde dieses Ziel durch gesetzliche Regelungen präzisiert. Mit der rückwirkenden Einführung einer 3-Jahresfrist für den Wechsel von der GKV in die PKV, verbunden mit der dreijährigen Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze als Zugangsvoraussetzung (gilt vom 04.07.2006), mit Einführung des Kontrahierungszwangs beim Basistarif auf GKV-Leistungs- und Vergütungsniveau wurden weitere Schritte hin zur Bürgerversicherung initiiert. Die Einführung der Portabilität von Alterungsrückstellungen und die Subventionierungsnotwendigkeit des Basistarifs würden zu Beitragssteigerungen für den Altbestand der Vollversicherten führen und damit die Vollversicherung beeinträchtigen; Ziel ist eine Förderung des Wechsels in den Basistarif. Mit diesen Maßnahmen wird beabsichtigt, die PKV systematisch auszuhöhlen und ihre Attraktivität zu schmälern.

Bereits im Frühjahr 2006 wurde eine „Strategische Allianz“ gebildet, die sich gegen die Zerstörung der privaten Krankenversicherung formierte. In einer gemeinsamen Erklärung für die anstehende Gesundheitsreform wandten sich neben der Bundesärztekammer, der Bundesverband der Freien Berufe, der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e.V., die Bundeszahnärztekammer, der Deutsche Beamtenbund und Tarifunion, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Hauptverband des Deutschen Einzelhandels, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, der Zentralverband des Deutschen Handwerks zusammen mit der PKV mit einer gemeinsamen Erklärung zur Notwendigkeit des Erhaltes der privaten Krankenversicherung an die Bundeskanzlerin, Frau Dr. Angela Merkel. In dieser Erklärung wur-

den die Vorteile des Systemwettbewerbs dargestellt und die Kritik an den privat Versicherten, sie verhielten sich unsolidarisch, zurückgewiesen. Ausgeführt wurde, dass eine offene oder versteckte Schwächung der PKV kein Problem der gesetzlich Krankenversicherten lösen, sondern lediglich von der Notwendigkeit der grundlegenden Reform der GKV ablenken würde – so der Tenor dieser Erklärung.

Diese Aktion fand breiten Niederschlag in den Medien. Insbesondere unter Hinweis auf die in anderen Ländern bestehenden „Grauen Märkte“, in denen radikale Marktmechanismen gelten, und anders, als im durch die Amtliche Gebührentaxe regulierten privatärztlichen Markt in Deutschland eine über die Basisversorgung hinausgehende patientengerechte Versorgung für sozial sicherungsbedürftige Personenkreise kaum erschwinglich ist.

In der Berliner Erklärung „Für Vielfalt und Freiheit im Gesundheitswesen“ vom 20.09.2006 wurde im September 2006 diese Aktion fortgesetzt und erneut gegen die Ausweitung des Staatseinflusses im Gesundheitswesen und gegen die Vereinheitlichung des Versicherungswesens Stellung bezogen.

Durch die politische Entwicklung wurden die im Jahre 2005 begonnenen Gespräche über ein gemeinsames Handlungskonzept zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband zunächst zurückgestellt; diese Themen sollen jedoch auch im Zusammenhang mit der Realisierung des Bundesärztekammer-Konzeptes zur Weiterentwicklung der GOÄ erneut aufgegriffen werden.

Im Berichtsjahr wurde ein weiteres Gespräch über die Weiterentwicklung der GOÄ mit dem Ziel der Annäherung der unterschiedlichen methodischen Ansätze für die GOÄ-Reform geführt. In diesem Gespräch im Hause des PKV-Verbandes am 23.06.2006 in Köln wurden die Ziele der GOÄ-Weiterentwicklung aus Sicht der PKV und Bundesärztekammer abgestimmt, das PKV-Konzept dargestellt und erläutert, eine Bewertung des PKV-Konzeptes durch den Gutachter der Bundesärztekammer, Prof. Norbert Roeder, DRG Research Group, Universität Münster, vorgenommen und schließlich das BÄK-Konzept vorgestellt. Die Ziele der GOÄ-Weiterentwicklung wurden im Grundsatz konsentiert, wenngleich in Details auch Abweichungen, begründet durch die unterschiedlichen Interessenslagen erkennbar wurden. Gemeinsam wurde festgestellt, dass eine Aktualisierung, Neuordnung und Neubewertung des gesamten GOÄ-Verzeichnisses erforderlich ist, um die Mängel der bisherigen Teil-Novellierungen (unausgewogenes Bewertungsgefüge, systematische Brüche) und deren Fehlanreizungen zu beseitigen. Die Abbildung operativer und interventioneller Leistungen im stationären und ambulanten Bereich in der GOÄ wurde als besonders konfliktrichtig beurteilt, weil diese Leistungen zum Einen veraltet sind und zum Anderen mit den gebührenrechtlichen Anforderungen im Paragraphenteil (§ 4 Abs. 2a) nicht vereinbar sind. Die Neuordnung und Neubewertung des Gebührenverzeichnisses habe zur Beseitigung der Anwendungsprobleme Priorität. Vereinbart wurde, dass – bezogen auf den Teil des Gebührenverzeichnisses der operativen und interventionellen Leistungen – ein datenbasierter Algorithmus für die zeitnahe Aktualisierung und Bewertung vorgesehen werden soll; dabei beharre die PKV nicht auf ihrem Konzept, sondern ist unter der Voraussetzung, dass die Bundesärztekammer eine eigenständige methodische Konkretisierung ihres Konzeptes vorlegt, für eine solche Lösung offen.

Neben dem Thema „Weiterentwicklung der GOÄ“ wird Gegenstand weiterer Gespräche auch das Teilprojekt „Qualitätsförderung der Privatmedizin“ sein, sowie die sich aus den Regelungen des GKV-WSG und des Versicherungsvertragsgesetzes ergebenden Themen.

8.4.15 Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVR)

Die von der Bundesministerin für Justiz, Frau Prof. Dr. Herta Däubler-Gmelin, im Jahre 2000 eingesetzte Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechtes hatte in ihrem Abschlussbericht Vorschläge für einen Referentenentwurf zur Reform des Versicherungsvertragsrechtes vorgelegt. Zu den Ergebnissen der Kommission hatte die Bundesärztekammer sowohl schriftlich als auch in einer Anhörung Stellung bezogen. Auf der Grundlage des Kommissionsberichtes wurde am 13.03.2006 ein Referentenentwurf erstellt. Wichtiges Ziel einer Neuregelung des Versicherungsvertragsrechtes ist eine Aktualisierung seiner rechtlichen Grundlagen unter besonderer Berücksichtigung eines modernen Verbraucherschutzes. Mit Schreiben des Bundesministers der Justiz vom 16.03.2006 war unter anderem auch die Bundesärztekammer um Stellungnahme zum vorgelegten Referentenentwurf gebeten worden. In ihrer Stellungnahme begrüßte die Bundesärztekammer einerseits die Aktualisierung des Versicherungsvertragsrechtes und die Erweiterung der Beratungs-, Aufklärungs- und Informationspflichten der Versicherer sowie die Schaffung gesetzlicher Mindeststandards für die einzelnen Versicherungszweige als Maßnahmen zur Verbesserung des Verbraucherschutzes und der Transparenz dieser Regelungen. Sie beschränkte sich im Weiteren dann im Wesentlichen auf die Regelungen zur privaten Krankenversicherung, insbesondere § 192 VVG-E – vertragstypische Leistungen des Versicherers. Diese als Dienstleistungen deklarierten „managed care-Maßnahmen“ beinhalten eine Erweiterung der Kompetenzen privater Krankenversicherungsträger mit dem Ziel der Kostensteuerung. Aus Sicht der Ärzteschaft führen diese Eingriffe in das Arzt-Patienten-Verhältnis zu erheblichen Konflikten, weil die Einführung eines Wirtschaftlichkeitsgebots, ähnlich wie im SGB V, in das Privatbehandlungsverhältnis eingreifen. Gegen eine derartige Ausweitung der Kompetenzen der privaten Krankenversicherung zu Lasten von Patienten und Ärzten hat sich die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf ausgesprochen, auch unter dem Aspekt, dass damit die versicherungsspezifischen Rahmenbedingungen der Privaten Krankenversicherung in Richtung einer Angleichung an die gesetzliche Krankenversicherung gebahnt würden.

Die Regelungen in § 192 VVG-E stellen nach Auffassung der Bundesärztekammer eine aufeinander aufbauende Systematik von Eingriffen in das Patient-Arzt-Verhältnis dar. Die als „zusätzliche Dienstleistungen“ bezeichneten Leistungen des Versicherers entmündigen privatversicherte Bürger und machen den Versicherer zum vermeintlich uneigennütigen Fürsprecher des Patienten. Angesichts erheblicher wirtschaftlicher Eigeninteressen der privaten Krankenversicherung wird als höchst unwahrscheinlich betrachtet, dass Patienten objektiv beraten werden, welche Leistungen, bei wem, zu welcher Zeit und zu welchen Kosten angemessene und sinnvolle medizinische Leistungen sind. Der Interessenskonflikt zwischen der notwendigen neutralen uneigennütigen Beratung und Unterstützung des Versicherten und von im Wettbewerb unter Kosten-

druck stehenden Wirtschaftsunternehmen wird negiert. Eine interessensgeleitete Kostensteuerung und -dämpfung wird den privat Versicherten der Bevormundung und Gängelung durch den Versicherer aussetzen.

Das Zusammenwirken der §§ 192 Abs. 3 VVG-E, insbesondere Nr. 3, und 87 Abs. 2 VVG-E, in welchem die Mitwirkungspflichten des Versicherten bei der Klärung von Schadenersatzansprüchen geregelt sind, wird den Druck auf Patienten zur Offenlegung aller Befunde so stark erhöhen, dass diese „Dienstleistungen“ kaum abgelehnt werden können. Die Folge ist der „gläserne Patient“. Datenschutz und Schweigepflicht werden durch diese Regelungen ausgehöhlt, weitreichende Auskunftsrechte des Versicherers gegen Patienten sanktioniert. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird in unzumutbarer Weise eingeschränkt. Insbesondere bei großen Versicherungsgesellschaften mit Krankenversicherungs- und Lebensversicherungssparte könnten die dadurch initiierten Datenflüsse zu negativen Auswirkungen für den Schutz der Intimsphäre des Versicherten führen. Im Gesetzesentwurf existiert keine Beschränkung dieser Datenflüsse.

Die in § 192 Abs. 2 und 3 VVG-E vorgesehenen Steuerungsmaßnahmen für private Krankenversicherer werden nicht nur eine Angleichung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung begünstigen, sondern sich vor allem negativ auf den Patientenschutz, die Patientensouveränität und das Patient-Arzt-Verhältnis auswirken. Aus Sicht der Bundesärztekammer wird stattdessen der Weg über differenzierte Tarifangebote z. B. mit Selbsthalten oder mit Einfluss auf den Umfang des medizinischen Leistungsangebotes, über die Qualitätsförderung und über eine Neuordnung der privatärztlichen Vergütung in der GOÄ als geeignetere Maßnahmen, um die Ziele dieser Regelungen zu erreichen, betrachtet.

Aus den genannten Gründen hat die Bundesärztekammer die geplanten o. g. Regelungen zur Reform des Versicherungsvertragsrechts abgelehnt.

In der Stellungnahme des Bundesrates vom 13.10.2006 zu diesem Gesetzesentwurf sind die Bedenken der Bundesärztekammer nur marginal berücksichtigt worden; deshalb sind die Forderungen der Ärzteschaft erneut in die weitere Gesetzgebung eingebracht worden. Die oben dargestellte Kritik an diesem Entwurf wurde gleichermaßen auch von der Bundeszahnärztekammer und dem Bundesverband der Freien Berufe vorgetragen.

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

Das Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG), das das Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen ablöste, trat am 01.07.2004 in Kraft. Die Bundesärztekammer hatte die Gesetzgebung konstruktiv begleitet, soweit es die Kategorisierung medizinischer Gutachten in drei verschiedene Gruppen (M1, M2, M3) betrifft; andererseits jedoch, soweit es die im Gesetz vorgesehenen Vergütungssätze für medizinische Sachverständige betrifft, Verbesserungen gefordert. Im Berichtsjahr fand ein Erfahrungsaustausch im Arbeitskreis JVEG der Bundesärztekammer statt, bei wel-

chem auch die unterschiedliche Auslegungspraxis der Gerichte zu den Neuregelungen des JVEG erörtert wurden; diese sollten ausgewertet und zu einem geeigneten Zeitpunkt in die weitere politische Debatte einbezogen werden.

Das Bundesministerium der Justiz wandte sich mit Schreiben vom 21.08.2006 auch an die Bundesärztekammer mit der Bitte um Stellungnahme zu einer ersten Überprüfung des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes. In dieser ersten Überprüfung sollen die bisherigen Erfahrungen mit der Aufteilung in Sachgebiete analysiert werden. So war es Ziel der Befragung festzustellen, ob sämtliche in der Anlage 1 (zu § 9 Abs. 1) aufgeführten Sachgebiete für die Praxis relevant sind, alle in der Praxis häufiger nachgefragten Sachgebiete erfasst sind und ob die Bezeichnung der Sachgebiete zutreffend gewählt ist. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Befragung soll in einem zweiten Schritt vom BMJ eine Marktanalyse in Auftrag gegeben werden, um die aktuellen Marktpreise für eine sachgerechte Vergütung der Sachverständigengutachten zu ermitteln.

Die Bundesärztekammer hat zur Anfrage des BMJ mit Schreiben vom 30.11.2006 Stellung genommen und die Sachgebietsaufteilung für medizinische Gutachten in die Kategorien M1, M2 und M3 positiv gewertet. Die von einigen Gerichten geforderte weitergehende Differenzierung medizinischer Gutachten oder eine noch umfassendere Aufzählung von Gutachtentypen unter den Kategorien M1 bis M3, insbesondere für den Bereich der Sozialgerichtsgutachten wurde – trotz der unterschiedlichen Spruchpraxis in den einzelnen Bundesländern – nicht für erforderlich gehalten. Die zu beurteilenden Sachverhalte medizinischer Gutachter entziehen sich einer noch weitergehenden Schematisierung und Standardisierung. Aus diesem Grunde wurden die Gutachtentypen im Gesetz für sachgerecht gehalten, da sie auf der einen Seite Entscheidungshilfe bieten, ohne die notwendigen Ermessensspielräume und Entscheidungskorridore aufzugeben.

Die Bundesärztekammer forderte eine Änderung in Bezug auf die Zuordnung von Formbogengutachten, derzeit in Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG. Bereits im Gesetzgebungsverfahren hatte sie darauf hingewiesen, dass die Leistungen nach den Nummern 200, 201 (Befundberichte), 202 und 203 (Formbogengutachten) unzureichend vergütet werden. Die Formbogengutachten sind Sachverständigenleistungen und damit den Kategorien des § 9 gleichzustellen; es handelt sich um gutachterliche Leistungen des Arztes als Sachverständiger und nicht um Leistungen des Arztes als eines sachverständigen Zeugen wie bei den Befundberichten. Unmaßgeblich ist es, in welcher Form die gutachterliche Stellungnahme erfolgt; auch die Erstellung eines Formbogengutachten erfordert die Bewertung medizinischer Sachverhalte und muss den Gutachtenleistungen auch soweit es die Vergütung betrifft gleichgestellt werden. Deshalb wurde eine Zuordnung der Formgegengutachten zu den Sachverständigenleistungen gefordert.

Zum geplanten zweiten Teil der BMJ-Umfrage zur angemessenen Vergütung medizinischer Sachverständigenleistungen im JVEG wurde vorsorglich darauf hingewiesen, dass nach wie vor für den ärztlichen Sachverständigen keine leistungsgerechte Vergütung gewährt wird. Die Entschädigungsregeln für Ärzte, insbesondere die Einstufung innerhalb der Honorargruppen, wurden erneut als unzureichend kritisiert. Insbesondere die Vergütungssituation für hauptberufliche Sachverständige wurde durch den Wegfall des Erhöhungstatbestandes für die hauptberufliche Sachverständigentätigkeit sogar verschlechtert anstatt verbessert.

Unter Hinweis auf die rigide Auslegungspraxis einiger Gerichte, z. B. LSG Baden-Württemberg, mit einer Pauschalierung von Zeiten für die Erstellung der Gutachten und weiteren stringenten Vorgaben für die Tätigkeiten bei der Gutachtenerstellung, sowie einer Kopplung von Zeitaufwand für die Gutachtenerstellung mit den Seitenzahlen des Gutachters, wurde erneut eine Verbesserung der Vergütungen gefordert. Dabei wurde hinsichtlich des zur geplanten 2. Überprüfungsschrittes durch das BMJ festgestellt, dass der Weg über Marktanalyse zur Ableitung von „Marktpreisen“ für ärztliche Leistungen nicht zu sachgerechten Ergebnissen führen wird, weil der Marktwert der ärztlichen Leistungen durch die Abhängigkeit der Ärzte von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern mit Budgetierungen und sozialrechtlichen Regelungen verzerrt wird und damit keine geeignete Grundlage für die Bewertung der Vergütung medizinischer Gutachten darstellt, sondern die unzulänglichen Vergütungsbedingungen medizinischer Sachverständiger fortschreiben würde.

Der Arbeitskreis JVEG wird sich Anfang 2007 erneut zu einem Erfahrungsaustausch über die Anwendung des JVEG treffen, sowie Vorbereitungen für den zweiten Überprüfungsschritt des BMJ hinsichtlich der geeigneten Methodik zur Bewertung medizinischer Sachverständigenleistungen treffen.

8.4.17 Health Technology Assessment (HTA)

Health Technology Assessment (HTA) umfasst ein evidenzbasiertes Verfahren zur transparenten Entscheidungsfindung bei der systematischen Beurteilung medizinischer Prozeduren, wobei durch umfassende multidisziplinäre Analyse der wissenschaftlichen Literatur Diagnose- und Behandlungsverfahren, deren Settings und Organisationsstrukturen sowie mögliche Anwendungsfolgen einschl. gesundheitsökonomischer Aspekte bewertet werden sollen. Dabei werden verschiedene Dimensionen unterschieden: Wirksamkeit („efficacy“ und „effectiveness“) in Verbindung mit Sicherheit und Verträglichkeit, Kosten-Wirksamkeits-, Kosten-Nutzwert- und Kosten-Nutzen-Vergleiche (einschl. Modellierungen und Sensitivitätsanalysen), psychosoziale, rechtliche und ethische Implikationen sowie organisatorische und Versorgungsaspekte eines Verfahrens. Bei der Themenbearbeitung werden Literaturrecherche, -auswahl und -auswertung im Einzelnen („assessment“) von der übergreifenden Literaturbewertung mit Schlussfolgerungen und Entscheidungsempfehlungen („appraisal“) getrennt.

Die HTA-Methodik wurde bei den Beratungen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer, des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer und bei GOÄ-Anwendungsfragen genutzt, um bei Analogbewertungen neuer Diagnose- und Behandlungsverfahren und den neu zu schaffenden Leistungslegenden die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien angemessen berücksichtigen zu können.

Bei den Beratungen im Rahmen des Zentralen Konsultationsausschusses wurden Informationsanalysen und Ergebnisdaten zur radikalen Prostatektomie, zur stereotaktischen fraktionierten Strahlentherapie mittels Linearbeschleuniger und zur Fluoreszenzendoskopie bei der Diagnostik von Urothelkarzinomen berücksichtigt. Ferner wurden im

Rahmen von Anfragen zur GOÄ und Begutachtungen Literaturrecherchen, -auswertungen und -bewertungen zu einer Reihe verschiedener Fragestellungen durchgeführt, wie z.B. der Wertigkeit der autologen Melanozytentransplantation bei Vitiligo, zu thermoablativen Verfahren bei Prostatahyperplasie oder Uterusfibromen, zu operativen Verfahren bei Varizen sowie zu unterschiedlichen komplementärmedizinischen Ansätzen insbesondere bei chronischen Schmerzzuständen.

Die evidenzgestützte Leistungs- und Verfahrensbeurteilung stellt einen wichtigen Schritt bei der Gebührenbewertung und der Zuordnung innovativer ärztlicher Leistungen zu Analogbewertungen oder Abrechnungsempfehlungen dar. Im Konzept zur Weiterentwicklung der GOÄ ist vorgesehen, dass im Rahmen eines Teilprojekts zu Innovationen und Systempflege ein methodisch abgesichertes Verfahren zur systematischen Bewertung neuartiger Leistungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ erstellt und konsentiert wird, das institutionell mit dem „Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ verbunden werden soll. Die darin festgelegte systematische Vorgehensweise basiert auf einer standardisierten Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz für den Nutzen einer medizinischen Leistung anhand einer Literaturrecherche und -auswertung (Evidenz-Kurzbericht) sowie einer Bewertung auf der Grundlage der Kriterien von Art-, Kosten- und Zeitaufwand; sie soll künftig als Grundlage für eine weitere Systempflege mit regelmäßigen Aktualisierungen des wissenschaftlichen Erkenntnisstands dienen.

8.5 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.

8.5.1 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 Herr Prof. Dr. Hessenauer, Mainz, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Stellvertretender Vorsitzender ist Herr Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer.

In der routinemäßigen jährlichen Sitzung der Ständigen Konferenz am 29.04.2006 in Bad Neuenahr berichteten die Mitglieder über aktuelle Entwicklungen auf Landesebene. Es wurde eine Reihe von Grundsatzfragen diskutiert. Eingeleitet wurde die Sitzung durch den Bericht des Vorsitzenden.

Prof. Dr. Hessenauer unterstrich die Bedeutung der Versorgungswerke als Bestandteil der ersten Säule der Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversorgung der Ärztinnen und Ärzte und legte die Notwendigkeit dar, die aktuellen Entwicklungen in der Diskussion um eine erneute Reform der gesetzlichen Krankenversicherung sorgsam zu beobachten. Insbesondere die Option einer Versicherungspflicht mit faktischer Aufhebung des bisherigen Status der privaten Krankenversicherung müsste von den berufsständischen Versorgungswerken insgesamt beachtet werden, da eine Ausstrahlung der damit verbundenen Überlegung der Einführung der Bürgerversicherung – oder wie auch immer die Bezeichnungen dann gewählt würden – auf das System der Rentenversicherung mit ihren eigenständigen Zweigen der berufsständischen Versorgungswerke nicht auszuschließen sei.

Die Beobachtung der Entwicklung und die angemessene politische Reaktion darauf sah Prof. Dr. Hessenauer bei der ABV in guten Händen und verzichtete insoweit auf detailliertere Ausführungen, zumal manche Überlegungen derzeitig stark spekulativen Charakter haben würden.

Bezüglich des Erhalts des Bestandes der berufsständischen Versorgungswerke sei es notwendig, die Entwicklungen im Zugang zum Beruf zu beobachten. Ähnlich wie die Bevölkerungsentwicklung insgesamt für die sozialen Sicherungssysteme beobachtet werden müssten, sei es auch für die ärztlichen Versorgungswerke wichtig, die Arztlentwicklung zu analysieren. Deshalb sei diesem Thema auf der aktuellen Sitzung der Ständigen Konferenz ein eigener Tagesordnungspunkt gewidmet.

Unverkennbar sei allerdings – und dies betont Prof. Dr. Hessenauer in Vorwegnahme der Diskussion zum entsprechenden Tagesordnungspunkt – dass sich auch im Bereich der Ärzteschaft die Alterspyramide verschöbe. Es würden die Zahl der älteren Ärztinnen

und Ärzte deutlich zunehmen und immer weniger jüngere Ärztinnen und Ärzte hinzukommen. Ebenso wie die Arztzahlenentwicklung hätten aber auch die Einkommensentwicklung bei der Ärzteschaft Auswirkung auf die Ärztlichen Versorgungswerke. Die unverkennbar rückläufige Entwicklung der Einkommen insbesondere bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten würden sich bei allen Versorgungswerken mittlerweile bemerkbar machen, wenn auch in unterschiedlicher Intensität. Aus vielen Versorgungswerken sei zu hören, dass die Zahl der niedergelassenen Ärzte zunehme, die eine Herabsetzung der Beiträge beantragten. Dies müsse für die künftige Entwicklung beachtet werden.

Auch andere Änderungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung würden demnach nach Auffassung von Prof. Dr. Hessenauer nicht ohne Auswirkung auf die Versorgungswerke bleiben. Die schon mit der Novellierung der Musterberufsordnung vorgegebene größere Variabilität in der Tätigkeit bei diversen neuen Versorgungsformen, z. B. Medizinische Versorgungszentren, im Angestelltenstatus würden durch die aktuelle Diskussion über den Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz noch deutlichere Konturen erhalten. Es müsse davon ausgegangen werden, dass sich der Anteil der angestellten Ärzte weiter erhöhe, allerdings in diesem Fall eindeutig in Richtung einer tatsächlichen Ausübung des ärztlichen Berufs. Dennoch müsse damit gerechnet werden, dass bei wachsender Zahl angestellter Ärzte von interessierten Kreisen die Systemfrage der Eigenständigkeit berufsständischer Versorgungswerke gestellt würde, weil deren zentraler Punkt die freiberufliche Tätigkeit der Berufsangehörigen sei.

Prof. Dr. Hessenauer beendet seinen Beitrag mit einem Appell, gemeinsam und koordiniert auf die Herausforderungen zu reagieren, die auch weiterhin auf die berufsständischen Versorgungswerke insgesamt warten und leitet damit über zu den Ausführungen des Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen.

Im weiteren Verlauf der Ständigen Konferenz präsentierte Dr. Kopetsch von der gemeinsamen Statistikabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung aktuelle Zahlen aus der Ärztestatistik (siehe dazu die entsprechenden Kapitel in diesem bzw. den vorangegangenen Tätigkeitsberichten).

Von besonderer Bedeutung für die Versorgungswerke war dabei die Tatsache, dass mit einem weiteren Anstieg der Ärztinnen innerhalb der Mitgliedschaft zu rechnen ist und dass immer mehr aus- und weitergebildete Berufsangehörige ihren Beruf letztlich doch nicht ausüben, d.h. in anderen Branchen tätig werden, oder ins Ausland gehen und damit als Mitglieder für die Versorgungswerke verloren gehen.

Welche Bedeutung die Versorgungswerke nicht nur für die ärztliche Profession darstellen sondern für die verkammerten Berufe insgesamt, sind aus den nachfolgenden Ausführungen zur ABV zu entnehmen.

8.5.2 Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen

In der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) wirken die bestehenden 83 Versorgungswerke der Angehörigen der klassischen verkammerten Freien Berufe, das sind Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Ingenieure, 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, entsprechend der letzten Wahl im Herbst 2004, vertreten durch:

Dr. Brigitte Ende (Hessische Ärzteversorgung)
 Rudolf Henke (Nordrheinische Ärzteversorgung)
 Dr. Walter Kudernatsch (Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt)
 Prof. Dr. 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 28. Mitgliederversammlung der ABV in Frankfurt/M. gehalten hat, mit folgenden Themenschwerpunkten wider, das wir nachfolgend kurz zusammenfassen:

Gesundheitsreform

Für die Verbandsarbeit von ABV für die berufsständische Versorgung allgemein ist die Entwicklung im Bereich Gesundheit von existenzieller Wichtigkeit, weil mehr als 50 Prozent der Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke in akademischen Heilberufen und damit den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen angehören und alle Mitglieder als potentielle Patienten ebenfalls betroffen sind. Die wirtschaftliche Existenz von mehr als der Hälfte der Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke hängt von den Ergebnissen der Gesundheitsreform ab und kann die berufsständische Versorgung derzeit nicht unberührt lassen. Auf die Beratungen des außerordentlichen Deutschen Ärztetages vom 24.10.2006 wird verwiesen.

Reform der Rentenversicherung

Im Gegensatz zur Krankenversicherung herrscht in der gesetzlichen Rentenversicherung relative Ruhe. D. h., dass die berufsständischen Versorgungswerke sich derzeit keine aktuellen Sorgen um ihren Bestand machen müssen. Im Berichtszeitraum war lediglich eine kleine Anfrage der PDS-Fraktion zu den berufsständischen Versorgungswerken zu verzeichnen, die in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus Sicht von ABV befriedigend beantwortet werden konnte. Problematisch ist allerdings eine Allianz aus den Sozialverbänden Sozialverband Deutschlands (SoVD) und Volkssolidarität sowie dem DGB. Diese haben ein gemeinsames Konzept für die Fortentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung zu einer Erwerbstätigenversicherung entwickelt. In diesem Konzept ist die Rede davon, dass die Versicherungspflicht zunächst auf diejenigen Erwerbstätigen ausgedehnt wird, die noch keinem obligatorischen Sicherungssystem angehören und ein besonderes Schutzbedürfnis aufweisen. Gleichzeitig sollen die Befreiungsmöglichkeiten für Handwerker und arbeitnehmerähnliche Selbständige abgeschafft werden. Weiter heißt es in diesem Konzept: „Zur Stärkung der Solidargemeinschaft der sozialen Gerechtigkeit sind in weiteren Schritten auch die politischen Mandatsträger, Beamtinnen und Beamte sowie Berufsständler in die Erwerbstätigenversicherung einzubeziehen. Da für diese Berufsgruppen jedoch Alterssicherungssysteme bestehen, sind unter Beachtung verfassungsrechtlicher Grenzen und der Finanzlage der öffentlichen Haushalte besondere Übergangsregelungen zu treffen. Aus Vertrauensschutzgründen sollten nur die „neuen“ Erwerbstätigen einbezogen werden, die dem jeweiligen Sicherungssystem bislang noch nicht angehört haben“.

Deutlich wird hier die Ideologie, die eine umfassende Erweiterung der gesetzlichen Rentenversicherung auf alle Personenkreise fordert und die dabei unvermeidlichen Mehrbelastungen der Rentenversicherung dadurch zu verhindern versucht, dass für Höherverdienende nur noch degressive Rentenanwartschaften gebildet werden sollten. Spannend ist insoweit die weitere Diskussion auch zu der Frage, ob sich der DGB weiterhin zum Äquivalenzprinzip, eines der tragenden Prinzipien der gesetzlichen Rentenversicherung, bekennt.

Altersrente mit 67

Aktuellen Reformbedarf sieht die Regierungskoalition für eine Heraufsetzung der Altersrentenbezugsalters. Es besteht Einigkeit darüber, dass von 2012 bis 2029 die Altersgrenzen für die gesetzlichen Ruhegelder stufenweise von 65 auf 67 Jahre angehoben werden. Nach Schätzungen sollen die Alterskassen damit theoretisch um 10 Milliarden Euro entlastet werden. Für die berufsständische Versorgung stellt sich die Frage, ob auch hier das Altersrenteneintrittsalter erhöht werden sollte. Zunächst ist es übereinstimmende Meinung, dass eine rechtliche Verpflichtung für die berufsständische Versorgung zum Nachvollzug des Beispiels der gesetzlichen Rentenversicherung nicht besteht, dass aber eine solche Lösung auch nicht ausgeschlossen werden sollte. Jedes Versorgungswerk kann auf die demografischen Herausforderungen nach eigenem Ermessen im Rahmen seiner Satzungsautonomie reagieren. Zunächst ist jedoch das Bundesgesetz abzuwarten. Dann können zur Vermeidung von Grundsatz- und Neiddiskussionen im Rahmen der derzeit schon möglichen flexiblen Gestaltung der Inanspruchnahme von Altersrente ab frühestens 60 bis längstens 68 Jahre formale Anpassungen je nach politischer Willensbildung der legislativen Gremien vorgenommen werden.

Föderalismusreform

Im Zusammenhang mit der Bestandsgarantie für die berufsständischen Versorgungswerke ist die durch die Föderalismusreform des Jahres 2006 erfolgte Grundgesetzänderung von Bedeutung. Große Sorge hat dabei die Änderung des Art. 72 Abs. 2 GG bereitet. Es ist die für die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes auf dem Gebiet der Sozialversicherung so genannte „Erforderlichkeitsklausel“ entfallen, wonach bundesgesetzliche Regelungen nur zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse oder zur Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse zulässig waren. Diese Klausel stellte eine wesentliche verfassungsrechtliche Sicherung des Systems der berufsständischen Versorgung dar. Dank beharrlichem Einfluss der ABV konnte es gelingen, dass am letzten Tage vor dem Bundestagsbeschluss der Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages in einer Protokollnotiz in die Gesetzesmaterialien eingefügt hat, dass die Landeskompetenz für die Gesetze zu den berufsständischen Versorgungswerken von der Herausnahme der Bundeskompetenz für die Sozialversicherung aus dem Anwendungsbereich des Art. 72 Abs. 2 GG neu (Erforderlichkeitsklausel) nicht tangiert wird. Auch die FDP-Fraktion hat sich des Anliegens angenommen und im Bericht des Rechtsausschusses erklärt, sie gehe auch nach Änderung des Art. 72 Abs. 2 GG (Erforderlichkeitsklausel) auch künftig von der Landeskompetenz für die Gesetze zu den berufsständischen Versorgungswerken der Freien Berufe aus. Damit ist zumindest für die spätere Gesetzesauslegung klargestellt, dass durch den Wegfall der Erforderlichkeitsklausel in Art. 72 Abs. 2 GG für den Bereich des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung) die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer für das berufsständische Versorgungswesen nicht tangiert wird.

Kindererziehungszeiten

Kindererziehende Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke sind gegenüber Mitgliedern der gesetzlichen Rentenversicherung benachteiligt. Es ist ungerecht und

mit dem Gleichheitsgrundsatz unvereinbar, dass für Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung im Gegensatz zu Mitgliedern der berufsständischen Versorgungswerke für Kindererziehungszeiten vom Bund aus Steuermitteln Beiträge gezahlt werden. Alle Vorstöße der ABV, Beiträge des Bundes auch für die kindererziehenden Mitglieder der Versorgungswerke zu erwirken, sind wegen leerer Kassen bislang erfolglos geblieben. Nicht anzustreben ist vor diesem Hintergrund, dass die berufsständischen Versorgungswerke eine Umverteilung vornehmen und für kindererziehende Mitglieder Beiträge fingieren, die Rentenleistungen auslösen. Eine andere Entwicklung zeigt ein Urteil des BSG vom 28.10.2005 auf. Diese Entscheidung schließt nicht aus, dass kindererziehende Mitglieder der ärztlichen Versorgungswerke, deren Satzungen keine der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechende Regelungen vorsehen, ihre Ansprüche bei der gesetzlichen Rentenversicherung anmelden können. Das BSG hat sich dabei noch nicht endgültig festgelegt, sondern den Rechtsstreit an das LSG Hessen zurückverwiesen. Problematisch hieran ist, dass in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Erfüllung der Wartezeit von 60 Monaten mindestens für zwei Kinder Erziehungszeiten in Anspruch genommen sein müssen. Nicht berücksichtigt werden auch alle Mitglieder, die stets Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze entrichtet haben, weil über diese hinaus die gesetzliche Rentenversicherung keine Leistungen gewährt. Diese Alternative bedeutet also nur eine Teillösung und schließt viele Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke aus.

Hinterbliebenenrente für eingetragene Lebenspartner

Seit dem 01.01.2005 haben hinterbliebene Partner eingetragener Lebenspartnerschaften Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente in der gesetzlichen Rentenversicherung. Nach Auffassung von ABV führt dies nicht dazu, dass die berufsständischen Versorgungswerke verpflichtet sind, diese Entwicklung nachzuvollziehen. Die Rechtsprechung zu diesem Thema ist bislang uneinheitlich. Nach Auffassung der ABV obliegt es der autonomen Entscheidung der satzunggebenden Organe, den bisherigen Zustand beizubehalten oder abzuändern.

Alterseinkünftegesetz

Erstmalig für das Veranlagerungsjahr 2005 gilt das Gesetz über die Neuordnung der Besteuerung von Altersvorsorgeaufwendungen und Alterseinkommen. Für Mitglieder von ärztlichen Versorgungswerken, die vor dem 31.12.2004 für mindestens 10 Jahre Beiträge oberhalb des DRV-Höchstbeitrages gezahlt haben, ist die so genannte „Öffnungsklausel“ einschlägig. Sie lässt die Anwendung der Ertragsanteilbesteuerung auf solche Rentenbestandteile zu, die auf diesen Höherversicherungsbeiträgen beruhen. In diesem Zusammenhang wird seitens der Finanzverwaltung der Standpunkt vertreten, dass bundesweit der Höchstbeitrag des Rechtskreises West zugrunde gelegt wird, was nach Auffassung von ABV für ostdeutsche Mitglieder eine ungerechtfertigte Schlechterstellung bedeutet, die dadurch weitgehend von der Inanspruchnahme der Öffnungsklausel ausgeschlossen werden. ABV hat hierzu ein Rechtsgutachten von Frau Prof. Dr. Hey, Düsseldorf, eingeholt. Das Gutachten gelangt allerdings zu dem Ergebnis, dass die Beitragsbemessungsgrenze West als einheitliche gesamtdeutsche Aufgreifschwelle im Rahmen der Typisierungsfreiheit des Gesetzgebers liege. Allerdings wird der Zahlungszeitraum von 10 Jahren für willkürlich gehalten.