

ÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTEN Teil 2

Klaus Günterberg, Moina Beyer-Jupe, Alfons Gastl (†), Christian Beer

Gemeinschaften zur wissenschaftlichen Kooperation

Das BGB unterscheidet (§21 ff) Vereine ohne wirtschaftlichen Zweck (Idealvereine) und Vereine, deren Zweck auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist (wirtschaftliche Vereine). Letztere sind wegen ihres besonderen Gründungsaufwandes praktisch nicht relevant. Ein Idealverein kann als gemeinnützig eingestuft werden, wenn die in der Satzung festgeschriebenen und tatsächlich verfolgten Ziele der Förderung der Allgemeinheit dienen. Dazu gehören auch die Förderung der Wissenschaft, der Forschung und des öffentlichen Gesundheitswesens. Nach der Feststellung der Gemeinnützigkeit erhält der Verein zahlreiche Steuerfreiheiten und Gebührenbefreiungen, kann weitere Förderungen erhalten.

Der Idealverein kann als rechtsfähiger oder als nichtrechtsfähiger Verein organisiert sein. Er erlangt seine Rechtsfähigkeit durch Eintrag in das Vereinsregister, mit der Anerkennung der Gemeinnützigkeit durch das Finanzamt die Steuerfreistellung.

Der nichtrechtsfähige, d.h. der nicht im Vereinsregister eingetragene Verein folgt den Vorschriften des eingetragenen, soweit sie nicht die Rechtsfähigkeit gerade voraussetzen.

Vom Idealverein wird keine Selbstlosigkeit verlangt; er kann durchaus die nichtwirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder fördern

und (sog. Nebenzweckprivileg) in untergeordneter Funktion (!) auch wirtschaftlich tätig werden.

Der Verein erfordert im Allgemeinen den geringsten Gründungs- und Verwaltungsaufwand, kann im Prinzip seine Satzung frei gestalten, eignet sich für kleinere und größere Gemeinschaften, insbesondere auch bei häufigem oder stetigem Mitgliederwechsel.

Die zahlreichen deutschen wissenschaftlichen Vereinigungen (Gesellschaften, Berufs- und andere Verbände und Verbände, Vereine, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften) in der Medizin vertreten die verschiedenen medizinischen Fächer, einzelne Bereiche der Fächer, fachübergreifende Ziele, einzelne Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden, die Anwendung nur bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren, auch spezielle medizinische Anliegen. Das erklärte Ziel dieser Vereinigungen liegt immer in der Förderung der Wissenschaften, in der Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse und in der Anwendung der Wissenschaft zum Erhalt der Gesundheit und bei der Bekämpfung von Krankheiten. Damit erfüllen sie die Voraussetzungen des Idealvereins, sind in den meisten Fällen auch als e.V. organisiert. Da die wissenschaftlichen Vereinigungen im allgemeinen weder die gemeinsame Berufsausübung noch kaufmännische Tätigkeiten bezwecken, können sie auch als gemeinnützig anerkannt werden.

Allerdings sind Ihnen mit der Anerkennung der Gemeinnützigkeit wesentliche Einnahmequellen zur Finanzierung ihrer Tätigkeit versperrt.

Der kleine Verein kann von Beiträgen, Umlagen und einzelnen Spenden existieren, sich formlos organisieren. Mit zunehmender Größe der Gemeinschaft aber werden regelmäßige, umfangreichere und anspruchsvollere Informationen, aufwändigere Zusammenkünfte, kompliziertere Verwaltungen, werden oft auch Öffentlichkeitsarbeit und Werbung nötig, Aktivitäten, die größere Mittel benötigen. So wird mit dem Wachstum des Vereins seine Finanzierung existenzwichtig, werden meist zusätzliche Einnahmen benötigt.

Zwar gelingt es manchen Vereinen, Sponsoren zu gewinnen, doch nehmen Spenden in wirtschaftlich schwierigen Zeiten rapide ab. Lottomittel und öffentliche Gelder stehen für medizinische Vereine ohnehin kaum zur Verfügung.

Sobald der Verein für seine Finanzierung aber (wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb, Angebot von Waren und Dienstleistungen) kaufmännisch tätig wird, in Konkurrenz zu Wirtschaftsunternehmen tritt, kann er nicht (mehr) gemeinnützig sein, unterliegt als Wirtschaftsunternehmen den entsprechenden Vorschriften und muss mit zusätzlichen Belastungen durch Gebühren und Steuern rechnen.

Wissenschaftliche Organisationen führen üblicherweise, oft auch in der Hoffnung auf entsprechende Einnahmen, Kongresse durch. Sobald aber die dazu notwendigen Broschüren mit Werbung versehen werden, Hotelzimmer vermittelt werden, die Kongresse mit Industrieausstellungen gekoppelt sind, Standmieten eingekauft werden, gebührenpflichtige Gesellschaftsabende organi-

siert und Künstler arrangiert werden, handelt es sich schnell um gewerbliche Tätigkeiten.

Wird der Kongress mit Verlust beendet, stellt dies eine die Gemeinnützigkeit schädigende Verwendung der Mittel dar; die Gemeinnützigkeit kann aberkannt werden. Wird der Kongress dagegen mit Gewinn beendet, sind die Vorschriften des Körperschafts-, Gewerbe-, Umsatz- und Ertragssteuerrechts zu beachten. Anderenfalls drohen Steuerstrafverfahren, Steuernachforderungen und damit u.U. die Insolvenz des Vereins. Kongressveranstaltungen mit größerem Gewinn können ebenfalls die Gemeinnützigkeit gefährden.

Man kann wohl davon ausgehen, dass kein Arzt, kein Wissenschaftler die für Kongresse nötigen rechtssicheren Verträge formulieren und aushandeln und dabei auch alle Steuerregelungen fehlerfrei beachten kann. Darum empfiehlt es sich, dass der gemeinnützige e.V. für die Organisation eines Kongresses, in Abstimmung mit einem Steuerberater und Wirtschaftsprüfer, zeitlich begrenzt bestimmte Rechte einer eigenständigen Kongressagentur überlässt. Damit dürften die steuerlichen Gefahren bei der Ausrichtung eines Kongresses zu umgehen sein. Allerdings dürfte der gemeinnützige Verein außergewöhnliche Einnahmen aus evtl. Überschüssen eines Kongresses dann nicht mehr zu erwarten haben.

Solange die Gemeinschaft klein und der Umfang der Tätigkeit gering ist, lässt sich der Verein ehrenamtlich führen. Die notwendige Verwaltung wird oft in eine medizinische Einrichtung verlagert, dort den Mitarbeitern auferlegt. Mit einer gewissen Größe jedoch erfordert auch der Verein eine umfangreichere

Organisation, eine anspruchsvollere Buchhaltung, eine umfassendere Finanzverwaltung, eigene Räume und Bürotechnik, rechtssichere Verträge, hauptamtliche Angestellte, Dienst-reisen, Dienstleistungen und Versicherungen. Damit werden die Verpflichtungen des Vereins nach außen, gegenüber Nichtmitgliedern, wesentlich größer; Haftungsfragen gewinnen an Bedeutung.

Es haftet ein e.V. mit seinem Vereinsvermögen für das Verschulden seiner Organe (Vorstand, etc.). Die Mitgliederlisten eines e.V. werden intern geführt, sind nicht öffentlich. Eingetragen und damit nach außen sichtbar ist nur der Vorstand. Der Vorstand nur dann persönlich in der Verantwortung, wenn er sich bei seinem Tun weit außerhalb seines Aufgabenkreises als Vereinsvorstand begeben hat.

Die Mitglieder eines nichtrechts-fähigen Vereins haften ebenfalls als Vereinsgemeinschaft und nur mit dessen Vermögen; darüber hinaus aber auch derjenige, der in Person gehandelt hat.

Da der nichtrechtsfähige Verein nur in Person seiner Mitglieder zu verklagen ist, die Mitglieder und die Vermögenslage des Vereins jedoch für außenstehende Gläubiger nicht erkennbar sind, ist es so gut wie unmöglich, nichtrechtsfähige Vereine haftbar zu machen. Dies macht den Verein im Wirtschaftsleben als Vertragspartner unattraktiv und für wirtschaftliche Unternehmungen unhandlich, zumal der Vereinszweck ohnehin im wesentlichen nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäfts-betrieb gerichtet sein darf. Diese Unklarheiten und die Unsicherheiten der Haftungslage sind der Hauptgrund, weswegen Vereine für die Teilnahme

am Wirtschaftsverkehr kaum geeignet sind.

Wollen die Mitglieder eines umfangreich tätigen e.V. der verbliebenen Haftungsgefahr entgehen oder will der Verein eine wirtschaftliche Tätigkeit aufnehmen oder eine bisher geringe wirtschaftliche Tätigkeit ausdehnen, so ist eine Umwandlung des gewachsenen Vereins in eine Körperschaft mit Haftungsbegrenzung (z.B. GmbH, Genossenschaft) sinnvoll.

Gemeinschaften zur Vertretung öffentlicher und ärztlicher Interessen

Der Konflikt zwischen den niedergelassene Ärzten, die um ihre Selbständigkeit fürchten und sich gegen das Vergabemonopol der gesetzlichen Krankenkassen wehren, und den Krankenkassen, die immer Zahlungsschwierigkeiten hatten, ist schon historisch. Dabei musste der Staat auch seinem Auftrag, in einem sozialen Gemeinwesen auch eine geordnete Krankenversorgung zu sichern, nachkommen und hat in der Geschichte der gesetzlichen Kranken-versicherung immer wieder regelnd und bestimmend eingegriffen. Danach erhielten - abgesehen von der Zeit 1933 bis 1945 in ganz Deutschland und 1945 bis 1990 im Osten Deutschlands - die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV'en) den sog. „Sicherstellungsauftrag“ in Verbindung mit der Zusicherung der ärztlichen Selbstverwaltung. Vor allem das Gesetz über das Kassenarztrecht vom Juli 1955 bestimmte die wesentlichen Strukturen und Verantwortlichkeiten („Sicherstellungsauftrag“) der ambulanten medizinischen Betreuung, die Honorargrundlagen sowie die strikte

Trennung des ambulanten und stationären Bereichs.

Während aber das private Gesellschaftsrecht zahlreiche Organisationsformen mit festen Grundmerkmalen, bei denen gewisse Gestaltungsspielräume bestehen, zur Verfügung stellt, bestimmt das Verwaltungsrecht nur drei juristische Personen des öffentlichen Rechts als eigenständige Verwaltungsträger: die Anstalt (AdöR), die Körperschaft (KdöR) und die Stiftung öffentlichen Rechts. Sie alle dienen der Verwirklichung von Aufgaben, die in öffentlichem Interesse liegen, unterliegen dem Landes- oder Bundesrecht und auch der Aufsicht des Landes bzw. des Bundes.

Der Status als KdöR schließt jegliche kaufmännische Tätigkeiten aus, die Anerkennung der Gemeinnützigkeit ein, befreit von der Verpflichtung zur Entrichtung von Körperschafts-, Vermögens- und Grundsteuer und gewährt (z.B. den Kirchen) Sonderstellungen und verschiedene Rechte.

Die AdöR (z.B. Rundfunkanstalten, kommunale Sparkassen, Kliniken, Friedhöfe oder die Bundesanstalt für Arbeit) sind öffentlich-rechtliche Verwaltungseinheiten zur Erfüllung besonderer Aufgaben, ohne Mitglieder, Benutzern zugänglich, und dabei, soweit sie nicht rechtsfähig sind, Instrument des Trägers ohne größere Eigenständigkeit, soweit sie (z.B. die Rundfunkanstalten) nicht rechtsfähig sind. Das Eigentum liegt bei dem Träger, ebenso die sich daraus ergebenden Rechte. Für die Verbindlichkeiten der Anstalt haftet der Träger.

Die KdöR) dagegen haben Mitglieder (nichtgeschlossene, wechselnde Mitgliederzahl), die Mitglieder

finanzieren die KdöR. Das Eigentum liegt bei den Mitgliedern. Die Mitglieder haben demokratische Rechte, geben der KdöR eine Satzung und wählen ihre Leitungsgremien, die wiederum die Körperschaft verwalten.

Nach dem Verwaltungsrecht gehören die KV 'en und die Ärztekammern zu den Personal-Körperschaften

Die größten ärztlichen Gemeinschaften KV 'en, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Ärztekammern (ÄK) und Bundesärztekammer (BÄK) sind als KdöR demokratisch organisiert. Alle Ärzte gehören zwangsweise ihrer regionalen Ärztekammer an. Das deutsche Kammersystem und die Zwangsmitgliedschaft sind in einem wirtschaftlichen Fall inzwischen durch der EuGH für rechtlich befunden worden. Die Mitgliedschaft in der regionalen KV dagegen ist freiwillig, Voraussetzung allerdings, um als Vertragsarzt die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen behandeln zu können. In der Abwesenheit bzw. dem Vorliegen der Freiwilligkeit liegt der wesentliche Unterschied zwischen den ÄK und den KV 'en.

Kassenärztliche Vereinigungen

Die KV-Satzungen sowie jede Satzungsänderung sind der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde unterworfen. Es enthalten die KV-Satzungen weder Bestimmungen über eine eventuelle Auflösung der Körperschaft noch Regelungen über die Verwendung des Vermögens in einem solchen Fall. So wie deren Errichtung durch den Gesetzgeber erfolgte, ist auch für die Auflösung eine gesetzliche Regelung erforderlich.

Die ärztlichen KdöR dürfen nur im Rahmen der ihnen gesetzlich

zugewiesenen Kompetenz tätig sein. Es sind die Rechte dieser Körperschaften und ihrer Verwaltungen beschränkt, der Rechtskontrolle der Aufsichtsbehörde unterworfen.

Inzwischen hat der Gesetzgeber den KV'en bzw. deren Mitgliedern zusätzliche Aufgaben in öffentlichem Interesse und zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und Krankenkassen auferlegt. Einer Zustimmung der Körperschaft bedurfte es dabei nicht. Einzelheiten der Organisationsform der KV'en (z.B. Sitz, Fusionen, das Wahlverfahren, die Amtsperiode, Haupt- bzw. Nebenamtlichkeit des Vorstandes, die Größe der Vertreterversammlung) werden inzwischen durch die Aufsichtsbehörde bestimmt, ebenso selbst tiefer greifende interne Strukturen, wie z.B. die von den Körperschaften über ihre Mitglieder auszuübenden internen Kontrollmaßnahmen. So sind die ärztlichen Körperschaften nicht nur der behördlichen rechtlichen Aufsicht, sondern auch den Weisungen der Behörde unterworfen.

Alle Beschlüsse der KV'en, einschl. Satzungsänderungen, unterliegen ggf. der Kassation durch die Aufsichtsbehörde. Im Konfliktfall könnte diese (und hat so auch schon gehandelt) per Weisung dem gewählten Vorstand alle Rechte entziehen, ihn suspendieren, einen Staatskommissar mit der Leitung der Körperschaft beauftragen, die Leitung damit selbst befristet übernehmen.

Nicht die ärztlichen Mitglieder, die Eigentümer und Träger, bestimmen in ihrer Organisation; der wahre Souverän ist inzwischen die Aufsichtsbehörde.

tüngstes Beispiel für die schwindende Selbstbestimmung der KV'en und der KBV ist die Bestimmung der Hauptamtlichkeit ihrer Vorstände durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Die verordnete Hauptberuflichkeit zwingt freiberufliche Ärzte, für eine Vorstandstätigkeit ihre bisherige ärztliche Tätigkeit bis auf Rudimente zu unterlassen. Mit ihrer Praxis müssen sie ihre bisherige Existenzgrundlage und Altersvorsorge praktisch aufgeben.

Als Rechtsperson haben die ärztlichen Körperschaften im Laufe der Jahrzehnte auch Vermögen gebildet, Immobilien, Rücklagen, finanziellen Ansprüche u.v.a.m. Über die reine Rechtsaufsicht hinaus bestehen hier Genehmigungsvorbehalte durch die Aufsichtsbehörden und können diese auch bestimmend in den Umgang mit dem Vermögen der Körperschaft und in die interne Strukturen der Körperschaft eingreifen.

Es haben die Mitglieder der KV'en mit ihrem Beitritt ihren KV'en wesentliche Rechte vollständig abgetreten, ihnen die Verhandlungsvollmacht (Verhandlung und Abschluss von Verträgen mit den Krankenkassen), die Inkassovollmacht (Entgegennahme der Gesamtvergütung) und die Verteilungsvollmacht für diese Gesamtvergütung erteilt.

Im sogenannten Kollektivvertragsrecht haben die von den KV'en und der KBV geschlossenen Verträge unmittelbare Rechtswirkung für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (die sog. „Leistungserbringer“). Dabei entstehen für diese aber keine direkten Rechtsbeziehungen zu den Krankenkassen. Deswegen können die Krankenkassen oder ihre Verbände

einzelne Leistungserbringer weder disziplinarisch noch finanziell direkt belangen, sie auch nicht aus deren Vertragsverhältnis herauskündigen.

Nach dem GMG sind nun allerdings (z. B. im Rahmen der sog. „Integrierten Versorgung“) Einzelverträge von Leistungserbringern mit den Krankenkassen möglich. Diesen Leistungserbringern drohen aber etliche juristische Risiken: Es ist ein förmlicher Vertrag vorgeschrieben; mit diversen einzuhaltenden Begleitnormen, z.B. über Finanzierungsfragen, über die wissenschaftliche Begleitung oder über die Auswertung des Vorhabens. Im Konfliktfall wären, sollte ein solcher formgerechter Vertrag fehlen, die Ansprüche eines Leistungserbringers wohl kaum einzuklagen.

Auch die Annahme oder eine eventuelle Vereinbarung, bei Einzelverträgen ärztlich ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung und ohne Regressgefahr arbeiten zu können, wäre irrig, da das Wirtschaftlichkeitsgebot als übergeordnetes Prinzip für jedwede vertragsärztliche Tätigkeit gilt.

Es hängen die Versicherungsbeiträge für die GKV, das Beitrags-Gesamtaufkommen, die Möglichkeiten der Krankenkassen, die Zahlungen der Krankenkassen (vor allem die sog. Kopfpauschalen) an die KV'en, die Zahlungen der KV'en an die Ärzte, der Einsatz des medizinischen Fortschritts und die Grenzen ärztlicher Behandlung in einer Kette kausal zusammen. Die Versicherungsbeiträge in der GKV sind gegenwärtig weitestgehend an das Einkommen der Versicherten aus Arbeit gekoppelt; jeder Bezug zur Demographie, zur Dynamik von Krankheiten, zu gesundheitsförderndem und -schädigendem Verhalten der Versicherten und zu den Fortschritten

der Medizin, zu den Kosten im Gesundheitswesen fehlt. Damit fehlt dem System jeder sinnvolle Steuerungsmechanismus. Das von der Politik vorgegebene Primat einer Beitrags- und Kostenbegrenzung ist ungeeignet, die für das Gesundheitswesen notwendigen Mittel auch nur annähernd zu bestimmen; es muss damit das Beitragsaufkommen stets zu gering sein.

Die Kostenbegrenzung als Maß für die Gesundheitsausgaben mag bei staatlich gestützten Sozialsystemen volkswirtschaftlich zu begründen sein. Aus der Sicht gesunder Beitragszahler wird ein solches System auch stillschweigend unterstützt; sie können mehr Mittel für Konsum, Freizeitgestaltung und Genuss ausgeben. Aus der Sicht kranker Leistungsempfänger aber stellt sich das System anders dar: Ihnen werden potentiell letztlich allein aus Kostengründen notwendige und prinzipiell mögliche Behandlungen vorenthalten. Je weiter die medizinischen Möglichkeiten sich entwickeln und je stringenter die Beitragsbegrenzung, desto umfangreicher und offenkundiger wird eine solche Rationierung.

So ist die vom medizinischen Bedarf abgekoppelte Beitragsbegrenzung in der GKV für Krankenkassen und Ärzte inzwischen zur prinzipiellen Frage geworden: Es kann u.E. weder Anliegen der Krankenkassen noch ärztliche Aufgabe sein, für den Konsum und den Wohlstand gesunder Beitragszahler zu sorgen; Krankenkassen und Ärzte haben vielmehr den Anspruch kranker Leistungsempfänger auf bestmögliche Behandlung zu vertreten. Diese ethisch-moralische Verpflichtung gilt allerdings für Ärzte und ärztliche Verbände in weit größerem Maß als

für die Krankenkassen und deren Verbände.

Die ärztlichen KdöR haben aber eine solche öffentliche Interessenvertretung der Kranken in der seit Jahren geführten Diskussion um die notwendige Reform unserer Gesundheits- und Sozialsysteme vermissen lassen und Unterstellungen, sie würden mehr Mittel allein für die Honorare der Ärzte fordern, nie fundiert widersprochen. Sowohl in der öffentlichen Diskussion um die Zukunft unseres Gesundheitswesens wie auch bei ihren internen Angelegenheiten haben die ärztlichen Körperschaften immer nur die Vorgaben ihrer Aufsichtsbehörden bzw. des Gesetzgebers abgewartet, selbst kaum Kreativität gezeigt.

Die Vollmacht der KV'en und der KBV, über Vergütung und Leistungen zu verhandeln, dient der Interessenvertretung ihrer Mitglieder. Es ist aber der Zuwachs der ärztlichen Gesamtvergütung (Kostenerstattung plus Honorar) von vornherein durch Rechtsvorschrift allein an den sog. Grundlohnsumentzuwachs, an die Entwicklung der Löhne im Land, gekoppelt worden. Daher ist eine Verhandlungsmacht der KV'en kaum noch vorhanden. Andere Verhandlungsergebnisse, die u.U. den Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung erhöhen könnten, würde die Aufsichtsbehörde kassieren.

Nach den Vergütungsvorschriften erhalten die KV'en von den Krankenkassen für die gesamte Tätigkeit der Vertragsärzte mit für die Krankenkassen befreiender Wirkung neben einigen Einzelleistungsvergütungen (z.B. für Impfungen oder Prävention) die ausgehandelten, in der aber Höhe begrenzten (s.o.) sog. „Kopfpauschalen“ nur für die

Beitragszahler (Versichertenstatus Mitglied oder Rentner); die Familienangehörigen werden von den Vertragsärzten im Kollektiv entschädigungslos mitbehandelt. Es ist aber im Wettbewerb zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) um die sog. „Freiwillig Versicherten“, um die Mitglieder mit dem höchsten GKV-Beitrag, die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen für viele dieser freiwillig Versicherten der entscheidende Punkt, sich für die GKV zu entscheiden. So werden die Kosten für diesen entscheidenden Wettbewerbsvorteil der GKV in wesentlichen Teilen den Vertragsärzten auferlegt. Auch in dieser Frage haben die KV'en keinerlei Verhandlungsmacht.

Inzwischen dürfen die Krankenkassen mit den Trägern von Krankenanstalten, mit ärztlichen Verbänden und Ärzten, ausdrücklich ohne Einschaltung der KV'en, Verträge über besondere Leistungen („integrierte Leistungen“) auch im ambulanten Bereich aushandeln und abschließen. Die Honorierung dieser besonderen Leistungen soll direkt erfolgen.

So sind den KV'en inzwischen die Ausschließlichkeitsrechte in Verhandlungs-, Inkasso- und Verteilungsfragen der ärztlichen Gesamtvergütung genommen.

Die demographische Entwicklung, die verlängerte allgemeine Lebenserwartung, der medizinische Fortschritt, die verbesserte Information und zunehmende Ansprüche der Bürger führen zwangsläufig zu einer ständig steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Hinzu kommen soziale Leistungen und

Leistungen für die Krankenkassen, die den Vertragsärzten über die Vorschriften zur GKV auferlegt wurden. Hinzu kommen auch Lasten für die deutsche Wiedervereinigung, die der Staat auf die Sozialsysteme verlagert hat.

Es lassen die wirtschaftlichen Gesetze, auch in der Medizin, einen ständig steigenden Leistungsumfang für einen stagnierenden oder sinkenden Preis aber nicht zu. So können die KV'en ihren öffentlichen Hauptauftrag, den Versicherten eine optimale ambulante medizinische Versorgung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik bei gleichzeitiger Kostenbegrenzung zu gewährleisten, nicht erfüllen.

Auch lässt sich eine den gestiegenen Kosten nicht angepasste, eine unzureichende Gesamtvergütung nicht gerecht verteilen. Zudem werden in den über die Verteilung des Honorars entscheidenden Organen der KV'en und der KBV widerstreitende Interessen von Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten und dazu noch zahlreiche Gruppeninteressen vertreten. Eine ausgewogene und gerechte Bewertung medizinischer Leistungen erfordert jedoch eine Güteabwägung aus der Distanz heraus; diese Distanz haben die Selbstverwaltungsorgane aber nicht. Außerdem bedürfen alle Bewertungs- und Honorarverteilungsmaßstäbe, alle Verteilungsregelungen der KV'en und der KBV der Zustimmung der Krankenkassen.

So sind die vertragsärztlichen Selbstverwaltungsorgane überfordert und gehindert, aus der entgegengenommen Vergütung ein ausgewogenes Honorar für die Leistungen ihrer Mitglieder herauszuarbeiten. Man verlangt von der Selbstverwaltung Unmögliches: Es

sind die KV'en und die KBV in der Verteilung der Vergütung weder unparteiisch noch frei.

Für die Vertragsärzte hat sich ein Regelungswerk von Bundesgesetzgebung, untergesetzlichen Bundesverträgen, Zusatzvereinbarungen und Protokollen, Richtlinien der Selbstverwaltung (Gemeinsamer Bundesausschuss der Krankenkassen und KV'en), Richtlinien der KBV, von Verträgen auf Landesebene sowie ein KV-Satzungsrecht mit komplizierten Regeln und Honorarverteilungsmaßstäben und -verträgen entwickelt, ein Regelungswerk, das selbst von den betroffenen Ärzten, studierten und hochqualifizierten Fachleuten, kaum mehr überblickt und im Einzelnen verstanden wird, bei dem sie ihre Honorarberechnung nicht mehr prüfen können. Ein Regelungswerk, das nicht mehr verstanden werden kann, verliert letztlich seine Berechtigung.

Die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder der KV'en suchen eine Interessenvertretung, eine Vertretung vor allem ihrer wirtschaftlichen Interessen: Sie wollen eine Vergütung, die ihrer Ausbildungszeit, der Qualifikation, ihrer Verantwortung und die der Arbeitszeit angemessen ist, eine Vergütung, die auch das unternehmerische Risiko des Freiberuflers berücksichtigt, die Refinanzierung der erforderlichen Investitionen ermöglicht, die aber auch die laufenden Kosten, die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, die auch ihre Verantwortung als Arbeitgeber berücksichtigt. Die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder der KV'en in den neuen Bundesländern sehen sich mit ihren Kollegen in den alten Ländern in Qualifikation, Leistung und Kosten vergleichbar. Sie empfinden ihre geringere Vergütung als benach

teiligend und entwürdigend, sie wollen, wie in anderen freien Berufen inzwischen üblich, für gleiche Leistung auch eine gleiche Honorierung.

Die demographische Entwicklung, neue medizinische Möglichkeiten, die steigende Lebenserwartung und die Nachfrage nach medizinischen Leistungen lassen sich durch keine Verordnung begrenzen. Der Rückgang der Erwerbstätigkeit im Land ist bisher kaum gebremst. So wird eine Beitragserhebung der Krankenkassen nach Einkommen allein aus Arbeit, ohne Bezug zu Gesundheitsrisiken und Krankheiten (s.o.), von vornherein ihr und den KV'en, damit den Ärzten und letztlich den Kranken einen zu geringen Pauschalbetrag zur Verfügung stellen. Es ist das Beitragsaufkommen das Hauptproblem der GKV, damit der Krankenkassen und damit auch der KV'en. Sie haben damit vor allem ein Einnahmen-Problem; alle Verteilungsprobleme sind Sekundär-Probleme.

Die Mitglieder der KV'en sehen im Ergebnis ihrer Arbeit, dass ihre Tätigkeit nicht angemessen vergütet wird und befinden sich damit im Konflikt zunächst mit ihrer Selbstverwaltung, die die Honorarverhandlungen und die -Verteilung vornehmen soll. Bei zunehmenden Möglichkeiten der modernen Medizin einerseits und dem steigenden Kostendruck mit wachsenden wirtschaftlichen Zwängen andererseits befinden sie sich auch im Konflikt mit ihrem ärztlichen Selbstverständnis und dem sog. Sicherstellungsauftrag. Je größer das Vergütungsdefizit der einzelnen KV-Mitglieder wird, desto größer wird auch ihr Konflikt mit ihrer Organisation. Letztlich stellen sich die KV'en und die KBV mit dem Verzicht auf eine spürbare Interessenvertretung

ihrer Mitglieder, mit dem Fehlen jeder Programmatik und mit abnehmendem Einfluss selbst zur Disposition.

Es sind die KV'en und die KBV als KdöR gleichzeitig Instrument der Staatsseite zur Wahrnehmung öffentlicher Interessen und Gemeinschaften von freiberuflichen Ärzten; sie sind damit Diener zweier Herren. Die sich dabei widersprechende Interessenvertretung ist ein Hauptgrund, warum alle Seiten mit ihnen unzufrieden sind. Die Juristen kennen einen vergleichbaren Konflikt schon sehr viel länger; ihr Ständerecht verbietet deshalb jedem Rechtsanwalt, u. U. auch den Sozietätskollegen, die gleichzeitige Vertretung sich streitender Mandanten („Parteienverrat“).

Die zunehmende Unzufriedenheit mit den KV'en und der KBV führt folgerichtig immer wieder zu Vorschlägen, sie abzuschaffen. Der populistische, sachlich aber unzutreffende Begriff vom „Kartell (bzw. Monopol) der Leistungserbringer“ ist der Ausdruck einer solchen Absicht.

Die Vorstellung, Ärzte und sonstige „Leistungserbringer“ durch Zerschlagung der KV'en zu noch mehr Wettbewerb zu bringen, mag zutreffen. Aber die Annahme, dies würde ohne Verluste an Umfang und Qualität der medizinischen Versorgung zur Kostenersparnis führen, ist gänzlich unbegründet. Die Erfahrung besagt vielmehr: Eine alternde Bevölkerung führt, soll ein gleiches medizinisches Niveau gehalten werden, zu mehr Gesundheitskosten; medizinischer Fortschritt ist nur mit weiteren zusätzlichen Aufwendungen möglich.

Auch berücksichtigt die Erwartung, durch mehr ärztlichen Wettbewerb

Kosten zu sparen, nicht, dass die Vertragsärzte schon immer miteinander, auch mit den Krankenanstalten und mit anderen Leistungserbringern im Wettbewerb stehen.

Die Forderung nach Abschaffung der KV'en und der KBV berücksichtigt insbesondere nicht, dass mit ihnen auch ihr sog. „Sicherstellungsauftrag“ entfallen würde. Dieser Sicherstellungsauftrag der KV'en umfasst die Verantwortung für die gesamte ambulante ärztliche Betreuung, insbesondere auch das Erbringen von Leistungen, die nicht kostendeckend vergütet werden. Im Gegenzug aber bringt er den Verzicht auf das Streikrecht, gibt auch ein Alleinerbringungsrecht. Doch ist dies durch Zulassung z.B. auch von Kliniken zur ambulanten Versorgung längst durchbrochen, weswegen der Verzicht auf ein vertragsärztliches Streikrecht inzwischen in Frage zu stellen ist, wenngleich es noch behauptet wird.

Nach einer Abschaffung der KV'en und der KBV würden neue ärztliche Vertragspartner Kosten, Leistung und Vergütung transparent machen, würden wirtschaftlich begründete Forderungen an die Versicherungs-träger stellen; jedes neue System wäre für die Krankenkassen deutlich teurer als das gegenwärtige System der KV'en.

Auch wird vergessen, dass die KV'en als KdöR typische Modelle demokratischer Strukturen im Interesse des Gemeinwesens sind. Eine Beseitigung der KV'en (und dafür die Einführung ärztlicher Einzel- und Gruppenverträge mit Krankenkassen) würde zu einer Abschaffung der freien Arztwahl (jeder gesetzlich Versicherte kann gegenwärtig, unabhängig von der

gewählten Krankenkasse, unter allen Vertragsärzten der Bundesrepublik frei wählen) führen. Die Aufgaben der KV'en müsste eine neu aufzubauende staatliche Verwaltung übernehmen oder es käme im bundesdeutschen ambulanten Gesundheitswesen zu einem System freier Marktwirtschaft mit gewerkschaftsähnlichen Strukturen der Ärzteschaft.

Die Vertragsärzte sollten bedenken, dass es jenseits der KV'en zwar weder eine staatliche Bestimmung der ärztlichen Gemeinschaft noch eine Einheitsorganisation gäbe, ohne Einheitsorganisation aber auch nicht mehr die (zwar rudimentäre, aber dennoch vorhandene) vertragsärztliche Gesamt-Interessenvertretung.

Die KV'en mögen von allen ungeliebt sein, ihre Rückbesinnung, ihre Lösung aus Körperschaftlicher öffentlich-rechtlicher Bindung, ihre Autonomie und ihre Reform mögen überfällig sein; ihre Abschaffung aber brächte für alle Beteiligten auch wesentliche Nachteile.

Ärzttekammern

Auch Ärztekammern und die BÄK, ebenfalls KdöR, unterliegen diesem Konflikt zwischen den öffentlichen und den Interessen ihrer ärztlichen Mitglieder, jedoch in weit geringerem Ausmaß. Die Kammern sind zwar auch für das öffentliche Gesundheitswesen verantwortlich, jedoch mehr für die Organisation und die ärztliche Fortbildung, die eben auch im öffentlichen Interesse liegen; für die medizinischen Leistungen und deren Vergütung nur indirekt und in geringerem Maße.

Bei der Gestaltung der Gebühren-ordnung für Ärzte (GOÄ), anzuwenden im Bereich der privat Versicherten, ist die Bundesärzte

kammer allerdings beteiligt. Es spiegelt zwar auch die GOÄ nicht den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft wider, auch ist die GOÄ und damit die ärztliche Vergütung im Privatbereich seit 1996 unverändert, der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung nicht angepasst worden.

Es gehört aber der überwiegende Anteil der Bevölkerung der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Ihre ambulante Versorgung, auch die der meisten privat Versicherten, erfolgt vor allem durch die Vertragsärzte.

Da somit die Vertragsärzte den überwiegenden Teil ihrer Vergütung über die Gesetzliche Krankenversicherung, d.h. über die KV'en, realisieren, da der Anteil der Privatärzte, der Ärzte ohne Kassenzulassung, an der gesamten ärztlichen Versorgung außerordentlich gering ist und da die Privatärzte auch keine eigene rechtsfähige Vertretung haben, war der Konflikt der ärztlichen Mitglieder mit ihren regionalen Ärztekammern und der BÄK bisher verschwindend klein.

Nun hat aber der Gesetzgeber mit der ab 6.8.2004 geltenden Änderung des Arzneimittelgesetzes (AMG) die Prüfung und Stellungnahme zur ethischen und rechtlichen Vertretbarkeit von Arzneimittelversuchen zunächst den Ethikkommissionen der Ärztekammern auferlegt, wobei die weitere Ausgestaltung den landesgesetzlichen Normgebern übertragen wurde. Diese Ethik-Kommissionen waren bis dato ehrenamtliche Gremien der Selbstverwaltung zur Beratung ihrer ärztlichen Mitglieder vor der Durchführung klinischer Versuche am

Menschen. Mit der Änderung des AMG mussten nun die Ethik-Kommissionen auch auf Antrag der Arzneimittel-Hersteller und für diese tätig werden. Damit sollten den Ethikkommissionen der ÄK behördliche Aufgaben übertragen werden, damit die Haftungsfragen im Zusammenhang mit der sog. „Amtshaftung“ mit dem Kammervermögen. Von Fachleuten wurden mögliche Haftungsansprüche der Industrie (z.B. wegen verspäteter Zulassung eines Medikaments oder wegen entgangener Patente) in einer Größenordnung beziffert, die durch die Versicherungen der ÄK nicht mehr abgedeckt sind bzw. unversicherbar sind. Diese Warnungen dürften bewirkt haben, dass neben den Ethikkommissionen der Ärztekammern neue Kommissionen mit der speziellen Aufgabenzuweisung durch das AMG unterhalb der Landesregierungsebene gebildet wurden.

Das zeigt die Tendenz der Staatsseite, sich staatlicher Aufgaben, staatlicher Kosten und Risiken durch Übertragung auf die ärztliche Selbstverwaltung, die für gänzlich andere Aufgaben geschaffen wurde und von Ärzten finanziert wird, zu entledigen. Das Beispiel zeigt, dass auch die Kammern mit der Annahme eines Status als KdöR ihre Souveränität weitestgehend abgegeben haben. Insoweit nun auch die Ärztekammern als Erfüllungsorgan behandelt werden, werden auch die ärztlichen Mitglieder der Kammern in größere Konflikte mit ihrer Körperschaft und mit der demokratischen Rechtsordnung gebracht.

Der Beitrag wird im kommenden Heft fortgesetzt.

Veröffentlicht:

Der Arzt/Zahnarzt und sein Recht
 Jahrg. 19 (2007), H.5, S. 124-129

INHALTSVERZEICHNIS der gesamten Publikation

0 Einführung

A Gesellschaften zur ambulanten Berufsausübung

- Ärztliche Einzelpraxis
- Ärztliche Gemeinschaften
 - allgemeine Aspekte 1 -
- Ärztliche Praxisgemeinschaft
- Ärztliche Gemeinschaftspraxis
- Ärztliche Partnerschaft
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Ärztliche Gemeinschaften
 - allgemeine Aspekte 2 -

**B Gemeinschaften zur wissenschaftlichen Kooperation
Vereine**

**C Gemeinschaften zur Vertretung öffentlicher und ärztlicher Interessen
Kassenärztliche Vereinigungen
Ärztékammern**

**D Gemeinschaften zur wirtschaftlichen und medizinischen Kooperation bzw.
zur gesundheitspolitischen Interessenvertretung**
Allgemeine Aspekte
Ärzteverbände, Ärztenetze, Ärztezirkel, Ärzteprojekte, Praxisverbände,
Qualitätsverbände
GmbH
GmbH & Co KG
Vereine (e.V.)
GbR
Eingetragene Vereine als Betreiber einer GmbH
Eingetragene Genossenschaft (eG)
Europäische Wirtschaftliche Interessenvereinigung (EWIV)
Weitere Körperschaften

Z Fazit