

Urologe 2006 · 45:1217–1225
DOI 10.1007/s00120-006-1171-Y
© Springer Medizin Verlag 2006

Inhalt

Vorwort	1217
Der kollektive Zulassungsverzicht, Voraussetzung und Folgen	1217
Hat die belegärztliche Versorgung eine Zukunft?	1218
Allgem. Behandlungszwang zu „Sozialtarifen“ für Ärzte?	1221
Neue Mitglieder	1222
Jubilare	1223
Anträge, Formulare	1224

Vorwort

Einstieg in den Ausstieg?

Die Umfeldbedingungen für eine auf allen Feldern befriedigende vertragsärztliche Tätigkeit werden immer schlechter. Hinzu kommt, daß auch die regionalen Honorarverteilungsverträge die Situation nicht nachhaltig verbessern oder wenigstens stabilisieren. Insofern ist es nicht überraschend, wenn Arztgruppen intensiv über einen kollektiven Ausstieg aus dem Kollektivvertragssystem befinden, wie dies die UrologInnen in der KV Nordrhein auf Initiative lokaler Netze aktuell tun.

Der nachfolgende Artikel soll einen Beitrag zur Entscheidungsfindung leisten. Jeder einzelne Vertragsarzt kann nur allein einen derartigen Schritt für einen kollektiven Austritt vollziehen, mit sicherlich weitreichenden Konsequenzen. Der Berufsverband kann derzeit nur ohne Wertung informieren, da diese Sachlage die Kompetenz der Geschäftsführung bei weitem übersteigt.

Dr. Klaus Schalkhäuser

Der kollektive Zulassungsverzicht, Voraussetzung und Folgen

Problemaufriss

Angesichts der nicht zufriedenstellenden Situation der vertragsärztlichen Vergütung, zunehmender Bürokratie und Gängelung im Gesundheitswesen, hat das Frustrationsniveau bei Vertragsärzten (insbesondere Fachärzten) mittlerweile eine Schwel-

le erreicht, an der nicht wenige mit dem Gedanken einer Rückgabe der Zulassung spielen. Neben Einzelaktionen werden in der Praxis vor allem sog. „Korbmodelle“ diskutiert und praktiziert, die im wesentlichen so konstruiert sind, dass Verzichtserklärungen bei einem Treuhänder gesammelt werden, der

hiervon nur nach ausdrücklicher Zustimmung der Ärzte und dem Erreichen eines klar definierten Quorums Gebrauch machen darf.

Bewertung der Konsequenzen eines (kollektiven) Zulassungsverzichts

1. Jeder Vertragsarzt hat selbstverständlich das Recht, auf seine vertragsärztliche Zulassung zu verzichten (umgangssprachlich die Zulassung „zurückgeben“). Gemäß § 28 Abs. 1 Ärzte-ZV endet die Zulassung dann mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres. Geht eine Verzichtserklärung daher im Dezember 2005 beim Zulassungsausschuss ein, endet die vertragsärztliche Zulassung dieses Vertragsarztes zum 31.03.2006. Bis zu diesem Zeitpunkt ist er – wie im bisherigen Umfang – zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten angehalten. Auf Antrag kann der Zulassungsausschuss diese Frist verkürzen, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist. Nach dem Wirksamwerden dieses Verzichts nimmt dieser Arzt nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er ist natürlich dennoch nicht gehindert, GKV-versicherte Patienten zu behandeln, wenn er sie zuvor darauf hinweist, dass er nicht über eine vertragsärztliche Zulassung verfügt und diese GKV-versicherten Patienten daher dann, wenn sie die Möglichkeit der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 3 SGB V in Anspruch nehmen wollen, zuvor die Zustimmung ihrer Krankenkasse einholen müssen, anderenfalls sie verpflichtet sind, die Behandlungskosten aus eigener Tasche zu zahlen.

2. Von diesem „Individualverzicht“ eines Vertragsarztes ist der sogenannte kollektive Verzicht

auf die Zulassung zu unterscheiden. Angesichts massiver Drohungen, vor allem aus dem Bereich der Zahnärzteschaft, wurde zum 01.01.1993 ein neuer Paragraph 95 b SGB V in Kraft gesetzt. Nach dessen Absatz 1 ist es mit den Pflichten eines Vertragsarztes nicht zu vereinbaren, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten. Damit soll und kann natürlich nicht der individuelle Verzicht geahndet werden; Regelungsziel ist vielmehr den kollektiven Verzicht als einen gemeinsamen konzertierten Angriff auf die Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Versorgungssystems durch Herbeiführung einer Unterversorgung zu „bestrafen“.

3. Hierzu sieht § 95 b Abs. 2 SGB V vor, dass Vertragsärzte, die in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsärzte verzichten und es aus diesem Grunde zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72 a Abs. 1 kommt, eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von 6 Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden darf. Die in § 72 a Abs. 1 SGB V angesprochene Feststellung der Aufsichtsbehörde (in der Regel Sozialministerium) kommt für den Fall in Betracht, dass mehr als 50 % aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbezirk niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95 b Abs. 1 verzichten oder die vertragsärztliche Versorgung verweigern und deswegen nach Anhörung der beteiligten Krankenkassenverbände und der KV die Entscheidung gefällt wird, dass der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen und ihre Verbände übergeht. Die Auslegung dieser Norm ist umstritten. Während es in der von Orlowski stammenden Kommentierung, ganz am Wortlaut ausgerichtet, heißt, es komme für das Quorum nicht

auf die einzelne Facharztgruppe, sondern auf die ganze Vertragsärzteschaft im KV-Bereich an¹, vertritt Hess², eher am Sinn und Zweck der Norm ausgerichtet, die Auffassung, eine entsprechende Feststellung eines Versorgungsdefizits könne auch für einzelne Fachgruppen festgestellt werden. Je nachdem welcher Auffassung man folgt, könnte eine Feststellung daher auch begrenzt auf eine Fachgruppe gefällt werden, wie dies in Niedersachsen für die Kieferorthopäden³ der Fall war. Folgt man der gegenteiligen Auffassung, kommt Feststellung nicht schon dann in Betracht, wenn (bezogen auf ihren Verband) einzelne oder mehrere Fachärzte einer Fachgruppe die Zulassung zurückgeben. Von Fall zu Fall würde hier wahrscheinlich mit der Ermächtigung von Krankenhausärzten oder der Öffnung von Institutsambulanzen reagiert werden.

■ 4. Angenommen, eine derartige Feststellung nach § 72 a Abs. 1 SGB V würde jedoch ausgesprochen, weil sich eine ausreichende Zahl von Vertragsärzten (oder je nach Auffassung unter Ziff. 3 auch einer Fachgruppe) zum kollektiven Zulassungsverzicht entschließen, enthält § 95 b Abs. 1 SGB V eine absolute Vergütungsanktion. Danach wird der Vergütungsanspruch eines Arztes, der im Rahmen eines kollektiven Verzichts auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet hat, auf (maximal) das 1,0 fache des Gebührensatzes der GOÄ bzw. der GOZ beschränkt. Die Kasse zahlt diesen Betrag ggf. mit befreiender Wirkung an den Arzt. Ein direkter Vergütungsanspruch des Arztes gegen den Patienten besteht nicht. Abweichende Vereinbarungen sind nichtig. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V können diese Ärzte, die im Rahmen

eines kollektiven Verzichts auf ihre Vertragsarztzulassung verzichtet haben, auch nicht das Instrument der Kostenerstattung nutzen. Mit anderen Worten wird der GKV-Patient, der einen derartigen Arzt aufsucht, nicht zum „verkappten“ Privatpatienten oder gar Selbstzahler; vielmehr schließt § 95 b Abs. 3 SGB V einen Direktanspruch des Arztes gegen den Patienten unmißverständlich aus. In einem aktuellen Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen⁴ vom 16. 8. 2005 wird diese Norm als Patientenschutzvorschrift begriffen; der Patient habe auch gegen einen im Rahmen eines Kollektivverzichts handelnden Arzt immer noch einen Sachleistungsanspruch. Die Norm betreffe also nicht nur die Frage, ob ein derartiger Arzt überhaupt nur noch im Rahmen von § 13 Abs. 3 SGB V (unaufschiebbare Leistung) im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden (und dann die Höhe des Honorars), sondern schon den nach wie vor bestehenden allgemeinen Sachleistungsanspruch der Versicherten. Auch wenn dies auf den ersten Blick nicht einfach nachzuvollziehen ist, deckt es sich jedenfalls im Ergebnis mit einem anderen Beschluss eines anderen Senats des LSG Niedersachsen-Bremen⁵ vom 5. 1. 2005. Der kollektiv verzichtende Vertragszahnarzt verbleibe auch nach seinem Verzicht zur Kasse in einem Rechtsverhältnis „sui generis“. Das habe zur Folge, dass das Behandlungsverhältnis zum Patienten zwar privatrechtlich gestaltet, bezüglich der Zahlungsverpflichtung und der Honorarhöhe durch die Vorschrift in § 95 b Abs. 3 SGB V überlagert werde. Da dies die einzigen LSG-Entscheidungen zu dieser Problematik sind, kann die Gesamtproblematik nicht als geklärt betrachtet werden, zumal jedenfalls der

dritte Senat des LSG Niedersachsen-Bremen für seine manchmal „eigenwilligen“ Entscheidungen bekannt ist. Rechtsmittel zum BSG gab es bei beiden Entscheidungen nicht, da es sich um Beschlüsse im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes handelte.

■ 5. Angesichts des Punktwertverfalls im vertragsärztlichen Bereich, scheint die ursprünglich vom Gesetzgeber als Sanktion gedachte Beschränkung der Vergütung auf den 1,0 fachen Satz nach GOÄ eher als Anreizsystem zu wirken. So sind einige Bemerkungen zu den neuen Korbmodellen zu verstehen. Dies könnte sich jedoch als trügerisch erweisen. Gemäß § 95 b Abs. 3 SGB V ist der Vergütungsanspruch des kollektivverzichtenden Arztes zwar auf den 1,0 fachen Satz GOÄ/GOZ beschränkt; dies kann aber durchaus auch als Obergrenze begriffen werden, die von den GKV Kassen unterschritten werden darf. Denn schließlich ist im Rahmen der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V die Vergütung der Höhe nach auf den Betrag begrenzt, den die Kasse im Sachleistungssystem ausgeben müsste. Ein weiterer Punkt kommt hinzu: Der aus dem System ausgestiegene Arzt kann keine Verordnungen mehr zu Lasten der GKV ausstellen (Ausnahme § 13 Abs. 3 SGB

V unaufschiebbare Leistung), d.h. er muss Privatrezepte verwenden. Die auf Privatrezept verordneten Arzneimittel muss die Kasse dem Versicherten aber nicht zwingend erstatten, und wenn, dann höchstens in der Höhe, die ein zu Lasten der GKV verordnetes Arzneimittel gekostet hätte. Die Differenz bleibt beim Patienten, der, sofern er hierüber nicht vom Arzt belehrt wurde (und entsprechend eingewilligt hat), gegen diesen einen Schadensersatzanspruch haben kann. Jedenfalls wird dies in den Praxen zu Diskussionsbedarf führen.

■ 6. Abschließend wird man feststellen müssen, dass vieles klar scheint, was bei näherer Betrachtung noch nicht zu Ende diskutiert ist. Dies soll die „Korbmodelle“ nicht in ein falsches Licht rücken. Die Erfahrungen mit dem Niedersächsischen Beispiel der Zahnärzte und Kieferorthopäden lässt sich aber nicht 1 : 1 auf die Situation der Humanmediziner oder einzelner Facharztgruppen übertragen. Dies sollte im Kreise derer, die jetzt den Kollektivverzicht erwägen, bedacht werden.

Dr. Rudolf Ratzel
Rechtsanwalt,
Fachanwalt f. Medizinrecht
Ottostr. 1, 80333 München

Hat die belegärztliche Versorgung eine Zukunft?

In Zeiten, in denen überall von Integrierter Versorgung gesprochen wird, sollte dies eigentlich keine Frage sein. Schließlich ist belegärztliche Versorgung mit prästationärer, stationärer und poststationärer Behandlung in der Hand ein und desselben Arztes, des Belegarztes, integrierte Versorgung par excellence – und dies seit Jahrzehnten. Informationsverlust als Schnittstellenproblem, viel geschmähte Doppeluntersuchungen, Anonymität großer Kli-

niken, dies alles ist im Rahmen belegärztlicher Versorgung auszuschließen. Woran also liegt es, dass diese Versorgungsform sich nicht längst breiter durchgesetzt hat, sondern im Gegenteil aktuell in ihrer Existenz bedroht ist, obwohl nach wie vor das Sozialgesetzbuch von besonderer Förderungswürdigkeit ausgeht?

¹ Orlowski, in Maaßen u.a., Komm. z. SGB V, § 72 a Anm. 3.

² Hess, in Kass.Komm. § 72 a Anm. 6.

³ Allerdings bezog sich die dortige Feststellung auf Zahnärzte, die gleichzeitig Fachzahnärzte für Kieferorthopädie waren.

⁴ LSG Niedersachsen-Bremen, Bschr. v. 16. 8. 2005 – L 4 KR 197/05 ER, MedR 2005, 675ff.

⁵ LSG Niedersachsen-Bremen, Bschr. v. 5. 1. 2005 – L 3 KA 237/04 ER, MedR 2005, 179ff.

Hier steht eine Anzeige.



Probleme des Vertragsarztrechtes und der Vergütungssysteme

Um dies zu verstehen ist es unumgänglich, zumindest ein Stück in die Niederungen des Vertragsarztrechtes und der Vergütungssysteme einzusteigen.

Per definitionem ist Belegarzt derjenige, der stationäre ärztliche Leistungen unter Nutzung von Krankenhauseinrichtungen erbringt, ohne dafür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Seine Honorierung erfolgt aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Und damit fängt das Elend bereits an. Schon im Rahmen des alten EBM war belegärztliche Tätigkeit häufig nur dann möglich, wenn sie aus eigener ambulanter Versorgungstätigkeit subventioniert wurde. Dies lag zum einen an einer für komplexere Eingriffe völlig unrealistischen Bewertung in Punktzahlen, aber auch daran, daß es die relativ kleine Gruppe der Belegärzte in der Konkurrenz um Anteile gedeckelter Gesamtbudgets nicht eben leicht hatte. Große Hoffnungen knüpften sich deshalb an einen endlich ‚betriebswirtschaftlich‘ kalkulierten EBM. Grundlage der Bewertung operativer Leistungen im Kapitel 31.2 des EBM 2000plus wurde eine Klassifizierung von Eingriffen nach geschätztem zeitlichen und strukturellen Aufwand, die zumindest auf den ersten Blick zu durchaus akzeptablen Punktzahlen führte. Schon auf den zweiten Blick aber wurde eine deutliche Schiefelage mit tendenzieller Begünstigung kleinerer Eingriffe zu Ungunsten komplexerer Eingriffe und Simultaneingriffe deutlich. Über den sehr breiten Daumen kalkulierte Abschläge von zunächst 50 % bei stationärer Erbringung operativer Leistungen wurden zwar rasch korrigiert im Sinne einer am Schweregrad des Eingriffes orientierten Abschlagsregelung. Dennoch waren in Abhängigkeit von der Fachgruppe und auch von den unterschiedlichen Honorarverteilungsmaßstäben der einzelnen Länder-KVen

Honorarverluste aus belegärztlicher Tätigkeit von bis zu 40% zu konstatieren. Immerhin hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Korrekturbedürftigkeit des gesamten Kapitels 31.2 erkannt. Eine Neuregelung dieses Kapitels steht, so ist zu hören, kurz vor Abschluss. Unklar aber ist, woher bei gedeckelter vertragsärztlicher Gesamtvergütung die erforderlichen Mittel zur adäquaten Honorierung belegärztlicher Tätigkeit kommen sollen.

EBM 2000plus vs. G-DRG

Während also die Bewertung stationärer belegärztlicher Leistungen im KV-System durchaus noch Unwägbarkeiten beinhaltet, folgt die Bewertung der gleichen ärztlichen Leistung im Krankenhaus seit Einführung des DRG-Systems völlig anderen Gesetzmäßigkeiten. Der dem EBM-System zugrunde liegenden Schätzung der Kosten auf der Grundlage einer Klassifikation von Eingriffen nach Aufwand und Zeit steht ein lernendes System gegenüber, das sich auf der Grundlage jährlich erhobener Daten ständig verändert und weiterentwickelt. Grundlage des DRG-Systems sind Bewertungsrelationen von Fallpauschalen, die sich aus dem Verhältnis der ermittelten durchschnittlichen Fallkosten dieser diagnosebezogenen Pauschale zu den durchschnittlichen Gesamtfallkosten ergeben.

Zur Ermittlung der Relativgewichte von Fallpauschalen für Belegabteilungen wurden für 2004 die Personalkosten ärztlicher Tätigkeit herausgerechnet. 2005 wurden unter der Annahme kürzerer Verweildauern zusätzlich anteilige Kosten auf der Station herausgerechnet. Erstmals wurden einige wenige belegärztliche Pauschalen auf der (schmalen) Grundlage von Daten aus reinen Beleg-Kliniken eigenständig kalkuliert. Für das Jahr 2006 schließlich stieg die Anzahl eigenständig kalkulierter belegärztlicher Pauschalen sehr kräftig an.

Im Vergleich von Beleg-Kliniken mit Hauptabteilungen führt auch dies zu einer Benachteiligung von Beleghäusern, denn auch in den vom ärztlichen Dienst unabhängigen Kostenstellen werden sie nur noch untereinander, und nicht mehr mit ihrer eigentlichen Konkurrenz, den Hauptabteilungen, verglichen. Ihre im Vergleich zu Hauptabteilungen häufig schlankeren und flexibleren Strukturen der Leistungserbringung bleiben bei der Ermittlung von Hauptabteilungs-DRG's unberücksichtigt. So führte die eigenständige Kalkulation belegärztlicher DRG's in Hauptabteilungen zu erhöhten, in Belegabteilungen zu erniedrigten Durchschnittswerten der vom ärztlichen Dienst unabhängigen Kostenstellen. Dies schützt Hauptabteilungen vor der belegärztlichen Konkurrenz, die seit Jahrzehnten sparsamen Material- und Personaleinsatz in den nicht selten von ihnen selbst getragenen Häusern gewohnt ist. Natürlich führt dies zur Gefährdung der Existenz kostengünstiger Beleg-Kliniken und das um den Preis der Verteuerung von Hauptabteilungs-DRG's.

Insgesamt also ist festzuhalten, daß im herrschenden System sektoraler Budgetierung die Belegärzte eigentlich ungeliebt zwischen allen Stühlen sitzen. War dies schon in der Vergangenheit durchaus nicht bequem, so drohen sie jetzt endgültig hinunterzufallen.

Dabei ist im Grundsatz der gesundheitsökonomische Wert belegärztlicher Leistungen leicht zu ermitteln. Er liegt in der Differenz dessen, was ein Kostenträger für ein und dieselbe Leistung in einer Hauptabteilung aufzuwenden hat zu dem Betrag, der für diese Leistung von einer Beleg-Klinik in Rechnung gestellt werden kann. Diese Differenz ist von wenigen Ausnahmen abgesehen ganz erheblich höher als die Beträge, die im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung zur Auszahlung gelangen.

Gleiches Geld für gleiche Leistung?

Wie also ist das Problem der vor dem Hintergrund unzureichender Honorierung wegbrechenden belegärztlichen Versorgung zu lösen? Ist darauf zu vertrauen, daß es der KBV gelingen wird, mit der Neugestaltung des Kapitels 31.2 EBM erträgliche Verhältnisse zu schaffen? Solange dies im Rahmen gedeckelter Gesamtvergütung nur in Auseinandersetzung der Fachgruppen und unter den Friktionen Länder-KV-spezifischer Honorarverteilungsverträge geschieht, sind zumindest Zweifel angebracht.

Liegt die Lösung in der Aufhebung der Differenzierung der Fallpauschalen nach Haupt- und Belegabteilungen mit der Honorierung dann der belegärztlichen Leistung direkt aus dem Krankenhausbudget? Dem Prinzip ‚gleiches Geld für gleiche Leistungen‘ würde dies genügen. Aus Verlautbarungen ärztlicher Berufsverbände wird allerdings die nicht ganz unberechtigte Befürchtung deutlich, der einzelne Belegarzt sei, wenn man auf ein eigenes Bewertungssystem verzichte, der Verhandlungsmacht der Krankenhausträger ausgeliefert.

Die persönliche Meinung des Autors soll hier nicht verschwiegen werden: Angst vor Wettbewerb und mangelndes Zutrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und Attraktivität für Vertragspartner sind auf Dauer schlechte Ratgeber. Die Flucht unter den breiten Rock und hinter den hohen Zaun zulassungsrechtlich geschützter Bereiche jedenfalls wird sich auf Dauer nicht durchsetzen können. Ein Zusammenschluss der Belegärzte aber, vielleicht etwas wahrnehmbarer, wirksamer und breiter getragen, als bisher, ist unumgänglich.

Hat also die belegärztliche Versorgung eine Zukunft?

Das Einsparpotential aus belegärztlicher Versorgung wird nur dann auf Dauer realisierbar sein,

wenn diese Leistungen adäquat und Existenz sichernd, unabhängig von floatenden Punktwerten und unabhängig von innerärztlichen Honorarverteilungskämpfen in festen Euro-Beträgen honoriert werden. Unter durchaus möglicher Hinnahme von Abschlägen werden sich diese Beträge aber orientieren müssen an dem, was für die gleiche Leistung anderenorts aufzuwenden ist.

Gelingt es der Politik, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen?

„Schaun mer mal“. Schade wäre es nicht nur um eine befriedigende,

selbständig-freiberufliche, eigenverantwortliche Form der Ausübung unseres schönen chirurgischen Berufes.

Auf dem Spiel steht eine beispielgebende Form Integrierter Versorgung mit hohem Einsparpotential für die Solidargemeinschaft der Versicherten.

Dr. med. Christian Sellschopp
Parkklinik Kiel
Goethestraße 11
24116 Kiel
chirsell@aol.com

Allgemeiner Behandlungszwang zu „Sozialtarifen“ für Ärzte?

Finanznot kann Sonderopfer von Leistungserbringern nicht rechtfertigen

Volker Ludwig hat in seiner leistungswerten Dissertation über die Kalkulation medizinisch-technischer Leistungen vermutlich als Erster darauf hingewiesen, dass sich die Vertragsärzte mit der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit dazu verpflichten, gesetzlich versicherte Patienten ohne Rücksicht auf die „Marktlage“ zu „Sozialtarifen“ zu behandeln. Deren Höhe ergibt sich im Einzelnen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) unter Zugrundelegung des jeweils maßgeblichen Honorarverteilungsmaßstabs (HVM). Das ist zweifellos ein Eingriff in die Vertragsfreiheit dieser Ärzte, der jedenfalls nicht ohne weiteres als verfassungskonform anzusehen ist, weil er dem umfassend geltenden Verhältnismäßigkeitsgebot unterliegt. Nach derzeitiger Sach- und Rechtslage könnten verfassungsrechtliche Bedenken gegen die konkrete Ausge-

staltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schon wegen der Höhe der Versicherungspflichtgrenze aber auch wegen der Möglichkeit der Option für den freiwilligen Verbleib in der GKV beim Überschreiten dieser Grenze geltend gemacht werden, da auf diese Weise Ärzte verpflichtet sind, auch solche Personen zu einem „Sozialtarif“ zu behandeln, die über ein sehr gutes Einkommen verfügen und deshalb eines so weitgehenden sozialen Schutzes im Grunde nicht bedürfen. Es gibt Juristen, die die Auffassung vertreten, dass der Gesichtspunkt der mangelnden sozialen Bedürftigkeit dieser Personen jedenfalls der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze entgegenstehe. Das ist aber nicht der Fall.

Das bessere Geschäft ist der Feind des guten Geschäftes

Selbst wenn man von der verfassungsrechtlich strengeren Annahme ausginge, dass es sich bei dem System der GKV nicht um ein das Berufsausübungsrecht regelnde Vorschrift sondern um Regelungen handelt, die wegen der Bedeutung des Vertragsarztes in den Bereich der Berufswahl hineinreichen, ist das geltende Recht und wäre die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze verfassungsrechtlich unbedenklich, zumindest aber verfassungsrechtlich unbedenklich gestaltbar. Der faktische Zwang zur vertragsärztlichen Tätigkeit ist noch nicht so erheblich, dass von einer berufsrechtlichen „Monopolstellung“ der vertragsärztlichen Tätigkeit gesprochen werden müsste. Auch bietet die Teilnahme am System der GKV einer großen Zahl von Ärzten ökonomische und rechtliche Vorteile, die nicht außer Betracht bleiben dürfen. So sind die Kassen als Schuldner der KVen solvente Zahler und das Gesetz räumt den ökonomisch rational handelnden Ärzten ein existenzsicherndes Einkommen ein, weil anders die flächendeckende Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen nicht gewährleistet werden könnte. Schließlich gewährleistet die Bedarfsplanung den am System teilnehmenden Ärzten einen nicht geringen Schutz vor einer existenzgefährdenden Konkurrenz und die zwangsweise Mitgliedschaft in einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) schützt Ärzte letztlich öffentlich-rechtlich auch gegen die ökonomische Übermacht der Kassen.

Aber schon immer war das bessere Geschäft der Feind des guten Geschäftes und so verwundert es nicht, wenn Ärzte, die sich aufgrund der aktuellen Marktlage einen Vorteil errechnen, falls es gelänge, das bestehende System zu zerschlagen, ihre Interessen gegen die Interessen der sozial Schwachen und damit gegen

die Interessen der Allgemeinheit durchzusetzen versuchen. Auch Ärzte unterliegen durchschnittlichen menschlichen Anfechtungen.

Auch Ärzte genießen berufsrechtlichen Grundrechtsschutz

Das ändert nichts daran, dass auch den Ärzten der von der Verfassung gewährleistete berufsrechtliche Grundrechtsschutz zusteht, mit der Folge, dass jedweder Behandlungszwang als Eingriff in die Berufsfreiheit der Ärzte den Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsgebotes genügen muss. Deshalb muss der Eingriff dem Allgemeinwohl dienen, ein „milderes Mittel“ darf nicht alternativ zur Verfügung stehen und der Eingriff muss angesichts seiner Bedeutung für das allgemeine Wohl dem einzelnen Arzt auch zumutbar sein.

Finanznot öffentlicher Kassen ist keine soziale Notlage

Insofern ist schon fraglich, ob ein allgemeiner Behandlungszwang zu Sozialtarifen überhaupt dem „allgemeinen Wohl“ zu dienen vermag. Richtig ist, dass die Allgemeinheit ein Interesse daran haben muss, dass Menschen, die in soziale Not geraten und deshalb ohne Krankenversicherungsschutz verbleiben, sowohl stationär als auch ambulant in dem jeweils erforderlichen Umfang weiter versorgt werden. Soweit es sich dabei um Einzelfälle handelt, sind die Ärzte ohnehin berufsrechtlich verpflichtet, Leistungen auch dann zu erbringen, wenn sie sich der Gegenleistung in Gestalt einer Honorarzahlung nicht sicher sein können. Dieser bedingte Behandlungszwang ist angesichts der hervorgehobenen Stellung, die den Ärzten in dieser Gesellschaft zukommt so lange zumutbar, so lange die Gesellschaft durch geeignete Maßnahmen die Zahl dieser Behandlungsfälle gering hält.

„Sonderopfer“ von Ärzten und Zahnärzten wird in Karlsruhe scheitern

Ähnlich, wenn auch ganz und gar nicht gleich, verhält es sich mit einem Behandlungszwang zu Sozialtarifen. Auch dieser darf im Hinblick auf das Zumutbarkeitsgebot als Unterfall des Verhältnismäßigkeitsprinzips nur dann gesetzlich angeordnet werden, wenn dies aufgrund besonderer Lagen sozialstaatlich gerechtfertigt ist. Dies ist dann nicht der Fall, wenn die Maßnahme im Ergebnis nicht einer sozialen Notlage, sondern aus allein beihilferechtlichen Gründen der allgemeinen Finanznot des Staates geschuldet ist. Diese allgemeine Finanznot kann ein Sonderopfer der Leistungserbringer schon deshalb nicht rechtfertigen, weil der Staat ohnehin die Vertragsfreiheit der Ärzte auf der

Grundlage der GOÄ/GOZ eingeschränkt, während er seine eigene Leistungspflicht gegenüber den Beamten als den „Staatsdienern“ nicht mit Hilfe des Gesetzgebers schlicht auf Dritte abwälzen darf. Ein derartiger, beihilferechtlich motivierter Behandlungszwang wird als „Sonderopfer“ für Ärzte und Zahnärzte Karlsruhe nicht überleben. Der Versuch wäre nicht strafbar, aber zwecklos.

„Die Vergütung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von ‚Sozialtarifen‘ in der gesetzlichen Krankenversicherung“ von Volker Ludwig, Asgard-Verlag St. Augustin, 2000.

Lisa Braun

Inhaberin der Presseagentur Gesundheit
Herausgeberin des OPG-Informationsdienstes, Berlin

Neue Mitglieder ...

... und Änderungen

— (4) Berlin

Änderungen

Dr. Jürgen Grella
Bülowsstraße 17
10783 Berlin

Dr. Barnim Suckow
Schönhauser Allee 147
D-10435 Berlin

— (6) Bremen

Neue Mitglieder

Dr. Rolf Werdin (NA)
Gemeinschaftspraxis Look, Werdin
Am Mark 11
D-28195 Bremen

— (7) Hamburg

Neue Mitglieder

Dr. Ralph Meyer-Venter (NA)
Haferacker 14
D-21149 Hamburg

Änderungen

Dr. Jörg Zimmermann
Heegbarg 2
D-22391 Hamburg

— (8) Hessen

Neue Mitglieder

Dr. Anja Rüter (AA)
Urologisches Praxis-Zentrum
Landgraf-Georg-Straße 100
D-64287 Darmstadt

Änderungen

Dr. Jürgen Moeller (RS)
Hans-Thoma-Straße 4
D-68623 Lampertheim

— (10) Niedersachsen

Änderungen

Dr. Horst Gellißen
Adolfstraße 45
D-38102 Braunschweig

Dr. Klaus Andreas Kühne
Sturmbäume 3
D-317154 Northeim

Dr. Christoph Maletz
Neumarkt 1d
D-29221 Celle

Dr. Thomas Arkenstette
Berenbosteler Straße 76
D-30823 Garbsen

Dr. Roland Krusel
Dr. Martin Schumann
Gemeinschaftspraxis Krusel, Schumann
Bischofsstraße 28
D-49074 Osnabrück

— (11) Nordrhein

Neue Mitglieder

Mark Radely (NA)
Praxisklinik urologie G. Radely, M. Radely
Hardenbergstraße 60
D-51373 Leverkusen

Änderungen

Martin Thomas
Praxisklinik Urologie PUR-R
Schulstraße 11
D-45468 Mülheim

Dr. Hans Bernd Roleff (RS)
Peter Nonnenmühlen-Allee 77
D-41063 Mönchengladbach

Dr. Andreas Swoboda (NA)
Gemeinschaftspraxis Dr. Christof und Dr. Andreas Swoboda
Duisburger Straße 227
D-47166 Duisburg

— (12) Rheinland-Pfalz

Änderungen

Dr. Bernd Moldenhauer
Dr. Matthias Guckel
Gemeinschaftspraxis Moldenhauer, Guckel
Karl-Binz-Weg 12
D-54470 Bernkastel-Kues

— (13) Saarland

Änderungen

Dr. Ovidiu Ursu
Am Markt 4
D-66265 Heusweiler

— (14) Sachsen

Änderungen

Dr. Wolf-Diether Böhme
Georg-Nerlich-Straße 2
D-01307 Dresden

— (15) Sachsen-Anhalt

Änderungen

Dr. Olaf Umbreit
Jakobstraße 26
D-06618 Naumburg

— (16) Schleswig-Holstein

Änderungen

Gemeinschaftspraxis Lauterbach, Wensky, Bertermann, Nürnberg
Prüner Gang 15
D-24103 Kiel

Dr. Karsten Hansen
Osterstraße 26
D-25587 Münsterdorf

— (18) Westfalen-Lippe

Änderungen

Gemeinschaftspraxis Heico Schäfer, Matthias Böhme
Alter Markt 1
D-44866 Bochum

— (19) Württemberg

Änderungen

Dr. Götz Popp
Masselturenstraße 26
D-72458 Albstadt
Dr. Hans-Georg Friederich
Gemeinschaftspraxis Dres.Richter, Friederich
Riedstraße 12
D-74321 Bietigheim-Bissingen

— AUSLAND

Änderung

Dr. Jürgen Wippler
Clinica „La Plaza“ Dr. Wippler
Avda. del Pla 122
E 03730 Jávea (Alicante)
Spanien

— Verstorbene Mitglieder

Dr. Friedrich Schnitker
D-44623 Herne

Jubilare

Der Berufsverband gratuliert seinen Mitgliedern

70 Jahre

05.10.1936

Prof.Dr.med. Henning Marquardt

18.10.1936

Dr.med. Klaus Siefker

27.10.1936

Dr.med. Kurt Kikisch

19.10.1941

Dr.med. Ulrich Knabe

20.10.1941

Dr.med. Gebhard Cohausz

20.10.1941

Prof.Dr.med. Armin Zimmermann

60 Jahre

02.10.1946

Dr.med. Klaus Schäfer

19.10.1946

Dr.med. Rüdiger Heymach

22.10.1946

Dr.med. Hubert Blümlein

24.10.1946

Dr.med. Gábor Vydra

29.10.1946

Dr.med. Tiberius Radulescu

30.10.1946

Dr.med. Michael Haumer

65 Jahre

03.10.1941

Dr.med. Klaus Grucza

03.10.1941

Dr.med. Hans-Georg Wülfing

12.10.1941

Dr.med. Lutz Keller

15.10.1941

Dr.med. Werner Eder

16.10.1941

Dr.med. Wilhelm Schlemmer

18.10.1941

Dr.med. Peter Milz

Hier steht eine Anzeige

 Springer

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.

Geschäftsstelle, Uerdinger Straße 64, 40474 Düsseldorf



Änderungsmitteilung/Beitrittserklärung

Die Zeit ist reif

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

der Berufsverband der Deutschen Urologen ist nur dann im Stande, die Interessen seiner Mitglieder mit dem nötigen Nachdruck zu vertreten, wenn er sich auf die Mitgliedschaft eines hohen Prozentsatzes der deutschen Urologen berufen kann. Die intensive berufspolitische Information, wie sie die Zeitschrift „Der Urologe“ aus dem Springer Medizin Verlag bietet, ist für jeden Urologen genauso wichtig wie die wissenschaftliche Weiterbildung. Sollten Sie bis jetzt noch nicht zu den Mitgliedern des Berufsverbandes zählen, so sollten Sie überlegen, ob es nicht Zeit ist, die umseitige Beitrittserklärung auszufüllen und abzuschicken.

Argumente für eine Mitgliedschaft im BDU

- Es gibt keine bessere Vertretung einer Berufsgruppe als durch den Berufsverband
- Innovative Entwicklungen für die Praxis
- Beste Kontakte zu Politik und Kassen
- Möglichkeiten eines umfassenden Rechtsschutzes bzw. von Versicherungen
- Überproportionale Fortbildungsveranstaltungen bundesweit
- Enge Kontakte zu unserer wissenschaftlichen Gesellschaft DGU

Die Jahresbeiträge liegen z. Zt.

- für Chefärzte und niedergelassene Kollegen bei € 245,00. — zzgl. einer einmaligen Aufnahmegebühr von € 25,00.
- Ober-, Assistenzärzte und angestellte Urologen entrichten einen ermäßigten Beitrag von € 165,00, Ruheständler € 35,00.

Das Präsidium des Berufsverbandes erwartet die Zahlung des Jahresbeitrags bis spätestens zum 30.03. des Jahres und empfiehlt Ihnen, sich dem Lastschriftverfahren anzuschließen. Wenn Sie die Zeit für reif halten, dann wenden Sie sich an unsere Geschäftsstelle mit nebenstehendem Antrag.

! Ihre Beitrittserklärung bzw. Änderungsmitteilung senden Sie bitte an: BDU-Geschäftsstelle, Frau Christine Habeder, Uerdinger Straße 64, 40474 Düsseldorf
Tel. 0211-9 51 37 29, Fax 0211-9 51 37 32, bdu-schatzmeister@t-online.de

Zur Beachtung

Der Berufsverband versucht u.a. niederlassungswillige junge Kollegen bei der Wahl ihres zukünftigen Praxisortes so zu beraten, dass einerseits urologische Versorgungslücken ausgefüllt, andererseits aber auch dem betreffenden Kollegen möglichst optimale Arbeitsvoraussetzungen geschaffen werden. Daneben können auf diese Weise aber auch bereits niedergelassenen Kollegen Partner für eine eventuell zu gründende Gemeinschaftspraxis namhaft gemacht werden. Schließlich verbindet sich mit diesem Komplex zwangsläufig die Möglichkeit, jüngeren Kollegen eine Praxisvertretung zu vermitteln, während der sie erste Einblicke in die Kassenpraxis gewinnen können, sowie niedergelassenen Kollegen zu einer Urlaubsvertretung zu verhelfen. Interessenten dieser Möglichkeit wenden sich bitte an ihren zuständigen BDU-Landesvorsitzenden. In begrenztem Umfang kann auch im URO-Telegramm in kurzer Form auf Praxisanbieter und -sucher hingewiesen werden.

Änderungsmitteilung

Name

Vorname

Titel

Hiermit gebe ich Ihnen folgende Änderungen bekannt:

Änderung der Anschrift

alt

neu

Änderung akad. Titel/Dienstbezeichnung

Niederlassung ab

in

Facharztanerkennung ab

Neues Konto für Lastschriftverfahren

BLZ / Geldinstitut

Konto-Nr.

Datum

Unterschrift

Wir weisen nochmals daraufhin, dass die Mitglieder jede Änderung (z.B. Statusänderung, Adressenänderung oder Kontoänderung) der Geschäftsstelle kurzfristig mitteilen sollten. Bankgebühren für Rücklastschriften werden dem jeweiligen Mitglied in Rechnung gestellt.

Beitrittserklärung BDU

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
bitte senden Sie die ausgefüllte Beitrittserklärung und damit Ihr dokumentiertes Einverständnis für Ihre Internetpräsenz als zukünftiges Mitglied des Berufsverbandes der deutschen Urologen an die BDU-Geschäftsstelle, Uerdinger Straße 64, 40 474 Düsseldorf, Telefon 0211 - 95 13 729, Fax 0211 - 95 13 732,
bdu-schatzmeister@t-online.de

Name	Vorname	Titel	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> DGU-Mitglied <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin in der urologischen Abteilung <input type="checkbox"/> Facharzt/Fachärztin für Urologie			
<input type="checkbox"/> Facharzt/Fachärztin für _____			

Niedergelassene(r) Arzt/Ärztin

☐ Einzelpraxis

☐ Gemeinschaftspraxis – Name der Partner: _____

☐ Praxisgemeinschaft – Name der Partner: _____

☐ Belegarzt am Krankenhaus: _____

☐ Ambulante Operationen: _____

☐ Sonstige Schwerpunkte: _____

Arzt/Ärztin im Krankenhaus

☐ AIP ☐ Assistenzarzt ☐ Oberarzt ☐ Chefarzt ☐ Direktor ☐ Ltd. Arzt ☐ Sonstiges: _____

Name des Krankenhauses: _____

Anzahl der Betten: _____ Anzahl der Assistenten: _____

Ärzttekammerbereich – Name der Institution: _____

Sonstige hauptberufliche Tätigkeit (z.B. Arzt in Reha): _____

☐ Mitglied ohne Berufsausübung / Arzt/Ärztin im Ruhestand

Anschrift

Straße: _____

Plz/Ort: _____

Tel. / Fax: _____

E-Mail: _____ Homepage: _____

Privatanschrift: _____

Datum

Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name, Anschrift: _____

BLZ / Name des Kreditinstituts _____

Konto-Nr. _____ Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung) Beitragszahlung/Aufnahmegebühr ☐

Datum

Unterschrift