

## 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 (SKO GF) dient dem Meinungsaustausch und der Zusammenarbeit der Geschäftsführungen der Landesärztekammern. Auch im Geschäftsjahr 2011 fanden fünf Routinesitzungen sowie eine gemeinsame Sitzung mit dem Vorstand der Bundesärztekammer statt.

In der gemeinsamen Sitzung wurden insbesondere die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Zukunft der Ärztekammern“ vorgestellt und diskutiert. Zentrales Anliegen war dabei, angesichts der Bemühungen um mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen einerseits und mehr einheitlichen, zentralistisch-staatlich vorgegebenen Rahmenbedingungen andererseits die Rolle der ärztlichen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu analysieren und durch gemeinsames Handeln der Ärztekammern auch zu stärken. In der Analyse wurde klar herausgearbeitet, dass trotz formal bestehender unveränderter Zuständigkeit der Ärztekammern auf Basis der Heilberufs- und Kammergesetze in tradierten Feldern, wie z. B. der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung, eine Marginalisierung oder faktische Dominierung durch neue sozialgesetzliche bzw. vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zentral erlassene Vorgaben droht. Auch die innerärztliche Unzufriedenheit mit dem KV-System bzw. eine Übertragung der vom Sozialgesetzgeber bewusst geschürten innerärztlichen Verteilungskämpfe bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die Ärztekammern. Das Gesamtbild einer unzufriedenen Ärzteschaft führt auch zu nachlassendem Interesse der jungen Ärztegeneration sowohl an der kurativen ärztlichen Tätigkeit als auch an der ärztlichen Selbstverwaltung.

Die gemeinsam von Vorstand und Ständiger Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern besetzte Arbeitsgruppe hat im Ergebnis der bisherigen Arbeit die drei klassischen Zuständigkeitsbereiche „Ärztliche Weiterbildung“, „Fortbildung“ und „Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung“ durchdekliniert und die Ergebnisse vorgestellt. Ebenso wurde ein von der Arbeitsgruppe entwickeltes Leitbild mit acht Zielen präsentiert.

Die Arbeitsgruppe „Zukunft der Ärztekammern“ hat im Ergebnis empfohlen, die Weiterentwicklung der Rolle der Ärztekammern in drei konkreten Handlungsfeldern weiterzuverfolgen, die von strategischer Bedeutung sowohl für die innerärztliche Bindungswirkung als auch die politische Außenwirkung der Ärztekammern sind.

Um diese Themen weiter zu bearbeiten, wurden drei Arbeitsgruppen: „Entscheidungsqualität – Optimierung der innerärztlichen Entscheidungsprozesse“, „Organisation – Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamt“ sowie „Strategie – Schaffung einer Platt-

form/Akademie der Ärzteschaft für gesundheitspolitische Grundsatzfragen und Zukunftsaufgaben“ eingerichtet. Die Arbeitsgruppen haben die Arbeit erst nach dem Wahlärztetag und der Klausur des Vorstands aufgenommen.

Im ersten Vierteljahr nahm in den Sitzungen traditionsgemäß die Vorbereitung des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel breiten Raum ein. Besonders intensiv wurden von den Geschäftsführern die Fragen der Überarbeitung der (Muster-) Berufsordnung (MBO), insbesondere die ethischen Fragen zum § 16 „Beistand für Sterbende“ und die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik diskutiert.

Auch die Vorbereitung und Durchführung der zweiten Befragungsrunde zur Evaluation der Weiterbildung in Deutschland wurde ebenso in jeder Sitzung der SKO GF beraten wie das Thema der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Ende des Jahres wurden erste Ergebnisse des Evaluationsprojektes präsentiert.

Im Rahmen des Förderprogramms der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wurde eine Befragung der weiterzubildenden Ärzte nach den Vorgaben der Ärztekammern verabschiedet. Die Umfrage wurde Ende des Jahres den Koordinierungsstellen übergeben.

Immer wieder haben sich die Geschäftsführer auch mit der Frage der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin im Zusammenhang mit dem deutschen IVF-Register befasst. Dabei wurden verschiedene Optionen zur Neuausrichtung der Qualitätssicherung entwickelt, auch und vor allem im Zusammenarbeit mit dem Deutschen IVF-Register e. V. (DIR) Ende des Jahres wurde zu diesem Thema eine eigene Arbeitsgruppe der SKO GF gegründet. Sie soll diese Optionen detailliert ausarbeiten und Lösungswege für offene Fragen skizzieren, um eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die Landesärztekammern zu bieten.

Besonders im zweiten Halbjahr nahm die Umsetzung des Gendiagnostikgesetzes (GenDG), insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation zur genetischen Beratung nach § 7 Abs. 3 GenDG und an die Inhalte der genetischen Beratung, breiten Raum in den Diskussionen der Geschäftsführer ein. Probleme bereitete vor allem die fehlende gesetzliche Grundlage für die Durchführung der Wissensprüfung bei den Landesärztekammern.

Ebenso intensiv haben sich die Geschäftsführer mit den Problemen der Haftpflichtversicherung für Ärzte auseinandergesetzt. Angesichts enorm gestiegener Haftpflichtprämien bei einigen Facharztgruppen wurden in einer Arbeitsgruppe der SKO GF verschiedene Modelle entwickelt, wie diese Entwicklung aufgehalten und für die Ärzte bezahlbar gestaltet werden kann. Diese Modelle wurden auch in einem offenen Gedankenaustausch in der deutschen Akademie der Gebietsärzte erörtert.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in seiner Dezembersitzung mit diesem Thema befasst und angeregt, eine gemeinsame Arbeitsgruppe zu gründen, die auf Basis bestimmter Vorgaben ein Modell für die politische Diskussion entwickelt.

Weitere Dauerthemen in der SKO GF waren der elektronische Arztausweis und die elektronische Gesundheitskarte. Neben der Darstellung des aktuellen Stands der Beratungen in der gematik wurde über Erfahrungen bei der Herausgabe des elektronischen Arztausweises, über neue Anwendungsfälle für den elektronischen Arztausweis und über das Projekt der Bundesärztekammer zur Entwicklung eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte diskutiert. Im zweiten Halbjahr wurde ausführlich

über das Projekt der Leistungserbringer „Alternative 2012“ informiert (siehe hierzu auch Kapitel 8.2.1).

Regelmäßig haben sich die Geschäftsführer auch zu den Fragen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und den entsprechenden Aktivitäten in den einzelnen Ländern ausgetauscht.

Nach dem Ärztetag in Kiel hat der neugewählte Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, die Geschäftsführer über aktuell politische Themen informiert. Auf der Agenda standen dabei u. a. die Gesetzgebung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz, die Umsetzung der Richtlinien zum Gendiagnostikgesetz, Fragen der Transplantationsmedizin im Zusammenhang mit der geplanten Novelle des Transplantationsgesetzes (TPG) sowie die aktuelle Entwicklung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Darüber hinaus hat der Präsident auch über die Beratungsthemen und Beratungsergebnisse der Vorstandssitzung informiert.

Regelmäßig wurde in den Sitzungen über Novellierungen der Heilberufe- und Kammergesetze und aus der Arbeitsgruppe „Heilberufe und Kammergesetze“ berichtet. Die Protokolle der Arbeitsgruppe stehen den Landesärztekammern auch über die gesundheitspolitische Datenbank der Bundesärztekammer zur Verfügung.

Im Berichtsjahr wurden die Konsequenzen für die Ärztekammern im Umgang mit der Mehrfachmitgliedschaft erörtert und entsprechende Regelungen, zum Beispiel zur Zulassung der Weiterbildungsstätten und zum Prüfungsverfahren, abgestimmt.

Regelmäßig fand auch der Austausch zu den Themen der ärztlichen Fachberufe statt. Beraten wurde u. a. ein gemeinsamer Aufgabenpool für Prüfungsfragen für die Medizinische Fachangestellte sowie die Möglichkeiten der Aufstiegsfortbildung zur Betriebswirtin für Management nach § 54 Berufsbildungsgesetz. Auch zu Fragen der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen und der Abwicklung über eine gemeinsame Stelle der Ärztekammern wurde Ende des Jahres intensiv beraten.

### **12.1.2 Arbeitsgruppe „Kaufmännische Geschäftsführer“**

Die Arbeitsgruppe der Kaufmännischen Geschäftsführer der Landesärztekammern hat unter Leitung von Klaus Schumacher, Ärztekammer Nordrhein, ihre Beratungen weitergeführt und sich insbesondere mit der Internetstellenbörse StepStone befasst.

### **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 Mitglieder sowie je ein Vertreter der Geschäftsführung der Landesärztekammern beratend teilnehmen.

Unter Vorsitz von Dr. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, tagte die Finanzkommission im Jahre 2011 ein Mal. Stellvertretender Vorsitzender ist Dr. Klaus Reinhardt, Bielefeld. 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.

In vier Sitzungen wurden 2011 reguläre und strategische Finanzangelegenheiten besprochen und für Beschlussfassungen in der Finanzkommission vorbereitet sowie die Vorbereitungen des Haushaltsvoranschlags 2012/2013 begleitet.

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 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 unselbstständige 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. 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, sowie die Sicherstellung eines einheitlichen Vorgehens bei der Bewältigung der Grundfragen der Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung der Ärzte.

Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ der Bundesärztekammer ist seit Oktober 2004 Prof. Dr. Frieder Hessenauer, Mainz, Präsident der Lan-

des Ärztekammer Rheinland-Pfalz. Nach den Neuwahlen zum Vorstand der Bundesärztekammer im Juni 2011 ist Professor Hessenauer in diesem Amt bestätigt worden. Im Frühjahr 2011 tagte die Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ in Warne-münde, 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.

Ferner wurde über das EU-Grünbuch „Angemessene, nachhaltige und sichere europäische Renten- und Pensionssysteme“ diskutiert. Von Seiten der ABV wurde die Einschätzung abgegeben, dass hier wieder ein Versuch unternommen werde, irgendwie doch zu einer Harmonisierung der sozialen Sicherungssysteme, hier den Rentensicherungssystemen zu gelangen. Aufgehängt werde dieser erneute Harmonisierungsansatz an den betrieblichen Zusatzrenten, über deren Konvertibilität im Grünbuch nachgedacht werde. Die Mitglieder der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ vertreten einhellig die Auffassung, dass dem nicht stattgegeben werden dürfe. Die EU-Gremien hätten hier eindeutig kein Mandat. Es dürfe auch keine Verwischung der Grenzen zwischen gesetzlichen Altersversorgungssystemen und betrieblichen ergänzenden Versorgungssystemen geben.

Erneut wurde darüber berichtet und diskutiert, dass mit der gesetzlichen Rentenversicherung zunehmende Probleme bei der Handhabung des Befreiungsrechts des § 6 SGB VI festzustellen seien. Im Ergebnis könne man eine deutliche Tendenz zur immer enger werdenden Auslegung des Befreiungsrechts konstatieren. Dies gehe soweit, dass sich die gesetzliche Rentenversicherung anmaße, Entscheidungen darüber zu treffen, ob eine bestimmte Tätigkeit als ärztliche Tätigkeit einzuordnen sei oder nicht. Nach übereinstimmender Auffassung der ABV und der Versorgungswerke müssen zumindest alle Tätigkeiten als ärztliche Tätigkeiten verstanden werden, die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer bzw. in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern aufgenommen sind. An zwei Beispielen wird deutlich gemacht, zu welchen Ergebnissen die Erörterungen mit der Rentenversicherung Bund führen könne. Für den Tätigkeitsbereich „Drug Safety Officer“ habe man inzwischen mit der gesetzlichen Rentenversicherung klären können, dass er als ärztliche Tätigkeit einzuordnen sei, auch wenn die Tätigkeit eines Drug Safety Officer auch von Apothekern oder Tierärzten ausgeübt werden könne. Entschieden sei inzwischen, dass eine Tätigkeit als Pharmareferent nicht als ärztliche Tätigkeit anzusehen sei.

Vom Vorsitzenden des Rechtsausschusses der ABV wird über eine Empfehlung der Änderung der Überleitungsabkommen vorgetragen. Anknüpfend an die Diskussion vor sieben Jahren und die damals ausgesprochenen Empfehlungen der ABV gibt es eine revidierte Empfehlung von Vorstand und Rechtsausschuss der ABV zur Ausgestaltung der Überleitungsabkommen. Sie beinhaltet

- die Erweiterung des Überleitungszeitraums auf 96 Monate,
- die Anhebung der altersmäßigen Begrenzung auf die Vollendung des 50. Lebensjahres,
- die pauschale Verzinsung des Überleitungsbeitrags sowie
- das Inkrafttreten der Neuregelung am Stichtag.

Die neue Empfehlung sei ein Kompromiss, der auf der Basis der mittlerweile gesammelten Erfahrung geschlossen wurde.

In der Diskussion zum Vorschlag wird der Kompromiss unterstützt. Es herrscht auch Einigkeit darüber, dass nunmehr die Änderungen der Überleitungsabkommen schnellstmöglich vorgenommen werden sollten. Unsicherheit besteht noch darin, ob wirklich alle Überleitungsabkommen zum 01.01.2012 umgesetzt werden könnten. Dies wird allerdings als Zielvorgabe vereinbart mit der Option, dass in dem einen oder anderen Fall auch eine Verzögerung von ein paar Monaten bezüglich des Inkrafttretens neuer Überleitungsabkommen in Kauf genommen werden könnte. Die Teilnehmer bestimmten in geheimer Abstimmung Dr. Torsten Hemker, Hamburg, als Kandidaten der ärztlichen Versorgungswerke im Aufsichtsrat der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Weitere Themen waren neue Vorschriften für die Bewertung von Vermögensgegenständen durch das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG), die Umsatzsteuerpflichtigkeit von Vermögensverwaltungsdienstleistungen Dritter für die Versorgungswerke sowie die Berufsunfähigkeit bei Teilapprobation bzw. Entzug der Approbation.

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 musste 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 auch alle Versorgungswerke zu Steigerungen zurückkehren könnten. Trotz der in der Öffentlichkeit diskutierten Nachwuchsprobleme im Bereich der Ärzteschaft, kann für die Versorgungswerke in der Regel noch ein Zuwachs erzielt 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.

Welche Bedeutung die Versorgungswerke nicht nur für die ärztliche Profession, sondern auch für die verkammerten Berufe insgesamt haben, ist den nachfolgenden Ausführungen zur Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen zu entnehmen.

### **12.2.2 Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen**

Das letzte Jahr war ein Jahr der Veränderungen für die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV). Der Vorsitzende des Vorstandes, RA Dr. Ulrich Kirchhoff, trat am 12.03.2011 krankheitsbedingt zurück und verstarb am 03.08.2011. Zu seinem Nachfolger wurde am 30.03.2011 RA Hartmut Kilger gewählt.

Aus der im Koalitionsvertrag vereinbarten Kommission zur Altersarmut wurde ein „Regierungsdialo gRente“. Dieser brachte den Plan einer Zuschussrente von 850 Euro nach

45 Jahren rentenrechtlicher Zeiten mit 35 Jahren Pflichtbeitragszahlung und 35 Jahren Zusatzvorsorge hervor. Aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gibt es widersprüchliche Aussagen. Während in den vom Bundespresseamt verbreiteten Presseinformationen zum „Regierungsdialog Rente“ die Zuschussrente ausdrücklich als Versicherungsleistung bezeichnet wird, beantwortete der Parlamentarische Staatssekretär Hans-Joachim Fuchtel eine entsprechende schriftliche Anfrage der SPD-Abgeordneten Gabriele Lösekrug-Möller so: „Die Zuschussrente knüpft an eigene Beiträge und Vorleistungen an, sie ist aber keine Rentenleistung nach dem SGB VI. Deshalb soll die Zuschussrente aus Steuermitteln finanziert werden“. Die Rentenversicherung zeigt sich wegen der fehlenden Eindeutigkeit bezüglich der Finanzierungsverantwortung skeptisch.

Durchgeführt werden soll die Zuschussrente nur von der Deutschen Rentenversicherung Bund, nicht, weil man es den Regionalträgern nicht zutraute, sondern weil deren Einbeziehung ein zustimmungspflichtiges Gesetz erforderte. Und in Kraft treten soll die Zuschussrente bereits 2013. Angesichts des damit verbundenen Paradigmenwechsels in der Rentenversicherung durch die starke Verzahnung von Versicherungs- und Fürsorgeprinzip kann einem bei diesem Fahrplan schwindlig werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn man sich die Reaktion der Bundesarbeitsministerin Dr. Ursula von der Leyen auf Kritik der Rentenversicherungsträger an ihrem Konzept auf der Zunge zergehen lässt. „Ich glaube, die Deutsche Rentenversicherung Bund muss da umdenken. Sie ist sehr stark fixiert auf jemanden, der sein Leben lang Vollzeit gearbeitet hat“, so die Ministerin im ARD-Morgenmagazin.

Grundsätzlich sollen auch Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen zuschussrentenfähig sein, wenn ihre Altersbezüge unterhalb von 850 Euro liegen. Praktisch dürfte die Zuschussrente für sie jedoch nicht erreichbar sein, da sie die Anforderung einer betrieblichen Altersversorgung oder Riester-Rente regelmäßig nicht erfüllen könnten.

Bei der Altersabsicherung von Solo-Selbständigen scheint es noch keine Einigung in der Koalition auf eine Versicherungspflicht zu geben. Der Vorsitzende der Deutschen Rentenversicherung Bund, Alexander Gunkel (BDA), sprach sich angesichts der Tatsache, dass von den Grundsicherungsbeziehern 50 Prozent aus Altersgründen und 70 Prozent wegen Erwerbsminderung keine obligatorische Altersabsicherung hätten, für eine Vorsorgeverpflichtung aus. Für die berufsständische Versorgung ist dies eine ganz heikle Frage. Eine generelle Versicherungspflicht, also eine Erwerbstätigenversicherung, erweitert nicht nur den versicherten Personenkreis. Sie verändert auch den Charakter der Rentenversicherung, weil eine derart ausgedehnte Solidargemeinschaft automatisch stärker gefordert ist, Solidarleistungen aus eigenen Mitteln zu bestreiten. Die 1992 ausgelaufene Rente nach Mindesteinkommen, die die Rentenversicherung nach wie vor mit drei Milliarden Euro jährlich belastet, wird nach übereinstimmender Einschätzung der Rentenversicherung und des BMAS aus dem allgemeinen Bundeszuschuss gegenfinanziert. Dieses Beispiel zeigt, dass man diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Armutsvermeidung nicht der kleineren Solidargemeinschaft der Rentenversicherung aufdrängen konnte. Je ähnlicher der Versichertenkreis jedoch der Gesamtgesellschaft und der Gemeinschaft der Steuerpflichtigen wird, desto weniger lassen sich die Milliarden an Steuerzuschüssen für die Rentenversicherung rechtfertigen. Die Umverteilung wird dann aus Beiträgen finanziert, was wiederum bedeutet, dass man aus Gerechtigkeitsgründen alle einbeziehen muss – auch die Mitglieder der Versorgungseinrichtungen.

Im Regierungsdialog werden noch weitere Themen angesprochen: die sogenannte Kombirente und das immer niedrigere Niveau der Erwerbsminderungsrenten. Bei der Kombirente handelt es sich um die Möglichkeit, bei vorgezogenem Ruhestand ergänzend hinzuverdienen zu können. Bisher ist dies nur in relativ engen Grenzen möglich. Da Frührenten aber mittlerweile mit versicherungsmathematisch fairen Abschlägen belegt werden, die Versicherungsleistung also beitragsäquivalent ist, gibt es bei einer Erweiterung der Hinzuverdienstmöglichkeiten keine Bedenken. Die Rentenversicherung würde sich damit den bei den berufsständischen Versorgungseinrichtungen geltenden Regelungen annähern.

Bei der Erwerbsminderungsrente denkt die Regierung an eine Verlängerung der Zurechnungszeit, analog zur Anhebung der Altersgrenzen, um zwei Jahre. Alternativ dazu war diskutiert worden, die versicherungsmathematischen Abschläge auf Erwerbsminderungsrenten abzuschaffen. Die Zurechnungszeitlösung ist dem gegenüber die deutlich günstigere, aber auch unwirksamere Variante, was die Bekämpfung von Altersarmut angeht. Dies hat auch die Rentenversicherung erkannt und fordert, zusätzlich die Zahlung von freiwilligen Beiträgen zum Ausgleich von Rentenminderungen, etwa durch Abschläge, zuzulassen. Statt lediglich Abschläge zurückzukaufen, soll über regelmäßige monatliche Zusatzbeiträge auch die Rentenanwartschaft selbst erhöht werden können.

Eine weitere Überlegung in der Rentenversicherung zur Verbesserung der Situation Erwerbsgeminderter bezieht sich auf die Gesamtleistungsbewertung. Häufig ist zu beobachten, dass Versicherte in der letzten Phase vor Eintritt der Erwerbsminderung deutlich schlechter verdienen, wodurch sich die Durchschnittsbewertung der Zurechnungszeit verschlechtert. Der Vorschlag geht dahin, etwa das letzte Jahr vor Eintritt der Erwerbsminderung aus der Gesamtleistungsbewertung auszuklammern. Dies entspricht im Kern der Lösung, die die ärztlichen Versorgungswerke für Kinderbetreuungszeiten haben. Die Rentenversicherung schätzt, dass im Jahre 2030 mit dieser Maßnahme Mehrausgaben von 250 Millionen Euro verbunden wären. Dies erhöhte zwar die Umverteilung bei Erwerbsminderungsrenten, doch erscheint das Volumen vergleichsweise gering und könnte dazu beitragen, die Altersarmutsgefährdung Erwerbsgeminderter zu verringern.

Finanziell ist die gesetzliche Rentenversicherung derzeit auf Rosen gebettet. Die Rentenanpassung wird im nächsten Jahr 2,3 Prozent in den alten und 3,2 Prozent in den neuen Bundesländern betragen. Zum 01.01.2012 sinkt zudem der Beitragssatz auf 19,6 Prozent, was die Versorgungswerke Einnahmen kostet, zumal für die Jahre 2013 und 2014 weitere Rücknahmen auf 19,2 Prozent bzw. 19,1 Prozent erwartet werden. Der Grund ist, dass trotz des 2012 erwarteten Konjunktureenbruchs nicht mit einem nennenswerten Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gerechnet wird. Da gleichzeitig im Westen jedoch zumindest die Beitragsbemessungsgrenze steigt, dürfte sich im Jahre 2012 der Effekt der Beitragssenkung zumindest ausgleichen lassen. Von Gewerkschaftsseite wird die Forderung erhoben, auf die Beitragssatzsenkung zu verzichten. Allerdings muss man berücksichtigen, dass die Gewerkschaften mit den Mehreinnahmen Leistungsausweitungen, etwa bei Erwerbsminderungs- und Niedrigrenten, zu finanzieren gedenken. Hier hat sich der Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Herbert Rische, anlässlich des Presseseminars seines Hauses eindeutig positioniert. Altersarmut sei nicht aus Beitrags-, sondern aus Steuermitteln zu bekämpfen. Leistungsausweitungen belasteten die Rentenversicherung immer langfristig, die An-



sammlung von Geld in der Sozialversicherung mache die Politik immer sinnlich, so Rische. Auch wenn es zurzeit finanziell schwer fällt: hier hat Dr. Rische Recht. Die ABV hat deshalb auch öffentlich seine Positionen unterstützt. Jede Form von erweiterter Umverteilung aus Beitragsmitteln wird früher oder später der berufsständischen Versorgung zum Nachteil gereichen.

Alle Forderungen, auch Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen in eine einzuführende Erwerbstätigenversicherung einzugliedern, auch bei Gewerkschaften und Sozialverbänden, werden im Augenblick, wenn überhaupt geäußert, als Langfristsperspektive gesehen. Das heißt nicht, dass diese letztlich ideologisch motivierte Wunschvorstellung völlig aufgegeben worden wäre, aber geduldige, auf tragfähigen verfassungsrechtlichen Argumenten fußende Arbeit hat bei den Proponenten einer Erwerbstätigenversicherung gegriffen.

Gesetzliche Rentenversicherung und berufsständische Versorgung agieren selbständig nebeneinander im Bereich der ersten Schicht der Alterssicherung. Sie bilden Systeme der Pflichtregelversorgung im Alter, bei Erwerbsminderung und für Hinterbliebene, die nicht identisch, nach ihren Sicherungszielen, der Leistungsstruktur und der Beitragshöhe jedoch vergleichbar sind. Sichtbarer Ausdruck dieser Parallelität ist neben der Einordnung der berufsständischen Versorgung in den § 10 EStG das Befreiungsrecht von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung. Beide Vorschriften verlangen zwingend die Vergleichbarkeit der Systemfunktionen. Nur vor diesem Hintergrund ist die Entlassung aus dem Schutzbereich der Rentenversicherung begründbar, ohne die verfassungsrechtliche Zulässigkeit des Eingriffs in die allgemeine Handlungsfreiheit durch eine gesetzliche Versicherungspflicht zu delegitimieren.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht war und ist vielen in der Rentenversicherung und der Politik ein Dorn im Auge. Der Vorwurf und das Vorurteil, hier verabschiedeten sich bessere Risiken in ein privilegiertes Versorgungssystem und entzögen sich der Solidarität in der Rentenversicherung, ist so alt wie das Befreiungsrecht selbst. In der Folge kam und kommt es immer wieder zu Versuchen, das Befreiungsrecht abzuschaffen oder gleich alle Freiberufler in eine Erwerbstätigenversicherung einzugliedern. Dank des Gutachtens von Prof. Dr. Kerstin Windhövel, aber auch schon durch die erweiterte Fassung des Gutachtens der Hans-Böckler-Stiftung zur Erwerbstätigenversicherung, sind die Versorgungswerke für diese Debatten gut gerüstet. Das erweiterte Böckler-Gutachten zeigt, dass der Einzeleffekt einer Einbeziehung von Freiberuflern wegen der unterschiedlichen Größenordnung kaum messbar ist. Zudem ergibt sich nur anfangs eine nennenswerte Beitragsentlastung, langfristig ergibt sich ein höherer Beitragssatz. Prof. Windhövel konnte nachweisen, dass die Unterlegung der tatsächlichen Lebenserwartung der Freiberufler insbesondere intragenerational – also zwischen Angehörigen derselben Altersgruppe – zum Gegenteil dessen führe, was die Befürworter unter sozialer Gerechtigkeit verstehen. Zwar wären die Freiberufler beim Erwerbsminderungsschutz günstigere Risiken, die Kosten der Lebenserwartung machten dies jedoch wieder wett. Hinzu kommt, dass die weiterbestehenden Versorgungswerke ausfinanziert werden müssten, das kann sich einfach nicht rechnen, vom verfassungsrechtlich notwendigen Nachweis der Angemessenheit und Geeignetheit ganz zu schweigen.

Trotz eines politisch oft nicht spannungsfreien Verhältnisses zwischen berufsständischer Versorgung und gesetzlicher Rentenversicherung war die Zusammenarbeit auf

der Verwaltungsebene, insbesondere bei der Wahrnehmung des Befreiungsrechts, jahrzehntelang reibungslos und geprägt von dem Willen beider Seiten, Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden und Komplikationen oft genug im Wege der Einzelfallklärung zu beseitigen. Hier hat es fast eine Drehung um 180 Grad gegeben. Während die Rentenversicherung wie ein Mantra wiederholt, dass in eine Erwerbstätigenversicherung lediglich bisher nicht obligatorisch gesicherte Selbständige einbezogen werden sollen, hat man seit einigen Jahren den Eindruck, dass es die Fachabteilung geradezu darauf anlegt, Rechtsstreitigkeiten zu provozieren. Gemeinsam mit der Grundsatzabteilung erarbeitete Handlungsempfehlungen zur Befreiung werden ignoriert, ergänzende Unterlagen regelmäßig und nicht nur im Zweifelsfall, oft schon zu Beginn des Verfahrens, herangezogen. Für Ärzte kann die Befreiung dann Probleme aufwerfen, wenn Sie in Randbereichen des Berufes tätig sind oder Positionen bekleiden, die auch mit Apothekern oder Tierärzten besetzt werden können, wie z. B. Drug Safety Officer.

Es werden die Forderungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung – die Übernahme von Beiträgen aus dem Krankengeld und erleichterter Zugang zur Pflichtkrankenversicherung der Rentner – bewegt. Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird gefragt, ob Beiträge aus dem Krankengeld neue Meldeverfahren notwendig machen. Zudem wurde thematisiert, welche Rehabilitationsleistungen die Versorgungswerke übernehmen, und ob Erkenntnisse vorlägen, inwieweit unsere Mitglieder Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen. Hintergrund ist die Sorge, bei Versorgungswerksmitgliedern ein höheres Krankengeldrisiko zu tragen. Hier muss gesehen werden, dass die ganze Kausa beim BMG und den Krankenkassen unter der Überschrift „Gleichstellung mit der Rentenversicherung“ läuft. So wurde auch die Frage aufgeworfen, ob dann nicht eine Änderung des § 51 Abs. 2 SGB V im Raum stehe, damit die Krankenkassen auch Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen auffordern könnten, einen Rentenanspruch zu stellen. Bei der Pflichtkrankenversicherung der Rentner war vor allem problematisiert worden, dass die Versorgungswerke keinen Zuschuss zur Krankenversicherung ihrer Rentner leisteten wie die Rentenversicherung. Hier hatten wir darauf verweisen können, dass die Rentenversicherung Zahlbetrag und Zuschuss als einheitliche Leistung begreift, etwa in ihren Berechnungen zur internen Rendite.

Das vierte SGB-IV-Änderungsgesetz befindet sich derzeit im parlamentarischen Verfahren. Es enthält die Ersetzung des bisherigen § 172 Abs. 2 SGB VI durch einen § 172a, in dem festgeschrieben wird, dass der Arbeitgeberanteil an den Beiträgen zum Versorgungswerk einen Zuschuss zum Beitrag des Mitgliedes darstellt. Das Einsatz-Versorgungs-Verbesserungsgesetz fügt die §§ 181 und 186a in das SGB VI ein. Sie schreiben eine erhöhte Beitragspflicht des Bundes zur Erwirkung erhöhter Versorgungsansprüche auch bei Mitgliedern berufsständischer Versorgungseinrichtungen, die z. B. als Soldaten der Bundeswehr im Auslandseinsatz sind, vor.