

12. Bundesärztekammer innerhalb der Arbeitsgemeinschaft

12.1 Zusammenarbeit mit den Ärztekammern

12.1.1 Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern

Die Ständige Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern stellt ein wichtiges Gremium zur Zusammenarbeit, zur Koordinierung und zum gemeinsamen Informations- und Meinungsaustausch dar. Im Geschäftsjahr 2007 fand neben fünf Routinesitzungen auch eine Klausursitzung statt.

Wie in den vergangenen Jahren, dienten die Sitzungen dem gegenseitigen Informationsaustausch zu tagespolitischen Ereignissen sowie dem Informations- und Erfahrungsaustausch zu Fragen des täglichen Verwaltungshandelns.

Es wurden u.a. Fragen der Weiterentwicklung der GOÄ, der Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten auch unter Einbeziehung von E-Learning, der Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Meldewesens und gemeinsames politisches Lobbying z. B. bei der Frage der Meldepflicht für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern beraten und abgestimmt.

Schwerpunkthemen waren ärztliche Maßnahmen im Kampf gegen das Doping, Auswirkungen des Europäischen Gemeinschaftsrechts und der Europäischen Gesundheitspolitik auf das deutsche Gesundheitswesen, Mammografie-Screening und seine Qualitätssicherung sowie die Normung im Gesundheitswesen.

Die bereits im vergangenen Jahr begonnene Diskussion zur Notwendigkeit bundeseinheitlichen Verwaltungshandelns wurde intensiv fortgesetzt und in einer Klausursitzung wurde das Anliegen eines bundeseinheitlichen zweistufigen Normsetzungsverfahrens für Musterordnungen präzisiert und dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Verabschiedung vorgelegt.

Intensiv wurde in der Klausursitzung die Frage der Weiterentwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung diskutiert. Hierzu wurde in einem Diskussionspapier neben den Kernaufgaben der Ärztekammer, die Frage der Übernahme neuer Aufgabenfelder ebenso wie die Abgabe von Kammeraufgaben reflektiert und im Zusammenhang mit der Zukunftssicherung von Kammern bewertet. Dabei wurde deutlich, dass die Kammern nicht durch die Übernahme neuer Aufgaben ihre Zukunft sichern, sondern dass die Zustimmung der eigenen Profession zur Kammerarbeit und die gesellschaftliche Wertschätzung der Kammerarbeit hinsichtlich des Gemeinwohls ein entscheidendes Kriterium der Akzeptanz der Kammern sind. In diesem Zusammenhang wurde die

zentrale Bedeutung der Identifikation der jungen Ärztegeneration mit der eigenen Kammer hervorgehoben.

Abgeschlossen wurde gemeinsam mit der Rechtsabteilung der Themenkreis der Monomitgliedschaft für Mitglieder der Ärztekammern. Diese Diskussion wurde ausgelöst durch die Weiterentwicklung der Berufsordnung im Zusammenhang mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das Ärztinnen und Ärzten eine flexibler gestaltete Berufsausübung ermöglicht. Diese Entwicklungen beeinflussen direkt und indirekt die Kammermitgliedschaft. Die Ärztekammern haben sich deshalb mit der Frage befasst, wie die Kammermitgliedschaft zukünftig organisiert und geregelt sein sollte. Nach den Beratungen in der entsprechenden Arbeitsgruppe und in der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern, hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer für die Monomitgliedschaft ausgesprochen. Dementsprechend wurden in der Ständigen Konferenz Folgeüberlegungen erarbeitet und ein Diskussionspapier für die Argumentation mit den Aufsichtsbehörden abgestimmt.

Als ständige Tagesordnungspunkte wurden in der Geschäftsführersitzung die Entwicklung des elektronischen Arztausweises (vergleiche Abschnitt Telematik) und die Novellierung der Heilberufsgesetze behandelt.

Die bereits im letzten Jahr vorgenommene Neustrukturierung des Arbeitskreises „Informationstechnologie“ hat sich in der täglichen Zusammenarbeit bewährt. Das Projekt Elektronischer Informationsverteiler (EIV) konnte erfolgreich fortgesetzt werden. Weitere Themen des Arbeitskreises waren die verschlüsselte Kommunikation zwischen Landesärztekammern und Ärzten und die Ausgabe eines nichtelektronischen bundeseinheitlichen Sichtausweises im Scheckkartenformat.

12.1.2 Arbeitsgruppe „Kaufmännische Geschäftsführer“

Die Arbeitsgruppe der Kaufmännischen Geschäftsführer hat unter Leitung von Herrn Klaus Schumacher, ÄK Nordrhein, ihre Beratungen in 2007 weitergeführt und sich insbesondere mit Benchmark-Systemen, Vergütungsangelegenheiten, Fragen der betrieblichen Altersversorgung und Beitragsverfahren auseinandergesetzt.

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 überwacht das Finanzgebaren der Bundesärztekammer, prüft die Rechnungslegung und wirkt bei der Aufstellung des Haushaltsplans mit. An den Beratungen dieses Gremiums können auch die stellvertretenden Mitglieder und ein Vertreter der Geschäftsführung der Landesärztekammer beratend teilnehmen. Die Finanzkommission wählte für die laufende Wahlperiode (2003/2007) Dr. Joachim Koch, Pleidelsheim, zu ihrem Vorsitzenden. Stellvertretender Vorsitzender wurde Dr. Hans-Herbert Köhler, Basthorst.

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 Vorsitzende der Finanzkommission, sechs Vertreter von Geschäftsführungen der Landesärztekammern sowie der Hauptgeschäftsführer und der für Finanzangelegenheiten zuständige Dezernent der Bundesärztekammer. Der stellvertretende Vorsitzende der Finanzkommission und der Finanzbeauftragte des Vorstandes nehmen als Gäste an den Sitzungen teil.

In drei Sitzungen wurden 2007 Finanzangelegenheiten besprochen und die Vorbereitungen des Haushaltsvoranschlags 2008/2009 begleitet. Neben diesem Tätigkeitsschwerpunkt hat sich die Arbeitsgruppe intensiv mit den Themenkomplexen Revision der Jahresabschlüsse der Bundesärztekammer und Methodik einer mittelfristigen Finanzplanung befasst. Finanzierungsmöglichkeiten für neue Aufgaben sollen rechtzeitig beraten und definiert werden. Ebenso sind wegfallende oder Aufgaben, die mit einer geringeren Priorität und Intensität bearbeitet werden können, in der mittelfristigen Finanzplanung zu berücksichtigen.

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

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 Ärztinnen und Ärzte und ihrer Familienangehörigen sicherzustellen. Rechtsgrundlagen für die Versorgungswerke sind der § 6a SGB VI (Rentenversicherung) einerseits und die Heilberufe- bzw. Kammergesetze der Bundesländer andererseits. Überwiegend sind die ärztlichen Versorgungswerke unselbständige Sondervermögen der jeweiligen Landesärztekammern. In einigen Bundesländern haben die Versorgungswerke den Status der Teilselbstständigkeit, mit einer stärkeren Trennung der Vermögen und der Gremien. 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.

Für Notlagen von Ärztinnen und Ärzten und ihren Angehörigen bzw. Hinterbliebenen, die nicht über die Versorgungswerke abgedeckt werden, gibt es darüber hinaus bei den Ärztekammern Fürsorgeeinrichtungen bzw. -fonds mit unterschiedlichen organisatorischen Lösungen.

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, ist eine Ständige Konferenz bei der Bundesärztekammer eingerichtet. Dieser obliegt die Beobachtung der allgemeinen sozialpolitischen Entwicklung, insbesondere unter Versorgungsaspekten sowie der Sicherstellung eines einheitlichen Vorgehens bei der Bewältigung der Grundfragen der Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung der Ärztinnen und Ärzte.

Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ der Bundesärztekammer ist seit Oktober 2004 Herr Prof. Dr. Hessenauer, Mainz, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Nach den Neuwahlen zum Vorstand der Bundesärztekammer im Mai 2007 ist Prof. Dr. Hessenauer in diesem Amt bestätigt worden. Stellvertretende Vorsitzende ist seit den Neuwahlen, genauer seit Juni 2007 Frau Dr. Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen.

In der regelmäßig im Frühjahr stattfindenden Sitzung der Ständigen Konferenz, im Berichtsjahr am 31. März in Würzburg auf Einladung der bayerischen Versorgungseinrichtung durchgeführt, berichteten die Mitglieder wieder über aktuelle Entwicklungen auf Landesebene.

Eingeleitet wurde die Sitzung durch den Bericht des Vorsitzenden, Prof. Dr. Hessenauer.

Von besonderer Bedeutung für die Zukunft der Versorgungswerke sei, so Prof. Dr. Hessenauer, die immer schwieriger werdende Situation für niedergelassene Ärzte. Die Ausübung in freier Praxis werde immer unattraktiver durch sinkende Realeinkommen und ständig steigende Bürokratie. Es würden sich viele junge Ärztinnen und Ärzte bewusst für einen anderen Lebensweg als für die Niederlassung in freier Praxis entscheiden, z. B. Tätigkeiten in angrenzenden EU-Mitgliedstaaten oder Tätigkeiten in beratenden Berufen. Wegen des finanziellen Drucks sei es auch immer schwieriger, die Kosten für die Niederlassung im Laufe des Berufslebens tatsächlich zu amortisieren. Dies gelte nicht nur für Allgemeinärzte, sondern auch für Fachärzte.

Hinzu käme jetzt ein wachsender Konkurrenzdruck durch die medizinischen Versorgungszentren und durch die Öffnung von Krankenhäusern für immer mehr Bereiche traditioneller ambulanter Versorgung. Einzelärzte könnten dem nur noch unter großen Schwierigkeiten entgegenreten, so dass sie in Kooperationen getrieben würden. Dies würde dann eine weitere Sogwirkung entfalten, hin auf Anstellungsverhältnisse, so z. B. bei finanzstarken Trägern von Versorgungszentren oder in ambulanten Einrichtungen von Kliniken.

Der Bestand der Versorgungswerke sei somit in zweifacher Hinsicht gefährdet. Zum einen sei der Trend ungebrochen, dass nach dem Studium und zum Teil auch nach der Weiterbildung die ärztliche Tätigkeit letztlich gar nicht aufgenommen werde und zum

anderen würde sich die Relation der Ärzte in freier Praxis und der angestellten Ärzte immer stärker hin zu der angestellten Tätigkeit verschieben.

Prof. Dr. Hessenauer schloss seine kurze Darstellung der Situation der freiberuflichen Tätigkeit mit der Anregung, darüber nachzudenken, ob die Versorgungswerke mit ihrem Beratungs-Know-how in Finanzierungsfragen Praxisinhabern bzw. jungen Ärzten, die vor der Übernahme oder Gründung einer Praxis stehen, helfen könnten, die finanziellen Probleme zu bewältigen.

Von Seiten der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) wurde insbesondere die Notwendigkeit betont, die Eigenständigkeit der Versorgungswerke als der gesetzlichen Rentenversicherung äquivalentes System zu verteidigen. Hier gebe es immer wieder Versuche, die freien Berufe in die gesetzliche Rentenversicherung hineinzuziehen. Dies müsse mit aller Kraft verhindert werden.

Im weiteren Verlauf wurden einige spezielle Aspekte der Angleichung an Regelungen der ärztlichen Rentenversicherung diskutiert, wie z. B. Rente mit 67 und Hinterbliebenenrente bei Lebenspartnerschaften. Hier gebe es eine vorsichtige Entwicklung, den Vorgaben der gesetzlichen Rentenversicherung zu folgen, ohne dabei die Besonderheiten der berufsständischen Versorgungseinrichtungen aus den Augen zu verlieren.

Schwerpunkt der Beratungen im Frühjahr 2007 war ein Vortrag von Dr. Herrmann von der Heubeck AG, die für die berufsständischen Versorgungswerke neue Richttafeln erarbeitet hatte.

In dem Beitrag wurde verdeutlicht, dass neue berufsständische Richttafeln notwendig geworden sind, weil sich die Lebenserwartung erhöht habe und insbesondere die Lebenserwartungen der Ärztinnen und Ärzte auch in den letzten Jahren wieder gestiegen sei. Dies sei einerseits erfreulich, mache aber andererseits rechnerischen Anpassungsbedarf bezüglich der Leistungen der Versorgungswerke notwendig. Aus der Darstellung wurde von den Teilnehmern der Sitzung die Notwendigkeit abgeleitet, in einem ausgewogenen Verfahren Beitragsanpassungen vorzunehmen und Zusagen für die Leistungen vorsichtiger zu kalkulieren, um die längeren Rentenzahlungen finanzieren zu können.

Ein weiteres Thema, zu welchem dann auch eine zusätzliche Sitzung am 16.11.2007 durchgeführt wurde, waren die Überlegungen zur zukunftsfesten Regelung der Grundlagen für die Mitgliedschaft in den Versorgungswerken. Hier gibt es insoweit Anpassungsbedarf, als auch bei den Ärztekammern in einer Arbeitsgruppe die Modalitäten für eine dauerhafte Festlegung der Mitgliedschaft bei Änderung der Heilberufekammergesetze diskutiert worden waren.

Zusammengefasst wurde festgehalten, dass Landesärztekammern und Versorgungswerke übereinstimmend der Auffassung sind, dass in Zukunft eindeutige Regelungen für eine Monomitgliedschaft getroffen werden sollen. Des Weiteren soll das Grundprinzip gelten, dass die Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Mitgliedschaft in der Ärztekammer folgt. In einer voraussichtlich noch kleinen Zahl von Zweifelsfällen würden sich die Versorgungswerke die Option offen halten, ggf. die Mitgliedschaft im Rahmen eigener Regelungen festzulegen.

In der Herbstsitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ am 16.11.2007 wurde dann noch ein Zwischenstand über die Umsetzung der berufsständischen Richttafeln berichtet. Danach sind die Versorgungswerke auf dem Weg, die Rechnungsgrößen zu ändern. Einige ärztliche Versorgungswerke haben die Anpassung faktisch schon realisieren können.

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

12.2.2 Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen

In der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) wirken die bestehenden 85 Versorgungswerke der Angehörigen der verkammerten Freien Berufe, das sind Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Steuerberater bzw. Steuerbevollmächtigte, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer, Zahnärzte sowie Psychotherapeuten und Ingenieure zusammen. Alle in Deutschland bestehenden Versorgungswerke für Ärzte sind Mitglieder der ABV, sie haben 1978 wesentlich zur Gründung des Dachverbandes aller freiberuflichen Versorgungswerke 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 Beobachtung und Berichterstattung über europäische Entwicklungen spielt dabei eine zunehmende Rolle, deshalb unterhält die ABV auch ein Verbindungsbüro in Brüssel. Die ABV hat es in den jetzt fast 30 Jahren ihres Bestehens geschafft, Beachtung und Gehör in allen Grundsatzfragen der Alterssicherung zu finden. Das gilt nicht nur national, sondern auch auf europäischer Ebene, wie die Einbeziehung der Versorgungswerke in die für die in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union bestehenden sozialen Sicherungssysteme geltenden Koordinierungsregelungen nach der VO 1408/71 beweist.

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 § 7 Abs. 2 Angestelltenversicherungsgesetz (AVG), heute § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch VI (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 (Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen)
- 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 ein Vertreter der Versorgungswerke für Notare, Tierärzte und Steuerberater sowie Wirtschaftsprüfer. Vorsitzender der ABV ist der Hannoveraner Rechtsanwalt Dr. Ulrich Kirchhoff, stellvertretende Vorsitzende sind Apotheker Karl-August Beck (Nürnberg) und Dr. med. dent. Helke Stoll (Eilenburg).

Wichtigster Punkt in der Tätigkeit der ABV bleibt nach wie vor die Beobachtung und das aufmerksame Verfolgen der Diskussion um die künftige Entwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie ist und bleibt das in Deutschland maßgebende Alterssicherungssystem und hier tun sich für die mittelfristige Zukunft Diskussionsaspekte auf, die auch das System der berufsständischen Versorgung nicht unberührt lassen können. Zusammengefasst wird die Diskussion mit dem Stichwort Erwerbstätigenversicherung. Diese Diskussion ist aus den Gewerkschaften, aber auch aus verschiedenen Sozialverbänden in der jüngeren Vergangenheit immer wieder aktualisiert worden. Der DGB und die Sozialverbände haben sich dabei ausdrücklich auch für eine Einbeziehung der Mitglieder der Versorgungswerke in eine solche Bürger- oder Erwerbstätigenversicherung in die gesetzliche Rentenversicherung ausgesprochen. Zwar werden die verfassungsrechtlichen Garantien für die Versorgungswerke gesehen, gleichwohl will man die bisher in den Versorgungswerken versicherten Personengruppen mit langen Übergangsfristen in eine wie auch immer geartete Bürger- bzw. Erwerbstätigenversicherung einbeziehen. Über die Sommerpause des Jahres 2007 ist diese Diskussion aktualisiert worden durch die gesetzliche Rentenversicherung selbst. Anlässlich eines Presseseminars der Rentenversicherung im Juli 2007 hat sich der Präsident der Deutschen Rentenversicherung – Bund, Dr. Herbert Rische, eindeutig für die Einführung einer Erwerbstätigenversicherung ausgesprochen. Allerdings will die Rentenversicherung selbst nur solche Personen in ihren Versichertenkreis einbeziehen, die nicht bereits anderweitig öffentlich-rechtlich, z. B. in den Versorgungswerken, gesichert sind.

Die Diskussion um die Einführung einer Erwerbstätigenversicherung hat bereits den Deutschen Bundestag erreicht. Die Fraktion DIE LINKE hat am 19.09.2007 dort einen Antrag eingebracht und gefordert, die gesetzliche Rentenversicherung zu einer Bürger- bzw. Erwerbstätigenversicherung weiterzuentwickeln. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE wurde von allen im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien einhellig abgelehnt, gleichwohl muss man damit rechnen, dass diese Diskussion immer wieder aufflammen wird.

Auch deswegen muss nach der nächsten Bundestagswahl 2009 mit einer Diskussion um eine Ausweitung des versicherten Personenkreises der gesetzlichen Rentenversicherung gerechnet werden. ABV hat deshalb neben den schon bestehenden verfassungsrechtlichen Gutachten weitere Gutachten in Auftrag gegeben, sowohl verfas-

sungsrechtlicher als auch wirtschaftswissenschaftlicher Art, die Flankenschutz gegenüber der Begehrlichkeit gewähren sollen, die Mitglieder der Versorgungswerke in die Rentenversicherung einzubeziehen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach neueren Sterblichkeitsuntersuchungen, die die ABV zusammen mit dem renommierten versicherungsmathematischen Büro Heubeck AG in Köln durchgeführt hat, ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung in den Freien Berufen festzustellen ist. Insgesamt liegt die Lebenserwartung der Angehörigen der Freien Berufe jetzt noch deutlicher, nämlich vier Jahre, über der der allgemeinen Bevölkerung. Damit wird aber auch erkennbar, dass eine Einbeziehung der Mitglieder der Versorgungswerke in den versicherten Personenkreis der gesetzlichen Rentenversicherung diese nicht entlasten, sondern eher belasten würde. Von daher wird es wichtig sein, darauf hinzuweisen, dass es, wie es die Demografiekommission des Deutschen Bundestages in ihrem Abschlussbericht (Drucksache 14/8800 vom 28.03.2002) ausgedrückt hat, ökonomisch keinen Sinn macht, ein Alterssicherungssystem in seinem Bestand und seiner Entwicklung zu tangieren, das ohne staatliche Zuschüsse und Garantien auskommt und seine demografischen Probleme eigenständig löst.

Im Zusammenhang mit der Bewältigung der festzustellenden höheren Lebenserwartung der Mitglieder der Versorgungswerke wird in den Versorgungswerken auch über eine Veränderung der Altersgrenze für das Regelaltersruhegeld, bisher 65 Jahre, diskutiert. Ähnlich wie für die gesetzliche Rentenversicherung bereits durch das Altersgrenzenanpassungsgesetz (BGBl. I S. 554 vom 20.04.2007) beschlossen, wird auch in den Versorgungswerken überlegt, die Altersgrenze für den Bezug eines Regelaltersruhegeldes auf das 67. Lebensjahr anzuheben. Diese Entwicklung hat, darauf sei hingewiesen, für die rentennahen Jahrgänge überhaupt keine Auswirkung. Von der Änderung der Altersgrenzen sind wesentlich diejenigen betroffen, bei denen sich die Verlängerung der Lebenserwartung auch deutlich realisiert. Eine Anhebung der Altersgrenzen stellt in diesem Zusammenhang ein Element der Generationengerechtigkeit dar. Wenn nämlich bei gleicher Beitragszahlung eine Rente zukünftig durchschnittlich länger geleistet wird, so kommt es nach der gegenwärtigen Situation zu einer Subvention der Jüngeren durch die Älteren, weil der Barwert der Rente der Jüngeren größer ist als der der Älteren. Auch von daher erscheint eine Anhebung der Altersgrenzen geboten.

Unverändert bemüht sich die ABV um eine Gleichbehandlung der kindererziehenden Mitglieder der Versorgungswerke durch den Bund. Diese Ungleichbehandlung ergibt sich daraus, dass der Bund für kindererziehende Mitglieder in der Rentenversicherung während der Kindererziehungszeit (max. 3 Jahre) Beiträge an diese entrichtet, nicht aber an die berufsständischen Versorgungswerke. Aufgrund eines rechtswissenschaftlichen Gutachtens, das die ABV hat anfertigen lassen, ist inzwischen klargestellt, dass es sich dabei um einen klaren Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 des Grundgesetzes handelt. Gleichwohl verweigern die politisch Verantwortlichen eine Gleichbehandlung der Mitglieder der Versorgungswerke und verweisen auf ihre angespannte Haushaltslage.

Inzwischen hat aber die Rechtsprechung neue Vorgaben erteilt. Nach einer Richtlinienentscheidung des Bundessozialgerichts hat das Landessozialgericht Hessen inzwischen rechtskräftig entschieden, dass auch den Mitgliedern der Versorgungswer-

ke Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zustehen, wenn das ärztliche Versorgungswerk nicht über eine vergleichbare Leistung verfügt. Damit ist für die Mehrheit der Versorgungswerke geklärt, dass Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung anzuerkennen sind. Diese Lösung ist allerdings nur suboptimal. Sicher ist es sachgerecht, wenn die Rentenversicherung auch für die Mitglieder der Versorgungswerke Kindererziehungszeiten anrechnet, weil sie hierfür aus Bundesmitteln entsprechende Beitragszahlungen erhält. Der Nachteil ist eine Zersplitterung von Rentenansprüchen. Außerdem müsste zur Erfüllung der Wartezeit von 60 Monaten für Betroffene, die keine Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung haben, mindestens für zwei nach 1992 geborene Kinder Erziehungszeiten in Anspruch genommen werden. Inzwischen ist seitens der Rentenversicherung bei einem anderen Senat des Bundessozialgerichts die Frage, ob die gesetzliche Rentenversicherung Kindererziehungszeiten auch für die Mitglieder der Versorgungswerke anerkennen muss, nochmals zur Entscheidung anhängig gemacht worden. Abzuwarten bleibt, ob der jetzt mit dieser Sache befasste Senat sich der für die Mitglieder der Versorgungswerke günstigen Senatsentscheidung anschließt oder nicht.

12.3 Entwicklung der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle der Bundesärztekammer gliedert sich in die Bereiche Hauptgeschäftsführung mit den Referaten Informationsmanagement, Vorstandsangelegenheiten, Parlamentskontakte, Telematik und Auslandsdienst, sieben Dezernate, die Pressestelle, das Büro des Präsidenten und gemeinsame Einrichtungen mit der KBV (siehe Organigramm S. 607).

Die Arbeit der Dezernate, der Pressestelle und der gemeinsamen Einrichtungen spiegelt sich in den einzelnen Kapiteln des Tätigkeitsberichtes wider. In der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer sind 96 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig (Stand: 31.12.2007). Neben den Fachdezernaten ist für die Verwaltung ein eigenes Dezernat zuständig, dessen Aufgabe es ist, für die organisatorischen, finanziellen und personellen Voraussetzungen zur Erfüllung der von Satzung und Vorstand der Bundesärztekammer vorgegebenen Aufgaben zu sorgen und dabei auf sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Mittel zu achten.

Schwerpunkte der Projektarbeit waren die Neukonzeption der GOÄ, der Elektronische Informationsverteiler, die Neugestaltung des Tätigkeitsberichts und die Weiterentwicklung des Workflows beim Deutschen Ärztetag.

Erfolgreich weitergeführt wurden auch die Projekte zur Verbesserung der internen Kommunikations- und Infrastruktur der Geschäftsstelle. So wurden vorhandene Datenbanken, wie die interne Zeitschriftendatenbank und die Literaturdatenbank, an moderne technische Erfordernisse, aber auch an gestiegene Nutzerbedürfnisse angepasst.

Aus der alten Referenzdatenbank für bei der Bundesärztekammer vorhandene Literatur wurde eine moderne Fach- und Medieninformationsdatenbank entwickelt, die eine gezielte Ablage von Informationen zu Projekten ermöglicht.

Die Überarbeitung der gemeinsam mit den Landesärztekammern genutzten gesundheitspolitischen Datenbank konnte ebenfalls abgeschlossen werden.

Das Corporate Design der Bundesärztekammer wurde konsequent weiterentwickelt und ermöglicht eine kompetente und wieder erkennbare Darstellung nach außen, die sich in Publikationen wie Tätigkeitsbericht, Fortbildungscurricula bis hin zum Medikamentenleitfaden niederschlägt.

In diesem Kontext sind auch die Publikationen für den Deutschen Ärztetag vom Programmheft bis hin zum Wortbericht überarbeitet und im Format einheitlicher gestaltet worden, so dass die Darstellung der Bundesärztekammer nach außen geschlossener und moderner erfolgt.

12.4 Neugestaltung des Tätigkeitsberichts

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im Jahre 1999 ein zweistufiges Konzept zur Neugestaltung des Tätigkeitsberichts verabschiedet, das nun mit der vorliegenden Ausgabe vollends realisiert wurde.

In der ersten Stufe wurden der Berichtszeitraum auf ein Kalenderjahr bezogen und die äußere Gestaltung dem überarbeiteten Corporate Design (CD) der Bundesärztekammer angepasst. Seit dem Jahr 2000 erscheint der Tätigkeitsbericht parallel zur Druckausgabe auch auf CD-ROM. Auf Beschluss des 107. Deutschen Ärztetages wird seit 2005 nur noch die CD-ROM satzungsgemäß an die Delegierten versandt und die Druckausgabe nur auf Anforderung zur Verfügung gestellt.

In der zweiten Stufe wurde im Jahr 2006 eine dezernatsübergreifende Projektgruppe eingesetzt, die im Laufe des jetzigen Berichtsjahres die Umgestaltung zum Abschluss brachte.

Ein Hauptanliegen bei der Neustrukturierung war die Abkehr von der Gremienperspektive hin zu einer themenorientierten Ausrichtung der Berichte. Durch die Darstellung der Sachthemen unabhängig von den Zuständigkeiten sollen auch Redundanzen vermieden werden, die sich durch die Bearbeitung von Themen durch verschiedene Dezernate ergaben.

Eine Straffung und bessere Lesbarkeit des Berichtsteils wurden dadurch erzielt, dass die Informationen zu den Gremien (Aufgaben, Zusammensetzungen, Veröffentlichungen etc.) im Dokumentationsteil gebündelt sind. Über Gremien mit eigenen Satzungen und Statuten informieren Kurzporträts.

Die bisher im Dokumentationsteil des Tätigkeitsberichts abgedruckten Satzungen und Statuten erscheinen künftig in Form einer Broschüre, die als Druckausgabe und im Internet vorgehalten wird.

Das durch den Zweifarbdruk aufgelockerte Layout verbessert die Orientierung für die Leserinnen und Leser.

Anregungen für die Neugestaltung bezog die Projektgruppe auch aus einer Befragung von Delegierten, Mitgliedern der Gremien der Bundesärztekammer sowie hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztekammern. Ein Ergebnis war die Relevanzbewertung der Themen im Tätigkeitsbericht, aus der sich Änderungen in der Kapitulfolge ergaben.

Desweiteren resultierten aus der Befragung Überlegungen zu den Trägermedien. Derzeit wird der Tätigkeitsbericht als Buch und CD-ROM herausgegeben sowie im Internet eingestellt. Die Auswertung der Fragebogen hat gezeigt, dass die CD-ROM kaum noch genutzt wird, während sich die Häufigkeiten beim Gebrauch der Druckausgabe bzw. beim Zugriff über das Internet in etwa die Waage halten. Daher ist vorgesehen, auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 einen Verzicht auf die CD-ROM vorzuschlagen und den Tätigkeitsbericht nur noch als Buch und elektronisch im Internet zu publizieren.

