

# ÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTEN Teil 4

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

## *Gemeinschaften zur Vertretung öffentlicher und ärztlicher Interessen*

Der Konflikt zwischen den niedergelassenen 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 Krankenversicherung 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.

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. Die Errichtung einer AdöR erfolgt durch einen Verwaltungsakt, die notwendigen Mittel stellt der Träger; die Satzung wird vom Anstaltsträger oder von Anstaltsorganen erlassen. Das Eigentum liegt bei dem Träger, ebenso die sich daraus ergebenden Rechte. Für die Verbindlichkeiten der Anstalt haftet der Träger.

Die KdöR (z.B. berufsständische (Ärzte-, Zahnärzte-, Rechtsanwaltskammern, Religionsgemeinschaften, KV'en, KBV, Krankenkassen) dagegen haben Mitglieder (nichtgeschlossene, wechselnde Mitgliederzahl). Ihren Status als KdöR erhielten sie durch Rechtsnorm. 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 KdöR nehmen die Belange ihrer Mitglieder wahr, sind aber auch an ihr öffentliches Mandat gebunden. Obwohl sie keine staatlichen Stellen sind, unterstehen sie dem öffentlichen Recht. 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. Für die Verbindlichkeiten haftet die KdöR mit ihrem Vermögen.

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. 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'en als ärztliche 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.

Auch 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.

Im Laufe der Jahre 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. Es bestimmt der Gesetzgeber inzwischen selbst Einzelheiten der Organisationsform der KV'en (z.B. Sitz, Fusionen, das Wahlverfahren, die Amtsperiode, Haupt- bzw. Nebenamtlichkeit des Vorstandes, die Größe der

Vertreterversammlung), bestimmt 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 Rechts-Aufsicht, sondern auch direkten Eingriffen des Gesetzgebers 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 befristet selbst übernehmen.

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

Jüngstes Beispiel für die schwindende Selbstbestimmung der KV'en und der KBV ist die Bestimmung der Hauptamtlichkeit ihrer Vorstände durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG). Die mit dem GMG 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. Mit der Aufgabe ihrer bisherigen Lebensgrundlage sind die Vorstandsmitglieder einer KdöR aber auf Gedeih und Verderb der Aufsichtsbehörde ausgeliefert; die Körperschaft mit ihnen. Ein solcher Eingriff in eine KdöR ist im deutschen Recht beispiellos.

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 im

Umgang mit dem Vermögen und bei vielen anderen Entscheidungen Genehmigungsvorbehalte durch die Aufsichtsbehörden. Insoweit die Behörden ohne Rechtsverstöße der Körperschaften auch bestimmend in den Umgang mit deren Vermögen und in die interne Strukturen der Körperschaft eingreifen, geht dies über die reine Rechtsaufsicht hinaus und kollidiert mit den verankerten demokratischen und Eigentumsrechten der Mitglieder einer Körperschaft dÖR.

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 BKV 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 neben diversen einzuhaltenden Begleitnormen, z.B. über Finanzierungsfragen, über die wissenschaftliche Begleitung oder über die Auswertung des Vorhabens, ein von beiden Seiten zu unterzeichnender Vertrag erforderlich; ein Schriftwechsel oder eine einseitige Erklärung der Krankenkasse(n) ersetzt einen solchen

formlichen Vertrag nicht. 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 bzw. nichtig, 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 allein 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. Grundlohnsummen-

zuwachs, 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. Dazu kommen soziale Leistungen und Leistungen für die Krankenkassen, die den Vertragsärzten über die Vorschriften zur GKV auferlegt wurden. Und schließlich kommen auch Lasten für die deutsche Wiedervereinigung, die der Staat auf die Sozialsysteme verlagert hat, hinzu. 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 entgegengenommenen

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 („Ost-Abschlag“) als be-

nachteilig und entwürdigend, sie wollen, wie in anderen freien Berufen inzwischen üblich, für gleiche Leistung auch einen gleichen Honorarmaßstab.

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 ungebremst. 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 des Staates 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 Standesrecht verbietet deshalb jedem Rechtsanwalt, u. U. auch den Soziatätskollegen, 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 ambu-

lante ärztliche Betreuung, insbesondere auch das Erbringen von Leistungen, die nicht kostendeckend vergütet werden. Im Gegenzug brachte er aber gleichzeitig auch ein Alleinerbringungsrecht. Dieses Alleinerbringungsrecht ist durch Zulassung z.B. auch von Kliniken zur ambulanten Versorgung längst durchbrochen. Und mit dem Wegfall der ursprünglichen Vertragsgrundlagen zum Sicherstellungsauftrag wäre auch der Verzicht auf ein vertragsärztliches Streikrecht in Frage zu stellen.

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 Versicherungsträger 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.

### *Ärztetikammern*

Auch die KdöR Ärztekammern und die BÄK 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 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), anzuwenden im Bereich der privat Versicherten, ist die Bundesärztekammer 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 Ärzte-

kammern 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 Ethikkommissionen waren bis dato ehrenamtliche Gremien der Selbstverwaltung zur Beratung ihrer ärztlichen Mitglieder vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen. Mit der Änderung des AMG sollten nun die Ethik-Kommissionen auch auf Antrag der Arzneimittel-Hersteller und für diese tätig werden. Damit sollten den Ethikkommissionen der Ärztekammern behördliche Aufgaben übertragen werden. Daraus ergaben sich Haftungsfragen im Zusammenhang mit der sog. „Amtshaftung“, eine Haftung mit dem Kammervermögen, einschl. des von den Kammern verwalteten ärztlichen Altersversorgungswerkes. 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 Ärztekammern nicht mehr abgedeckt sind bzw. unversicherbar sind. Diese Warnungen und der Widerstand der betroffenen Ärzte dürften

bewirkt haben, dass neben den Ethikkommissionen der Ärztekammern inzwischen neue, den Landesregierungen unterstellte, Kommissionen mit der speziellen Aufgabenzuweisung durch das AMG gebildet wurden.

Das Beispiel der Ethikkommissionen zeigt die Tendenz des Staates, sich seiner Kosten und Risiken, sich seiner Aufgaben durch Übertragung auf die ärztliche Selbstverwaltung, die für gänzlich andere Aufgaben geschaffen wurde und von Ärzten finanziert wird, zu entledigen.

Das Beispiel zeigt auch, 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.*

*Literatur auf Anfrage von den Verfassern*

Veröffentlicht:

Der Arzt/Zahnarzt und sein Recht  
Jahrg. 20(2008), H.1, S. 5-9

-----



## **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**
-