

12. Bundesärztekammer innerhalb der Arbeitsgemeinschaft

12.1 Zusammenarbeit der Kammern

12.1.1 Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern

Die Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern dient dem Meinungsaustausch und der Zusammenarbeit der Geschäftsführungen der Landesärztekammern.

Zu Beginn des Berichtsjahres trat der neue Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. Bernhard Rochell, sein Amt an und übernahm damit auch die Geschäftsführung der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern. Im Jahr 2012 fand neben fünf Routinesitzungen eine gemeinsame Sitzung mit dem Vorstand der Bundesärztekammer statt.

In dieser gemeinsamen Sitzung wurden dem Vorstand der Bundesärztekammer die Ergebnisse der 2011 gegründeten Arbeitsgruppe „Zukunft der Ärztekammern“ vorgestellt und das weitere Vorgehen der beteiligten Arbeitsgruppen abgestimmt. Im Fokus der AG „Entscheidungsqualität – Optimierung der innerärztlichen Entscheidungsprozesse“ stand die Analyse des zweistufigen Normsetzungsverfahrens, das zum „Konvergenzverfahren“ weiterentwickelt wurde und die Abstimmung insbesondere von bundeseinheitlichen Musterordnungen und -sätzen zwischen der Bundesärztekammer und Landesärztekammern unterstützt. Darüber hinaus wurde eine Befragung zur Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahrens des Deutschen Ärztetages entwickelt, die den Delegierten des 115. Deutschen Ärztetags 2012 vorgelegt wurde.

Die AG „Organisation – Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamt/Netzwerkbildung und Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen“ beschäftigte sich mit der Analyse von Aspekten der Kommunikation und Kooperation zwischen Ehren- und Hauptamt. Es wurde eine Befragung zur Kommunikation unter Ehren- und Hauptamt initiiert, um erfolgreiche und tragfähige Praktiken und Modelle zu entwickeln.

Die AG „Strategie – Schaffung einer Plattform/Akademie der Ärzteschaft für gesundheitspolitische Grundsatzfragen und Zukunftsaufgaben“ hat sich mit unterschiedlichen Aspekten einer strategischen Ausrichtung der Bundesärztekammer sowie mit Fragen der kurz-, mittel- und langfristigen Strategieplanung auseinandergesetzt. An konkreten Beispielen sollen Best-Practice-Modelle entwickelt werden.

Ein Zwischenbericht über die Arbeit der Arbeitsgruppen ist durch die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Martina Wenker, auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 erfolgt.

Die Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern hat sich darüber hinaus in ihren regulären Sitzungen mit zahlreichen Fragen der Arbeit der Ärztekammern und der Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer befasst. So wurde der Abschlussbericht der AG „Haftpflichtversicherung“ breit diskutiert und das weitere Vorgehen anschließend im Vorstand der Bundesärztekammer beraten.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, hat in den Sitzungen jeweils über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen berichtet und die Themen der Vorstandssitzungen gemeinsam mit den Geschäftsführern erörtert.

Weitere für die Landesärztekammern relevante Themen, wie das Förderprogramm „Allgemeinmedizin“, die Übergangsregelungen zu den Qualifikationsmaßnahmen nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG), der Fortbildungsnachweis für Krankenhausärzte, die KRINKO-Empfehlungen zur Krankenhaushygiene, die Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin, insbesondere im Zusammenhang mit dem Deutschen IVF-Register e. V. (DIR), standen wiederholt auf der Tagesordnung.

Breiten Raum in der Diskussion nahmen auch die zweite Befragungsrunde zur Evaluation der Weiterbildung und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen ein, wobei auch Überlegungen zur Fortsetzung dieser Evaluation besprochen wurden.

Neue technische Entwicklungen und ihre Anwendbarkeit in den Ärztekammern wurden von dem Arbeitskreis IT in den Geschäftsführersitzungen präsentiert und ihre Umsetzung in den Kammern erörtert. So wurden z. B. ein automatisiertes Verfahren zur Verifizierung von Urkunden und Dokumenten und das neue Wiki als Arbeitsplattform, u. a. für das Verfahren zur Novellierung der Fortbildungs- und der Weiterbildungsordnung, vorgestellt.

Als ständige Tagesordnungspunkte wurden in allen Sitzungen die Fragen der Telematik und dabei auch immer wieder das Thema des elektronischen Arztausweises und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) behandelt. Regelmäßig haben sich die Geschäftsführer auch zu den Fragen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und den entsprechenden Aktivitäten in den einzelnen Ländern ausgetauscht und sind auf die aktuellen Entwicklungen bei der Novellierung der Heilberufe- und Kammergesetze eingegangen. Neu hinzugekommen ist als ständiger Tagesordnungspunkt auch der Austausch der Geschäftsführer zu Umfragen von externen Dritten, die vermehrt an die Landesärztekammern gerichtet werden.

Breiten Raum nahmen auch die europarechtlichen Themen und ihre Umsetzung in nationales Recht in den Sitzungen ein. So wurden Fragen im Zusammenhang mit dem Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG) und die Wahrnehmung der sich daraus ergebenden Aufgaben für die Ärztekammern ebenso diskutiert wie die Problematik des Vorschlags der Europäischen Kommission über klinische Prüfungen bei Humanarzneimitteln.

Regelmäßig beschäftigten sich die Geschäftsführer im Rahmen ihrer eigenen Fortbildung auch mit strategischen bzw. übergreifenden fachlichen Themen. Im Berichtsjahr wurde diese Fortbildungsreihe mit den Themen „Professionalisierung und Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufsstandes – Diagnose und Therapie“, „Mitgliederbefragung durch die Sächsische Landesärztekammer“, „Patienteninformation und Vorstellung weiterer Projekte des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)“, „Patientenorientierte ärztliche Vergütung“, der „Vorstellung des XOP-Projektes (Online-Chirurgie-Kompendium) des Deutschen Ärzte-Verlags“ und der „Arbeit der wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes“ erfolgreich fortgeführt.

Im zweiten Halbjahr wurden die Geschäftsführer über die geplanten Maßnahmen innerhalb der Organisations- und Kooperationsweiterentwicklung der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer informiert.

12.1.2 Arbeitsgruppe „Kaufmännische Geschäftsführer“

Die Arbeitsgruppe der Kaufmännischen Geschäftsführer der Landesärztekammern tagt unter Leitung von Klaus Schumacher, Ärztekammer Nordrhein, in unregelmäßigen Abständen und befasst sich mit jeweils aktuellen kaufmännischen Themen.

12.1.3 Finanzkommission und Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“

Nach § 9 der Satzung besteht bei der Bundesärztekammer eine Finanzkommission, in die jede Landesärztekammer eine Ärztin oder einen Arzt als Mitglied entsendet. Sie wirkt bei der Aufstellung des Haushaltsplans mit. An den Beratungen dieses Gremiums können auch die stellvertretenden ärztlichen Mitglieder sowie je ein Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern beratend teilnehmen.

In der Sitzung der Finanzkommission am 21. Januar 2012 wurden Dr. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, als Vorsitzender und Dr. Klaus Reinhardt, Bielefeld, als stellvertretender Vorsitzender wiedergewählt.

Unter Vorsitz von Dr. Ensink tagte die Finanzkommission im Jahre 2012 ein Mal. Entsprechend § 9 Abs. 7 der Satzung befasste sich die Finanzkommission mit allen für die Finanzen der Bundesärztekammer relevanten Angelegenheiten.

Zur Unterstützung der Arbeit der Finanzkommission und zur Begleitung und Absicherung einer kontinuierlichen Etatplanung bei der Bundesärztekammer wurde 1995 von der Finanzkommission mit Zustimmung des Vorstandes eine Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ eingerichtet. Dieser Arbeitsgruppe gehören an: der Präsident der Bundesärztekammer, der Vorsitzende der Finanzkommission, der stellvertretende Vorsitzende der Finanzkommission, sechs Vertreter aus der Finanzkommission, der Hauptgeschäftsführer und der zuständige Dezernent der Bundesärztekammer je als Mitglied mit Stimmrecht sowie der Finanzbeauftragte des Vorstandes und der zuständige Referent der Bundesärztekammer als ständige Gäste ohne Stimmrecht.

Die Arbeitsgruppe leistet für die Finanzkommission Vorarbeiten und hat selbst keine Entscheidungskompetenz. Es wird ein sachlich orientiertes, konstruktiv-kritisches Arbeitsklima gepflegt.

In vier Sitzungen wurden 2012 aktuelle und strategische Finanzangelegenheiten beraten und für Beschlussfassungen in der Finanzkommission vorbereitet sowie die Entwicklung des Haushaltsvoranschlags 2013/2014 begleitet.

12.2 Ärztliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung

Die Versorgungswerke der Ärzteschaft sind der gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellte, eigenfinanzierte Einrichtungen mit der Aufgabe, die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung der Ärzte und ihrer Familienangehörigen sicherzustellen. Rechtsgrundlagen für die Versorgungswerke sind der § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI (Rentenversicherung) einerseits und die Heilberufe- bzw. Kammergesetze der

Bundesländer andererseits. Überwiegend sind die Ärztlichen Versorgungswerke un- selbstständige oder teilrechtsfähige Sondervermögen der jeweiligen Landesärztekammern. 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.

12.2.1 Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“

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. Um den Meinungs- und Informationsaustausch zwischen den Versorgungswerken zu fördern, wurde eine Ständige Konferenz bei der Bundesärztekammer eingerichtet.

Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ der Bundesärztekammer ist seit 01.01.2012 Dr. Josef Mischo, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes und Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer. Als sein Stellvertreter wurde von den Mitgliedern der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ im Herbst 2012 Dr. Torsten Hemker, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg, gewählt.

Im Frühjahr 2012 tagte die Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ in Hamburg, um wie in jedem Jahr über aktuelle Fragen zu diskutieren. Ferner unterrichteten sich die Vertreter der ärztlichen Versorgungswerke gegenseitig über die Entwicklung in den Bundesländern, sowohl im Bereich der rechtlichen Grundlagen der Versorgungswerke als auch über die wirtschaftliche Entwicklung der Einrichtungen. Gemeinsam mit den Vertretern der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) wurden grundsätzliche Probleme erörtert.

Nach einem Gastvortrag von Prof. Dr. Felix Wallner, Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Oberösterreich, über die Alterssicherung der Ärzte in Österreich wurde der aktuelle Stand der Abschlüsse neuer Überleitungsabkommen zwischen den Ärztlichen Versorgungswerken berichtet. Hier ergab sich, dass die Änderungen bezüglich der Dauer der Überleitungszeit, des Höchstalters für die Überleitung und für den Ausgleichsfaktor schon von vielen Versorgungswerken vorgenommen wurden. Es herrschte Zuversicht, dass im Laufe des Jahres 2012 aufgrund dieser Vorbereitung auch konkret neue Überleitungsabkommen zwischen Versorgungseinrichtungen der ärztlichen Berufsstände zustande kommen würden.

Berichtet wurde auch zur Umsetzung des Vorhabens eines flächendeckenden elektronischen Datenaustausches zwischen den Trägern der sozialen Sicherheit in Europa. Von Vertretern der ABV wurde berichtet, dass die Komplexität dieses Vorhabens doch viel größer sei und dass daher die Übergangsfrist bis zum 01.05.2014 verlängert wurde. Die ABV sei weiterhin als zentraler Knoten für die Kommunikation mit den für die Versorgungswerke relevanten Versorgungsträgern anderer Mitgliedstaaten vorgesehen. Man arbeite an der technischen Lösung zur Umsetzung und favorisiere derzeit die Entwicklung einer eigenen Softwarelösung, um unabhängig von Dritten zu sein.

Von den Vertretern der ABV wurde ferner auch über den aktuellen Stand neuer Vorgaben zur umsatzsteuerlichen Behandlung von ehrenamtlich Tätigen berichtet. Hier ergibt sich aufgrund mehrerer Rundschreiben des Bundesministeriums für Finanzen, dass die umsatzsteuerliche Befreiung von Aufwandsentschädigungen von Ehrenamtsträgern ab 01.01.2013 neu betrachtet werden müsse. Von Seiten der Versorgungswerke gehe man aber davon aus, dass die ehrenamtlich Tätigen genauso behandelt werden würden wie bei den Ärztekammern. Dort seien die Ehrenamtsträger von der Umsatzsteuerpflicht befreit, weil hier der Status der Körperschaft des öffentlichen Rechts durchschlage.

Wie immer schloss die Sitzung mit Berichten über den aktuellen Stand der Geschäftsentwicklung der Ärztlichen Versorgungswerke und über Änderungen in den Satzungen. Trotz schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen, insbesondere niedriger Zinsen, kann von den meisten Versorgungswerken berichtet werden, dass es weitere Steigerungen entweder bei den Anwartschaften oder bei den Renten, z. T. auch für beide Positionen, gegeben habe. In einer Reihe von Versorgungswerken mussten allerdings zur Bildung von Rückstellungen und zum Auffangen von sonst entstehenden Lücken Nullrunden erfolgen. Es sei aber zu hoffen, dass hier in der Zukunft doch wieder alle Versorgungswerke zu Steigerungen zurückkehren könnten. Trotz der in der Öffentlichkeit diskutierten Nachwuchsprobleme im Bereich der Ärzteschaft kann für die Versorgungswerke noch ein Mitgliederzuwachs konstatiert werden. Dies wird dadurch erklärt, dass durchaus steigende Zahlen von Ärzten zu verzeichnen seien, diese aber nicht in dem Maße ärztlich in den klassischen Leistungsbereichen tätig werden, und dass darüber hinaus der Bedarf an Ärzten in der Versorgung größer sei als der Zuwachs. Immerhin würde der weiter anhaltende Zuwachs die Situation in allen Versorgungswerken stabilisieren. Insgesamt konnten die Mitglieder der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ von einer stabilen Entwicklung berichten.

Eine weitere Sitzung fand im November in München statt. Sie diente zur Vorbereitung auf die Mitgliederversammlung der ABV. Zu den Ergebnissen der Mitgliederversammlung der ABV und zu den Themen, die in der ABV im vergangenen Jahr diskutiert wurden, siehe nachfolgende Ausführungen.

12.2.2 Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV)

In der 35. Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. im November 2012 standen Wahlen zum Vorstand und den sonstigen Gremien der Arbeitsgemeinschaft an. Wiedergewählt wurde als Vorsitzender Rechtsanwalt Hartmut Kilger, der am 30.03.2011 die Nachfolge des verstorbenen Rechtsanwalts Dr. Ulrich Kirchhoff angetreten hatte. Für die Ärztlichen Versorgungswerke wurde Dr. Brigitte Ende (Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen) zur stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstands gewählt. Weitere Vorstandsmitglieder aus dem Kreis der Ärztlichen Versorgungswerke sind:

- Rudolf Henke, MdB (Ärzteversorgung Nordrhein)
- Dr. Walter Kudernatsch (Versorgungswerk der Ärztekammer Sachsen-Anhalt)
- Dr. Lothar Wittek (Bayerische Ärzteversorgung)

Die aktuellen Themen aus der Arbeit der ABV im Jahr 2012 spiegeln sich im Bericht des Vorstandsvorsitzenden wider, der nachfolgend in gekürzter Fassung wiedergegeben wird.

„Bereits im letzten Jahr hatten sich die Versorgungswerke in ihrer Mitgliederversammlung mit dem Thema Europa, seiner Entwicklung und Zukunft befasst. Dies ist sicherlich das Megathema der vergangenen und auch der kommenden Jahre. Europa ist aber bereits vielmehr als Rettungsschirme, Rettungsfonds und Rettungsmilliarden. Europa ist, gerade auch auf dem Gebiet des Rechts und zunehmend auf dem Gebiet der sozialen Sicherung, gelebte Realität. Europa betrifft uns als Bürger, aber auch unsere Versorgungswerke beinahe täglich. Die Koordination der sozialen Sicherung für Wanderarbeitnehmer, die Vorbereitung auf den elektronischen Austausch von Meldungen mit Trägern anderer Mitgliedstaaten, die Rahmenbedingungen der Kapitalanlagen und des Datenschutzes, Europa ist und wird immer mehr zum Alltagsgeschäft.

Durch die auch in der Koalition nicht abgestimmten Pläne zur Einführung einer Zuschussrente der Bundesarbeitsministerin steht mittlerweile eine Armutsschwelle von 850 Euro/Monat im Raum. Das hieße nichts anderes als das Eingeständnis, dass der Staat mit über vier Milliarden Euro jährlich Altersarmut finanziert. Auch wenn die Ministerin vom Arbeitnehmerflügel der Union wieder ‚eingefangen‘ wurde und jetzt nur eine ‚Lebensleistungsrente‘ von ca. 690 Euro, also knapp über der Grundsicherungsschwelle, kommt, die in etwa der Rente nach Mindestentgeltpunkten entspricht: Die Zahl 850 Euro und der von der Politik legitimierte Anspruch auf diese Mindestrente stehen jetzt im politischen Raum und markieren das Spielfeld der Rentenpolitik. Denn die SPD konnte sich natürlich nicht links überholen lassen und fordert ihrerseits eine Solidarrente von monatlich 850 Euro. Sie will diese zwar aus Steuern gegenfinanzieren, wo sie die entsprechenden Mittel hernehmen will, wenn 2014 die Schuldenbremse ‚scharfgeschaltet wird‘, sagt die SPD nicht. Berechnungen der Rentenversicherung zu Folge, die der ‚Spiegel‘ zitiert, kostet die Solidarrente sieben Milliarden Euro, das Gesamtpaket der SPD 25 Milliarden Euro.

Durch das von der Bundesarbeitsministerin promovierte Konzept einer Zuschussrente wird im Ergebnis die Lohn- und Beitragsbezogenheit der Rente in weiten Bereichen gelockert. Schon die Einführung einer Grundsicherung hat dies partiell zur Folge, da Niedrigeinkommensbezieher sich fragen müssen, ob sich die Beitragszahlung lohnt. Doch einen Vorteil hatten beitragsbezogene Rentenansprüche, auch niedrige, immer noch: Man bekam sie ohne Bedarfsprüfung. Jetzt wird eine höhere Leistung dezidiert ‚als Rente‘ ausbezahlt. Zwar sah die Zuschussrente eine Bedarfsprüfung vor, schon um Mitnahmeeffekte herauszufiltern, doch das machte in zweifacher Hinsicht keinen Sinn: Warum sie dann nicht bei den Grundsicherungsämtern belassen? Andersherum, warum eine beitragsfinanzierte Solidarleistung noch am Bedarf prüfen? Die Beitragserhöhung und das Herüberziehen in die Rentenversicherung machen sozialpolitisch nur Sinn, wenn man eine Mindestrente als Endziel vor Augen hat. Damit ist in der Rentenpolitik ein Damm, das Äquivalenzprinzip, gebrochen. Die Linke geht noch einen Schritt weiter und fordert in einem Entschließungsantrag völlig unabhängig von irgendeiner Beitragszahlung eine Nettomindestrente von 900 Euro monatlich, die schrittweise auf 1.050 Euro angehoben werden solle. Im Übrigen – logisch völlig korrekt – fordert die Linke in einem zweiten Antrag die Einführung einer solidarischen Erwerbstätigenversicherung. Diese soll nicht nur jede und jeden Erwerbstätigen, auch Beamte, Abgeordnete

und Freiberufler einschließen, sondern auch die Beitragsbemessungsgrenze perspektivisch abschaffen und die Renten von Besserverdienenden abflachen.

Eine weitere wichtige Themensetzung konstatieren wir in der Frage der Alterssicherung von Selbstständigen. Hier hat es über Jahre hinweg immer wieder Studien gegeben, die alle mehr oder weniger zu dem gleichen Ergebnis kamen: Die Datenlage ist eigentlich ungenügend, aber es gibt Hinweise, dass ein gewisser Prozentsatz von Selbstständigen nur unzureichend für das Alter vorsorgt. Diese Hinweise sind selbstverständlich ernst zu nehmen. Sie beruhen aber im Wesentlichen auf Querschnittsuntersuchungen, die nur eine Momentaufnahme abbilden. Es ist also keine Aussage möglich, wer von den Selbstständigen, die im Untersuchungszeitraum keine Altersvorsorge treiben oder treiben können, auch noch in zehn oder zwanzig Jahren, wenn sich das Geschäftsmodell etabliert hat, immer noch ohne Sicherung dastehen. Trotz dieser unklaren Datenlage hat die Regierungskoalition sich zur Aufgabe gemacht, die Alterssicherung von Selbstständigen zu regeln.

Die Debatte um die Absicherung der Selbstständigen innerhalb der Koalition brachte schließlich ein Ergebnis hervor, wie es für uns zwiespältiger nicht hätte sein können. Während auf der einen Seite des politischen Spektrums die Einführung einer Erwerbstätigenversicherung droht – der SPD-Landesverband NRW fordert in seinem Kompromissmodell die Einbeziehung von noch nicht obligatorisch gesicherten Selbstständigen explizit als ersten Schritt auf den Weg zu einer solchen –, stellt das Koalitionskonzept einer Wahlfreiheit das Prinzip der Pflichtversicherung zur Disposition. Wenn der Staat bisher sozialpolitischen Handlungsbedarf erkannte, verfügte oder ermöglichte er eine Pflichtversicherung, um funktionsfähige Solidargemeinschaften zu bilden; so auch im Falle der ärztlichen Versorgungswerke. Wer nun einem nach Millionen zählenden Personenkreis Wahlfreiheit einräumt, stellt für alle anderen das Prinzip der Pflichtversicherung zur Disposition, und mehr noch, er provoziert Risikoauslese und Endsolidarisierungseffekte zur Lasten der Pflichtversicherten, was die Debatte um die Flucht aus der Sozialversicherung unwiderstehlich anfachen muss.

Allerdings muss jeder, der in Deutschland eine Erwerbstätigenversicherung unter Einschluss der verkammerten freien Berufe einführen will, eines wissen: Die ABV wird dieses Vorhaben mit aller Entschiedenheit, mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln, mit allen von ihr dazu entwickelten sehr guten Argumenten bekämpfen, notfalls bis vor die Schranken des Bundesverfassungsgerichts.

Die berufsständische/ärztliche Versorgung hat keine Defizite, was die Solidarität im Sozialstaat angeht. Sie trägt das höhere Lebenserwartungsrisiko ihrer Mitglieder auf eigene Kosten und wirtschaftet ohne Staatszuschüsse, obwohl sich ihre Mitglieder sachgerecht und solidarisch an der Aufbringung der Bundeszuschüsse beteiligen. Sie bildet leistungsfähige Solidargemeinschaften ihrer Mitglieder, die nachhaltig finanziert sind. Sie sind eigenständig, mit jeweils deutlicher Distanz zur gesetzlichen Rentenversicherung und Privatversicherung.

Das Jahr 2012 war wesentlich geprägt von dem Angriff auf das Befreiungsrecht und damit die Friedensgrenze zwischen gesetzlicher Rentenversicherung und berufsständischer Versorgung, den die Verwaltungspraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund darstellt. Im Zentrum standen die Industrieapotheker, aber auch Ärzte und Tierärzte, die in der Pharmaindustrie beschäftigt sind, und natürlich, wie seit langem, die Syndikusan-

wälte; das sind Anwälte, die in Unternehmen und Verbänden beschäftigt sind. Angriffspunkt war der Begriff der berufsspezifischen Tätigkeit. Die Deutsche Rentenversicherung Bund begann in Betriebsprüfungen diesen Begriff so eng auszulegen, dass eigentlich nur noch die Tätigkeit in der Offizin oder als angestellter Arzt im Krankenhaus oder in einer Praxis als berufsbezogene Tätigkeit übrig blieb. Das Problem: Die Betriebsprüfer stellten in den Befreiungsvoraussetzungen fest, dass keine berufsbezogene Tätigkeit ausgeübt werde. Damit standen die Arbeitgeber vor dem Problem, an wen sie die Beiträge zahlen sollten, viele zahlten vorsichtshalber an die gesetzliche Rentenversicherung. Dieses Vorgehen löst naturgemäß erhebliche Unruhen in der Mitgliedschaft aus. Das Bundessozialgericht hat in zwei Entscheidungen am 31.01.2012 genau diesen Punkt aufgegriffen. Die Rentenversicherung hatte in zwei Befreiungsverfahren von Pharmabernatern die Entscheidung, ob berufsbezogene Tätigkeit vorliegt oder nicht, auf der Basis des Arzneimittelgesetzes getroffen. Dies ließ der Vorsitzende Richter nicht gelten. Die berufspolitische Qualität eines Angehörigen eines verkammerten freien Berufes ließe sich nur durch die Berufsordnung dieser Berufe bestimmen. Damit ist die Bescheidpraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund zum Merkmal der sogenannten berufsspezifischen Tätigkeit in ihrer sehr restriktiven Handhabung der letzten Zeit wohl Geschichte.

Allerdings hat das Bundessozialgericht auch Aussagen getroffen, die den Versorgungswerken und ihren Mitgliedern weniger gefallen können. Die Befreiung für eine befristete, berufsfremde Tätigkeit nach § 6 Abs. 5 Satz 1 SGB VI erfordert die gleichen Voraussetzungen wie eine Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI, d. h., Pflichtmitgliedschaft gleichzeitig im Versorgungswerk und in der Kammer. Dies deshalb, so die Richter, weil die ursprüngliche Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI auf die vorübergehende berufsfremde Tätigkeit nur erstreckt werde. Für die berufsständische Versorgung ist dies sehr nachteilig, da zukünftig alle Angehörigen der freien Berufe, die noch über keine Befreiung verfügen, wie Berufsanfänger oder Selbstständige, für berufsfremde Tätigkeit nicht mehr befreit werden können. Aus der Aussage, dass die Befreiung nach § 6 Abs. 5 Satz 1 SGB VI auf die jeweilige Beschäftigung bzw. selbstständige Tätigkeit im Sinne des § 7 SGB IV beschränkt sei, leiten die Richter ab, dass für jede neue Tätigkeit auch ein neuer Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI gestellt werden müsse. Damit gilt die Fristsetzung des § 6 Abs. 4 SGB VI. Zukünftig müssen also alle Angehörigen der verkammerten freien Berufe und damit auch alle Ärztinnen und Ärzte bei jeder Aufnahme einer neuen Tätigkeit einen neuen Befreiungsantrag stellen und dabei die Frist von drei Monaten einhalten. Offen ist, wie mit denjenigen umgegangen werden soll, die vor vielen Jahren von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit wurden und inzwischen mehrfach den Arbeitgeber gewechselt haben. Ihnen hatte die gesetzliche Rentenversicherung in der Vergangenheit immer wieder bestätigt, die Befreiung gilt für alle berufsspezifischen Beschäftigungen unter der Berufsbezeichnung Ärztin/Arzt. Da zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts die schriftlichen Urteilsgründe des Bundessozialgerichts noch nicht vorlagen, war seitens der ABV noch nicht zu klären, wie diese Fälle in Zukunft gehandhabt werden sollen. Die Rentenversicherung hat aber in ersten Kontaktnahmen erkennen lassen, dass sie schon im Hinblick auf ihre bisherige Verwaltungspraxis hier Rechtsfrieden eintreten lassen will. Wer einschlägig betroffen ist, sollte sich zeitnah an sein Versorgungswerk wenden oder die Veröffentlichungen z. B. im Deutschen Ärzteblatt beobachten.“