

1. Gesundheits- und Sozialpolitik im Diskurs

Die Regierung hat gewechselt, die Probleme sind zunächst geblieben. Denn die finanziellen Mittel sind begrenzt, obwohl der medizinische Fortschritt immer neue Behandlungsmethoden ermöglicht und obwohl die Leistungsanspruchnahme in einer Gesellschaft des langen Lebens stetig steigt. Dieser Widerspruch ist eine der großen sozialen Fragen für die Zukunft unserer Gesellschaft. Die Bundesregierung wird sich letztlich daran messen lassen müssen, wie ernsthaft sie an nachhaltigen Lösungen gearbeitet hat. Schon jetzt aber ist für die Beteiligten im Gesundheitswesen erkennbar, dass nicht mehr Ideologie die Gesundheitspolitik prägt, sondern der Dialog mit den Beteiligten und Betroffenen im Vordergrund steht. Wir erleben eine neue Gesprächs- und auch Vertrauenskultur. Ärztinnen und Ärzte werden nicht mehr mit der Unterstellung des Elitären stigmatisiert. Sie erfahren von der Politik wieder die Anerkennung, die ihrem Engagement gerecht wird. Viele unserer alltäglichen Probleme lassen sich jetzt aus neuer Perspektive diskutieren, sei es die Ursache des Ärztemangels, die abnehmende Attraktivität des Arztberufes oder die Entbürokratisierung in unserer alltäglichen Arbeit. Das Gesundheitssystem, so das Versprechen der Regierung, soll humaner und freiheitlicher werden. Patienten sollen mehr Wahlmöglichkeiten erhalten und auch unsere Forderung vom letzten Deutschen Ärztetag, endlich wieder die Freiberuflichkeit der Ärzte zu stärken, hat Eingang in den Koalitionsvertrag gefunden.

Die Bundesregierung hat angekündigt, die medizinischen Versorgungsstrukturen auf eine Gesellschaft des langen Lebens hin ausrichten zu wollen. Unabdingbar dazu ist, dass man angesichts begrenzter Mittel und gleichzeitig steigender Leistungsanspruchnahme das Thema Verteilungsgerechtigkeit in der medizinischen Versorgung offen und ehrlich diskutiert. Wir wollen nicht länger die heimliche Rationierung in der Arzt-Patienten-Beziehung austragen müssen. Und deshalb haben wir Politik und Gesellschaft aufgefordert, offen über Priorisierung zu debattieren, um heimliche Rationierung von Leistungen zu vermeiden. Rationierung lehnen wir Ärztinnen und Ärzte ab. Wir wollen, dass jeder Patient das bekommt, was er wirklich benötigt. Deshalb muss, wenn die Politik die Finanzmittel weiter begrenzt, mit allen Beteiligten eine Reihenfolge der Leistungsgewährung festgelegt werden, damit die vorhandenen Mittel tatsächlich für diejenigen bereitstehen, die sie am nötigsten brauchen. Den dazu notwendigen Konsens im vorpolitischen Raum sollte ein Gesundheitsrat erarbeiten, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomen, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen entwickeln, was und wie priorisiert werden soll. Die Letztentscheidung aber muss politisch verantwortet werden, denn nur dann gibt es die entsprechende demokratische Legitimation.

Um den Herausforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens zu begegnen, sind jedoch weitere Anstrengungen nötig. Die Ärzteschaft begrüßt deshalb die Ankündigung der Regierungspartner, Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung und zur Förderung von Medizinstudierenden ergreifen zu wollen. Ebenso sollen Anreize und Hilfen zur Förderung von Niederlassungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten insbesondere in unterversorgten Gebieten sowie eine intensivierte Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermöglicht werden. Zur Förderung der Attraktivität des Arztberufes müssen darüber hinaus Freiheit und Autonomie der ärztlichen Berufsausübung wiederhergestellt werden. Vor allem aber müssen wir die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen

und Ärzten familiengerechter gestalten. Überstundenberge müssen abgebaut und mehr Stellen an den Krankenhäusern geschaffen werden.

Bei aller Dringlichkeit dieser Fragen tut die neue Regierung gut daran, die Konzepte zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen mit der gebotenen Sorgfalt zu entwickeln. Andere Probleme dulden jedoch keinen Aufschub mehr, wie die dringend notwendige Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte, für die die Bundesärztekammer bereits ausgearbeitete Vorschläge unterbreitet hat. Dabei muss die bisherige Gebührentaxe auf eine gerechte, kalkulatorisch saubere betriebswirtschaftliche Basis gestellt werden. Längst überfällig ist zudem eine Klarstellung des Gesetzgebers, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) vorrangig in die Hände von Ärzten und nur nachrangig auch von Krankenhäusern gehören. Medizinische Versorgungszentren dürfen keine Spekulationsobjekte von Kapitalfirmen und ausschließlich gewinnorientierten Investoren sein. Entschärft werden muss der § 116b SGB V, der ermächtigten Krankenhausambulanzen erlaubt, die ambulante Versorgung bestimmter Krankheiten zu übernehmen. Während sehr seltene Erkrankungen unbestritten in die Hände von Ärzten an Spezialkliniken gehören, sollten breitflächige Versorgungsgebiete nicht dem Regelungsbereich des § 116b zugeordnet werden, wie dies zum Teil jetzt der Fall ist. Andernfalls wirkt der Wettbewerb zwischen Klinik und Praxis nicht qualitätsfördernd, sondern nur verdrängend.

In ihrem Koalitionsvertrag haben Union und FDP einem staatlich zentralistischen Gesundheitssystem eine klare Absage erteilt und eine Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften angekündigt. Die Ärztinnen und Ärzte werden die Politik beim Wort nehmen.

1.1 Grundsatzpositionen

1.1.1 Programmatische Aussagen der deutschen Ärzteschaft zur gesundheitspolitischen Entwicklung

Die im Jahr 2008 vom 111. Deutschen Ärztetag verabschiedeten „Gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft“ (Ulmer Papier) dienen auch im Jahr 2009 als Grundsatzposition der deutschen Ärzteschaft zur gesundheitspolitischen Entwicklung. So wurden auf Basis der Grundsatzüberlegungen im Ulmer Papier im Vorfeld der Bundestagswahl vom 112. Deutschen Ärztetag in Mainz Prüfsteine für eine neue und vorausschauende Gesundheitspolitik verabschiedet. Zu den Prüfsteinen gehören:

1. Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips

Der Staat muss sich auf eine subsidiäre Rolle rückbesinnen und stabile Rahmenbedingungen für ein freiheitliches Gesundheitswesen gewährleisten, statt durch immer mehr Bürokratie die medizinische Versorgung zu blockieren.

2. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten

Zur Förderung der individuellen Verantwortlichkeit zählt eine Übernahme von mehr Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit, unterstützt durch Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.

3. Ausstieg aus dem Hamsterrad

Obwohl mehr Geld in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fließt, ist die Unzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis größer geworden. Dies ist das paradoxe Ergebnis einer Gesundheitspolitik, die die ärztliche Leistung, aber auch die Leistungen anderer Gesundheitsberufe, nur noch als Kostenfaktor betrachtet.

4. Ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten und Wertschätzung ärztlicher Leistung

Der Deutsche Ärztetag fordert Rahmenbedingungen für eine zuwendungsintensive Medizin, damit die Patientinnen und Patienten nicht auf Symptome reduziert, sondern in der Ganzheit ihrer subjektiven Befindlichkeit und ihres Versorgungskontexts wahrgenommen werden können.

5. Stärkung ärztlicher Freiberuflichkeit statt Kommerzialisierung

Das freiberufliche Selbstverständnis des Arztes, seine medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit und seine im ärztlichen Berufsethos und im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patienten stellen den wirksamsten Patientenschutz dar.

6. Flächendeckende Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung

Eine flächendeckende wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung wird nur durch engagierte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufrechtzuerhalten sein. Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb, ärztliche Freiberuflichkeit speziell in der ambulanten Versorgung strukturell zu unterstützen, zum Beispiel durch Förderung von MVZ in ärztlicher Trägerschaft.

7. Drohende Unterfinanzierung im stationären Bereich endlich beseitigen

In Anbetracht der weiterhin enormen und die Versorgung gefährdenden Finanzierungslücken im stationären Sektor fordert der Deutsche Ärztetag nachdrücklich ein Finanzierungsprogramm, welches eine realistische Refinanzierung der Aufgaben – orientiert an den tatsächlichen Krankenhausleistungen – ermöglicht. Dies muss in der Kalkulation der Basisfallwerte berücksichtigt werden. Darüber hinaus muss auch die Investitionskraft der Krankenhäuser gestärkt werden.

8. Ärztekammern als Garanten für ärztliche Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung statt sozialgesetzlicher Überregulierung

Der Deutsche Ärztetag stellt klar, dass die ärztliche Qualifikation und die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sich in erster Linie am ärztlichen Berufsrecht ausrichten. Ärztliche Weiterbildung und Fortbildung sowie die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sind zentrale Regelungsinhalte des ärztlichen Berufsrechts und liegen in der Zuständigkeit der Ärztekammern. Sozialgesetzliche Zusatzregelungen, zum Beispiel in Gestalt von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, sollten nicht routinehaft, sondern nur dort erlassen werden, wo auch tatsächlicher und entsprechend begründeter Regelungsbedarf besteht. Der Deutsche Ärztetag appelliert an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die von ihm selbst produzierte Bürokratie im Bereich der Strukturqualitätsanforderungen und seiner anderen Qualitätssicherungsrichtlinien abzubauen.

9. Konzentration des solidarisch finanzierten Leistungsangebots auf das originäre Leistungsversprechen

Mit begrenzten Mitteln kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen finanziert werden. Der Leistungsumfang im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung muss auf ein seinen Grundsätzen – medizinisch notwendig, ausreichend und zweckmäßig – entsprechendes Maß zurückgeführt werden.

10. Transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums

Statt Zweckentfremdung von Solidarbeiträgen für Krankenkassenwettbewerb, Rationierung und Einführung von Zweiklassenmedizin, befürwortet der Deutsche Ärztetag eine transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums in eine Regelversorgung, die den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, sowie darauf aufbauende zusätzliche Versorgungsangebote.

11. Stabiler Ordnungsrahmen für Sicherstellungsauftrag und Vertragswettbewerb

Selektivverträge dürfen nur als Ergänzung, und nicht als Konkurrenz zu den kollektivvertraglichen Regelungen konzipiert werden. Der Deutsche Ärztetag befürwortet die Erprobung neuer, von Haus- und Fachärzten gemeinsam getragener Modelle für eine patientenzentrierte Versorgung, zum Beispiel auf Basis einer Zusammenführung der §§ 73b und c SGB V. Im Interesse der Patientinnen und Patienten muss eine Abschottung der hausärztlichen von der fachärztlichen Versorgung verhindert werden.

12. Förderung transsektoraler Vernetzung

Der Deutsche Ärztetag spricht sich nachdrücklich für die Überwindung der Sektorisierung des deutschen Gesundheitswesens unter Beibehaltung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ aus. Die Arbeit von hochqualifizierten Fachärzten in der Klinik und in der Praxis ist ein Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems. Anstelle der derzeitigen Regelungen nach § 116b SGB V sollten freiwillige Kooperationsmodelle von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern gefördert werden, die zu einer sinnvollen Ergänzung des Versorgungsangebots bei seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen führen.

13. Strukturelle Weiterentwicklung der GKV

Der Deutsche Ärztetag fordert, den Gesundheitsfonds grundsätzlich neu zu überdenken. Zu einer strukturellen Weiterentwicklung der GKV zählen u. a. eine schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren und eine stufenweise Einführung von Kapitaldeckung und Bildung von Altersrückstellungen. Eine Sanierung der in der Krise steckenden GKV zulasten der privaten Krankenversicherung (PKV) lehnt der Deutsche Ärztetag ab.

14. Erhaltung der privaten Krankheitsvollversicherung

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine „GKVisierung“ der PKV ab. Die private Krankheitsvollversicherung muss als Wahlmöglichkeit erhalten und im Sinne eines echten Wettbewerbs zwischen GKV und PKV einem größeren Versichertenkreis zugänglich gemacht werden. Der Deutsche Ärztetag lehnt die willkürliche Destabilisierung des PKV-Systems durch die Einführung des Basistarifs, die erschwerten Wechselbedingungen von der GKV in die PKV und andere Regelungen ab.

15. Stärkung von Kostenerstattungsprinzip und GOÄ

Der Deutsche Ärztetag spricht sich für eine stärkere Erprobung von sozialverträglichen Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen in der GKV aus. Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Bundesärztekammer ihren Vorschlag für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) so weiterentwickelt, dass die Gebühren nicht nur die betriebswirtschaftlichen Kosten abbilden, sondern eine Wertschätzung ärztlicher Leistung ausdrücken. Die neue GOÄ soll im Sinne einer Referenzgebührenordnung die maßgeblichen Orientierungswerte für die Vergütung ärztlicher Leistungen auch außerhalb der PKV vorgeben. Der Deutsche Ärztetag fordert ein klares Bekenntnis der Politik und der PKV zur Neufassung der GOÄ auf Basis des Vorschlags der Bundesärztekammer. Eine Angleichung der GOÄ an den EBM wird strikt abgelehnt.

16. Erhaltung der Innovationsfähigkeit

Besondere Herausforderungen im Hinblick auf die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens stellen die Implementierung von Innovationen und die Priorisierung von Gesundheitsleistungen dar. Um auch weiterhin eine Teilhabe der gesamten Bevölkerung am medizinischen Fortschritt zu ermöglichen und gleichzeitig die Innovationskraft der deutschen Gesundheitswirtschaft zu erhalten, bedarf es neuer Grundsatzüberlegungen. Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, Mitverantwortung für Priorisierungsfragen zu übernehmen, wenn sich alle Partner des Gesundheitswesens zu Transparenz und einem verantwortungsbewussten Umgang mit den knapper werdenden Ressourcen verpflichten und für die Ärzteschaft eine Vereinbarkeit von Sozialrecht und Berufsrecht gewährleistet wird.

17. Gründung eines Gesundheitsrates

Der Deutsche Ärztetag wiederholt seinen Vorschlag, als Beratungsgremium für eine vorausschauende Gesundheitspolitik einen Gesundheitsrat einzurichten, in dem Vorschläge für prioritäre Gesundheitsziele und Versorgungsaufgaben unter Berücksichtigung ethischer, gesundheitsökonomischer und juristischer Aspekte beraten werden.

18. Zukunftssicherung des Gesundheitsstandorts Deutschland

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Intensivierung der Anstrengungen zur Schaffung zufriedenstellender Arbeitsbedingungen und einer Vertrauenskultur im deutschen Gesundheitswesen, damit insbesondere die Ausübung kurativer Medizin in Deutschland wieder attraktiver wird. Die Verhinderung von Versorgungsengpässen in der Fläche wird nicht allein durch Vergütungsanreize zu verhindern sein, sondern bedarf gemeinsamer Anstrengungen, zum Beispiel durch eine intensivere Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur durch Länder und Kommunen.

Der gesamte Leitantrag zu den Prüfsteinen für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik kann als Beschluss des 112. Deutschen Ärztetags über die Homepage der Bundesärztekammer abgerufen werden (www.bundesaerztekammer.de).

Das auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 beschlossene Ulmer Papier wird in den nächsten Jahren weiterentwickelt und ausgebaut. Eine vom Vorstand der Bundesärztekammer berufene Arbeitsgruppe erarbeitet derzeit ein weiterführendes Papier zur Situation von Ärztinnen und Ärzten in den künftigen Versorgungsstrukturen. Weiterhin werden u. a. das Thema Patientenrechte bei Mittelknappheit sowie die Zukunft der fachärztlichen Versorgung auf dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden beraten.

1.1.2 Beschlüsse des 112. Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz

Der 112. Deutsche Ärztetag hat sich vom 11. bis 14. Mai 2009 in Mainz mit aktuellen gesundheitspolitischen und berufspolitischen Themen befasst und Grundsatzpositionen des Ulmer Papiers weiter vertieft. Neben dem Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (s. Kapitel 1.1.1) hat die Eröffnungsrede des Präsidenten, in der es insbesondere um die in Deutschland vorherrschende Mangelversorgung von medizinischen Leistungen ging, zu einer intensiven Debatte sowohl unter den Delegierten des Deutschen Ärztetages als auch in der Öffentlichkeit geführt.

Das Thema Mangelversorgung wurde erneut im Tagesordnungspunkt „Patientenrechte in Zeiten der Rationierung“ aufgegriffen und vom 112. Deutschen Ärztetag insbesondere unter rechtlichen Aspekten beraten.

Im Tagesordnungspunkt „Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft“ erörterten die Delegierten die Aspekte der Freiheit und der Verantwortung in einer guten ärztlichen Versorgung (s. Kapitel 3, S. 117 f.).

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen wurde als weiteres Thema von den Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages beraten. Im Mittelpunkt der Debatte standen die spezifischen Versorgungsbedürfnisse dieser Patientengruppe (s. Kapitel 13.2.1, S. 457).

Neben der regelmäßigen Berichterstattung zur (Muster-)Weiterbildungsordnung lagen auch Anträge zur Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer sowie zum § 3 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage vor.

Die Dokumente, Beschlussprotokolle und Referate zu den Tagesordnungspunkten sind unter www.bundesaerztekammer.de abrufbar. Die Konsequenzen aus den an den Vorstand überwiesenen Anträgen des Ärztetages sind im Kapitel 13.2 aufgeführt.

1.2 Zusammenarbeit mit der Politik auf nationaler Ebene

1.2.1 Interessenvertretung gegenüber der Politik

Als Vertretung der Ärzteschaft in Deutschland ist es für die Bundesärztekammer unerlässlich, am Regierungssitz mit einer eigenen Interessenwahrnehmung präsent zu sein. Denn mit fast allen Fachbereichen des Gesundheitsministeriums, aber auch mit anderen Ressorts – beispielsweise Bildung und Forschung, Inneres, Wirtschaft oder Justiz – ist die Bundesärztekammer regelmäßig in Kontakt. Von einer Vielzahl parlamentarischer Entscheidungsprozesse ist die Bundesärztekammer direkt oder indirekt betroffen. Ein kontinuierlicher fachlicher Austausch mit Regierung, Parlament und der Ministerialebene ist daher unabdingbar. Angesichts der Komplexität der politischen Inhalte ist die Politik im Bund darauf angewiesen, zur Meinungsbildung externen Sachverständigen von fachlicher Seite einzuholen und sich mit den Verbänden über Problemlösungen auszutauschen. Dennoch hängt insbesondere der Gesundheitspolitik der Ruf an, von sogenannten Lobbyinteressen und damit Partikularinteressen stark dominiert zu sein. Deutschland wird zum Teil sogar als „der Verbändestaat“ titulierte. Lobbying und die Be-

einflussung der Entscheidungsträger durch Lobbyisten und Verbände werden teilweise als Macht- oder Bedeutungseinbuße der Parlamente bis hin zur Entparlamentarisierung angesehen. Diese Abwertung der Interessenvertretung durch gesundheitspolitische Verbände und Institutionen soll häufig nur verschleiern, dass der Sachverstand der Beteiligten und Betroffenen machtpolitischen Erwägungen entgegensteht. Die Politik wäre ohne den regelmäßigen Dialog mit den Verbänden nur sehr eingeschränkt in der Lage, sachgerechte Entscheidungen zu treffen. Daher trägt die Interessenvertretung zum einen zur demokratischen Willensbildung bei und zum anderen gleicht sie Informationsdefizite der Politik aus.

Umso größer ist die Verantwortung der Bundesärztekammer, gegenüber den Entscheidungsträgern und der Ministerialbürokratie zu vermitteln, dass sie in ihrer Interessenswahrnehmung von dem Bestreben geleitet wird, die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten und bessere Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu erreichen. Hier ist eine verlässliche, seriöse und glaubwürdige Interessenvertretung gefordert, die auf einen kontinuierlichen und vertrauensvollen Informationsaustausch mit den Entscheidungsträgern der Regierung und Fraktionen des Deutschen Bundestages, des Bundesrates sowie der Ministerialbürokratie der Ministerien und des Kanzleramtes setzt. Regelmäßige Kommunikation auf allen Ebenen der politischen Entscheidungsprozesse, ein stetiges Monitoring der politischen Abläufe von Regierung und Parlament sowie Informationsgewinnung und -auswertung sind Grundlagen dieser Tätigkeit.

1.2.2 Gesetzgebung im Jahr 2009

Die Gesetzgebung von Union und SPD war in der Schlussphase der Großen Koalition von sogenannten Omnibusgesetzen geprägt. So trat zum 1. Januar 2009 das sogenannte GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz in Kraft sowie am 23. Juli 2009 die 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes. Mit diesen Artikelgesetzen wurde noch vor der Bundestagswahl eine Vielzahl von Einzelregelungen über die parlamentarischen Hürden gebracht. Darüber hinaus wurde u. a. das Gendiagnostikgesetz und das Gesetz zur Patientenverfügung verabschiedet. Einigen konnte man sich ebenfalls auf die Neuregelung im Schwangerschaftskonfliktgesetz, Änderung der medizinproduktrechtlichen Vorschriften und die Behandlung von Drogenabhängigen mit Diamorphin. Anträge, wie die der Länder Hessen und Baden-Württemberg, nach denen die Verpflichtung der Krankenkassen zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung wieder aufzuheben sei, wurden jedoch abgelehnt. Die Pläne der Großen Koalition für ein neues Kinderschutzgesetz konnten ebenfalls nicht vor der anstehenden Bundestagswahl im September 2009 umgesetzt werden. Eine Einigung wurde nicht erzielt. Die Koalitionsparteien wiesen sich hierbei gegenseitig die Schuld zu. Das Gesetz hätte Kinder und Jugendliche künftig besser vor Misshandlung und Vernachlässigung schützen sollen. Einen erneuten Anlauf für ein Kinderschutzgesetz will nach Angaben von Bundesfamilienministerin Kristina Köhler (CDU) nun die neue schwarz-gelbe Bundesregierung unternehmen. Abgelehnt wurde auch der Gesetzesentwurf „zur Verbesserung der sozialen Situation von Ausländerinnen und Ausländern, die ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben“. Dieser Entwurf wurde bereits im Januar 2006 durch die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen eingebracht.

Gendiagnostikgesetz

Am 24. April 2009 verabschiedete der Bundestag nach langer Debatte das Gendiagnostikgesetz (GenDG) und kam dabei in einigen Punkten vielfach von der Bundesärztekammer an die Politik herangetragenen Forderungen nach. Hauptstreitpunkt zwischen Union und SPD war die Frage, ob die Untersuchung spätmanifestierender Erkrankungen gesetzlich verboten werden sollte. Die Union konnte sich mit dieser Forderung durchsetzen. Gesetzlich klargestellt ist, dass niemand wegen seiner genetischen Eigenschaften diskriminiert werden darf. Das Recht auf Nichtwissen ist ebenso verankert wie die Freiwilligkeit der Teilnahme an genetischen Untersuchungen. Grundsätzlich dürfen weder Arbeitgeber von ihren Mitarbeitern noch Versicherungen von ihren Kunden Gentests verlangen. Gesetzlich geregelt sind auch der Arztvorbehalt bei der genetischen Diagnostik und die besondere Rolle des Facharztes für Humangenetik im Hinblick auf die prädiktive genetische Diagnostik. Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte in der Vergangenheit wiederholt ihre Position gegenüber der Politik verdeutlicht. So begrüßte die BÄK, dass diese wichtigen Forderungen der Ärzteschaft in dem Gesetzentwurf berücksichtigt worden sind. Allerdings kritisierte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, dass das Gesetz eine Reihe von Regelungen enthalte, mit denen die Bundesärztekammer nicht einverstanden ist. Dazu gehörten insbesondere die weit in das ärztliche Berufsrecht hineinreichenden Regelungen zur Qualitätssicherung, zur Prüfung der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Weiterbildung und Fortbildung sowie zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes von Wissenschaft und Technik. Die Regelungen ließen somit zum Teil die verfassungsrechtlichen Zuständigkeitsbereiche außer Acht. Besorgniserregend sei insbesondere, dass einige Aufgabenzuordnungen der geplanten Gendiagnostik-Kommission des Robert Koch-Instituts nicht nur weit in den ärztlichen Verantwortungsbereich hineinreichen, sondern auch die den Ländern übertragene Kompetenz für Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung betreffen. Gegenüber der Politik artikuliert die Bundesärztekammer darüber hinaus die Sorge der Ärzteschaft im Hinblick auf die Einführung der Pflichtakkreditierung für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen. Dies bekräftigte die BÄK auch in der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages zu dem Gesetzentwurf. Deutlich wurde die Bundesregierung auf die bereits geltenden Vorschriften der Medizinprodukte-Betreiberverordnung im Allgemeinen und auf die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien im Besonderen hingewiesen.

Gesetz zur Patientenverfügung

Aktiv eingeschaltet hat sich die Bundesärztekammer auch in die Debatte um ein Patientenverfügungsgesetz. Nach jahrelanger Diskussion und zahlreichen Parlamentsdebatten, ob und in welcher Form Patientenverfügungen gesetzlich verankert werden sollen, wurde ein Gesetzentwurf zur Patientenverfügung, der von einer Gruppe um den Abgeordneten Stünker initiiert worden war, am 18. September 2009 beschlossen. Die Bundesärztekammer hatte gegenüber der Koalition mehrfach betont, dass man kein detailliertes Gesetz zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen brauche, da durch die geltenden, von Gerichten formulierten Voraussetzungen bereits Rechtsklarheit bestehe. Von drei vorliegenden Entwürfen wurde derjenige beschlossen, der dem vorabverfügten, schriftlichen Patientenwillen oberste Priorität einräumt. Dabei kommt es auf Art und Stadium

der Krankheit nicht an. Eine Reichweitenbegrenzung wurde ebenso abgelehnt wie der Entwurf der Abgeordneten Zöller und Faust, die den „dialogischen Prozess“ zur Ermittlung des Patientenwillens auf Grundlage einer schriftlichen oder mündlichen Patientenverfügung in den Vordergrund stellte. Die Zweifel der Bundesärztekammer, ob mit dem Gesetzentwurf tatsächlich mehr Rechtssicherheit für die Entscheidungen am Lebensende erwirkt werden kann, wurde auch in den Medien thematisiert.

Neuregelungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz

Nach langen kontroversen Debatten quer durch alle Fraktionen wurde am 13. Mai 2009 die Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und damit die Neuregelungen bei Abtreibungen aufgrund einer medizinischen Indikation nach der zwölften Schwangerschaftswoche beschlossen. Damit hat ein Gesetzentwurf die Mehrheit gefunden, der den Arzt dazu verpflichtet, Schwangere nach der Diagnose einer mutmaßlichen Behinderung ihres Kindes ergebnisoffen zu beraten und an eine psychosoziale Beratung zu vermitteln. Darüber hinaus wird eine mindestens dreitägige Bedenkzeit nach Stellung der Diagnose bis zur etwaigen Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs eingeführt. Mit der Änderung wurden langjährige Forderungen der Ärzteschaft erfüllt, das bestehende Regelungsdefizit zu beseitigen, das durch die Reform des Schwangerschaftsabbruchrechts 1995 entstanden ist. Die Bundesärztekammer ist gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) bereits zu Beginn der Legislaturperiode mit einem eigenen Gesetzesvorschlag auf die Parlamentarier zugegangen und hatte damit letztlich die Debatte in den Fraktionen angestoßen und intensiv begleitet.

Diamorphin-Behandlung als Kassenleistung

Am 18. Juni 2009 wurden mit den Stimmen von SPD, FDP, Grünen und Linksfraktion Änderungen bei der Diamorphin-Behandlung beschlossen. So hat sich das Parlament dafür ausgesprochen, dass Schwerstdrogenabhängige die Möglichkeit erhalten, unter strenger Beobachtung auf Kosten der Krankenkassen synthetisches Heroin (Diamorphin) verabreicht zu bekommen. Anspruchsberechtigt sind Schwerstdrogenabhängige, die älter als 23 Jahre sind, mindestens fünf Jahre abhängig sind und bereits eine erfolglose Methadon-Therapie hinter sich haben. Unionsabgeordnete hatten einen eigenen Antrag vorgelegt, in dem lediglich die Fortführung der Modellprojekte gefordert wurde, da es für die Übernahme in die Regelversorgung noch zu viele offene Fragen gebe. Die Bundesärztekammer hatte sich in ihrer Stellungnahme für eine Behandlung mit Diamorphin ausgesprochen und ihre Ansicht in der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages nochmals bekräftigt.

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Gesetz zur Änderung des Arzneimittelrechts und anderer Vorschriften dient im Wesentlichen der Anpassung des Arzneimittelgesetzes an europäische Verordnungen, insbesondere zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Die Bundesärztekammer kritisierte in ihrer Stellungnahme sowie in der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages vor allem die unvollständige Umsetzung der EU-Verordnung

in deutsches Recht. Zudem hätte auch eine Änderung des Transplantationsgesetzes erfolgen müssen. Im Rahmen eines Omnibusverfahrens wurden weitere Änderungen vollzogen. So wurden beispielsweise dem Bundesversicherungsamt neue Überprüfungsmöglichkeiten an die Hand gegeben, um Manipulationen von Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs durch Krankenkassen zu verhindern. Außerdem wird die Krankenpflege- und Altenpflegeausbildung auch für Hauptschulabsolventen mit einer abgeschlossenen, zehnjährigen allgemeinen Schulbildung geöffnet.

Gesetz zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften

Ebenfalls am 18. Juni 2009 verabschiedete der Bundestag den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften. Bei dem Gesetz handelt es sich im Wesentlichen um die Umsetzung von EU-Richtlinien in nationales Recht. Kernelement ist die Angleichung an das Arzneimittelrecht. Künftig sollen auch klinische Prüfungen von Medizinprodukten einer Genehmigungspflicht unterliegen. Entsprechend wurde der Abschnitt 4 des Gesetzes „Klinische Bewertung, Leistungsbewertung, klinische Prüfung, Leistungsbewertungsprüfung“ fast vollständig neu gefasst. Die Bundesärztekammer hatte in ihrer Stellungnahme den Gesetzesentwurf grundsätzlich begrüßt. Bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages legte die BÄK dar, dass die Regelungen insbesondere mit Blick auf die klinischen Prüfungen als sachgerecht anzusehen sind, da sie dem Patienten- bzw. Probandenschutz dienen.

Gespräche mit der Politik und Anhörungen im Bundestag

Das Jahr 2009 bot der Ärzteschaft eine Vielzahl von Möglichkeiten – neben vielen Einzelgesprächen mit Abgeordneten, wissenschaftlichen Mitarbeitern und Referenten der Fraktionen –, sich aktiv an der politischen Willensbildung im Bundestag zu beteiligen. Die Bundesärztekammer war u. a. bei allen wichtigen Anhörungen, zu denen der Gesundheitsausschuss der 16. Legislaturperiode eingeladen hatte, durch ihre Fachexperten vertreten. Die Spannweite der Themen reichte vom Gendiagnostikgesetz über die elektronische Gesundheitskarte bis hin zum Konjunkturpaket II. In den Anhörungen konnte die Bundesärztekammer gezielt ihre Ansichten zum Ausdruck bringen und Einfluss auf Anträge und Gesetzesentwürfe nehmen. So machte die Bundesärztekammer in der Anhörung zur elektronischen Gesundheitskarte deutlich, dass die Thematik der „Freiwilligkeit“ der Anwendungen von ganz zentraler Bedeutung ist. Die Bundesärztekammer hat sich vor dem Gesundheitsausschuss auch zu den den Gesundheitssektor betreffenden Maßnahmen des Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigten und Stabilität in Deutschland (Konjunkturpaket II) geäußert. In der Anhörung begrüßte die BÄK mit Nachdruck, dass die stationäre Versorgung in das Paket mit einbezogen wurde. In der Anhörung kam aber auch noch einmal zum Ausdruck, dass die zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um den Investitionsstau der Kliniken zu beheben. Die Ärzteschaft wies zugleich darauf hin, dass vor dem Hintergrund der allgemeinen Entwicklung hin zu einer sektorübergreifenden Versorgung und angesichts des steigenden Versorgungsbedarfs auch niedergelassene Ärzte und medizinische Einrichtungen des ambulanten Sektors von dem Konjunkturprogramm profitieren sollen.

Bundestagswahl 2009

Das letzte Quartal 2009 wurde durch den Wechsel der Bundesregierung und vor allem den Wechsel an der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums geprägt. Die Ärzteschaft hatte bereits im Vorfeld der Koalitionsvereinbarung Kontakt zu den Entscheidungsträgern der Verhandlungspartner von CDU/CSU und FDP aufgenommen, um die Positionen der Ärztinnen und Ärzte zu vermitteln. Die Bundesärztekammer wies dabei auf die bestehenden und zukünftigen Probleme im deutschen Gesundheitswesen hin und zeigte zugleich Lösungsvorschläge auf. Unmittelbar nach Aufnahme seiner Amtsgeschäfte traf der neue Bundesgesundheitsminister, Dr. Philipp Rösler, mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zusammen. Inhalt der Beratungen war die gesundheitspolitische Neuausrichtung der schwarz-gelben Bundesregierung sowie die Positionen der Ärzteschaft in zentralen gesundheitspolitischen Fragen. Der Bundesärztekammer-Präsident zeigte sich in der Folge zuversichtlich, dass mit der neuen Bundesregierung eine neue Vertrauenskultur im Gesundheitswesen begründet werden könnte. Der Koalitionsvertrag verspreche, die medizinischen Versorgungsstrukturen auf eine Gesellschaft des langen Lebens hin auszurichten. Dies lasse hoffen, „dass Gesundheitspolitik nicht länger Einsparpolitik medizinischer Leistungen bleiben wird, sondern dass medizinischer Fortschritt und demografische Entwicklung als Realitäten anerkannt werden“. Zugleich bot Hoppe Bundesgesundheitsminister Rösler zur Bewältigung der Zukunftsprobleme im Gesundheitswesen die Zusammenarbeit an.

1.3 Europäische Union

1.3.1 Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union

70 Prozent der jeweiligen nationalen Gesetze werden auf europäischer Ebene geprägt. Fast alles, was dort erarbeitet und verabschiedet wird, schlägt sich auf nationaler Ebene nieder. So bedürfen europäische Richtlinien der Umsetzung in nationales Recht, auch wenn die grundsätzlichen Entscheidungen nach wie vor die Staats- und Regierungschefs im Europäischen Rat treffen.

Primäre Aufgabe des Brüsseler Büros der deutschen Ärzteschaft ist die Beobachtung, Beschreibung und Begleitung der gesundheits- und sozialpolitisch relevanten Vorhaben der Europäischen Union (EU). Ein bedeutender Teil der Arbeit besteht im Beobachten und Auswerten von politischen Entwicklungen, um mögliche Initiativen oder Gesetzesvorschläge zu antizipieren und den weiteren Verlauf der Dinge frühzeitig mitgestalten zu können.

Die Komplexität der europäischen Gesetzgebung erfordert einen kontinuierlichen Informationsaustausch nicht nur mit den Mitgliedern des Europäischen Parlaments, sondern auch mit Kommissionsbeamten, Akteuren des Ministerrates und Mitgliedern der ständigen Ausschüsse. Durch den zunehmenden Einfluss europäischer Maßnahmen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten erhöht sich auch der Druck, Entscheidungen der EU zu beeinflussen. Das kommt nicht zuletzt durch die Vielzahl von Lobbyisten in Brüssel zum Ausdruck. Es gibt kaum eine Interessensgruppe, die nicht repräsentiert wird und zumindest ein Ein-Mann-Büro im Brüsseler Europaviertel unterhält. Schät-

zungen zufolge sind zwischen 15.000 und 20.000 hauptberufliche Lobbyisten in Brüssel tätig. Die Europäische Kommission vertritt zwar die Auffassung, dass Lobbying in einem demokratischen System seine Berechtigung hat, doch müsse für die Öffentlichkeit klar erkennbar sein, welchen Beitrag Lobbygruppen den europäischen Organen und Einrichtungen liefern, wen sie vertreten, welches Ziel sie verfolgen und wie sie finanziert werden. Aus diesem Grund hat die Kommission vor gut zwei Jahren ein Europäisches Lobbyregister eingeführt, in dem sich auch die Bundesärztekammer eingetragen hat.

Es ist sehr wichtig, dass die deutsche Ärzteschaft durch das Brüsseler Büro ihre spezifischen Belange gegenüber den entscheidenden Stellen in den europäischen Gremien auch direkt vorbringen kann. Dazu gehört auch eine enge und gut funktionierende Zusammenarbeit mit der Berliner Koordinationsstelle der Bundesärztekammer für Parlaments- und Regierungsangelegenheiten, um gemeinsame Vorgehensweisen abzustimmen. Erfolgreiche Lobbyarbeit in Brüssel ist nur in enger Abstimmung mit der Geschäftsführung und den Gremien der Bundesärztekammer möglich. Dies wird durch einen beständigen Informationsaustausch zwischen Brüssel und Berlin gewährleistet.

Dazu gehört auch das sogenannte „EU-Bulletin“, einem vom Brüsseler Büro in Zusammenarbeit mit der Pressestelle entwickelten Informationsdienst, in dem in regelmäßigen Abständen über neueste Gesetzgebungsinitiativen und Entscheidungen aus Brüssel berichtet wird. Um möglichst zeitnah über die Entwicklungen auf europäischer Ebene zu informieren, wurde darüber hinaus der Informationsdienst „Brüssel aktuell“ konzipiert.

Auf Brüsseler Ebene wird das Ziel eines verstärkten kontinuierlichen Dialogs neben zahlreichen bilateralen Gesprächen auch durch Gesprächsabende mit hochrangigen Vertretern aus Politik und anderen Entscheidungsträgern erreicht. Die Vertretung in Brüssel sieht es als eine ihrer Hauptaufgaben an, zum Verständnis der komplexen europäischen Materie durch Sachkompetenz, gegenseitigen Austausch von Informationen sowie durch konstruktiven Dialog beizutragen.

So hat die Bundesärztekammer den Vorschlag des Europaabgeordneten Dr. Peter Liese (CDU) mit Nachdruck unterstützt, das Arzneimittelrecht der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz zu übertragen. Bislang wurde dieser Bereich von der Generaldirektion Unternehmen und Industrie verwaltet. Der Präsident der Europäischen Kommission, José Manuel Barroso, ist dem Antrag Lieses gefolgt. Der designierte EU-Gesundheitskommissar John Dalli wird zudem künftig für die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) zuständig sein. Des Weiteren übernimmt er den Bereich Biotechnologie und Pestizide, der bisher bei der Umwelt angesiedelt war.

Die Bundesärztekammer hatte an Barroso appelliert, das Arzneimittelrecht an die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz zu übergeben, da dieses in fast allen Mitgliedstaaten in den Gesundheitsbereich falle. Auch würden die Entwürfe zur Änderung der Richtlinie zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (2001/83/EG) bezüglich der Patienteninformation, der Pharmakovigilanz sowie der gefälschten Arzneimittel vom parlamentarischen Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) behandelt. Darüber hinaus seien Arzneimittel nicht mit anderen Produkten vergleichbar, da auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch Nebenwirkungen auftreten könnten. Deshalb bedürfe es in diesem Bereich einer stärkeren Regulierung.

1.3.2 Europäische Gesundheitspolitik

Für eine europäische Gesundheitspolitik gilt seit dem 1. Dezember 2009 der neue Art. 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). Dieser wurde mit dem Vertrag von Lissabon eingeführt, der den bisherigen Vertrag von Nizza ersetzt. Dem Lissabon-Vertrag zufolge ist die Zuständigkeit der Europäischen Union im Bereich des Gesundheitswesens nach wie vor begrenzt. Zwar hat die EU bei Maßnahmen, die sie in anderen politischen Bereichen festlegt oder durchführt, ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen, doch darf sie die Politik der Mitgliedstaaten allenfalls ergänzen sowie die Zusammenarbeit der Staaten untereinander fördern, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern oder Humankrankheiten zu verhindern. Auch kann die EU die Maßnahmen und Programme der Mitgliedstaaten koordinieren und über bewährte Verfahren informieren. Die Hauptverantwortung für die nationale Gesundheitspolitik liegt jedoch noch immer bei den Mitgliedstaaten, was insbesondere durch Art. 168 Abs. 7 AEUV unterstrichen wird. Die ergänzende Tätigkeit der Europäischen Union berührt in keiner Weise die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation ihrer nationalen Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung.

Gleichwohl übt die europäische Ebene durch die Binnenmarktregelungen und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland aus. Die vielfältigen Aktivitäten der EU-Kommission wie beispielsweise Grünbücher, Weißbücher, sogenannte Mitteilungen und Richtlinien betreffen jeweils die nationalen Gesundheitssysteme und führen damit zu unmittelbaren Konsequenzen auf deren Gestaltung und Entwicklung. In Verbindung mit der europäischen Rechtsprechung der vergangenen Jahre lässt sich darüber hinaus noch immer eine Tendenz hin zu einer schleichenden Kompetenzerweiterung und Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme feststellen.

Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Die OMK ist ein Instrument zur Konvergenz der verschiedenen Sozialversicherungssysteme der Mitgliedstaaten. Sie ist insbesondere für die Politikbereiche von Bedeutung, für die die Europäische Union bisher nur eingeschränkt Gesetzgebungsbefugnisse hat. Anhand von vereinbarten Zielen und daraus abgeleiteten Indikatoren werden die Fortschritte auf den verschiedenen Gebieten der sozialen Sicherung beobachtet und die einzelnen Mitgliedstaaten durch den Austausch von Know-how bei der schrittweisen Entwicklung eigener Strategien unterstützt. Erfahrungen mit der OMK liegen in der Beschäftigungs- und Rentenpolitik, in der Bekämpfung von Ausgrenzung und Diskriminierung sowie bei den Investitionen in mehr und bessere Arbeitsplätze vor. Seit dem Jahr 2005 gilt die OMK auch bei der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege.

High Level Group

Ausgehend vom Lissabon-Prozess wurde im Jahr 2002 eine sogenannte „hochrangige Arbeitsgruppe“ („High Level Group“) für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung eingesetzt. Diese Gruppe führt Experten aus allen Mitgliedstaaten zusammen und wird in den Bereichen grenzübergreifende Erbringung und Inanspruchnahme

von Gesundheitsdienstleistungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Referenzzentren, Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen, Information und Gesundheitstelematik, Health Impact Assessment sowie Gesundheitssysteme und Patientensicherheit tätig. Ziel ist es, einen Reflexionsprozess über Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der EU anzustoßen. Aus dem Vorstand der Bundesärztekammer nimmt Dr. Günther Jonitz als Experte an der „Patient Safety and Quality of Care Working Group“ teil.

1.3.3 Begleitung von europäischen Gesetzesvorhaben und politischen Initiativen mit gesundheits- und sozialpolitischem Bezug

Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

1. Das Europäische Parlament

Der Richtlinienentwurf über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (KOM [2008] 414) wurde zu Beginn des Jahres 2009 im Europäischen Parlament behandelt und im April 2009 in Straßburg angenommen. Berichterstatter war der britische Abgeordnete John Bowis (EVP). In einer Entschließung betonten die Parlamentarier, dass es bei der vorliegenden Richtlinie um Patientenrechte gehe und nicht um die Freizügigkeit der Leistungserbringer. Des Weiteren berühre die Richtlinie nicht die Rechte von Patienten, die bereits in einer anderen Verordnung oder durch nationale Gesetzgebung kodifiziert worden sind.

Uneinigkeit gab es jedoch über die Rechtsgrundlage der Richtlinie. Während die EU-Kommission ihren Entwurf auf Art. 95 des EG-Vertrags stützt, forderten die parlamentarischen Fraktionen der Sozialisten (PSE) und der Linken, den Schwerpunkt auf die Gesundheitsfürsorge zu legen. Rechtsgrundlage hierfür sei Art. 152 des EG-Vertrags. Die Anträge auf eine Änderung der Rechtsgrundlage wurden jedoch abgelehnt. Diskutiert wurde auch, ob sich die Leistungserbringer wegen der Kostenerstattung entweder direkt an die Kostenträger (z. B. Krankenkassen) oder vorerst an die Patienten wenden sollten. Ein System, in dem die Kostenerstattung ohne den Patienten abgewickelt wird, würde durch sogenannte „Voucher“ (Gutscheine) erfolgen. Die Kommission soll nun prüfen, ob eine zentrale Verrechnungsstelle eingeführt werden kann, um die Rückerstattung der Kosten von Krankenhausleistungen und Spezialbehandlungen zu erleichtern. Umstritten war auch die Vorabgenehmigung für die Rückerstattung der Kosten. Die Abgeordneten sprachen sich für den Vorschlag aus, dass sich die Patienten Krankenhausleistungen und Spezialbehandlungen vorab genehmigen lassen müssen. Auch sollten die Mitgliedstaaten im Vorfeld festlegen, was für sie Krankenhausdienstleistungen sind. Schließlich wurde die Einrichtung eines Ombudsmanns vorgeschlagen, der sich den Patientenbeschwerden annehmen soll, die innerhalb des Mitgliedstaats, in dem die medizinische Behandlung stattfand, nicht gelöst werden konnten.

2. Der Gesundheitsministerrat der Europäischen Union

Um endlich eine Einigung über den Richtlinienentwurf zu erzielen, hatte die schwedische Ratspräsidentschaft Mitte November 2009 den Arbeitsgruppen des EU-Gesundheitsministerrates einen neuen Kompromissvorschlag vorgelegt. Dieser basierte ebenso wie die Vorschläge der vorangegangenen Ratspräsidentschaften auf Art. 95 des EG-Ver-

trags, der die Zuständigkeit der EU im Bereich des Binnenmarkts regelt. Lediglich Art. 13 und 15 des Kompromissvorschlages, die die Zusammenarbeit bei europäischen Referenznetzwerken und die Gesundheitstechnologien regeln, fallen unter eine andere Rechtsgrundlage. An dieser Stelle gilt Art. 152 Abs. 4c des EG-Vertrags. Dieser regelt die Zuständigkeit der EU im Gesundheitssektor, die auf europäischer Ebene stark eingeschränkt ist.

Der Kompromissvorschlag der schwedischen Ratspräsidentschaft ist auf jegliche Bestimmungen der Gesundheitsversorgung von Patienten anwendbar – unabhängig davon, wie die medizinische Versorgung organisiert ist, gefördert oder finanziert wird. Doch findet er keine Anwendung auf den Bereich der Langzeitpflege. Auch sollten die Bereitstellung und der Zugang zu Organen für die Transplantation sowie öffentliche Impfprogramme gegen Infektionserkrankungen bei der Anwendung der Richtlinie ausgenommen werden.

Das vom EU-Parlament vorgeschlagene sogenannte „Voucher“-System wurde in das Kompromisspapier der Schweden nicht aufgenommen. Um die Patienten jedoch umfassend über die verschiedenen Gesundheitsdienstleister zu informieren, sollen die Mitgliedstaaten nationale Kontaktstellen benennen oder einrichten. Deren Kontaktdaten sollen anschließend der EU-Kommission übermittelt werden, damit diese die Zusammenarbeit der Kontaktstellen koordinieren kann.

Ferner soll der Mitgliedstaat, in dem der Patient versichert ist, die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erstatten, wenn diese nach der Leistungsdefinition der Krankenversicherung des jeweiligen Landes erstattungsfähig sind. Um zu vermeiden, dass die Höhe der festgelegten Kosten überschritten wird, und um die Berechnung für den Patienten transparenter zu gestalten, sollen die Mitgliedstaaten außerdem Kriterien für das Verfahren der Kostenerstattung entwickeln.

Im Fokus der Diskussionen im EU-Gesundheitsministerrat stand zudem die Frage, ob Leistungserbringer vom Anwendungsbereich der Richtlinie herausgenommen werden sollen, wenn sie nicht an ein gesetzliches Sozialversicherungssystem gebunden sind (z. B. Vertragsärzte), sie nicht die jeweiligen nationalen Qualitätsstandards und Leitlinien einhalten oder die Qualität und Sicherheit bei der Patientenversorgung infrage gestellt sind.

Darüber hinaus soll eine Vorabgenehmigung für eine stationäre Gesundheitsversorgung die Ausnahme darstellen. Lediglich für Gesundheitsdienstleistungen, die eine Übernachtung erfordern, für die hochspezialisierte und kostenintensive medizinische Geräte notwendig sind oder die ein hohes Risiko für den Patienten oder die Bevölkerung darstellen, könne verlangt werden, dass sich der Patient zuvor das Einverständnis der nationalen Behörden des Mitgliedstaats einholt, in dem er versichert ist.

Beantragt ein Patient eine Vorabgenehmigung, müssen die Voraussetzungen nach der Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (883/2004) geprüft werden. Diese greift beispielsweise bei medizinischen Notfällen im Ausland.

Trotz monatelanger Verhandlungen konnten sich die Mitglieder des EU-Gesundheitsministerrats am 1. Dezember 2009 nicht auf einen Kompromissvorschlag einigen. Hauptkritikpunkte sind nach wie vor die Frage der Einbeziehung vertraglich nicht gebundener Dienstleistungsanbieter in den Anwendungsbereich der Richtlinie sowie die Definition

des Versicherungsmitgliedstaats. Spanien will zudem eine Überlastung seines Gesundheitssystems verhindern, da viele Nicht-Spanier dieses Land als ihren Wohnort wählen. Die Mitgliedstaaten Griechenland, Portugal, Polen, Litauen, Rumänien und die Slowakei lehnen die Richtlinie ab.

Die Bundesärztekammer hat sich ausführlich mit dem Richtlinienentwurf der EU-Kommission zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auseinandergesetzt und Änderungsanträge in das Europäische Parlament eingebracht. Der im EU-Gesundheitsministerrat diskutierte Kompromissvorschlag der schwedischen Ratspräsidentschaft wird als eine Verbesserung zu den bisher verhandelten Papieren betrachtet, da in diesem die Befugnisse der Kommission beispielsweise bei der Bereitstellung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards, der Telematik und bei den Referenznetzwerken eingeschränkt werden würden.

Eine Weiterbearbeitung des Richtlinienentwurfs ist ungewiss. Da Spanien zu den stärksten Kritikern der Richtlinie zählt und ab Januar 2010 die Ratspräsidentschaft für sechs Monate übernimmt, ist eine Aufnahme der Richtlinie auf die Tagesordnung dieser Ratspräsidentschaft fraglich. Ferner besteht die Wahrscheinlichkeit, dass die Europäische Kommission nach den langwierigen Auseinandersetzungen den Vorschlag für eine Richtlinie zurückzieht. Die weitere Entwicklung bleibt also abzuwarten.

Änderung der EU-Arbeitszeitrichtlinie

Nach jahrelangen Verhandlungen über die Arbeitszeitrichtlinie (2003/88/EG) scheiterten diese im April 2009 endgültig im Vermittlungsausschuss. Dieser war einberufen worden, nachdem sich das Europäische Parlament und der EU-Ministerrat sowohl in erster als auch in zweiter Lesung nicht auf einen Kompromiss einigen konnten. Der Vermittlungsausschuss setzte sich aus Vertretern des EU-Arbeitsministerrates und des Parlaments zusammen. Die Gespräche zwischen den Arbeits- und Sozialministern sowie den Europaabgeordneten liefen seit Januar 2009. In diesen hatte die zu diesem Zeitpunkt amtierende tschechische Ratspräsidentschaft im Namen der Mitgliedstaaten dem EU-Parlament eine Reihe von Zugeständnissen gemacht, die als Basis für eine Kompromisslösung gelten sollten.

Kernpunkt der Verhandlungen zwischen den Mitgliedstaaten und dem Parlament war nach wie vor die sogenannte Opt-Out-Klausel. Diese beinhaltet die Möglichkeit, die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden kraft einzelvertraglicher Vereinbarungen zu überschreiten. Zudem sollten Schutzmechanismen gegen einen Missbrauch dieser Vereinbarungen zulasten der Arbeitnehmer eingeführt werden. So sollte beispielsweise die Zustimmung des Arbeitnehmers zur Opt-Out-Regelung auf ein Jahr beschränkt werden. Stimmt der Arbeitnehmer der Regelung nicht zu, hätte er jedoch keine Sanktionen zu befürchten. Auch wurde bei den Verhandlungen vorgeschlagen, dass eine solche Vereinbarung erst nach Ablauf der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses getroffen werden sollte. Dem Arbeitnehmer sollte dabei aber ermöglicht werden, seine Zustimmung zu widerrufen. Während das Parlament diese Ausnahmeregelung abschaffen wollte, stimmte der EU-Arbeitsministerrat weiterhin für die Beibehaltung der Opt-Out-Klausel, obgleich er für eine Obergrenze bei der zugelassenen wöchentlichen Arbeitszeit im Rahmen der Opt-Out-Regelung plädierte. Danach sollten 60 Stunden im Durchschnitt eines Dreimonatszeitraums nicht überschritten werden, sofern in einem Tarifvertrag

oder einer Vereinbarung zwischen den Sozialpartnern keine andere Regelung vorgesehen ist. Zwar sprach sich der Rat dafür aus, den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit anzurechnen, wenn dies in einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und anderen Verträgen festgelegt ist, doch müsse dann eine Höchstarbeitszeit von bis 65 Wochenstunden möglich sein. Die Opt-Out-Klausel wird derzeit von 15 der 27 EU-Mitgliedstaaten angewendet.

Änderungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie wurden erstmals mit den Urteilen SIMAP und Jaeger des Europäischen Gerichtshofs als notwendig angesehen, in denen dieser entschieden hatte, dass der Bereitschaftsdienst, den Ärzte in Form persönlicher Anwesenheit in der Gesundheitseinrichtung leisten, als Arbeitszeit anzusehen ist. Der EU-Ministerrat für Beschäftigung und Soziales hatte sich damals darauf verständigt, die von der Kommission vorgeschlagene Aufteilung des Bereitschaftsdienstes in aktive und inaktive Zeiten mitzutragen. Danach sind aus Sicht des Rates aktive Zeiten als Arbeitszeit zu definieren, inaktive Zeiten hingegen werden nicht als Arbeitszeit gewertet, sofern nicht in einzelstaatlichen Rechtsvorschriften oder im Einklang mit den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und/oder Gepflogenheiten in Tarifverträgen oder Vereinbarungen zwischen den Sozialpartnern anders lautende Bestimmungen vorgesehen sind.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat die Standfestigkeit des Europäischen Parlaments begrüßt, da dieses den Schutz von Ärzten und Pflegepersonal vor kommerziellen Eigeninteressen gestellt habe. Während der parlamentarischen Lesungen hatte die BÄK anhand von Einzelgesprächen und Briefen die Europaabgeordneten auf die Probleme aufmerksam gemacht, die aus Sicht der Ärzteschaft im Richtlinienvorschlag des Rates vorhanden sind.

Änderung der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

Nach Ablauf der Umsetzungsfrist der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG) wird die Europäische Kommission damit beginnen, deren Umsetzung zu evaluieren. Das EU-Parlament hatte zuvor eine Studie zum Umsetzungsstand der Richtlinie in Auftrag gegeben und die Ergebnisse schließlich im September 2009 im Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz (IMCO) vorgestellt. Anschließend fand am 16. November 2009 eine Anhörung vor dem IMCO statt, bei der Experten zum Umsetzungsstand und über praktische Probleme während des Umsetzungsprozesses befragt wurden. Der Ausschussvorsitzende Malcolm Harbour (ECR, UK) wird diesbezüglich einen Initiativbericht verfassen, der voraussichtlich im Frühjahr 2010 veröffentlicht wird.

Die EU-Kommission hat zudem Mitte Dezember 2009 einen Benutzerleitfaden für die Berufsanerkenntnisrichtlinie ins Internet gestellt, in dem 66 Fragen über das Verfahren der Anerkennung beantwortet werden. Ein Evaluationsbericht zu der Richtlinie ist zwar im Jahr 2010 geplant, doch eine Änderung dieser Gesetzesmaßnahme ist nicht vor dem Jahr 2012 zu erwarten. Die Kommission trifft jedoch schon jetzt Vorbereitungen für eine eventuelle Änderung der Richtlinie. Insgesamt 15 Richtlinien waren vor einigen Jahren ohne jegliche Veränderungen zu einer einzigen zusammengefasst worden. Da die entsprechenden Bereiche nun als veraltet gelten, soll eine Änderung der Richtlinie jetzt nachgeholt werden. Auch der Teil, der den Arztberuf betrifft, soll erneuert werden.

Die Bundesärztekammer hat bereits Kontakt zu der Europäischen Kommission aufgenommen und wird deren Arbeiten zur Änderung der Berufsanerkenntnisrichtlinie intensiv verfolgen.

E-Health

Der EU-Gesundheitsministerrat hat am 1. Dezember 2009 eine Schlussfolgerung zu sicherer und effizienter Gesundheitsversorgung durch E-Health angenommen. Die Gesundheitsstrategie der Gemeinschaft für die Jahre 2008 bis 2013 zielt unter anderem darauf ab, flexible und anpassungsfähige Gesundheitssysteme sowie neue Technologien zu entwickeln. Diese sollen die Bekämpfung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten erleichtern, die Patientensicherheit erhöhen sowie zu einer besseren Koordinierung der Gesundheitssysteme und mehr Nachhaltigkeit beitragen. Deshalb hat der Rat das Pilotprojekt „EpSOS“ begrüßt. Mit diesem soll die grenzüberschreitende Interoperabilität von Auszügen aus elektronischen Patientenakten und von elektronischen Arzneimittelrezepten verbessert werden.

Darüber hinaus werden die Mitgliedstaaten in der Schlussfolgerung aufgefordert, Initiativen zu entwickeln, die die Einrichtung und die Inanspruchnahme von elektronischen Gesundheitsdienstleistungen fördern sollen. Dazu sollen sie gezielte finanzielle Anreize für die Einrichtung solcher Dienste schaffen sowie Hindernisse beseitigen, die einer solchen im Wege stehen. Weiterhin soll Vertrauen in elektronische Dienste durch einheitliche Standards für die Patientensicherheit und den Datenschutz geschaffen werden. Gesundheitsbehörden und Fachleute sollen Patienten und Angehörige sensibilisieren und für Akzeptanz von elektronischen Hilfsmitteln werben. Die Mitgliedstaaten sollen für Rechtssicherheit sorgen und technische Probleme lösen. Der Rat fordert die Kommission auf, ihren Aktionsplan für elektronische Gesundheitsdienste zu aktualisieren.

Auch die EU-Kommission hat sich im Jahr 2009 mit dem Thema „E-Health“ auseinandergesetzt. Derzeit werden mehrere Projekte wie beispielsweise „EpSOS“ und die „HPro-Card“ finanziell gefördert. „EpSOS“ soll es Ärzten und Apothekern in den verschiedenen Mitgliedstaaten erleichtern, Patientendaten untereinander auszutauschen. Dazu gehören der Notfalldatensatz sowie das elektronische Rezept bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Die Systeme der Mitgliedstaaten sollen dabei nicht verändert, sondern lediglich interoperabel werden. Das Projekt „HPro-Card“ beschäftigt sich mit dem Heilberufsausweis für Dienstleistungserbringer. Die erste Phase des Projekts ist bereits beendet. Offen ist jedoch, wie es mit diesem künftig weitergehen wird.

Die Bundesärztekammer hat bisher eine beobachtende Stellung eingenommen. Bei der „HPro-Card“ will sie sich künftig in die Bereiche einbringen, die aus Sicht der Ärzteschaft als problematisch angesehen werden.

Seltene Krankheiten

Schätzungsweise 27 bis 36 Millionen Menschen leiden europaweit an seltenen Krankheiten. Eine Erkrankung wird dann als selten bezeichnet, wenn weniger als fünf von zehntausend Menschen betroffen sind. Um die Prävention, Diagnose, Behandlung, Versorgung und Erforschung von seltenen Krankheiten in Europa zu unterstützen, hatte die Europäische Kommission bereits im November 2008 einen Vorschlag für eine Ratsempfehlung zu seltenen Erkrankungen verabschiedet. Damit sollten nationale Bemühungen und Weiterentwicklungen auf europäischer Ebene künftig gebündelt werden. Nach langer Diskussion nahm das Plenum des Europäischen Parlaments den Bericht über seltene Krankheiten schließlich am 23. April 2009 an.

Bei der parlamentarischen Debatte war es zuvor zu heftigen Auseinandersetzungen gekommen. Der ursprüngliche Bericht des Gesundheitsausschusses hatte Maßnahmen vorgesehen, die seltene Erbkrankheiten „ausmerzen“ sollten. Diese Wortwahl stieß bei verschiedenen Behindertenverbänden, anderen Organisationen und einigen EU-Abgeordneten auf Ablehnung, da die Formulierung „ausmerzen“ sie zu sehr an die Euthanasieprogramme im Dritten Reich erinnere.

Schließlich wurde der Text ohne diese Formulierung im Plenum des EU-Parlaments angenommen. Die Mitgliedstaaten werden nunmehr aufgefordert, Bemühungen zu unterstützen, seltene Erbkrankheiten durch eine gezielte Beratung der als genetische Überträger der Krankheit fungierenden Eltern oder gegebenenfalls durch die Auswahl gesunder Embryonen vor der Implantation zu verhindern.

Patientensicherheit

Derzeit kommt es in den EU-Mitgliedstaaten bei 8 bis 12 Prozent der Patienten im Krankenhaus zu Infektionen. Das Europäische Parlament hat deshalb am 23. April 2009 dem Bericht zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen mehrheitlich zugestimmt. Die Empfehlung war von der EU-Kommission bereits Mitte Dezember 2008 angenommen worden, um Patienten vor Infektionen zu schützen, die bei medizinischen Behandlungen verursacht werden.

Mit dem Bericht sollen die politische Entwicklung sowie künftige inner- und zwischenstaatliche Maßnahmen zur Bewältigung der grundlegenden Probleme im Bereich der Patientensicherheit vorangebracht werden. Die Mitgliedstaaten werden angehalten, die Zahl der infektiösen Zwischenfälle bei medizinischen Behandlungen zu verringern. Ferner sollen diese Qualifikationskriterien für Klinikpersonal erarbeiten und umsetzen, um einen reibungslosen Ablauf der Behandlung sowie eine ausreichende Kontrolle bei Infektionskrankheiten zu gewährleisten.

1.3.4 Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

Der „Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte“ (Comité Permanent des Médecins Européens – CPME) koordiniert und vertritt die Interessen der Ärztinnen und Ärzte der EU-Mitgliedstaaten, des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz. Die Mitgliedsorganisationen im CPME sind die repräsentativen nationalen Ärztevereinigungen. Der CPME stimmt auf vielen Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik die Auffassungen der einzelnen nationalen Ärztevereinigungen aufeinander ab, um somit als „Stimme der Ärzte Europas“ die Interessen der europäischen Ärzteschaft gegenüber den europäischen Institutionen zu vertreten. Außerdem bietet der CPME die Möglichkeit, Positionen und nationale Entwicklungen auszutauschen und europäische Absprachen im Interesse der nationalen Ärzteschaften zu fördern. Migration von Ärztinnen und Ärzten sowie von Studierenden innerhalb der EU bzw. des EWR sind hier nur beispielhaft zu nennen.

Der Präsident des CPME, Dr. Michael Wilks aus dem Vereinigten Königreich, führte die Organisation in seinem zweiten und satzungsgemäß letzten Jahr. Das Büro des CPME

in Brüssel leitete als Generalsekretärin die Juristin Lisette Tiddens-Engwirda aus den Niederlanden. Die Bundesärztekammer stellte mit ihrem Vizepräsidenten, Dr. Frank Ulrich Montgomery, eines der Vorstandsmitglieder des CPME. Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer, der Vorsitzende der gemeinsamen Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer, hat den Vorsitz im Ausschuss „Juristen“ und berät den Vorstand des CPME in Rechtsfragen. Dr. Klaus-Dieter Wurche, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer, ist Leiter der deutschen Delegation. Der CPME hat auch im Jahr 2009 die europäische Ärzteschaft bei vielen internationalen Veranstaltungen und Gremien vertreten.

2009 war ein Jahr der Veränderungen für den CPME. So wählte die Generalversammlung am 14. März 2009 in Prag einen neuen Präsidenten für die Wahlperiode 2010 bis 2011. Dr. Konstanty Radziwill aus Polen wird das CPME in diesen beiden Jahren führen. Zu seinen Stellvertretern wurden gewählt: Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Roland Lemye aus Belgien, Dr. Milan Kubek aus der Tschechischen Republik und Dr. Jörg Pruckner aus Österreich. Schatzmeisterin ist die Isländerin Dr. Katrin Fjelstedt.

Mit dem Austritt dreier großer Länder aus dem CPME (Frankreich, Spanien und Italien) und der Ankündigung von Portugal und Slowenien, diesen zu folgen, bekam die Diskussion um eine Reform der Organisation eine wichtige Bedeutung. Die zu diesem Zweck eingesetzte Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz von Dr. Konstanty Radziwill erarbeitete Reformvorschläge, die schließlich bei der Generalversammlung des CPME am 24. Oktober 2009 in Winchester verabschiedet worden sind. Demnach werden 2010 z. B. die Unterausschüsse aufgelöst und deren inhaltlichen Schwerpunkte in Arbeitsgruppen abgebildet. Das Ziel ist eine effektivere und kostengünstigere Arbeit. In Zukunft wird das CPME nur noch zweimal im Jahr tagen.

Die vier Unterausschüsse des CPME tagten somit 2009 zum letzten Mal vor der Auflösung. Es wurden die bislang bearbeiteten Themen und der Zuschnitt der zukünftigen Arbeitsgruppen diskutiert. Geleitet wurden die Unterausschüsse von Dr. Helena Stehlikova aus der Tschechischen Republik (Ausschuss für Ausbildung, Kontinuierliche berufliche Entwicklung und Qualitätsverbesserung), Dr. Torunn Janbu aus Norwegen (Ausschuss Ethik und Berufsregeln), von dem Luxemburger Dr. Daniel Mart (Ausschuss für Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung, der sozialen Sicherheit, der Gesundheitsökonomie und der pharmazeutischen Industrie) und von Dr. Jacques van der Vliet aus den Niederlanden (Ausschuss Medizin, Prävention und Umwelt).

Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer und Delegierte der Bundesärztekammer im CPME waren in den vier CPME-Ausschüssen und in verschiedenen CPME-Arbeitsgruppen aktiv. Sie brachten dort regelmäßig die Positionen der Bundesärztekammer ein. Im Bereich der Telematik wirkte ein Vertreter der Bundesärztekammer in der Arbeitsgruppe E-Health mit. Außerdem betreuten und beantworteten Mitarbeiter des Auslandsdienstes in Zusammenarbeit mit den Dezernaten der Bundesärztekammer Erhebungen zum Stand ärztlicher Belange und gesundheitspolitischer Fragen, die von nationalen Mitgliedsorganisationen eingebracht wurden.

Die europäische Ärzteschaft ist zunehmend gefordert, die Vorschläge und Entwürfe der Europäischen Kommission für Richtlinien in den frühestmöglichen Stadien zu beobachten und sorgfältig zu prüfen, damit rechtzeitig die Interessen der europäischen Ärztin-

nen und Ärzte eingebracht werden können. Die Bundesärztekammer ist als aktives Mitglied im CPME stets bei den Beratungen sowie der Vorbereitung von Stellungnahmen engagiert. Auch im Jahr 2009 war die EU-Richtlinie für Patientenrechte im grenzüberschreitenden Gesundheitsverkehr Gegenstand von Diskussionen im CPME. Außerdem war das EU-Grünbuch über Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa Gegenstand der Diskussion. Hierzu hat der CPME eine Stellungnahme abgegeben und ergänzte so die Positionierung der Bundesärztekammer, die sich mit einem eigenen Papier an die Europäische Kommission gewandt hatte. Mit Erleichterung wurde das Scheitern der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie von den Mitgliedern des CPME aufgenommen. Hier hatte der CPME unter Federführung von Dr. Frank Ulrich Montgomery erfolgreich im Europäischen Parlament für seine Position geworben, dessen Einschätzung sich das Parlament schließlich angeschlossen hat.

Die verstärkten Aktivitäten der EU-Kommission im Bereich des Gesundheitswesens definieren den CPME und seine Arbeit. Die Vertretung der Bundesärztekammer in den Gremien des CPME wird für die Position der deutschen und europäischen Ärzteschaft bei der Durchsetzung der Ziele im Sinne der Patienten weiterhin unabdingbar sein.

1.3.5 Zusammenarbeit in der Europäischen Union

Neben der aktiven Mitarbeit im Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME, s. Kapitel 1.3.4) engagiert sich der Auslandsdienst der Bundesärztekammer auf der Ebene der Europäischen Union in verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen, um die Interessen der deutschen Ärzteschaft zu wahren und Ideen möglichst effizient umzusetzen.

So war die Bundesärztekammer mit zwei Teilnehmern bei der „Conférence Européenne des Ordres et des Organismes d'Attributions Similaires“ (CEOM) vertreten, die am 4. Dezember 2009 auf Einladung der portugiesischen Ärzteorganisation in Porto stattfand. Diese europäische Konferenz der Ärztekammern und ärztlichen Organisationen der EU-Länder, die kammerähnliche Aufgaben wahrnehmen, zielt auf die Koordinierung der Verfahren in den EU-Mitgliedstaaten ab, die im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Richtlinie über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen bzw. der Diplome der Ärztinnen und Ärzte Anwendung finden. Die CEOM wird derzeit von Veränderungen geprägt, wobei die informelle Zusammenarbeit vermehrt organisiert und strukturiert werden soll. Das jährliche Zusammentreffen fand auch erstmalig nicht in Paris statt.

Die Vertreter der ärztlichen Berufsorganisationen aus dem deutschsprachigen Raum treffen sich einmal jährlich zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch über die Entwicklungen der Sozial-, Gesundheits- und Berufspolitik in den einzelnen Ländern.

Die 55. Konsultativtagung fand vom 2. bis 4. Juli 2009 auf Einladung der Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH) in Zürich statt. Nach der Begrüßung durch den FMH-Präsidenten Dr. Jacques de Haller übernahm Dr. Max Giger die Leitung. Neben Vertretern aus der Schweiz nahmen Delegierte aus Österreich, Südtirol, Luxemburg und Deutschland teil. Die Schwerpunktthemen waren: das Gesundheitswesen in der Finanzkrise, die Wanderungsbewegung von Ärztinnen und Ärzten bezogen auf die

deutschsprachigen Ärzteorganisationen, der Stand des Bologna-Prozesses, Arzneimittel- und Medikationssicherheit sowie die Interaktion zwischen ärztlicher Tätigkeit und Politik und Verwaltung. Während der einzelnen Länderberichte konnte über die spezifische Situation und einzelne Problempunkte der vertretenen Organisationen beraten werden.

Die ständigen Arbeitsgruppen „Gesundheit und Umwelt“ sowie „Weiterbildung und Fortbildung“ trafen sich bereits einen Tag vor dem offiziellen Beginn des Treffens. Die Konsultativtagung bietet den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesärztekammer auch eine hervorragende Gelegenheit zum Austausch mit den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen in Vorbereitung auf die Sitzungen des CPME und anderer Gremien. Gastgeber der 56. Konsultativtagung im Jahre 2010 wird für Österreich die Ärztekammer Kärnten sein. Die Tagung wird vom 1. bis 3. Juli 2010 in Klagenfurt stattfinden.

Vom 10. bis 11. Februar 2009 reiste eine kleine Delegation der Bundesärztekammer unter der Leitung des Vizepräsidenten Dr. Frank Ulrich Montgomery gemeinsam mit einem Kollegen von der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Reiner Brettenthaler, nach Slowenien, um dort mit der Präsidentin der slowenischen Ärztekammer die Zukunft des CPME zu beraten. Slowenien ist eines der Länder, die den CPME zum 1. Januar 2010 verlassen möchten (s. auch Kapitel 1.3.4). Außerdem standen die Erfahrungen mit den Ärztekammern in Bosnien-Herzegowina und mögliche Kooperationen in dieser Region auf der Tagesordnung.

An den Feierlichkeiten zum 20-jährigen Bestehen der polnischen Ärztekammer vom 30. bis 31. Mai 2009 in Poznan nahm der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, teil.

Seit Jahren besteht weiterhin eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Ärztevertretern aus Österreich, der Schweiz, Großbritannien und den skandinavischen Ländern. Insbesondere mit der nationalen Ärztevereinigung Finnlands besteht ein besonders aktiver Erfahrungsaustausch über verschiedene fortlaufende Projekte (s. auch Kapitel 1.4.5).

1.4 Internationale Angelegenheiten

1.4.1 Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“

Im Berichtszeitraum trat der Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“ der Bundesärztekammer zur dritten ordentlichen Sitzung in der Wahlperiode 2007/2011 am 19.11.2009 in Berlin zusammen.

Der Ausschuss befasste sich mit Projekten und Angelegenheiten, die der Auslandsdienst der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit verschiedenen internationalen Organisationen bearbeitet: mit dem Weltärztebund (WMA, s. Kapitel 1.4.3), dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME, s. Kapitel 1.3.4), dem Europäischen Forum der Ärzteorganisationen (EFMA), der World Health Organisation (WHO, s. Kapitel 1.4.4) und dem Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärzteorganisationen (ZEVA, s. Kapitel 1.4.2). Außerdem wurden verschiedene Projekte mit einzelnen internationalen und europäischen Partnern besprochen (s. Kapitel 1.3.5 und 1.4.5). So wurden zum Bei-

spiel die Aktivitäten in Bosnien und Herzegowina als wichtiger Beitrag zur Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung in Europa diskutiert. Ähnlich wurden die Aktivitäten in Serbien bewertet. Der Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“ unterstützt weiterhin die Bemühungen des Auslandsdienstes in diesen Ländern. Das Engagement geht ausschließlich auf Anfragen der Ärzteschaft aus den betreffenden Ländern zurück, so wie auch der Besuch der Ärztedelegation aus Malawi mit Unterstützung der Hans-Neuffer-Stiftung bzw. der Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) durchgeführt wurde (s. Kapitel 1.4.5). Auch standen die Anstrengungen für eine verstärkte Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der europäischen Ärzteorganisationen, die aus dem CPME ausgetreten sind, auf der Tagesordnung. Eine Kontaktaufnahme zur spanischen Ärzteorganisation und die Vorbereitung einer gemeinsamen Konsultation im Frühjahr 2010 wurden befürwortet. Der Ausschuss begrüßte die Rolle der Bundesärztekammer, als aktives Bindeglied zwischen den sehr verschiedenen Ärzteorganisationen in Europa zu fungieren. Das für Anfang 2010 geplante Treffen aller Ärztepräsidenten der CPME-Mitglieder in Berlin wurde in diesem Sinne gedeutet. Der Ausschuss diskutierte außerdem Themenvorschläge für die nächste Konsultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen, die vom 1. bis 3. Juli 2010 in Klagenfurt stattfinden wird (s. Kapitel 1.3.5).

1.4.2 Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA)

Das Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärztekammern bietet der Bundesärztekammer die Möglichkeit zur Kontaktpflege mit den Ärztekammern in den Nachbarländern Mittel- und Osteuropas sowie zum Erfahrungsaustausch. Das 16. Symposium fand vom 17. bis 19. September 2009 auf Einladung der serbischen Ärztekammer in Belgrad statt. Neben der deutschen Ärzteschaft waren die Ärzteorganisationen aus Österreich, Polen, Albanien, Kroatien, Slowenien, Mazedonien, Rumänien, Lettland, Litauen, Ungarn und der Ukraine vertreten. Außerdem nahmen Vertreter der Ärztekammern aus Sarajevo und der bosnischen Republik Srpska teil. Somit war dies die bislang größte ZEVA-Tagung, die auf Bitte der serbischen Ärztekammer mit inhaltlicher und personeller Unterstützung des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer organisiert worden war.

Das 16. ZEVA-Symposium widmete sich der Zukunft des Arztberufes. Auf der Tagesordnung standen die Themen Bologna-Prozess, Task Shifting, das EU-Grünbuch zu Arbeitskräften im Gesundheitswesen in Europa sowie das CME-Zertifizierungssystem. Den Bologna-Prozess und die Auswirkungen auf die Medizin stellte ein Mitarbeiter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer dar. In der Diskussion wurde deutlich, dass auch die meisten mittel- und osteuropäischen Ärzteorganisationen die Humanmedizin nicht in einen Bachelor- und Masterabschluss unterteilt sehen wollen. Einen Einblick in die Entwicklungen des sogenannten Task Shiftings gab Dr. Dr. h. c. Otmar Kloiber, der Generalsekretär des Weltärztebundes. Dr. Kloiber stellte dabei die Herausforderungen dar, welchen die Ärzteschaft in Bezug auf die Übertragung von ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliche Berufe weltweit ausgesetzt ist.

Einen Überblick über die Aktivitäten auf europäischer Ebene gab die Generalsekretärin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) (s. auch Kapitel 1.3.4), Lisette Tiddens-Engwirda. Neben dem EU-Grünbuch über Arbeitskräfte im Gesundheits-

wesen, das im letzten Jahr zur Konsultation stand, stellte sie den Anwesenden auch ihre Organisation vor.

Zur zertifizierten Anerkennung von Fortbildungsaktivitäten (CME) und zur Rolle der Ärztekammern bei der Ausbildung referierte schließlich der Präsident der europäischen Fachärztereinigung (UEMS), Prof. Dr. Zlatko Fras. Er präsentierte den Stand der Anerkennungsverfahren innerhalb Europas.

Bei der Präsentation der Länderberichte konzentrierten sich die Beiträge der nationalen Ärzteorganisationen vor allem auf die Situation ärztlicher Fortbildung in ihrem jeweiligen Land. Für die Bundesärztekammer berichtete ein Mitarbeiter des Auslandsdienstes über die verschiedenen Konzepte in der deutschen Gesundheitspolitik vor der Bundestagswahl und die wichtigsten Aktivitäten der Bundesärztekammer im vergangenen Jahr. Besonders interessiert zeigten sich die Vertreter der mittel- und osteuropäischen Ärzteorganisationen an der Evaluation der Weiterbildung in Deutschland, da einige selbst eine solche planen oder bereits durchführen.

Das Symposium stellte sich nicht nur von der Teilnehmerzahl als Erfolg dar, vielmehr konnte auch die serbische Ärztekammer die Präsenz der vielen ausländischen Ärzteorganisationen in Belgrad nutzen, um eine beachtliche Medienresonanz im eigenen Land zu erzielen und somit ihre Belange öffentlich zu thematisieren.

Das nächste ZEVA-Symposium wird die Ärztekammer Mazedoniens durchführen. Auf deren Anfrage hat die Bundesärztekammer organisatorische Unterstützung zugesagt. Der besondere Einsatz des Auslandsdienstes in den Ländern Mittel- und Osteuropas für die Unterstützung und Förderung von stabilen und gut funktionierenden ärztlichen Selbstverwaltungen wird von den europäischen Kollegen seit Jahren sehr geschätzt. Die kontinuierlichen Bemühungen der Bundesärztekammer unterstützten das Bestreben der deutschen und europäischen Ärzteschaft, die Autonomie und Freiheit des ärztlichen Berufes sicherzustellen. Starke Partner in anderen europäischen Ländern stärken auch die Position der Bundesärztekammer auf europäischer Ebene.

1.4.3 Weltärztebund (World Medical Association)

Die deutsche Ärzteschaft ist durch die Bundesärztekammer im Weltärztebund (World Medical Association – WMA) vertreten. Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe und Dr. Frank Ulrich Montgomery waren im Jahre 2009 Mitglieder im Vorstand des WMA, Professor Hoppe ist zudem Schatzmeister.

Der WMA vertritt die Interessen der internationalen Ärzteschaft, verfasst regelmäßig Stellungnahmen zu sozialen und gesellschaftlichen Fragen im Bereich Medizin und Gesundheit und ist insbesondere an der Erarbeitung eines globalen Konsenses über ärztliche Ethik aktiv beteiligt. So hat zum Beispiel die „Deklaration von Helsinki“ aus dem Jahre 1964 in ihrer überarbeiteten Version den internationalen Maßstab für die Durchführung von klinischen Studien am Menschen gesetzt und somit auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mitgeprägt. Um die zeitgemäße Gültigkeit zu gewährleisten, wurde die Deklaration von Helsinki 2008 nochmals gründlich überarbeitet. Die Übersetzung der aktualisierten Version ins Deutsche wurde im Jahr 2009 abgeschlossen und wird Anfang 2010 veröffentlicht.

Dr. Yoram Blashar aus Israel präsidierte im Oktober 2009 die 60. WMA-Generalversammlung in Neu Delhi in Indien. Ihm ist für die Amtsperiode 2009/2010 Dr. Dana Hanson aus Kanada gefolgt. Zum Präsidenten für die nächste Amtsperiode 2010/2011 wurde Dr. Ketan Desai aus Indien gewählt. Er wird sein Amt mit der nächsten Generalversammlung in Vancouver in Kanada im Oktober 2010 antreten. Schwerpunkt der wissenschaftlichen Veranstaltung war die Behandlung der multiresistenten Tuberkulose. Durch Vermittlung der Bundesärztekammer war Prof. Dr. Robert Loddenkemper aus Berlin einer der Hauptredner. Mit Unterstützung der Bundesärztekammer wurde die Ärzteorganisation Malawis als 95. Mitgliedsland in den Weltärztebund aufgenommen. (s. Kapitel 1.4.5). Neben einer „Deklaration zu Gesundheit und Klimawandel“, die nunmehr als „Deklaration von Delhi“ bezeichnet wird, wurden während der 60. Generalversammlung insgesamt 16 weitere Dokumente verabschiedet, darunter Erklärungen zu „Genetik und Medizin“ und zur „embryonalen Stammzellenforschung“ sowie die überarbeitete Deklaration von Madrid zur Ärztlichen Selbstverwaltung.

Eine Sammlung aller Erklärungen und Deklarationen sowie das „Handbuch der medizinischen Ethik“ stehen im Original auf Englisch sowie in deutscher Sprache auch elektronisch über den Internetauftritt der Bundesärztekammer zur Verfügung. Das deutsche Handbuch der WMA-Deklarationen, -Erklärungen und -Entschlüsse (http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/HandbuchWMA.pdf) wurde 2008 vom Auslandsdienst in einer aktualisierten Fassung in gebundener Form veröffentlicht. Es enthält alle Dokumente, die bis einschließlich zur WMA-Generalversammlung in Kopenhagen 2007 verabschiedet wurden. Die nächste Überarbeitung und Aktualisierung ist im Frühjahr 2010 geplant. Die notwendigen Übersetzungen wurden bereits größtenteils im Laufe des Jahres 2009 abgeschlossen.

In Zusammenarbeit mit der finnischen Ärztevereinigung unterstützte der Auslandsdienst sowohl finanziell als auch organisatorisch die Übersetzung und den Druck des WMA-Ethik-Handbuchs aus dem Englischen ins Ukrainische (s. Kapitel 1.4.5). Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Cornelia Goesmann, nahm im Rahmen eines Symposiums und einer Pressekonferenz an der offiziellen Einführung und Veröffentlichung des Handbuchs in Kiew teil.

Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer haben in verschiedenen WMA-Arbeitsgruppen Aufgaben übernommen und unterstützen zudem mehrere vom WMA koordinierte Projekte. Als Mitglied in der WMA-Effizienzgruppe wird die Bundesärztekammer zum Beispiel verstärkten Einfluss auf die Gestaltung, Terminierung und inhaltliche Vorbereitung der WMA-Sitzungen haben.

Nachdem während der 59. WMA-Generalversammlung im Oktober 2008 in Seoul die überarbeitete und aktualisierte Fassung der Deklaration von Helsinki verabschiedet wurde, beschloss der WMA-Vorstand eine neue Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich mit der weiterhin kontrovers diskutierten Frage nach dem Einsatz von Placebos in der klinischen Forschung befasst. Ein Mitarbeiter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer war als Vorsitzender dieser Arbeitsgruppe gemeinsam mit dem Ethikexperten und Vorsitzenden der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Urban Wiesing, maßgeblich an der inhaltlichen Diskussion in der Arbeitsgruppe und der Vorbereitung einer speziellen Expertenkonferenz zu diesem Thema beteiligt. Während der geplanten Konsensuskonferenz, die vom 1. bis 3. Februar 2010 in Sao Paulo in Brasilien stattfinden wird, sollen möglichst einheitliche Richtlinien entwickelt werden, die welt-

weit für den Einsatz von Placebos in klinischen Studien gelten, insbesondere wenn eine geprüfte Standardtherapie vorhanden ist.

1.4.4 Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

European Forum of Medical Associations und World Health Organisation (EFMA/WHO)

Das European Forum of Medical Associations und World Health Organisation dient als Verbindungsglied zwischen den nationalen europäischen Ärzteorganisationen und dem Europabüro der WHO in Kopenhagen, Dänemark. Die Bundesärztekammer ist offizielles Mitglied im EFMA/WHO-Liaison-Komitee. Das Komitee entwirft unter anderem das Programm des jährlich stattfindenden Forums, das im Jahr 2009 vom 1. bis 3. April auf Einladung der slowakischen Ärztereinigung in Bratislava in der Slowakei veranstaltet wurde. Ein Mitarbeiter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer referierte als einer der Hauptreferenten über den Stand der Umsetzung des Bologna-Prozesses in der Medizin. Das vom Auslandsdienst vorbereitete Programm zum Thema Health System Performance Measurement wurde durch Prof. Dr. Max Geraedts vom Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke eingeleitet. Weitere Themen des Forums waren Fettleibigkeit, Ärztemigration, ungerechte Verteilung im Gesundheitswesen und die medizinische Grundversorgung. Dr. Nata Menabde, stellvertretende Direktorin des WHO-Europabüros, hielt einen Vortrag zum Thema Gesundheitsreformen.

Als Ansprechpartner für das EFMA-Liaison-Komitee bei der WHO war weiterhin Dr. Enis Baris, Direktor der Abteilung für Gesundheitssysteme im WHO-Regionalbüro Europa, zuständig.

Die Zusammenarbeit mit Vertretern der WHO auf dieser Ebene bietet der Bundesärztekammer eine einzigartige Plattform, um über aktuelle Themen zu beraten, wichtige Kontakte zu schließen und internationale Netzwerke aufzubauen. Der Erfahrungsaustausch mit europäischen Ärzteverbänden von Staaten außerhalb der Europäischen Union ist ein weiterer wertvoller Aspekt in der Zusammenarbeit mit dem EFMA. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer konnte die über das EFMA geschlossenen Kontakte und Erfahrungen häufig in seiner Arbeit bei verschiedenen anderen Projekten auf internationaler Ebene nutzen und somit gezielt und zeitnah relevante Informationen an die einzelnen Fachdezernate in der Bundesärztekammer weiterleiten. Der besondere Wert des EFMA wird auch von der WHO geschätzt. Als ein Zeichen hierfür kann die frühe Kontaktaufnahme der neu gewählten Direktorin des WHO-Regionalbüros Europa, Dr. Zsuzsanna Jakab aus Ungarn, mit EFMA-Vertretern gedeutet werden. Ein Vertreter der Bundesärztekammer wird gemeinsam mit drei Kollegen des EFMA-Liaison-Komitees direkt zu Beginn der Amtszeit von Dr. Jakab im Frühjahr 2010 im WHO-Europabüro in Kopenhagen zu Gesprächen empfangen werden. Außerdem sollen in Zukunft die Vertreter der ärztlichen Organisationen öfter frühzeitig bei der Strategie- und Projektentwicklung der WHO mit einbezogen werden. Somit wird die Bundesärztekammer die Möglichkeit haben, in diesem Rahmen verstärkt Akzente zu setzen.

Das EFMA-Liaison-Komitee tagt Anfang 2010 in Berlin in der Bundesärztekammer, um unter anderem die Vorbereitungen und das Programm des nächsten Forums, das vom

21. bis 23. April 2010 in St. Petersburg (Russland) stattfinden wird, abzuschließen. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer wird den Programmpunkt „Critical Incident Reporting System“ in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) vorbereiten.

1.4.5 Internationale Zusammenarbeit

Im Berichtszeitraum wurden Delegationen und Besucher aus Australien, Bosnien und Herzegowina, China, Serbien, Japan, Malawi, Russland, Südkorea, der Ukraine, Usbekistan, den USA und Vietnam in der Bundesärztekammer empfangen. Den Kolleginnen und Kollegen wurden die Aufgaben und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vorgestellt, eine Einführung in das deutsche Gesundheitssystem gegeben und die Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu den verschiedenen aktuellen gesundheitspolitischen Themen erläutert. Darüber hinaus wurde auf die spezifischen Fragen und Themenwünsche der Besucher eingegangen. Im Jahr 2009 waren die deutschen Gesundheitsreformen der letzten zehn Jahre von besonderem Interesse. Der Auslandsdienst initiierte außerdem regelmäßig informelle Zusammenkünfte und bilaterale Gespräche mit internationalen Partnern am Rande verschiedener internationaler Veranstaltungen. Während des 112. Deutschen Ärztetages in Mainz betreute das Team des Auslandsdienstes insgesamt 45 internationale Gäste mit Vertretern aus Albanien, Brasilien, Bosnien und Herzegowina, Frankreich, Großbritannien, Italien, Kroatien, Lettland, Mazedonien, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, der Schweiz, Serbien, der Slowakischen Republik, Slowenien, der Tschechischen Republik, der Ukraine, Ungarn, den USA und Weißrussland. Damit zeigten so viele internationale Teilnehmer Interesse am Deutschen Ärztetag wie nie zuvor.

Das gemeinsame Projekt der Bundesärztekammer mit der finnischen Ärzteorganisation zum Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in der Ukraine wurde 2009 fortgesetzt. Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Cornelia Goesmann, stellte gemeinsam mit ihren finnischen und ukrainischen Kollegen in Kiew im Juni 2009 die Übersetzung des WMA-Ethik-Handbuches ins Ukrainische im Rahmen eines Symposiums und einer Pressekonferenz vor. Die Übersetzung aus dem englischen Original wurde sowohl finanziell als auch organisatorisch vom Auslandsdienst unterstützt.

Fortgeführt wurde auch die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft in Bosnien und Herzegowina. Verschiedene Ärztekammern aus den Kantonen der kroatisch-bosniakischen Föderation sowie dem serbischen Teil, der Republik Srpska, haben um Unterstützung beim Aufbau gemeinsamer Organisationen gebeten. Die Bundesärztekammer gilt aufgrund ihrer föderalen Struktur als Vorbild. Derzeit besteht weder eine gemeinsame Ärzteorganisation in der Föderation noch ein Dachverband in ganz Bosnien-Herzegowina, die Republik Srpska einbeziehend. Der Auslandsdienst stand in engem Kontakt mit den Vertretern aus Bosnien-Herzegowina und organisierte das erste deutsch-bosnisch-herzegowinische Symposium in München. Gemeinsam mit Ärztevertretern aus Deutschland und Österreich diskutierten die Vertreter der bosnischen kantonalen Ärztekammern und jener der Republik Srpska über „Ärztliche Selbstverwaltung in föderalen Staaten“. Ergebnis war ein „Manifest von München“, in welchem sich die Unterzeichner für die Gründung gemeinsamer Ärzteorganisationen in Bosnien-Herzegowina einset-

zen. Gastgeber des Symposiums war die Bayerische Ärztekammer, die Hans-Neuffer-Stiftung war durch ihre finanzielle Unterstützung ein wichtiger Partner.

Neben ihrer Teilnahme am 112. Deutschen Ärztetag besuchten ärztliche Vertreter aus Bosnien-Herzegowina auch die Bundesärztekammer in Berlin. Bis zur Gründung eines gemeinsamen Dachverbandes der bosnisch-herzegowinischen Ärzteschaft hat die Bundesärztekammer weitere organisatorische Zusammenarbeit zugesagt.

Verstärkt wurde 2009 in dieser Region ebenfalls die Zusammenarbeit mit der serbischen Ärztekammer. Der Auslandsdienst hat auf Wunsch der serbischen Kolleginnen und Kollegen Unterstützung bei der Organisation des ZEVA-Symposiums 2009 geleistet (s. Kapitel 1.4.2). Die serbische Ärztekammer bat die Bundesärztekammer außerdem um Begleitung bei der Festigung und Weiterentwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung in Serbien. Für 2010 ist der Besuch einer serbischen Ärztedelegation in der Bundesärztekammer geplant. Hierfür bereitet der Auslandsdienst ein mehrtägiges Programm zu verschiedenen Schwerpunktthemen vor.

Auf Anregung der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) organisierte der Auslandsdienst im September 2009 eine dreitägige Studienreise für eine Ärztedelegation aus Malawi. Ziel war es, der neu gegründeten malawischen Ärzteorganisation, der „Society of Medical Doctors“, einen Überblick über ärztliche Selbstverwaltung in Deutschland und Anregungen für die eigene Organisation in Malawi zu geben. Neben der Bundesärztekammer besuchten die drei jungen Ärzte die Berliner Ärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Marburger Bund. Der Besuch eines Krankenhauses stand ebenfalls auf dem Programm. Mit Unterstützung der Bundesärztekammer konnte die Aufnahme der malawischen Ärzteorganisation in den Weltärztebund (WMA) verwirklicht werden (s. Kapitel 1.4.3).

Zum 33. Interdisziplinären Forum im Januar 2009 begrüßte der Auslandsdienst ärztliche Kolleginnen und Kollegen aus Bosnien und Herzegowina, Lettland, Rumänien, der Schweiz und der Slowakei als Gäste (s. Kapitel 2.3.3).

Die gute und effektive Zusammenarbeit der Bundesärztekammer mit den internationalen Ärzte- und Gesundheitsorganisationen wird durch den Auslandsdienst kontinuierlich gefördert und ausgebaut. Ein besonders enger Erfahrungsaustausch mit Ländern außerhalb der Europäischen Union besteht seit Jahren mit ärztlichen Vertretern Israels, Japans und der USA.

1.5 Beauftragter für Menschenrechte

1.5.1 Medizinische Situation von Ausländerinnen und Ausländern ohne legalen Aufenthaltsstatus

Nach wie vor ist die medizinische Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland mit faktischen Zugangsbarrieren verbunden. Da seitens der Betroffenen die Befürchtung besteht, dass ihr illegaler Aufenthaltsstatus durch die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe aufgedeckt wird, werden Arztbesuche selbst in dringenden Notfällen zu spät oder gar nicht durchgeführt. Dadurch verschlechtert sich die indivi-

duelle gesundheitliche Situation des Einzelnen teilweise gravierend; auch sind Folgen hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit bspw. durch Infektionskrankheiten zu befürchten. Ärzte, die medizinische Hilfe bei dieser Personengruppe leisten, fühlen sich häufig wegen des im Raume stehenden Vorwurfs der Beihilfe zum illegalen Aufenthalt kriminalisiert. Verschiedene Bundesregierungen haben diesen Missstand nicht grundsätzlich aufgehoben, sondern vielmehr in kleinen Schritten entschärft. So z. B. in einem Schreiben des damaligen Bundesinnenministers Dr. Schäuble an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, vom 10. August 2007 (s. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 2008, S. 44), jedoch auch im Rahmen untergesetzlicher Normen, wie in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 27. Juli 2009. Diese Vorschrift konkretisiert das Handeln der betroffenen Behörden in der Ausführung des Aufenthaltsgesetzes.

Darin wird festgehalten, dass für Ärztinnen und Ärzte, die Patienten ohne gültigen Aufenthaltsstatus medizinisch versorgen, keine Meldepflicht gegenüber den Ausländerbehörden besteht. Die ärztliche Schweigepflicht verbietet ihnen dies sogar. Die Bundesregierung hat zudem in dieser Allgemeinen Verwaltungsvorschrift klargestellt, dass auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser der Schweigepflicht unterliegt. Ärztinnen und Ärzte machen sich mithin nicht strafbar, wenn sie Patienten ohne legalen Aufenthaltstatus behandeln.

Auch dürfen die Sozialämter – im Zuge der Kostenerstattung der Behandlung – die ihnen im Rahmen einer Notfallbehandlung von den Krankenhausverwaltungen übermittelten Abrechnungsdaten nicht an die Ausländerbehörde weitergeben. Ausnahmen gelten, wenn die öffentliche Gesundheit gefährdet ist oder Betäubungsmittel konsumiert werden. Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift stellt darüber hinaus klar, dass Personen, die im Rahmen ihres Berufs oder ihres sozial anerkannten Ehrenamtes tätig werden, keine Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt leisten, wenn sich ihre Handlungen auf die Erfüllung ihrer rechtlich festgelegten oder anerkannten berufsspezifischen Pflichten beschränken.

Diese Konkretisierungen sind zwar grundsätzlich zu begrüßen, da sie jahrelangen Forderungen der Ärzteschaft entsprechen, es ist aber zu bezweifeln, dass diese die Zielgruppe, d. h. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, wirklich erreichen. Die Hindernisse liegen dabei in der Information sowohl der Ärztinnen und Ärzte als auch der „Papierlosen“, die um diese Sachverhalte wissen müssen. Bei Letzteren überwiegt immer noch die Angst vor der Entdeckung den Mut, das Recht auf medizinische Versorgung einzufordern.

Die Arbeitsgruppe der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern hatte daher die Geschäftsführung gebeten, eine Ausarbeitung zu erstellen, die beschreibt, welche Lösungsansätze europäische Nachbarländer bei der Finanzierung der medizinischen Behandlung von Menschen ohne Papiere beschreiten. Diese Ausarbeitung stützte sich auf zwei Quellen: Zum einen wurden die europäischen ärztlichen Gremien adressiert, in denen die Bundesärztekammer Mitglied ist, zum anderen wurde der PICUM-Report (Plattform for International Cooperation on Undocumented Migrants) ausgewertet. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass sich aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungs- und Zugangsregeln der nationalen Gesundheitssysteme ein sehr heterogenes Bild hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere ergibt. Da-

her lässt sich auch kein Verfahren ableiten, das wir in Deutschland im Sinne einer Referenz abbilden könnten.

Das bedeutet, dass jedes der untersuchten nationalen Systeme eine mehr oder weniger humane Umgangsweise findet, Menschen ohne Papiere medizinisch zu versorgen. Vor diesem Hintergrund hat sich das Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern am 9. Dezember 2009 vertieft mit dem „Anonymen Krankenschein“ als Lösungsweg auseinandergesetzt. Dabei war man sich einig, dass dieser ein gangbarer Weg sein könnte. Ein Antrag für den 113. Deutschen Ärztetag 2010 auf Einführung eines „Anonymen Krankenscheins“ wird vorbereitet.

1.5.2 Folter und ärztliche Verantwortung – Das Istanbul-Protokoll

Leider ist immer noch nicht sicher auszuschließen, dass Ärzte im Ausland sich nach wie vor an Folterungen beteiligen oder bei anderen grausamen, unmenschlichen oder entwürdigenden Handlungen Hilfestellung leisten. Die ethische Beurteilung durch die nationalen und internationalen Institutionen der Ärzteschaft ist eindeutig: *„Ärzte sind nach den Grundsätzen ärztlicher Ethik verpflichtet, mit ihrer ärztlichen Tätigkeit dem Wohle der Patienten zu dienen. Die Mitwirkung eines Arztes an Folter, Kriegsverbrechen oder Verbrechen gegen die Menschlichkeit verstößt gegen die Grundsätze ärztlicher Ethik, die Menschenrechte und gegen das Völkerrecht. Ein Arzt, der sich dieser Verbrechen schuldig macht, darf den ärztlichen Beruf nicht ausüben.“* (Präambel der „Erklärung des Weltärztebundes zur Berufszulassung von Ärzten, die sich der Strafverfolgung wegen schwerwiegender strafbarer Handlungen entziehen“, 49. Generalversammlung des Weltärztebundes in Hamburg, 1997). Auch haben sich spezifische Deklarationen des Weltärztebundes in dieser Frage positioniert (Deklaration von Tokio 1975, Deklaration von Hamburg 1997). Ebenso hat die „Internationale Konferenz der Ärztekammern“ in ihren ethischen Grundsätzen unter dem Kapitel „Humanitäre Prinzipien“ eindeutig Position bezogen¹. Des Weiteren haben mehrere Entschlüsse Deutscher Ärztetage die Beteiligung von Ärzten an Folterungen geächtet (s. 106. Deutscher Ärztetag 2003, Drucksache V-30, und 107. Deutscher Ärztetag 2004, Drucksache VI-42).

Auf der anderen Seite werden Ärztinnen und Ärzte mit den Auswirkungen von Folter bspw. in Asylverfahren konfrontiert. Und hier genau setzt das Istanbul-Protokoll an. Der Weltärztebund hat in seiner EntschlieÙung „Verantwortung der Ärzte für die Dokumentation und Anzeige von Folter, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung“ (Helsinki 2007, Kopenhagen 2007) den nationalen Ärzteorganisationen empfohlen, das Bewusstsein für das Istanbul-Protokoll und dessen Grundsätze zur effektiven Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung zu fördern.

Die deutsche Übersetzung des Istanbul-Protokolls, die von der Hans-Neuffer-Stiftung freundlicherweise mit einem Druckkostenzuschuss unterstützt wurde, ist 2009 in der Reihe „Medizin und Menschenrechte“ bei V&Runipress (Hrsg.: Furtmayr et al.) erschie-

¹ Artikel 18 bis 27 der ethischen Grundsätze vom 06.01.1987, abrufbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1142.1145.1149> (Auszug in deutscher Fassung) oder unter <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=relinter/article.php&offset=1> (Conférence internationale des Ordres et des Organismes d'attributions similaires (Ed.): Principes d'éthique médicale européenne)

nen, parallel zu dem Werk „Folter und ärztliche Verantwortung – Das Istanbul-Protokoll und Problemfelder in der Praxis“ (Hrsg.: Frewer et al.). Um den Ärzten bei der Behandlung von Patienten vor Ort praktische Hilfestellung geben zu können, hat die Bundesärztekammer angeregt, die deutsche Übersetzung des Istanbul-Protokolls als Ratgeber auch in Form einer Kitteltaschenversion verfügbar zu machen.

1.5.3 Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern

Am 9. Dezember 2009 kamen die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern zu ihrem jährlichen Treffen in Berlin zusammen. Dabei wurden insbesondere zwei Schwerpunktthemen diskutiert: Zum einen, unter Beteiligung von Vertretern des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe (Medibüro Berlin), die Möglichkeit der Finanzierung der medizinischen Behandlung von Menschen ohne Papiere (s. Kapitel 1.5.1), zum anderen die Aufnahme kultur- und traumaspezifischer Krankheitsbilder bei Flüchtlingen/Asylbewerbern und Migranten in die ärztliche Fortbildung.

