



---

**TOP III      Gesundheitsversorgung in Europa**

**III - 01      Gesundheitsversorgung in Europa**

**ENTSCHLIESSUNG**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-01) fasst der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschliessung:

**I.**

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt seine – auch schon in der letztjährigen Entschliessung ("Aktuelle Position der deutschen Ärzteschaft zur Entwicklung der europäischen Gesundheitspolitik") zum Ausdruck gebrachte – Einschätzung, dass die Bundärztekammer sowohl im Meinungsbildungsprozess der europäischen Gesundheitspolitik als auch im Entstehungsprozess gemeinschaftsrechtlicher Gesetzgebung die Positionen der deutschen Ärzteschaft einbringen muss – sowohl auf Gemeinschafts- als auch auf nationaler Ebene. Dasselbe gilt für die Wahrnehmung der beruflichen Belange bei der gesetzgeberischen Transformation europäischer Richtlinien. Gerade die jüngsten Beispiele, wie die Dienstleistungs-Richtlinie, Berufsanerkennungs-Richtlinie und die Gewebe-Richtlinie, zeigen die Notwendigkeit einer solchen zweistufigen vor- und nachwirkenden Strategie. Leitbild dieser Aktivitäten muss der Erhalt der freien Berufsausübung und die ungestörte Entwicklung der demokratisch legitimierten ärztlichen Selbstverwaltung sein, da nur sie die Garantie zur selbstbestimmten Wahrung der Professionalität, Kompetenz und Ethik der Berufsangehörigen sein kann.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt daher die Entscheidung des Vorstandes der Bundesärztekammer, eine Ständige Konferenz "Europäische Angelegenheiten" einzurichten, welche insbesondere die Sichtweise der Landesärztekammern bündelt, eine Plattform für einen berufspolitischen und institutionell-administrativen Erfahrungsaustausch und eine Unterstützung der Meinungsbildung des Vorstands bietet.

Der Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand, in vergleichbarer Weise auch die Sichtweise der deutschen Berufsverbände in die Meinungsbildung über europäische Angelegenheiten einzubeziehen.

## II.

Der Deutsche Ärztetag erkennt die Bedeutung an, welche der Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft auf europäischer Ebene im Meinungs- und Willensbildungsprozess der europäischen Institutionen zukommt. Der Deutsche Ärztetag tritt daher dafür ein, dass die Bundesärztekammer als Mitglied des "Ständigen Ausschusses der europäischen Ärzte" (CPME) einen Prozess zu seinem Ausbau als eine Schirmorganisation der europäischen Ärzteschaft unterstützt. Nur dies wird der Eigenheit des Ständigen Ausschusses als einer Organisation der nationalen Ärztekammern oder nationalen Organisationen mit vergleichbarer Bedeutung gerecht. Zugleich muss die arbeitsteilige Einbeziehung oder auch eine Verantwortungsteilung mit den maßgeblichen europäischen Berufsverbänden, in welchen die deutschen Berufsverbände vertreten sind, sichergestellt werden. Auf diese Weise kann eine Konzentration und möglichst einheitliche Entwicklung der europäischen Standpunkte der Ärzteschaften bewirkt werden.

## III.

Von herausragender Bedeutung waren und sind die Vorhaben der sogenannten Dienstleistungs-Richtlinie (1) und der Berufsaner kennungs-Richtlinie (2).

- (1) Der Deutsche Ärztetag begrüßt die nach langwierigen Diskussionen und einer entsprechenden Stellungnahme des Europäischen Parlaments erfolgte Herausnahme der Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der sog. Dienstleistungs-Richtlinie. Auch die EU-Kommission hat in einer neuen Fassung des Richtlinien textes einen entsprechenden Ausschluss vorgesehen. Im Rat der Europäischen Union deutet sich ebenfalls eine entsprechende Entscheidung an.

Die Kommission hat in ihrem neuen Vorschlag mit ihrer Billigung des Standpunkts des Europäischen Parlaments folgende Aussage verbunden:

"Die Kommission akzeptiert den Ausschluss von Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich und bekräftigt ihre Entschlossenheit, einen eigenen Vorschlag für Gesundheitsdienstleistungen vorzulegen..."

Der Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand, diese Entwicklung mit Sorgfalt zu verfolgen und einerseits auf eine der Patienten- und Ärztemobilität gerechtwerdende Lösung hinzuwirken, als auch zu verhindern, dass neue unbegründete Harmonisierungsbestrebungen (wie z. B. das Arzthaftungsrecht betreffend) unnötige Veränderungen der Berufsausübung der Ärzte bewirken.

- (2) Die Berufsaner kennungs-Richtlinie ist verabschiedet und bis Oktober 2007 in Deutschland umzusetzen. Der Deutsche Ärztetag hält es für erforderlich, dass bei der Transformation in Deutschland folgende Aspekte vom Bundesgesetzgeber in der Bundesärzteordnung und von den Landesgesetzgebern in den Kammer- und Heilberufsgesetzen beachtet werden:

1. Die verwaltungsrechtliche Feststellung zur Berechtigung der Ausübung des ärztlichen Berufs des zuwandernden Arztes aus einem anderen EU-Mitgliedstaat muss der Approbationsbehörde vorbehalten sein.
2. Auch für die Feststellungen entsprechender Befugnisse im Zusammenhang mit der vorübergehenden und gelegentlichen Dienstleistungserbringung ist die Approbationsbehörde berufen (vgl. § 10 b BÄO).
3. Dazu gehört auch die in Art. 7 der Richtlinie vorgesehene Möglichkeit der Anzeige und Dokumentenvorlage (z. B. auch Berufshaftpflichtversicherung, welche die Approbationsbehörde zu beurteilen hat).
4. Die Prüfung von Sprachkenntnissen nach Art. 53 der Richtlinie ist Aufgabe der Approbationsbehörde.
5. Die Zusammenarbeit in verwaltungsrechtlicher Hinsicht unter den Behörden der Mitgliedstaaten und der entsprechende Informationsaustausch sind Aufgaben der Approbationsbehörden (Art. 56 der Richtlinie).
6. Für die Facharztanerkennung werden weiterhin die Ärztekammern zuständig sein und die damit verbundenen Aufgaben übernehmen.
7. Darüberhinaus sind die Ärztekammern bereit, bei der Bildung gemeinsamer Plattformen im Sinne von Art. 15 der Richtlinie mitzuwirken.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, eine entsprechende Position gegenüber den Bundes- und Landesministerien einzunehmen.

#### IV.

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs hat über die Feststellungen, dass versicherte Patienten aus den Mitgliedstaaten auch ohne Genehmigung ihrer Krankenkasse in anderen Mitgliedstaaten Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen dürfen (und Kostenerstattung nach den Sätzen der Herkunfts-Krankenkasse erhalten müssen), dazu geführt, dass die Gesundheitssysteme stärker geöffnet worden sind, als dies in den politischen Vorstellungen der Verantwortlichen der Mitgliedstaaten lag. Damit hat der Europäische Gerichtshof auch eine Richtung eingeschlagen, die die Kompetenzordnung des Gemeinschaftsrechts, welche die Verantwortung für die Gesundheitssysteme bei den Mitgliedstaaten ebenso belässt wie die Verantwortung für die Versicherungssysteme, relativiert. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass die nationalen Ziele und Vorhaben im Bereich der Patientenmobilität und der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung innerhalb der Europäischen Union analysiert und diskutiert werden. Folgerichtig hat die Europäische Union einen sog. "hochrangigen Reflektionsprozess" initiiert und zu diesem Zweck hat die Kommission eine "Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen" (High Level Group on Health Services and Medical Care) eingerichtet. Zwischenberichte lassen erkennen, dass die Diskussion sich auf die Zusammenarbeit unter den Mitgliedstaaten richtet, um diese zu erleichtern. Insbesondere Themen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die Mobilität in den Gesundheitsberufen oder die Einrichtung von sog. "Referenzzentren" zur Erreichung von Synergien werden in verschiedenen Arbeitsgruppen behandelt. Auch der Bereich E-Health, bei dem eine einheitliche Architektur Voraussetzung für den Informationsaustausch sowie die Patientensicherheit ist, wird dort behandelt.

---

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass dieser Reflektionsprozeß transparent gemacht wird, damit die Mitgliedstaaten und die dort tätigen Angehörigen der Heilberufe rechtzeitig Entwicklungen erkennen, analysieren und sich dazu positionieren können.

Der Deutsche Ärztetag unterstützt grundsätzlich die beschriebenen europäischen Initiativen, aber fordert, dass damit

- keine Harmonisierung im Gesundheitswesen,
- keine administrativen Belastungen für die ihren Beruf ausübenden Ärzte und
- keine "Standards" für strukturelle Rationierungen verbunden sein dürfen.

Der Deutsche Ärztetag unterstützt alle Maßnahmen, welche die Patientenmobilität und die Arztmobilität in Europa fördern. Er sieht allerdings in Wartelisten, wie sie in einigen Mitgliedstaaten praktiziert werden, keine Maßnahmen, welche "Vorbildcharakter" für einen Vergleich der Gesundheitssysteme haben sollten.

## V.

Mit der mit dem sogenannten "Lissabon-Prozess" entwickelten Offenen Methode der Koordinierung, die nunmehr aufgrund von verschiedenen Mitteilungen der Europäischen Kommission auf den Gesundheitsbereich ausgedehnt worden ist, befasst sich die Bundesärztekammer schon seit einiger Zeit. In der vorjährigen Entschließung wurde seitens des Deutschen Ärztetages eine endgültige Bewertung dieser Methode vom weiteren Verlauf der damit verbundenen Anwendungsschritte abhängig gemacht. Die dort zum Ausdruck gebrachten Zweifel bleiben bestehen.

Darüber hinaus stellt der Deutsche Ärztetag folgendes fest:

Allen Mitgliedstaaten sind vermutlich dieselben grundsätzlichen und zukunftsweisenden Themen und Probleme gemeinsam, mit welchen sich der Prozess der Offenen Methode der Koordinierung beschäftigen könnte. Dies sind die Alterung der Bevölkerung, das Problem der Finanzierbarkeit der Langzeitpflege, ihre sozialverträgliche Gestaltung; Ungleichheiten im Zugang zu den Gesundheitssystemen, Umstrukturierungen des Gesundheitswesens, wie sie derzeit auch in der Bundesrepublik Deutschland unter dem Stichwort einer "Gesundheitsreform" geprüft werden und wie wir sie kürzlich für Frankreich und die Niederlande erlebt haben. Dazu gehört die Finanzierung der Gesundheitssysteme auch im Zusammenhang mit den Arbeitskosten. Die Qualität der Versorgungsangebote gehört ebenfalls zu den Problemen, deren Lösungen meistens darauf abstellen, wie Indikatoren und Qualitätsstandards, die Festlegung von praktischen Leitlinien und die Einführung von Akkreditierungssystemen entwickelt werden können. Auch stellt sich das Problem der Koordinierung der unterschiedlichen Versorgungsangebote, welche bei uns unter dem Stichwort der sektorenübergreifenden integrierten Versorgung oder aber auch der Koordination durch Hausärzte diskutiert werden.

Der Deutsche Ärztetag unterstützt Informationsprozesse der beschriebenen Art. Sie sollten "Lernprozesse" auslösen, jedoch keinen Harmonisierungsdruck mit Blick auf bestimmte Praktiken hervorrufen. Es muss in der Entscheidung der Mit-

---

gliedstaaten im Rahmen ihrer Verantwortung für ihre Gesundheitssysteme bleiben, welche Maßnahmen für die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme maßgeblich sind.

## VI.

Ein maßgebliches Kriterium für das Ziel, in der Gemeinschaft ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu erreichen, ist für die Ärzteschaft in Deutschland die Freiheit ihrer Berufsausübung. Die Erfahrungen in Deutschland mit einer Politik fantasieloser Kostendämpfungsfiguren (wie z. B. Budgets und Nullrunden) sind nicht geeignet, als Muster zur qualitativen Entwicklung der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union zu dienen. Es ist zu hoffen, dass die Kommission einen eigenständigen Ansatz findet, um vorbildliche Praktiken für ein freiheitliches Gesundheitswesen in der Versöhnung mit den notwendigen sozialen Aspekten zu finden.

## VII.

Der Deutsche Ärztetag stellt darüber hinaus fest, dass das europäische Gemeinschaftsrecht und die es begleitenden Politiken im Bereich der Gesundheit und des Sozialen Raums Anlässe für die Berücksichtigung der Tatsache bieten, dass das Gesundheitswesen ein enormes Entwicklungspotenzial für die Wirtschaft in Europa, insbesondere den Dienstleistungsmarkt, und damit auch den Arbeitsmarkt darstellt. Eine Fokussierung im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung auf Kostenaspekte würde den notwendigen Blick auf diese Bewertung verbauen. Bei der weiteren Diskussion auf europäischer Ebene ist es erforderlich, die Bedeutung des Gesundheitswesens als Wirtschafts- und Standortfaktor und als Faktor für den wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der Medizin in Europa angemessen zu berücksichtigen. Gerade wenn in den Prozess der Offenen Methode der Koordinierung auch unter dem Thema der Finanzierbarkeit der Sozialsysteme die Angebots- und Nachfrageregulierungsmaßnahmen der Mitgliedstaaten in den Blick genommen werden, muss Wert darauf gelegt werden, den äußeren finanziellen Effekt von damit verbundenen strukturellen Effekten zu unterscheiden und zu analysieren und zu bewerten, inwieweit solche Maßnahmen geeignet sind, einen Kostenanstieg einzudämmen, ohne zugleich die Qualität und Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu beeinträchtigen.

## VIII.

Nicht alle europäischen Angelegenheiten vollziehen sich auf der Metaebene des europäischen Gemeinschaftsrechts und der europäischen Gesundheitspolitik. Gerade in den Grenzgebieten im Verhältnis zu einzelnen Mitgliedstaaten stellen sich Probleme, die bilateral gelöst werden müssen. Dies gilt z. B. für den Einsatz von Rettungsdiensten. Hier sollte der Weg zu Regierungsabkommen gegangen werden, sofern nicht andere Absprachen hilfreich sind. Auch die Lösungspotenziale der sog. "Euregios" können Vorbild sein.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, Landesärztekammern bei der Lösung solcher bilateraler Probleme zu unterstützen.

## **IX.**

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf zu prüfen, ob und inwieweit ein eigenständiges Positionspapier der Bundesärztekammer zur europäischen Gesundheitspolitik und ihren Auswirkungen auf Deutschland und die damit verbundenen Positionen der deutschen Ärzteschaft entwickelt werden kann. Darüber soll ggf. auf dem nächsten Deutschen Ärztetag berichtet werden.