

9. Auslandsbeziehungen

Auslandsdienst der Bundesärztekammer

Der Auslandsdienst pflegt die Kontakte zu den ärztlichen Organisationen anderer Staaten, zum Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte, zur Internationalen Konferenz der Ärztekammern und zum Weltärztebund und betreut deutsche Ärzte im Ausland. Er steht in ständiger Korrespondenz mit zahlreichen ausländischen Institutionen sowie diplomatischen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland und des Auslandes, die sich mit Fragen aus verschiedenen Bereichen der Medizin an die Bundesärztekammer wenden. Zu den Aufgaben des Auslandsdienstes gehört auch die Betreuung ausländischer Gäste, die an Veranstaltungen der Bundesärztekammer und internationalen Tagungen teilnehmen, sowie das Informieren über das deutsche Gesundheitssystem oder die Vermittlung von Gesprächspartnern in Deutschland.

In der Bundesärztekammer hospitierten im Berichtszeitraum – mit freundlicher Unterstützung der Hans-Neuffer-Stiftung – Mitarbeiter der französischen, polnischen und tschechischen Ärztekammern. Für die Japan Medical Association wurde eine Informationsreise in Deutschland zum Thema „Schlichtung bei Behandlungsfehlern“ vorbereitet.

Anerkennung deutscher Diplome im Ausland

Deutsche Ärzte, die im Ausland tätig werden wollen, oder Staatsangehörige verschiedener anderer Staaten, die ihre Aus- bzw. Weiterbildung in Deutschland absolviert hatten, mussten oft mit Schwierigkeiten rechnen, wenn die in Deutschland erworbenen Nachweise über die abgeschlossene Aus- und Weiterbildung in diesen Staaten anerkannt werden sollten. Die Bundesärztekammer setzt sich kontinuierlich und in enger Zusammenarbeit mit den diplomatischen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland dafür ein, dass die deutschen Befähigungsnachweise ohne weitere Auflagen neben den gesetzlich geregelten Anerkennungen der Berufserlaubnis und Gebietsarzt diplome innerhalb der Staaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraumes auch in einer Reihe anderer Länder in der Regel anerkannt werden (zumindest für Bürger aus diesen Staaten, die in Deutschland aus- oder weitergebildet wurden), so z. B. in Südafrika oder von den ägyptischen, ghanaischen, irakischen, jordanischen und saudiarabischen Behörden.

Berufsausübung im Ausland

Innerhalb der Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (Europäische Union, Island, Liechtenstein, Norwegen und seit Mitte 2002 auch der Schweiz) kann aufgrund der

sogenannten „Ärzte-Richtlinie“ (Richtlinie 93/16/EWG des Rates zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise) jeder deutsche Staatsangehörige, der die Ausbildung zum Arzt in Deutschland oder in einem anderen EU/EWR-Staat abgeschlossen hat, nach einer entsprechenden Registrierung bei einer der zuständigen Behörden der anderen EU/EWR-Staaten den ärztlichen Beruf dort ausüben. Von dieser Freizügigkeit sind lediglich ärztliche Tätigkeiten ausgenommen, die als sogenannte „hoheitliche Funktionen“ bezeichnet werden, die eigenen Staatsangehörigen vorbehalten sind.

Die Bundesärztekammer steht mit der Bundesregierung und gemeinsam mit den anderen europäischen Ärzteverbänden mit der Europäischen Kommission in einem kontinuierlichen Kontakt, um auf Änderungen der Richtlinie, vor allem auf die Aufnahme weiterer Titel, Einfluss zu nehmen. Dies macht sie in Abstimmung mit der Arbeit im Beratenden Ausschuss. Sie ist auch Mitglied im Beratenden Ausschuss für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung bei der Kommission, in dem sie ebenfalls vertreten ist.

Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer hat sein Informationsangebot für migrationsinteressierte Ärztinnen und Ärzte in Form von Antworten auf häufig gestellte Fragen in den Internetauftritt der Bundesärztekammer unter www.bundesaerztekammer.de eingestellt. Dort wird unter anderem über die Möglichkeiten informiert, in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums auf Grundlage der oben genannten Richtlinie sowie in einer Auswahl weiterer Staaten ärztlich tätig zu werden. Der Hinweis auf weiterführende Adressen und Links im Internet soll den Ärzten als erste Hilfestellung dienen. Zusätzlich finden sich auf den Internetseiten Informationen für Ärzte aus dem Ausland, die an einer Tätigkeit in Deutschland interessiert sind.

Hinweise auf die Entwicklung der Zahl der ausländischen Ärzte in Deutschland sind im Abschnitt „Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2004“ im Einzelnen veröffentlicht.

Kontakte nach Mittel- und Osteuropa

Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern

Das 11. „Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern“ fand auf Einladung der Bundesärztekammer vom 27. – 29.05.2004 in Berlin statt. Das Symposium ist ein Gedankenaustausch, zu dem sich die Ärztekammern aus allen Ländern Mittel- und Osteuropas jährlich einmal treffen, um insbesondere Fragen der Unabhängigkeit und Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung zu diskutieren.

Das 11. Symposium beschäftigte sich zum einen mit Fragen der Reform der Gesundheitswesen in den Ländern Mittel- und Osteuropas und zum anderen mit dem sogenannten „Bologna-Prozess“ zur Umgestaltung der Studiengänge und zur besseren Übertragbarkeit von Studienergebnissen und –abschlüssen zwischen den europäischen Staaten.

1. Aktuelle politische Entwicklungen im Rahmen der Gesundheitsreform: In allen Ländern der Region werden tiefgreifende Änderungen der Gesundheitssysteme diskutiert. Überall ist das bestehende Defizit zwischen Einnahmen und Ausgaben im Bereich der gesundheitlichen Versorgung das Hauptproblem. Während Deutschland mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz noch im Wesentlichen auf Ausgabenbeschränkungen der ärztlichen Krankenversicherung durch erhöhte Zuzahlungen bzw. Einschränkungen der Leistungen setzt, werden in anderen Ländern auch signifikante Strukturveränderungen diskutiert. Besonders hervorhebenswert sind hier die Versuche in Österreich, Ungarn und der Slowakei, durch eine Kombination von Regionalisierung und Privatisierung die klassischen Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubrechen. So sollten in Österreich regionale Gesundheitsagenturen die Steuerung des Gesundheitswesens übernehmen, und in Ungarn war in einem ähnlichen Modell vorgesehen, diese Agenturen durch private Einheiten wie z.B. Banken oder Versicherungen betreiben zu lassen. In der Slowakei wurde zum Zeitpunkt der Diskussion in Berlin die Umwandlung der Krankenkassen in Aktiengesellschaften vorbereitet.

Die zunehmende Hinwendung zu Marktmechanismen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesundheitswesens führt auch zu einer Bedrohung der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Selbstregulierung wird in zunehmendem Maße von Verfechtern marktwirtschaftlicher Systeme als ein nicht tolerabler Eingriff in das Marktgeschehen angesehen. Die Schutzfunktionen der Selbstregulierung werden dabei übersehen oder als durch den Markt übernehmbar betrachtet. Insbesondere in Tschechien und Ungarn, vereinzelt aber auch in Deutschland, sind Diskussionen über die Pflichtmitgliedschaft in Kammern aufgetaucht und haben auch zu parlamentarischen Vorstößen in Tschechien und der Slowakei geführt, die Kammermitgliedschaft auf niedergelassene Ärzte zu beschränken.

In etlichen der vertretenen Länder bemühen sich die Kammern in verstärktem Maße um eine Repräsentanz der Ärzte auch in wirtschaftlichen Angelegenheiten, d.h. insbesondere in der Vertretung gegenüber den Gesundheitswesen bzw. den Krankenkassen. So arbeitet die polnische Ärztekammer z.B. an einem Tarifierungssystem für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Polen, welches gemeinsam mit der American Medical Association entwickelt wird.

2. Bologna-Prozess
Der mit der Bologna-Erklärung, der für die Hochschulwesen von den zuständigen europäischen Ministern begonnene Prozess der Vereinheitlichung der Hochschulstudiengänge in Europa, hat zwei wesentliche Ziele: Zum einen sollen alle Studiengänge zukünftig mit mindestens zwei berufsfähigen Abschlussstufen versehen werden (Bachelor und Master), zum anderen sollen in verschiedenen Universitäten gewonnene Teilergebnisse (Credits) zwischen den europäischen Universitäten problemlos anerkannt werden. Somit soll auf europäischer Ebene die Migration sowohl der Studenten als auch der Absolventen deutlich verbessert werden.

Während dieses grundsätzliche Ziel uneingeschränkt Zuspruch fand, waren die Teilnehmer des Symposiums skeptisch über den Sinn eines zweigeteilten Medizinstudiums. Weder war den Teilnehmern ersichtlich, wozu eine Qualifikation als Bachelor in der Medizin gut sein sollte, noch konnte dies als hilfreich für die Struktur des Medizinstudiums als solches angesehen werden, wurden doch dadurch die gesamten Bemühungen der letzten Jahrzehnte, das Medizinstudium einphasig zu betreiben, wieder zunichte gemacht. Es wurde beschlossen, die Diskussion im nächsten Jahr fortzusetzen.

Bilaterale Kontakte

In Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und –gestaltung, die für die Bundesrepublik Deutschland sogenannte „Twinning-Projekte“ der Europäischen Union durchführt, nahm die Bundesärztekammer im Berichtszeitraum an Beratungen des litauischen und des tschechischen Gesundheitsministeriums teil.

In beiden Projekten ging bzw. geht es um die gegenseitige Anerkennung von Diplomen und Befähigungsnachweisen im Bereich der Gesundheitsberufe mit dem Ziel, die in den Ländern jeweils zuständigen Behörden möglichst rasch in einen arbeitsfähigen Zustand zur Bearbeitung von Migrationsanfragen Berufsangehöriger zu versetzen. Während in der Zusammenarbeit mit Litauen Experteneinsätze im Rahmen eines Kooperationsprojektes gemeinsam mit niederländischen Experten durchgeführt wurden, lag und liegt die Federführung in der Zusammenarbeit mit dem tschechischen Gesundheitsministerium auf deutscher Seite unter Beteiligung einer britischen Expertengruppe. In der Zusammenarbeit mit dem tschechischen Gesundheitsministerium wurde auch auf die Mitwirkung der Landesärztekammern Bayerns und Hessens zurückgegriffen.

Deutsch-polnische Arbeitsgruppe:

Nachdem im Jahr 2003 das 2. Deutsch-polnische Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ in Meißen mit großer Resonanz durchgeführt werden konnte, hat die Arbeitsgruppe im Jahr 2004 ihre Arbeit auf den direkten Austausch von Themen und Problemen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer fokussiert. Ein zentrales Element bildete dabei der Ärztemangel in Sachsen und die Anstellung von Ärzten aus den osteuropäischen Ländern. Nach der Erweiterung der Europäischen Union im Mai 2004 kam es nach einhelliger Auffassung zu keiner Ärzteschwemme aus Polen. Zwar lagen in Breslau bis zum Oktober 2004 rund 200 Anträge auf eine Auslandstätigkeit vor, doch werden nicht alle Anträge auch in die Tat umgesetzt.

Auf einer gemeinsamen Vorstandssitzung der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer vom 09. bis 10.10.2004 in Dresden wurden die ersten Auswirkungen der Erweiterung der EU diskutiert. Zudem erfolgte der fachliche Austausch über die Weiterbildung, die Fortbildung und die Berufsordnung in den beiden Nachbarländern. Dadurch konnten wichtige Erkenntnisse über die jeweiligen Gesundheitssysteme gewonnen und Fragen der Anpassung erörtert werden.

Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer waren zudem Gäste der Feierlichkeiten anlässlich des 15jährigen Bestehens der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer im November 2004. Ende des Jahres begannen die Vorbereitungen zum 3. Deutsch-polnischen Symposium, welches vom 10. bis 12.09.2005 in Breslau stattfinden wird.

Ausschuss für Europäische und Internationale Angelegenheiten

Um die sich aus der Tätigkeit der Bundesärztekammer ergebenden Berührungspunkte mit dem Ausland zu koordinieren, hat der Vorstand der Bundesärztekammer einen „Ausschuss für Auslandsbeziehungen“ gebildet. In Anbetracht der Verlagerung der thematischen Schwerpunkte auf europäische Themengebiete, nicht zuletzt durch die EU-Erweiterung, erfolgte 2003 die Umbenennung des Ausschusses in „Ausschuss für Europäische und Internationale Angelegenheiten“. In den Ausschuss wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer als Mitglieder berufen: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe als Vorsitzender, Dr. med. Andreas Crusius als stellvertretender Vorsitzender, Dr. med. Astrid Bühren, Prof. Dr. med. Heyo Eckel, Prof. Dr. Ingo Flenker, Herr Rudolf Henke, Prof. Dr. Frieder Hessenauer, Dr. Alfred Möhrle, Dr. Frank Ulrich Montgomery sowie Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten Vilmar, und Prof. Dr. med. Dr. h. c. Sewering als ständiger Gast. Die Geschäftsführung wurde Dr. Otmar Kloiber übertragen.

Der Ausschuss berät vorwiegend Fragen, die sich aus der Zusammenarbeit mit dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte, dem Weltärztebund, der Weltgesundheitsorganisation, dem Europarat und diversen anderen internationalen Gremien oder ausländischen Ärzteorganisationen ergeben. Die von den einzelnen Verbänden in die Delegation der Bundesärztekammer entsandten Vertreter im „Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte“, dem „Comité Permanent des Médecins Européens“ (CPME) werden fortlaufend durch Übersendung von Dokumenten des Ständigen Ausschusses und der Kommission der Europäischen Union selbst über die Tätigkeit der vorgenannten Gremien unterrichtet.

Im Berichtszeitraum trat der Ausschuss einmalig in Berlin am 23.09.04 in der Bundesärztekammer zusammen.

Ausführlich wurde über den derzeitigen Stand der Vorschläge der Europäischen Kommission zur Arbeitszeit-, Anerkennungs- und Dienstleistungsrichtlinie gesprochen. Drei wesentliche Punkte sind bei der Arbeitszeitrichtlinie für die Ärzteschaft vollkommen inakzeptabel: die Einführung einer dritten Kategorie der Arbeitszeit, die sog. On-Call-Time Definition, die Verlängerung des Berechnungszeitraumes von 4 auf 12 Monate und die Ermöglichung des „Opt out“ für die individuelle Vertragsgestaltung. Die Fortsetzung des intensivierten Lobbyings auf europäischer Ebene ist unbedingt erforderlich, auch wenn es schwierig sein wird, da der Europäische Rat hinter diesem Vorschlag steht und das Europäische Parlament derzeit eher konservativ besetzt ist. Auch die derzeitige Form des Vorschlages zur Anerkennungsrichtlinie entspricht insbesondere bezüglich der von der Kommission gewollten deutlichen Einschränkung der automatisch anerkannten Berufsqualifikationen und der Organisation sogenannter Plattformen nicht den Bedürfnissen migrierender Ärzte. Auch hier ist nach Veröffentlichung des gemeinsamen Standpunktes im Amtsblatt die intensive Einflussnahme auf europäischer Ebene erforderlich. Bezüglich der Dienstleistungsrichtlinie haben mehrere Mitgliedsländer große Vorbehalte gegen den Einschluss des gesamten Gesundheitsbereiches geäußert. Gerade Juristen sehen in der praktischen Umsetzung große Probleme, insbesondere bezüglich des einheitlichen Ansprechpartners.

In den letzten Monaten hat die Europäische Kommission mehrere Regelsetzungen für die Gebührenordnungen in verschiedenen Berufen in Augenschein genommen. Dabei wurden unter anderem in Italien in zwei Fällen die Gebührenordnung der Rechtsanwälte für außergerichtliche Vergleiche als marktwidrig angesehen. Der Ausschuss diskutierte, inwieweit ein ähnliches Problem auch in Einzelbereichen der ärztlichen Gebührenordnung, zum Beispiel im Bereich der Schönheitschirurgie oder bei IGEL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen), auftreten könnte.

Zur Förderung der Migration der Studierenden und Lehrenden haben eine große Zahl europäischer Bildungsminister im Rahmen der sogenannten Bologna-Erklärung ein Paket mit Zielen zur Gründung eines europäischen Hochschulraumes bis 2010 beschlossen. Der „Ausschuss für Europäische und Internationale Angelegenheiten“ begrüßte auf seiner 2. Sitzung der Wahlperiode 2003/2007 am 23.09.04 die Bestrebungen zur Förderung der Mobilität, insbesondere der Studenten, durch die vorgeschlagenen Ziele, wie die Einführung eines Diploma Supplement und die Förderung des European Credit Transfer System (ECTS). Dagegen waren sich alle Teilnehmer darin einig, dass die Einführung eines zweizyklischen Systems in undergraduate- und graduateZyklus für die Medizin abzulehnen ist.

Wie im vergangenen Jahr wurde erneut die Finanzstruktur des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) diskutiert. Die EU-Erweiterung und die dadurch bedingte erhöhte Mitgliederzahl im CPME bringen eine Zunahme der administrativen Aufgaben mit sich, die eine Beitragserhöhung erforderlich macht. Über die letzten Jahre hat Deutschland vergleichsweise zu wenig Beiträge gezahlt, da die Größenzunahme nach der Vereinigung finanziell nicht zum Tragen kam. Somit muss Deutschland eine erhebliche Beitragserhöhung in Kauf nehmen, fordert dafür aber, dass aufgrund der gewichteten Zahlung auch ein gewichtetes Stimmrecht eingeführt wird.

Die Ausschusssitzung befasste sich außerdem mit der Organisation der Generalversammlung des Weltärztebundes in Tokio und der bevorstehenden gemeinsamen Vorstandssitzung zusammen mit dem Präsidenten der französischen Ärztekammer, Dr. Ducloux, dem Hauptgeschäftsführer Dr. Calloc'h und anderen Delegierten der französischen Ärztekammer, die am 26. November 2004 stattfand.

Europäische Union

Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

Der „Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte“ wurde im Jahre 1957 als beratendes Gremium unter dem Namen „Ständiger Ausschuss der Ärzte der EG“ gebildet, um die Auffassungen der ärztlichen Berufsorganisationen in den EG-Mitgliedstaaten zu koordinieren und den Standpunkt der Ärzteschaft bei der Verwirklichung der „Römischen Verträge“ von 1957 auf dem Gebiet des Gesundheitswesens vertreten zu können.

Die wesentlichen Ziele des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte sind:

- a) Die Prüfung und Förderung des höchsten Niveaus der ärztlichen Ausbildung, der Ausübung des ärztlichen Berufes und der Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union;
- b) Prüfung und Förderung der Freizügigkeit der Ärzte innerhalb der Europäischen Union;
- c) Vertretung des ärztlichen Berufes der EG-Mitgliedstaaten auf der Ebene der Europäischen Union.

Die Mitgliedsorganisationen des Ständigen Ausschusses sind die repräsentativen nationalen Ärzteorganisationen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraumes. Die Mitgliedsorganisationen haben im Jahr 1994 beschlossen, den Ständigen Ausschuss der Ärzte der EG in „Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte“ umzubenennen.

Mit Beginn des Jahres 2004 übernahm Schweden den Vorsitz des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte für die Amtsperiode 2004-2006, nachdem die Amtszeit der österreichischen Präsidentschaft unter Dr. Reiner Brettenthaler Ende Dezember 2003 abgelaufen war. Zum Ende der vorangegangenen finnischen Präsidentschaft wurde im übrigen beschlossen, anstelle der Kurzform CP nun CPME (Comité Permanent des Médecins Européens) zu verwenden.

An den Sitzungen des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte nehmen als Beobachter auch nationale europäische Ärzteorganisationen aus Ländern teil, die nicht der Europäischen Union angehören, z.B. Beobachter aus der Schweiz, Israel, Andorra, Bulgarien und Kroatien.

Erweiterung des CPME

In der letzten Generalversammlung unter dem Vorsitz des amtierenden Präsidenten der österreichischen Bundesärztekammer, Dr. Reiner Brettenthaler, am 7. und 8. November in Wien wurde beschlossen, mit Wirkung vom 1. Januar 2004 die folgenden Länder aufzunehmen: Estland, Kroatien, Malta, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern, die auch in dieser Versammlung vertreten waren. Sie benannten auch ihre jeweiligen Delegationsleiter.

Laut Beschluss der Generalversammlung im November 2004 in Göteborg wurde Lettland als Mitglied aufgenommen. Da die Ärztekammer Litauens sich noch in der Gründungsphase befindet, konnten im Jahre 2004 keine abschließenden Verhandlungen geführt werden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass auch die Aufnahme Litauens im Laufe des Jahres 2005 erfolgen wird und dann wird der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte wieder mit einer Stimme sprechen und alle EU-Länder vertreten können.

An den Beratungen sind ebenso die vom Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte anerkannten internationalen Ärzteorganisationen beteiligt, wie z.B. die Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO = Europäische Vereinigung der Allgemeinmediziner), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS = Europäische Vereinigung der Fachärzte), Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS = Europäische Vereinigung der angestellten und beamteten Ärzte), Association Européenne des Médecins des Hôpitaux (AEMH = Europäische Vereinigung der leitenden Krankenhausärzte), Permanent Working

Group of European Junior Doctors (PWG = Ständige Arbeitsgruppe der jungen Krankenhausärzte), Conférence Internationale des Ordres et des Organismes d'attributions similaires (CEOM = Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben) und seit 1994 auch die International Federation of Medical Students' Association (IFMSA = Internationaler Verband der Medizinstudenten-Vereinigungen).

Europäische Ärztevertretung

Der Ständige Ausschuss stimmt auf vielen Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik die Auffassungen der einzelnen nationalen Ärzteschaften aufeinander ab, damit er als „Stimme der Ärzte Europas“ vor den europäischen Institutionen im Interesse einer möglichst guten Versorgung der Patienten in unseren Ländern nach dem jeweiligen Stand medizinisch wissenschaftlicher Erkenntnisse und technischer Möglichkeiten auftreten kann.

Seit erstmaligem Inkrafttreten der sog. „Ärzte“-Richtlinien der EG im Jahre 1975 (jetzt zusammengefaßt in der Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 05.04.1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise), die die Migrationsmöglichkeiten der Ärzte in Europa regelt, hat sich die Arbeit des Ständigen Ausschusses gewandelt. Der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte wird daher mehr und mehr zu einer berufspolitischen Institution der europäischen Ärzte. Er versucht, die Auffassungen der einzelnen nationalen Ärzteschaften zu koordinieren, und tritt als von allen anerkannte Vertretung der Ärzte Europas bei den europäischen Institutionen in Brüssel und Straßburg auf.

Aus der Arbeit des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte

Die Fülle der Dokumentation und die Komplexität der Themen erfordern eine Beschränkung der Darstellung der Arbeit des Ständigen Ausschusses auf Schwerpunkte.

Die im Laufe der vorangegangenen Jahre geführten Gespräche und Unterrichtungen in den Generaldirektionen und Abteilungen der Kommission der Europäischen Union haben deutlich gemacht, dass sich die Arbeit mit Beginn des Jahres 1993 durch die Realisierung des Europäischen Binnenmarktes auf den verschiedensten Gebieten intensiviert hat, und dadurch die Europäische Ärzteschaft gefordert ist und zunehmend gefordert sein wird, die Vorschläge und Entwürfe für die Richtlinien des Rates in den frühestmöglichen Stadien zu beobachten und sorgfältig zu prüfen, damit ggf. bei der zuständigen Stelle in Brüssel ärztlicher Sachverstand eingebracht bzw. rechtzeitig Anhörungen gefordert werden können.

Am 12.11.1993 beschloss die Generalversammlung des Ständigen Ausschusses auch den nationalen Ärzteorganisationen der Mitgliedstaaten der EFTA (Eur. Freihandelsassoziation), die mit der Europäischen Union über das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) verbunden sind, die Möglichkeit zu eröffnen, dem Ständigen Ausschuss der Ärzte der EG beizutreten. Seit dem 01. Januar 1994 gehören die Ärzteorganisationen Finnlands, Norwegens, Österreichs und Schwedens und seit April 1995 die Ärzteorganisation Islands dem Ständigen Ausschuss als Mitglieder an.

Im Jahre 1992 wurde ein ständiges Sekretariat des Ständigen Ausschusses in Brüssel eingerichtet.

1994 wurde die Bezeichnung Ständiger Ausschuss der Ärzte der Europäischen Gemeinschaft in Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte geändert.

Durch Entscheidung vom 08.11.1996 wurde beschlossen, dem Ständigen Ausschuss (CP) die rechtliche Stellung einer internationalen gemeinnützigen Organisation belgischen Rechts zu verleihen.

Das Sekretariat des Ständigen Ausschusses hat exekutive, administrative und technische Aufgaben, in Abstimmung mit dem Präsidenten, insbesondere

- Vertretung der EG-Politik des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte,
- Dokumentation des Gemeinschaftsrechts und der Beratungsunterlagen des Ständigen Ausschusses,
- Koordination von Gesprächen mit EU-Beamten,
- Koordination von Sitzungen des Exekutivausschusses, des Vorstandes der Generalversammlung und der Ausschüsse des Ständigen Ausschusses und der jeweiligen Mitgliedsorganisation, die den Präsidenten stellt,
- Führung eines Archivs.

Das Sekretariat soll ferner in Abstimmung mit dem Präsidenten

- die Forderungen und Belange des Ständigen Ausschusses gegenüber den Institutionen der Europäischen Union entwickeln und vertreten.

Diese ständige Einrichtung hat zu mehr Kontinuität der Arbeit beigetragen.

Seit 1999 ist die Stelle eines Generalsekretärs für das Brüsseler Büro des Ständigen Ausschusses eingerichtet. Der Vorstand hatte sich für Frau Dr. Grethe Aasved (Norwegen) entschieden, die im Herbst des Jahres 2001 aus familiären Gründen diese Position wieder aufgegeben hat.

Seit dem 1. Dezember 2001 leitet die Juristin Frau Lisette Tiddens (NL) das Brüsseler CPME-Büro. Anlässlich der letzten Generalversammlungen des Ständigen Ausschusses unter österreichischer Präsidentschaft im März in Brüssel bzw. im November 2003 in Wien wurden für die schwedische Amtsperiode unter dem Vorsitz von Dr. Bernhard Grewin, Präsident der Schwedischen Ärzteorganisation, folgende Persönlichkeiten in den Exekutivausschuss gewählt:

- Dr. Jasper Poulsen (Dänemark)
- Dr. Roland Lemye (Belgien)
- Dr. Pedro Nunes (Portugal)
- Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar (Deutschland)
- sowie als Schatzmeister Dr. Daniel Mart (Luxemburg)

Der Exekutivausschuss wird weiterhin die Schwerpunkte der Arbeit des CPME mitbestimmen. Jeder Vizepräsident ist für einen bestimmten Bereich verantwortlich und außerdem ist es Aufgabe der Vizepräsidenten, für die Koordinierung der Ausschussarbeit Sorge zu tragen.

Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer von der gemeinsamen Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Bundesärztekammer hat den Vorsitz im Ausschuss „Juristen“ und berät die Präsidentschaft des CPME in Rechtsfragen.

Folgende Themen wurden im Laufe des ersten Jahres unter der schwedischen Präsidentschaft der zweijährigen Amtszeit unter anderem behandelt:

Gesundheitsaktionsprogramm, Grundsätze der Gesundheitsversorgung in Europa, Qualität der medizinischen Versorgung, Aktionsplan zur ärztlichen Fortbildung und zur kontinuierlichen Entwicklung, Informationsmanagement und Technologie, Gesundheitsversorgung und knappe Ressourcen, Freizügigkeit von Patienten, öffentliche Gesundheit, Umwelt und Arbeitsbedingungen, Tabakerzeugung, Vertrieb und Verbrauch, Arzneimittelbehandlung und ärztliche Ethik, neue Rechtsvorschriften für Arzneimittel, Ernährung und Nahrungsmittelsicherheit, Doping, Konsolidierung des Arztberufes in Europa, Stärkung der medizinischen Aufgabe und der gesundheitlichen Versorgung in der europäischen Gesetzgebung. Telemedizin, elektronischer Geschäftsverkehr, EU-Erweiterung, Sicherheit im Straßenverkehr.

Die Vorsitzenden der vier Ausschüsse und ihre Stellvertreter während der schwedischen Präsidentschaft (2004-2006) sind ärztliche Vertreter aus den Ländern Dänemark, Frankreich, Italien, Norwegen, Schweden, Spanien und Vereinigtes Königreich. Die schwedische Präsidentschaft hat einen Aktionsplan vorgestellt, der natürlich z.T. die Schwerpunkte der jeweiligen Ratspräsidentschaften zu Grunde legt.

Schwerpunkte

Im Jahre 1999 wurde eine Stellungnahme zum Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates über bestimmte rechtliche Aspekte des elektronischen Geschäftsverkehrs im Binnenmarkt verabschiedet. Diese Richtlinie wurde am 08.06.2000 angenommen. Der Schwerpunkt der Stellungnahme des Ständigen Ausschusses (siehe auch Tätigkeitsbericht des vergangenen Jahres) bezieht sich auf die Auswirkungen der Richtlinien, auf die ärztliche Berufsausübung und die dazu bestimmten Regelungen. Dabei steht im Vordergrund, dass das Internet ein wichtiges und vielleicht auch bevorzugtes Medium für eine elektronische Kommunikation des Arztes sowohl mit der interessierten Öffentlichkeit (potentiellen Patienten) als auch mit Einzelpersonen oder im konkreten Fall mit Patienten werden könne. Für die ärztliche Berufsausübung bilden Computernetze wie das Internet eine Chance, aber sie bergen auch Risiken für die Qualität der ärztlichen Berufsausübung und den Patientenschutz.

Zu diesem Zweck wurde daher eine Bewertung der insoweit maßgeblichen Bestimmungen des EU-Richtlinien-Vorschlages vorgenommen.

Die Richtlinie regelt Geschäftstätigkeiten, die über elektronische Netze abgewickelt werden, einheitlich für Europa, um damit dem europäischen elektronischen Geschäftsverkehr eine Grundlage zu geben. Sie enthält wesentliche Regelungshinweise für das Anbieten von Leistungen, für das Abschließen von Verträgen, der Vermittlungstätigkeit, aber auch der Streitschlichtung. Dabei liegt der Richtlinie das Herkunftsland-Prinzip zugrunde, d.h. alle Leistungen sind den Bedingungen des Herkunftslandes unterworfen. Dies steht im Widerspruch zu den bisherigen Regelungen zur ärztlichen Tätigkeit, die dem Bestimmungsland-Prinzip unterliegen (siehe auch Regelungen durch die Richtlinie 93/16/EWG). In Artikel 8

des Richtlinien-Entwurfes wird zur kommerziellen Kommunikation darüber hinaus festgestellt, dass die geregelten Berufe (so z.B. auch die Ärzte) durch eigene europaweit gültige standesrechtliche Regelungen die Möglichkeiten des elektronischen Geschäftsverkehrs gemeinschaftlich – auch in Hinsicht auf Beschränkungen (z. B. der Werbung) – regeln können.

E-Commerce und Arzneimittel

Die Entwicklung macht auch vor dem Arzneimittelmarkt nicht Halt. In vielen Ländern ist der legale und illegale Versandhandel mit Arzneimitteln schon seit vielen Jahren Realität.

Erlaubt ist der Versandhandel beispielsweise in den USA, in den Niederlanden, in Irland, in der Schweiz und in Großbritannien. In den USA werden bereits 13-18% der Arzneimittel über Internet vertrieben.

Die deutsche Rechtsprechung setzt dem E-Commerce mit Arzneimitteln Grenzen.

Aus Gründen des Verbraucherschutzes ist seit 1998 der Versandhandel von apotheken- und verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Deutschland laut Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes verboten, da hiermit eine Vielzahl von Risiken verbunden sind.

Der Ständige Ausschuss hat beschlossen, der Internationalen Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben, d. h. der Internationalen Vereinigung der Europäischen Ärztekammern die Aufgabe zu übertragen, einen Werbekodex zu erstellen, da diese bereits vor Jahren einen Kodex für ärztliche Werbebestimmungen erlassen hat. Damit soll erreicht werden, dass ein annähernd einheitliches Vorgehen im Bereich der elektronischen Werbung innerhalb der EU gewährleistet werden kann.

In der Dezember Sitzung der Internationalen Konferenz der Ärztekammern wurde der Text verabschiedet und in der ersten Vorstandssitzung unter österreichischer Präsidentschaft im Jahre 2001 angenommen.

Freizügigkeit

Eine vorläufige Bewertung der Urteile des Europäischen Gerichtshofes vom 28.04.1998 (Raymond Kohll ./ Union des caisses de Maladie RSC-158/96; Nicolas Decker ./ Caisse de maladie des employés privés RSC-120/95I) wurde vorgenommen.

Die Auswirkungen dieser Urteile werden in den Mitgliedsstaaten unterschiedlich gesehen. Es könnte hervorgehoben werden, dass die Entscheidungen nur für die luxemburgischen Verhältnisse zutreffend seien, einem Versicherungssystem, das durch das sog. Kostenerstattungssystem geprägt ist. Demgegenüber könnte darauf hingewiesen werden, dass für Versicherungssysteme, die nach dem sog. Sachleistungsprinzip charakterisiert sind (z. B. Deutschland, Österreich und Niederlande) oder für Mitgliedsstaaten, welche Gesundheitssysteme haben, für die eine geschlossene Binnenstruktur prägend ist (z. B. Kollektivverträge mit Leistungserbringern, bes. Qualitätsregeln, Bedarfsplanung, Zugangsbeschränkungen für Ärzte u. a.), für welche die gleichzeitige Verfolgung der Ziele der Sicherung eines angemessenen Versorgungsniveaus mit Zugang für alle und der Sicherung der finanziellen Stabilität maßgeblich ist. Das Zusammenspiel dieser Elemente rechtfertigt eine Beschränkung der selbstbestimmten Inanspruchnahme der Patienten mit Erstattungsanspruch.

Die Frage stellt sich, ob Folgen des Verbots, im Ausland zu Lasten des jeweiligen Krankenversicherungssystems Behandlungsleistungen in Anspruch zu nehmen, oder gar Hilfsmittel zu erwerben, für die Versicherten der übrigen Mitgliedsstaaten nicht gleichermaßen wie für den luxemburgischen Versicherten Behinderungen darstellen, wenn es am europäischen Rechtsmaßstab – nämlich den für alle geltenden Grundfreiheiten und dem Gleichbehandlungsgebot – gemessen wird. Systematisch gesehen ist der Genehmigungsvorbehalt eine Beschränkung der Wahlfreiheit des Bürgers über den Ort der „Nachfrage“ nach medizinischen Dienstleistungen (und damit auch der Angebotsfreiheit); daher müssen auch andere Beschränkungsformen, welche den Ausschluss von Kostenerstattung bewirken, wie z. B. nur Sachleistung oder nur Gesundheitsdienstangebote im Inland den Grundfreiheiten entsprechen.

Dies bedeutet, dass der Mechanismus der „Kostenerstattung nach Tarifen des Versicherungsstaates“ gemeinschaftsrechtlich begründet und konstitutiv ist, also nicht davon abhängig, dass der Versicherungsstaat Kostenerstattung kennt.

Wenn man daher aus den Urteilen eine rechtliche Konsequenz für mehr Freizügigkeit auch für Patienten aus Sachleistungs- und Gesundheitsdienstleistungen zieht, ergeben sich aus der Möglichkeit, den daraus entstehenden Kostenerstattungsanspruch zu regeln, ausreichende Beschränkungen, die eine finanzielle Überforderung vermeiden helfen – ganz abgesehen von der Frage, in welchem Umfang solche „Wanderungen“ von Patienten überhaupt stattfinden. Denn auch der Kostenerstattungsanspruch ist eine Versicherungsleistung und unterliegt daher in seiner Ausgestaltung der Kompetenz der Mitgliedstaaten. Daraus folgt, dass sich auch Sachleistungssysteme und Gesundheitsdienstsysteme nicht den Anforderungen verschließen können. Dies erweist zugleich, dass es ohne ergänzende Regelungen der EU nicht geht.

Nach den Entscheidungen in den Sachen Kohll & Decker im Jahre 1998 hat der Europäische Gerichtshof EuGH am 12. 07.2001 Müller-Fauré/van Riet (2002) drei neue Entscheidungen gefällt, und zwar in Sachen Geraets und Peerbooms für die Erstattung von Kosten für eine Krankenhausbehandlung im Ausland erlassen.

Die Entscheidungen haben Auswirkungen für die medizinische Versorgung, da übertrieben lange Wartezeiten bei der Bereitstellung lokaler medizinischer Dienstleistungen dazu führen, dass die Bürger im Raum der Freizügigkeit medizinische Dienstleistungen in einem anderen Land Europas in Anspruch nehmen können. Der Präsident des Ständigen Ausschusses Dr. Markku Äärilä hatte seinerzeit zu definieren vorgeschlagen, welche Wartezeiten den Patienten zuzumuten sind bzw. was als „Wartezeiten“ anzusehen ist. Eine Diskussion in der Generalversammlung im November in Helsinki sowie in der Vorstandssitzung im März 2002 hat gezeigt, dass nach Auffassung der überwiegenden Mehrheit der nationalen Delegierten nur Ärzte von Fall zu Fall über Wartezeiten entscheiden können.

Es sollte diskutiert werden, ob nicht – entgegen bisherigen politischen Haltungen – in verstärktem Maße auf eine Konvergenz der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten hingewirkt werden müsste (vgl. auch die „Konvergenz-Empfehlung“ 442/92/EWG über die Annäherung der Ziele und Politiken im Bereich des sozialen Schutzes von 1992), wobei nicht nur die Art der Leistungsgewährung (Sachleistung und Kostenerstattung), sondern auch die Sachverhalte und Probleme der Transnationalisierung der Inanspruchnahme aufgrund der Grundfreiheiten angesprochen werden sollten, um ein Abgleiten der Gesundheitssysteme in privatisierte wettbewerblich organisierte Märkte zu vermeiden.

Solche Punkte sind:

- Definition von Qualitätsmerkmalen
- Fragen der Preisfestsetzung
- Leistungskontrolle
- Erstattungsverfahren
- transnationale Vertragsabschlüsse

Sie müssten auf Gemeinschaftsebene diskutiert werden. Das CPME wird sich weiterhin eingehend mit diesem Komplex befassen.

Beratender Ausschuss für die ärztliche Ausbildung

Am 16.06.1975 wurde auf Beschluss des Rates die Einsetzung eines Beratenden Ausschusses für die ärztliche Ausbildung beschlossen.

Der Ausschuss besteht aus drei Sachverständigen je Mitgliedstaat, und zwar

- einem aus dem Berufsstand der praktizierenden Ärzte,
- einem aus den medizinischen Fakultäten der Universitäten,
- einem aus den zuständigen Behörden des Mitgliedstaats.

Aufgabe des Ausschusses ist es, zur Gewährleistung eines vergleichbar anspruchsvollen Niveaus der ärztlichen Ausbildung – und zwar sowohl der Ausbildung zum Arzt als auch der Weiterbildung zum Facharzt – in der Gemeinschaft beizutragen.

Die Europäische Kommission hat nun beschlossen, dass sich die Generaldirektion Binnenmarkt infolge einer 50%-igen Kürzung ihres Haushaltes nicht mehr mit dem Thema Ausbildung und damit in Zusammenhang stehenden Fragen befassen werde.

In ihrer Argumentation stützt sich die Kommission darauf, dass der Beratende Ausschuss in seiner bisherigen Struktur zu kostspielig sei, insbesondere im Hinblick auf die Erweiterung der EU.

Der Ständige Ausschuss hat im Jahre 2000/2001 ein erhebliches Maß an Zeit für die Diskussion der momentanen Situation des Beratenden Ausschusses für die ärztliche Ausbildung (ACMT) und die möglichen Aktionen seitens des CPME aufgewendet. Auf seiner Sitzung im April diskutierte der Ausschuss ein Positionspapier, das anschließend angenommen wurde und folgenden Wortlaut hat:

„In Kenntnis der Position des Rates, dass die Bereitstellung der medizinischen Versorgung in den einzelnen Mitgliedstaaten unter das Subsidiaritätsprinzip fällt; in Anerkennung der Tatsache, dass die Qualität der medizinischen Versorgung in den Bereich Verbraucherschutz fällt; in Anerkennung der Tatsache, dass die Qualität der Versorgung von der hohen Qualität der Ausbildung der im Gesundheitssektor Tätigen abhängig ist, bekräftigt das CPME zum wiederholten Male seine Unterstützung für den ACMT und bedauert, dass die Kommission es versäumt hat, den 4. Bericht über die fachärztliche Ausbildung und den Bericht des ACMT über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin zu implementieren.

Da der ACMT nunmehr keine Möglichkeit mehr hat, seine Arbeiten fortzusetzen, fordert das CPME, dass die Kommission dem Thema Qualität der ärztlichen Ausbildung weiterhin hohe Priorität einräumt, und wenn dies in der bisher zuständigen

Generaldirektion nicht möglich ist, dann sollte sich die neue Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz damit befassen.“

Auf der Sitzung im September 2000 wurde dieses Thema aufgrund der Information, dass ein Abbau des Personals des ACMT unmittelbar bevorsteht, noch einmal diskutiert. Die britische Delegation hat ein Schreiben an Kommissar Bolkestein gerichtet und darin mit Nachdruck auf die Sorge der Ärzteschaft hingewiesen, dass die Qualität der ärztlichen Ausbildung gefährdet ist und der ACMT dahingehend gestärkt werden sollte, dass er seine Arbeit wieder aufnehmen kann.

Die Intentionen der Kommission gehen dahin, den ACMT abzuschaffen.

Weiterentwicklung der gegenseitigen Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in der EU

Im Februar 2001 legte die Kommission dem Rat eine Mitteilung vor, in welcher sie ankündigt, im Jahr 2002 Vorschläge für ein einheitlicheres, transparenteres und flexibleres „System der Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise“ auf der Basis des bestehenden allgemeinen Systems und mit Vorgaben wie eine umfassendere automatische Anerkennung zu fördern ist.

Diese Mitteilung wurde dem Rat auf seiner Tagung in Stockholm am 23.-24.03.2001 vorgelegt.

In der Vorstandssitzung des Ständigen Ausschusses am 28.04.2001 wurde eine sog. Arbeitsgruppe mit dem Auftrag eingesetzt, ein Konsultationsdokument der Europäischen Kommission zur Regelung beruflicher Qualifikation zu analysieren und einen Entwurf für eine Antwort zu erarbeiten und miteinander abzustimmen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe: Dr. Holm (Norwegen) Vorsitz, Prof. Hoppe (Deutschland), Dr. Harvey, Dr. Lusurdo (Italien), Dr. Winter-Jensen, PWG, Dr. Twomey, UEMS und ein Vertreter der UEMO.

Die Arbeitsgruppe hat sich am 10.07.2001 im Brüsseler Büro des Ständigen Ausschusses getroffen und sich danach auf elektronischem Wege abgestimmt.

Eine Stellungnahme zu den vorgelegten 8 Fragestellungen wurde abgegeben und ebenfalls an das Bundesministerium für Gesundheit geleitet (siehe Tätigkeitsbericht des vergangenen Jahres).

Die EU-Kommission hat ihren endgültigen Vorschlag für eine allgemeine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vorgelegt. Der Entwurf fasst alle Bestimmungen, die sich mit der Anerkennung beruflicher Qualifikationen befassen, in einer einzigen Richtlinie zusammen. Bislang gibt es auf der Ebene des Gemeinschaftsrechts drei verschiedene Systeme: die auf bestimmte Berufe (zum Beispiel auf Ärzte, Zahnärzte oder Apotheker) bezogenen sektoralen Richtlinien, Richtlinien für Handwerks- und Handelsberufe sowie zwei horizontale Richtlinien.

Gegen den Entwurf der EU-Kommission sind inzwischen sowohl von den Mitgliedstaaten als auch auf EU-Ebene erhebliche Bedenken geäußert worden, weil dadurch das System der automatischen Anerkennung drastisch eingeschränkt wird. Die sektorale „Ärztliche Richtlinie“ (Richtlinie 93/16/EWG) von 1993 hat das Ziel, möglichst viele Berufsqualifikationen mit

dem System der automatischen Anerkennung zu erfassen. Das heißt, dass alle Diplome, die in mindestens zwei Mitgliedstaaten existieren, in den Staaten, in denen es das Fachgebiet gibt, automatisch anerkannt werden. Für die betroffenen Fächer wurde ein Mindestausbildungsniveau festgelegt, dem sich alle Mitgliedstaaten (die dieses Fach eingeführt haben) unterwerfen müssen. Der neue Richtlinienentwurf geht nun vom gegenteiligen Ansatz aus. Danach fallen nur noch jene Berufsqualifikationen unter die automatische Anerkennung, die in allen Mitgliedstaaten eingeführt sind, wohingegen alle anderen Facharzt diplome dem allgemeinen Anerkennungssystem unterliegen. Das würde bedeuten, dass künftig nur noch 17 medizinische Berufsqualifikationen automatisch anerkannt werden (derzeit sind es 52). In allen übrigen Fachrichtungen müssten individuelle Gleichwertigkeitsprüfungen durchgeführt werden. Das bedeutet auch, dass im Einzelfall der Aufnahmestaat die Qualifikationen des migrierenden Arztes mit den nationalen Qualifikationsbedingungen vergleichen müsste. Der neue Richtlinienentwurf sieht dafür Anpassungslehrgänge oder Eignungsprüfungen vor. Hinzu kommt, dass das neue Verfahren nicht nur bei seltenen Fächern angewendet würde, sondern beispielsweise auch bei Dermatologen, Arbeitsmedizinern oder Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen. Die EU-Kommission begründet ihren Vorschlag damit, dass das Anerkennungssystem mit Blick auf die EU-Erweiterung vereinfacht werden soll. Tatsächlich erleichtert es nur der Kommission das Leben. Für die mit der Anerkennung befassten nationalen Stellen und die migrierenden Ärzte wird das neue System komplizierter.

Der Kommissionsentwurf sieht allerdings Übergangsregelungen für die Diplome vor, die derzeit anerkannt werden, aber nicht in allen Mitgliedstaaten existieren. Diese Diplome wären anzuerkennen, wenn die Weiterbildung vor In-Kraft-Treten der geplanten Regelung begonnen wurde, eine dreijährige Berufserfahrung nachgewiesen werden kann oder die Weiterbildung spätestens zwei Jahre nach In-Kraft-Treten der neuen Richtlinie abgeschlossen wurde.

Die Ärzterrichtlinie 93/16/EWG sieht darüber hinaus spezielle Bestimmungen für die grenzüberschreitende Erbringung ärztlicher Dienstleistungen vor. Sie verpflichtet den Arzt, die Berufsordnung des Aufnahmestaates zu beachten. Der neue Entwurf sieht lediglich allgemeine Bestimmungen für grenzüberschreitende Dienstleistungen vor. Danach sind solche Dienstleistungen prinzipiell immer dann gestattet, wenn der Dienstleistungserbringer in seinem Heimatland rechtmäßig niedergelassen ist. Ist dies der Fall, kann er bis zu 16 Wochen in einem anderen EU-Staat tätig sein. Dabei stellt sich die Frage, ob mit dieser Regelung die bisherige Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs unterlaufen werden kann. Sie erlaubt es den Mitgliedstaaten, Beschränkungen aufzuerlegen und beispielsweise medizinische Tätigkeiten nur von Ärzten erbringen zu lassen. Nach der Neuregelung wäre es künftig denkbar, dass beispielsweise deutsche Heilpraktiker in Österreich arbeiten können.

Die Kritik richtete sich im Wesentlichen gegen die Abschaffung der sektoralen Ärzterrichtlinie und die damit verbundene Einschränkung der automatischen gegenseitigen Anerkennung der Facharztbezeichnungen. Unzweckmäßig sei auch die angekündigte Abschaffung des Beratenden Ausschusses für die ärztliche Ausbildung. Außerdem vertritt die Kammer und die Europäische Ärzteschaft die Auffassung, dass es den zuständigen nationalen Stellen im Fall der grenzüberschreitenden Dienstleistung möglich sein muss, die Berufsaufsicht über Ärzte aus dem EU-Ausland auszuüben. Ähnlich lauten die Stellungnahmen des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte.

Die Systematik der Anerkennung von Befähigungsnachweisen in der EU

- Sektorale Richtlinien regeln spezifisch bestimmte Berufe, legen ein europaweit geltendes Mindestqualifikationsniveau fest und gewährleisten eine automatische Anerkennung der Diplome. Sektorale Richtlinien existieren derzeit für sieben Berufe, darunter für Ärzte und Zahnärzte.
- Allgemeine Richtlinien für Handwerks- und Handelsberufe.
- „Horizontale“ Richtlinien sind nicht berufsspezifisch, gelten für alle nicht speziell geregelten Berufe.

Die „horizontalen“ Richtlinien erfassen subsidiär alle nicht speziell geregelten reglementierten Berufe. Im Unterschied zu den sektoralen Richtlinien (also auch zur Ärztlichrichtlinie) sehen die horizontalen Richtlinien kein europäisches Mindestqualifikationsniveau und damit keine automatische Anerkennung vor. Sie verpflichten den Aufnahmestaat, die im Heimatstaat absolvierte Qualifikation im Rahmen einer Gleichwertigkeitsprüfung zu berücksichtigen, erlauben ihm aber, Eignungsprüfungen oder Anpassungslehrgänge zu verlangen. Der Migrant kann also nicht mit einer automatischen Anerkennung rechnen.

Nationale und gemeinsame Europäische Bemühungen zur Gestaltung der gegenseitigen Anerkennung von Befähigungsnachweisen in der EU

Am 20. März 2002 hat der Präsident des Ständigen Ausschusses, Dr. Reiner Brettenhaler, in einem Gespräch mit Herrn Stoodley (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher) die Bedenken und die kritischen Punkte vorgetragen, die bereits im Vorfeld schriftlich und in der Vorstandssitzung am 16.03.2002 deutlich herausgestellt wurden.

Der Ausschuss für Recht und Binnenmarkt benannte in seiner Sitzung am 27.03. 2002 Stefano Zappala (Forza, Italia) als Berichterstatter (Schattenberichterstatterin ist Frau Evelyn Gebhardt) für nationale und europäische Unternehmungen.

Am 06.05.2002 wurde eine Stellungnahme der Bundesärztekammer bei den zuständigen Ministerien eingereicht.

Am 13.06.2002 fand eine Anhörung zu dem Richtlinienentwurf im Wirtschafts- und Sozialausschuss statt.

Der Ständige Ausschuss und die Europäischen Assoziierten Organisationen UEMS, UEMO, PWG, FEMS, AEMH, EMSA, CEOM, WMA haben am 19.06.2002 eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben mit der folgende Ziele erreicht werden sollen:

1. Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und der gegenseitigen Anerkennung der Qualifikationen
2. Entwicklung eines robusten Rechtsmechanismus, der aber so flexibel ist, dass auch noch Änderungen eingearbeitet werden können
3. Die Bürokratie auf ein Mindestmaß zu beschränken (nationale Ebene, zentrale Ebene)
4. Einrichtung eines einheitlichen Systems, das auch problemlos auf die Beitrittsländer anzuwenden ist
5. Entwicklung eines Systems, das zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung führt
6. Einrichtung eines Systems, indem Änderungen der Struktur der ärztlichen Ausbildung möglich sind, wenn dies auf Grund neuer Entwicklungen erforderlich ist

7. Verantwortliche Einbeziehung der ärztlichen Berufsorganisationen muss gewährleistet sein.
8. Sensibilisierung dahingehend, was für eine moderne fachärztliche Berufsausübung erforderlich ist.

Am 27.06.2002 wurde in Brüssel ein Gespräch mit der Abgeordneten Evelyn Gebhardt, der Schattenberichterstatterin in Brüssel geführt.

Am 10.07.2002 stellte sich Herr Jonathan Stoodley den Fragen der Mitglieder des Exekutiv-ausschusses des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte und den Vertretern der Assoziierten Organisationen. Er sagte zu in schriftlicher Form die Fragen zu beantworten, die das CPME ihm hatte zukommen lassen.

In der Sitzung vom 05.09.2002 gab der Präsident des Europäischen Parlaments bekannt, dass er diesen Vorschlag zusätzlich an den Petitionsausschuss als den beratenden Ausschuss überwiesen hat.

Die Anhörung im Europäischen Parlament fand am 01.10.2002 statt.

Am 24.10.2002 gab der Präsident des Europäischen Parlaments bekannt, dass er diesen Vorschlag zusätzlich an den Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherpolitik und ebenfalls dem beratenden Ausschuss überwiesen hat.

Am 02.12.2002 fand im Europäischen Parlament ein Gesprächsabend zum Richtlinien-vorschlag statt, zu dem die Bundeszahnärztekammer, die Bundesärztekammer und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände Mitglieder des Europäischen Parlaments eingeladen hatte. Bei dieser Gelegenheit konnten sie ihre Kritik im Zusammenhang mit dem Richtlinienentwurf vorbringen und erläutern.

Am 19.02.2003 befasste sich das Europäische Parlament – d. h. der Ausschuss für Recht und Binnenmarkt – mit dem Berichtsentwurf von Stefano Zappala zum Richtlinienentwurf „Anerkennung von Berufsqualifikationen“.

Hierin wird die Beibehaltung sektoraler Richtlinien gefordert, die 16-Wochen-Regelung in Frage gestellt und eine andere Systematik bei den Berufsabschlüssen (Niveaus) eingeführt.

Die Schattenberichterstatterin Frau Evelyn Gebhardt (SPD) brachte nach Auskunft der Berichterstatter des Ständigen Ausschusses und des Brüsseler Büros der Deutschen Ärzteschaft ihre Enttäuschung über den Zappala-Bericht sowie die mangelnde Kooperation zum Ausdruck. Frau Gebhardt weicht in ihrer Argumentation vom konservativen Lager ab und setzt sich für eine einzige Richtlinie ein. Auf der anderen Seite teilt sie die Kritikpunkte, die von der Ärzteschaft vorgebracht werden.

Die Diskussion um die Berichterstattung spaltet den Rechtsausschuss und damit das Parlament in zwei Lager.

Der Richtlinienentwurf wurde erneut am 19.05.2003 im Rat Wettbewerb behandelt, was als Hinweis darauf verstanden werden kann, dass das Parlament an einer zügigeren Bearbeitung des Richtlinienvorschlags interessiert ist.

Am 11. September 2003 fand im JURI-Ausschuss, dem Ausschuss für Recht- und Binnenmarkt, eine allgemeine Diskussion zu dem Berichtsentwurf von Stefano Zappala statt. Es lagen über 400 Änderungsanträge vor.

Legislative Entschließung des Europäischen Parlaments zu dem Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Nachdem die Abstimmungen mehrmals verschoben worden waren, nahm das Plenum des Europäischen Parlaments in der ersten Lesung am 11. Januar den Vorschlag der Kommission in der geänderten Fassung an und billigte dem Grundsatz nach den Kommissionsvorschlag in Kenntnis des Berichts des Ausschusses Recht- und Binnenmarkt sowie der Stellungnahmen des Ausschusses für Beschäftigung und Soziale Angelegenheiten, des Petitionsausschusses und des Ausschusses für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherpolitik.

In Bezug auf die ärztliche Berufsankennung und die Ausübung des ärztlichen Berufes in Europa vertritt das Europäische Parlament folgende Auffassungen: Es unterstützt die Forderung der Kommission, grenzüberschreitende Dienstleistungen zu vereinfachen, erwartet aber eine proforma-Regierung im Aufnahmeland, damit eine Berufsaufsicht ausgeübt werden kann.

Das Europäische Parlament befürwortet, anders als die Kommission, das bisher gültige System der automatischen Anerkennung aller 52 ärztlichen Fachgebiete. Demnach sollen auch weiterhin neue Qualifikationen (Fachgebiete) in die Richtlinie aufgenommen und gegenseitig anerkannt werden, die in mehreren Mitgliedstaaten anerkannt sind (Artikel 24).

Das Europäische Parlament hat in Bezug auf eine Reihe von Änderungsanträgen den Anliegen nationaler Mitgliedsstaaten sowie des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte Berücksichtigung verliehen.

Seit Juni 2004 liegt eine inoffizielle Version des gemeinsamen Standpunktes des Rates vor – Veröffentlichung im Amtsblatt wird jedoch im Jahr 2004 nicht mehr erfolgen.

Das neu gewählte Europäische Parlament wird im Januar eine 2. Lesung vornehmen.

Seit dem 22. November haben auch die neuen Kommissare offiziell ihre Aufgaben übernommen.

Der Ständige Ausschuss hat sich natürlich auch mit der Arbeitszeitrichtlinie befasst und in seiner Sitzung im November in Göteborg mit dem Änderungsvorschlag der EU-Kommission zu dieser Richtlinie.

Änderungsvorschlag der EU-Kommission zur Arbeitszeitrichtlinie

Das Europäische Parlament und der Rat sollen ersucht werden, dem Vorschlag der Kommission zur Änderung der Richtlinie 2003/88 EG über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung nicht zuzustimmen.

In zwei Urteilen hat der Europäische Gerichtshof die Arbeitszeitrichtlinie dahingehend ausgelegt, dass die gesamte Zeit des Bereitschaftsdienstes von Klinikärzten als Arbeitszeit zu werten ist. Den jetzt vorgelegten Vorschlag zur Änderung dieser Richtlinie beabsichtigt die Europäische Kommission, die Rechtsgrundlagen auf denen die beiden Urteile basieren,

zurück zunehmen und die Zeiten des Bereitschaftsdienstes in inaktive Zeiten und aktive Zeiten aufzuteilen.

Die Mitgliedsorganisationen des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte verständigten sich darauf, an der Stellungnahme von März festzuhalten und

- einen Bezugszeitraum bezogen auf 48 Stunden,
- ein individuelles Opt out nicht über 6 Monate, und
- eine Definition der Arbeitszeit in Bezug auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst

zu fordern. Sie verständigten sich auch auf folgende weitere Forderungen: „Ausgleichende Ruhezeit muss unmittelbar nach geleisteter Arbeit genommen werden, es sei denn, es geschieht im gegenseitigen Einvernehmen (collective agreement)“.

Hingewiesen wurde im übrigen auf eine Veröffentlichung im New England Journal of Medicine (Nr. 18, 28. Oktober 2004), in welcher Assistenzärzte einer Studie unterzogen wurden, die in den Grenzfällen deutlich macht, dass die Aufmerksamkeit und das Konzentrationsvermögen beeinträchtigt sind und zu Fehlerquoten im Nachtdienst führen.

Es wird erforderlich sein, dass die einzelnen nationalen Organisationen intensive Lobbyarbeit betreiben.

Gemeinsames Konferenz CPME/Assoziierte Organisationen zu Continuing Professional Development

Am 7. April 2005 findet in Brüssel, gemeinsam mit den Assoziierten Organisationen, eine Veranstaltung des CPME statt, und zwar am Vortag der Frühjahrssitzungen, bei der es im wesentlichen um eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit und ggf. um Teilung der Aufgaben gehen soll, sowie darum, dass die Europäische Ärzteschaft für alle auf der Ebene der Europäischen Union beispielsweise die gesamte Ärzteschaft vertreten kann.

Auf Wunsch der deutschen Delegierten dieser Europäischen Verbände wurde mit dem Ziel des verbesserten Informationsaustausches und der gemeinsamen zielgerichteten Arbeit in den unterschiedlichen Gremien das „Gespräch der deutschsprachigen Vertreter und Mitglieder der Geschäftsführungen der Assoziierten Organisationen des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte“ eingeführt. Im Berichtszeitraum fand das Gespräch drei Mal statt.

Mitglieder waren dabei Delegierte aus

- dem Hartmannbund für die UEMO,
- der Gemeinschaft der Fachärztlichen Berufsverbände für die UEMS,
- dem Marburger Bund für die PWG,
- dem Verband der leitenden Krankenhausärzte für die AEMH,
- dem NAV-Virchow-Bund für die EANA,
- der deutschen Sektion der EMSA.

Besprochen wurden Richtlinienvorschläge der Europäischen Kommission wie zum Beispiel die Dienstleistungsrichtlinie, die Anerkennungsrichtlinie und die Arbeitszeitrichtlinie. Ziel ist es, einen gemeinsamen deutschen Standpunkt zu finden, der dann in den jeweiligen europäischen Gremien mit größerem Nachdruck vertreten werden kann.

Intensiv debattiert wurde, in welcher Form die Assoziierten Organisationen in die Arbeit des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte integriert werden können. Dabei ist ein Interessenausgleich zwischen der Einbeziehung des dort vorhandenen Expertenwissens und dem Selbstverständnis des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte, als Vertretung der gesamten Europäischen Ärzteschaft, zu finden.

Die in der Bologna-Erklärung 1999 niedergeschriebenen Ziele, zum Aufbau eines gemeinsamen europäischen Hochschulraumes, beschäftigen derzeit alle Ärzteverbände. Während die Ziele zur Förderung der Mobilität der Studierenden und Lehrenden allgemein begrüßt werden, lehnen die Mitglieder des Gesprächs die Umsetzung des zweigliedrigen Studiensystems in der Medizin ab. Sie befürchten eine Einbeziehung niedrig qualifizierter Studienabgänger in die medizinische Versorgung. Dies ist umso kritischer zu bedenken, als ein solcher Einsatz den zunehmenden Ärztemangel und die Bürokratisierung des ärztlichen Berufes nicht lösen wird.

Beteiligung des Ständigen Ausschusses am Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der EU

Der Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union wurde auf der Grundlage der Schlussfolgerungen des Rats der Gesundheitsminister vom 26. Juni 2002 von der Kommission eingeleitet. Da die Gesundheitssysteme und die Gesundheitspolitik in den Mitgliedstaaten der EU heute enger miteinander verknüpft sind als jemals zuvor, soll der Prozess als Forum dazu dienen, ein gemeinsames Leitbild für das Gesundheitswesen zu entwerfen, bei dem die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gesundheitssysteme unangetastet bleibt. Es ist notwendig, die Zusammenarbeit zu verstärken, um Möglichkeiten für den Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung zu fördern und dabei die finanzielle Tragfähigkeit der Systeme der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union zu erhalten. Dies gewinnt durch die bevorstehende Erweiterung der Europäischen Union noch an Bedeutung, da die Vielfalt der Systeme der Gesundheitsversorgung in einem erweiterten Europa die Mobilität sowohl von Leistungserbringern im Bereich der Gesundheitsversorgung als auch von Patienten verstärken wird. Dadurch könnten sich für die Beitrittsländer besondere Schwierigkeiten in Bezug auf die Sicherung des Zugangs zu den Systemen der Gesundheitsversorgung, auf Qualität und Nachhaltigkeit dieser Systeme ergeben.

Mit einer Verordnung 408/71/EWG, die auf eine Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abzielt, wird Personen, die sich innerhalb der EU bewegen, der Zugang zur Gesundheitsversorgung eröffnet.

Der Rat und die im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedsstaaten haben deshalb anerkannt, dass es sinnvoll wäre, wenn die Kommission in enger Zusammenarbeit mit dem Rat und allen Mitgliedstaaten, insbesondere mit den Gesundheitsministern und anderen wichtigen Akteuren und Zielgruppen auf hoher Ebene Überlegungen anstellen würde. An diesem Prozess wirkten die Minister von Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal, Spanien, Schweden und dem Vereinigten Königreich sowie Vertreter der internationalen Vereinigung der sozialen Krankenversicherer auf Gegenseitigkeit (AIM), des Ständigen Ausschusses der Krankenhäuser der EU (HOPE), des Europäischen Verbands für Gesundheits-

management (EHMA), des Europäischen Patientenforums, des Netzes der Europäischen Sozialversicherungspartner (ESIP), des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) und des Europäischen Parlaments mit. Sitzungen im Rahmen des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene fanden am 3. Februar, 7. Juli und 8. Dezember statt. Der gesamte Prozess wird durch zusätzliche Zusammenkünfte der persönlichen Vertreter der Teilnehmer unterstützt. Mit dem Ziel der Ermittlung und Einbeziehung spezifischer erweiterungsbezogener Aspekte wurden die Gesundheitsminister der Beitrittsländer zu der Abschlussstagung eingeladen. Eine entsprechende Vorbereitung soll die Beteiligung ihrer Vertreter an der Schlussphase des Reflexionsprozesses gewährleisten.

Alle Teilnehmer haben sich persönlich an dem Reflexionsprozess beteiligt, und mit diesen Schlussfolgerungen soll etwaigen Stellungnahmen, die im Rahmen anderer Diskussionen oder Foren vereinbart werden, nicht vorgegriffen werden. Insbesondere die Europäische Kommission hat sich für die Förderung des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene eingesetzt, doch stimmen die hier geäußerten Meinungen nicht unbedingt mit denen der Europäischen Kommission überein. Die in den Empfehlungen des Reflexionsprozesses angesprochenen Akteure werden prüfen müssen, welche Reaktion am besten ist. Die Kommission plant ihrerseits für März 2004 die Veröffentlichung einer Mitteilung als Antwort auf den Reflexionsprozess.

Der inzwischen vorliegende Bericht befasst sich mit den fünf folgenden Themen:

- europäische Zusammenarbeit zur besseren Nutzung von Ressourcen,
- Informationsbedarf von Patienten, Leistungserbringern im Gesundheitswesen und politischen Entscheidungsträgern,
- Zugang zur Gesundheitsversorgung und Qualität der Gesundheitsversorgung,
- Abstimmung der innerstaatlichen Gesundheitspolitik mit den europäischen Vorschriften und
- Gesundheitsfragen und Kohäsions- und Strukturfonds der Union.

Der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte wurde an der Arbeit aktiv beteiligt und einbezogen, die sich mit dem „Informationsbedarf von Patienten, Leistungsbringern im Gesundheitswesen und politischen Entscheidungsträgern befasste, insbesondere den Rechten und Pflichten von Patienten.

In dem inzwischen vorliegenden Dokument der hochrangigen Reflexionsgruppe ist hierzu folgende Empfehlung formuliert worden:

- Weitere Prüfung der Möglichkeit, auf europäischer Ebene zu einem gemeinsamen Verständnis der Rechte, Ansprüche und Pflichten von Patienten, sowohl in Bezug auf die einzelne Person als auch in Bezug auf die Gesellschaft, zu gelangen. Zu diesem Zweck sind zunächst die vorhandenen Informationen über diese Themenfelder und über die Behandlung dieser Themen in den Mitgliedstaaten und den Beitrittsländern zusammenzutragen.

Beitragsschlüssel im Hinblick auf die Erweiterung

Der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte hat in den beiden Vorstandssitzungen im Frühjahr und Herbst sowie den Generalversammlungen über einen neuen Beitragsschlüssel eingehende Beratungen geführt. Als Vorlage waren Vorschläge im Exekutiv-Ausschuss erarbeitet worden, nach welchen das Bruttoinlandsprodukt, die Bevölkerungszahlen und die Arztzahlen als Parameter zugrunde gelegt und prozentual variabel zugeordnet worden waren.

Die Diskussionen haben dann sehr deutlich gemacht, dass sich die Versammlungen nicht einigen konnten.

Die Vertreter der beitretenden Länder, die mit Beginn dieses Jahres bereits als Mitglieder im Ständigen Ausschuss aufgenommen wurden (mit Ausnahme von Lettland und Litauen, mit welchen noch nicht abschließend verhandelt werden konnte), erklärten, dass sie über gesetzte Limits nicht hinauszugehen bereit waren. Daher verständigten sich die Vertreter der Mitgliedsorganisationen für das Jahr 2004 unter Anlehnung an den bisher angewendeten Verteilerschlüssel einen Betrag von insgesamt 40.000 Euro anzusetzen und unter den zehn neuen Organisationen aufzuteilen. Im Jahr 2004 werden sie also 4,5 % des Gesamthaushaltes finanzieren. Zur Erarbeitung weiterer Vorschläge und Kombinationen der Zuordnungen der Parameter wurde eine neue Arbeitsgruppe gegründet unter der Federführung des Generalsekretärs der luxemburgischen Ärzteorganisation, Dr. Daniel Mart, der mit Beginn des Jahres auch Prof. Dr. Karsten Vilmar im Amt des Schatzmeisters ablöst. Dieser Arbeitsgruppe gehören Vertreter Italiens, Frankreichs, Spaniens, Sloweniens und Finnlands an.

In der diesjährigen Generalversammlung im November in Göteborg wurde der von dieser Arbeitsgruppe vorgelegte Berechnungsschlüssel verabschiedet. Das komplexe Berechnungsverfahren, das neben der Zahl der Ärzte, das Bruttoinlandprodukt berücksichtigt, enthält auch noch einen Schwellenwert für kleine Länder und einen ausgleichenden Faktor, der die stark auseinander driftenden Zahlungen pro Arzt, pro Land korrigieren soll. Der neue Verteilerschlüssel wird ab dem Jahr 2006 graduell eingeführt und zwar bis 2008 (Deutschland wird dann ca. 20% mehr als jetzt zu zahlen haben). Die Kosten für die Verdolmetschung sollen in Zukunft getrennt vom Budget behandelt werden, und die Länder, die sich die jeweiligen Sprachen „teilen“; prozentual die Kosten hierfür übernehmen.

Eine Diskussion über die Einführung eines gewichteten Stimmrechts, die von den Haushaltsberatungen in der Generalversammlung im November in Göteborg getrennt behandelt wurde, hat zur Einsetzung einer speziellen Arbeitsgruppe geführt. Ein gewichtetes Stimmrecht in politischen Fragen wird sich wahrscheinlich nicht durchsetzen lassen sondern eher für finanzwirksame Beschlüsse.

Zu den einzelnen Ausschüssen

Die Ausschüsse des Ständigen Ausschusses haben sich im Jahre 2002/2003 insbesondere mit nachstehend aufgeführten Themen befasst:

Zukunft des Beratenden Ausschusses für die ärztliche Ausbildung (ACMT) der Kommission der EG; Initiative der Europäischen Kommission im Bereich Transparenz und Anerkennung von Diplomen; Allgemeinmedizinische Praxis; ethische und wirtschaftliche Auswirkungen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen; Arbeitsbedingungen von Ärzten; Arbeitszeit junger Krankenhausärzte; Arbeitszeit europäischer Ärzte in Weiterbildung; Beziehungen zwischen Ärzten und der pharmazeutischen Industrie; Good Pharmacy Practice in Europe; Qualifikationen aus Nicht-Mitgliedsstaaten, Gentechnologie, europäische Gesundheitskarte, gesetzlicher Schutz biologischer Erfindungen, künstliche Befruchtung, Sterbehilfe, ärztliche Schweigepflicht, Berufsregeln und Datenschutz, „Med. Werbung“, Patientenrechte, Sicherheit von Blut und Eigenblutversorgung, Überwachungssystem für Infektionskrankheiten, Haftung von Dienstleistungsanbietern, Medizinische Behandlung und berufliche Wiedereingliederung von Ärzten, Ärztliche Fortbildung, Ärztliche Grundausbildung (Medizinstu-

dium) in den Ländern des CPME (Ergebnisse Fragebogen), Telemedizin und neue Technologie zur Förderung der Koordination der häuslichen Pflege, Gesundheitspolitik in Europa, gemeinsame Grundsätze der sozialen Krankenversorgung, Unterweisung der Ärzte in Sachen Management, Rolle des Arztes in der Gesundheitsförderung, gemeinsame Grundsätze der Versicherungssysteme im Gesundheitswesen, vergleichende Darstellung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union, Chancengleichheit, Werbung von Ärzten über Internet, Ärztliche Schweigepflicht und Auskunftsbegehren von Versicherungen, Freizügigkeit der Patienten, Antibiotika-Resistenz, Sicherheit im Straßenverkehr, ethische Aspekte und biomedizinische Forschung in Entwicklungsländern und internationale Menschenrechtsaktivitäten.

Im Rahmen des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte werden kontinuierlich die verschiedensten Themen durch ständigen Kontakt mit den im ersten Teil genannten internationalen Organisationen auf europäischer Ebene behandelt.

Niederlassungsfreiheit für Ärzte/Anlaufstellen

Über die Durchführung der EU-Richtlinien „Ärzte“ ist in den Tätigkeitsberichten der vergangenen Jahre ausführlich berichtet worden.

Alle diejenigen, die sich aufgrund der EU-Richtlinien „Ärzte“ für eine Tätigkeit innerhalb der Europäischen Union bzw. dem Europäischen Wirtschaftsraum interessieren, erhalten Unterlagen und Fragebögen bei Institutionen, die als sogenannte „Informationsstellen“ von den einzelnen Regierungen benannt worden sind. Diese sind:

- Belgien:** Conseil National de l'Ordre des Médecins
Nationale Raad van de Orde van Geneesheren
Place de Jamblinne de Meux 32
B-1040 Brüssel
Tel.: +32-2 7 43 04 00
Fax.: +32-2 7 35 35 63
- Dänemark:** Den Almindelige Danske Lægeforening
Danish Medical Association
Trondhjemsgade 9
DK - 2100 Kopenhagen
Tel.: +45-35 44 85 00
Fax.: +45-35 44 85 05
E-mail: sho@dadl.dk
- Deutschland:** Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
D-10623 Berlin
Postfach 120 864
D-10598 Berlin
Tel.: +49-(0)30-4004 56-361
Fax: +49-(0)30-4004 56-384
E-mail: auslandsdienst@baek.de
<http://www.bundesaerztekammer.de>

- Estland Estonian Medical Association
Estnischer Ärzteverein
Pepleri 32
Tartu 51010
Estonia
Tel.: +372 7 420 429
Fax: +372 7 420 429
E-mail: eal@arstideliit.ee
<http://www.arstideliit.ee>
- Finnland: Suomen Lääkäriliitto
(Finnish Medical Association)
Mäkelänkatu 2
P.O. Box 49
FIN-00501 Helsinki
Tel.: +358-9 393 091
Fax: +358-9 393 0794
E-mail: laakariliitto@fimnet.fi
- Frankreich: Conseil National de l' Ordre des Médecins
Boulevard Haussmann, 180
F-75389 Paris Cedex 08
Tel.: +33-1 538 93 313
Fax: +33-1 538 93 344
E-mail: cnom-international@cn.medecin.fr
<http://www.ordmed.org/>
- Griechenland: Panhellenic Medical Association
Ploutarchou 3
GR-10675 Athens
Tel.: +30-210-725 86 60
Fax.: +30-210-725 86 63
E-mail: pisinter@pis.gr
<http://www.pis.gr>
- Großbritannien: British Medical Association
Tavistock Square
GB-London WC1H 9JP
Tel.: +44-20 7387 4499
Fax: +44-20 7383 6644
E-mail: internationalinfo@bma.org.uk
<http://www.bma.org.uk/>

- Irland:** Irish Medical Organisation
Fitzwilliam Place, 10
IRL-Dublin 2
Tel.: +353-1 676 72 73
Fax: +353-1 661 27 58
E-mail: jichardson@imo.ie
<http://www.imo.ie>
- Island:** Laeknafélag Islands
(Icelandic Medical Association)
Hlidasmári 8
ISL-200 Kópavogur
Tel.: +354-564 4100
Fax: +354-564 4106
E-mail: icemed@icemed.is
<http://www.icemed.is>
- Italien:** Federazione nazionale degli ordini die medici chirurgi
e degli odontoiatri (FNOMCEO)
Piazza Cola di Rienzo, 80/A
I-00192 Roma
Tel.: +39 06 36203232
Fax: +39-06 3222 429
E-mail: estero@fnomceo.it
<http://www.fnomceo.it>
- Lettland:** Latvian Physicians Association
Skolas Iela, 3
LV-1010 Riga
Tel.: +371 7 22 06 61
Fax: +371 7 22 06 57
E-mail: boka@linezers.riga.lv
- Litauen:** Lietuvos Gydytoju Sajunga
Lithuanian Medical Association
P.O. Box 1011
LITH-03007 Kalnas
Tel.: +370 7 733 607
Fax: +370 7 733 607
- Luxemburg:** Association des Médecins et Médecins-Dentistes Luxembourg (AMMD)
Rue de Vianden, 29
L-2680 Luxembourg
Tel.: +352 444 033
Fax: +352 458 349
E-mail: jowirtz@pt.lu
<http://www.ammd.lu>

- Malta: Medical Association of Malta
The Professional Centre
Sliema Road
Gzira GZR 06
Tel.: +356 21312888
Fax: +356 21331713
E-mail: mfpb@maltanet.net
<http://www.mam.org.mt>
- Niederlande: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering
der Geneeskunst
Postbus 200 51
Lomalaan 103
NL-3502 LB Utrecht
Tel.: +31-30 282 3911
Fax: +31-30 282 3326
E-mail: communicatie@fed.knmg.nl
<http://www.artsennet.nl>
- Norwegen: Den Norske Lægeforening
Norwegian Medical Association
Akersgata 2
P.O. Box 1152 Sentrum
N-0107 Oslo
Tel.: +47 23 109 000
Fax: +47 23 109 010
E-mail: hans.asbjoern.holm@legeforeningen.no
<http://www.legeforeningen.no>
- Österreich: Österreichische Ärztekammer
Internationales Büro
Weihburggasse 10-12
A-1010 Wien
Tel.: +43 1 51406 931
Fax: +43 1 51406 933
E-mail : international@aek.or.at
<http://www.arzt.or.at>
- Polen: Naczelna Izba Lekarska
The Polish Chamber of Physicians and Dentists
Ul. Sobieskiego 110
POL-00-764 Warszawa
Tel.: +48 22 851 51 15
Fax: +48 22 851 71 36
E-mail: justyna.chusc@hipokrates.org
<http://www.nil.org.pl>

- Portugal: Ordem dos Médicos
Av. Almirante Gago Coutinho 151
P-1749-084 Lisboa
Tel.: +351 21 842 71 11
Fax: +351 21 842 71 99
E-mail: intl.omcne@netcabo.pt
<http://www.ordemosmedicos.pt>
- Schweden: Sveriges Läkareförbund
Swedish Medical Association
P.O. Box 5610
S-114 86 Stockholm
Tel.: +46 8 790 33 00
Fax: +46 8 20 57 18
E-mail: info@slf.se
<http://www.slf.se>
- Slowenien: Zdravniška Zbornica Slovenije
Medical Chamber of Slovenia
Dalmatinova 10
SI-1000 Ljubljana
Tel.: +386 61 30 72 151
Fax: +386 61 30 71 159
E-mail: eb.najzer@zzs-mcs.si
- Slowakei: Slovenská lekárska komora
Slovak Medical Chamber
Dobsinského, 12
811 05 Bratislava
Tel.: +421 2 5778 0010
Fax: +421 2 5778 0013
E-mail: sekretariat@lekom.sk
<http://www.lekom.sk>
- Spanien: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España
Plaza de las Cortes, 11
E-28014 Madrid
Tel.: +34-91 431 77 80
Fax: +34-91 575 95 48
E-mail: ccuesta@cgcom.es
<http://www.cgcom.org>

Ungarn: Hungarian Medical Chamber
Szondi u, 1000
PO Box 175
H-1068 Budapest 62
Tel.: +361 269 4391
Fax: +361 269 4392
E-mail: mok@ella.hu
<http://www.mok.hu>

Zypern: Cyprus Medical Association
P.O Box 21348
CY-1506 Nicosia
Zypern
Tel. : + 357 22 316874
Fax : + 357 22 316937
E-mail: cyma@cytanet.com.cy

außerhalb des EWR und daher nicht im Gültigkeitsbereich der Richtlinie
93/16 EWG des Rates:

Schweiz: Verbindung Schweizer Ärzte
Elfenstr. 18
CH-3000 Bern 16
Tel.: 0041-31 359 11 11
Fax: 0041-31 359 11 12
e-mail: fmh@hin.ch
<http://www.fmh.ch>

Auflösung des Vereins „Europäische Akademie für Ärztliche Fortbildung (EAMF)“

Gegründet am 19. Januar 1979 in Bad Nauheim auf Initiative von Dr. Wolfgang Bechtoldt, ehemals Präsident der Landesärztekammer Hessen, wurde die Europäische Akademie im Jahre 1990 nach Köln verlegt, wo sie seither ihren Sitz hat. Mitglieder der Akademie sind neun repräsentative nationale Ärzteorganisationen aus Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Portugal, Schweiz, Spanien und Ungarn, sowie als assoziierte Organisationen die FEMS (Europäische Vereinigung der angestellten Ärzte) und die UEMS (Europäische Vereinigung der Fachärzte).

Wie bereits im Tätigkeitsbericht des vergangenen Jahres berichtet, haben die Bemühungen um die Fortsetzung der Aktivitäten der Europäischen Akademie nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt.

Da sich zahlreiche andere Europäische Einrichtungen mit denselben Komplexen befassen, wurde in der Mitgliederversammlung am 19. Juli einstimmig beschlossen, den Verein „Europäische Akademie für ärztliche Fortbildung“ gemäß §10, Abs. 1 der Satzung der Europäischen Akademie aufzulösen. Ferner wurde einstimmig beschlossen, das Vermögen einschließlich des Namens „Europäische Akademie für ärztliche Fortbildung“ mit den offiziellen fremdsprachlichen Übersetzungen der von der Bundesärztekammer gegründeten Hans-Neufier-Stiftung mit der Verpflichtung zu übertragen, sie unmittelbar und ausschließlich für Fortbildungsveranstaltungen der Ärzteschaften in Europa zu verwenden.

Die Auflösung des Vereins wurde ordnungsgemäß angemeldet und die Liquidatoren bestellt. Das Abwicklungsverfahren wird Ende 2004 abgeschlossen sein.

Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben

Die Ärztekammern und die ärztlichen Organisationen der EG-Länder, die kammerähnliche Aufgaben wahrzunehmen haben, schlossen sich - als 1971 abzusehen war, dass die „Richtlinie über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung der Diplome“ durch den EG-Ministerrat verabschiedet werden würde - zu einer „Internationalen Konferenz“ zusammen. Das Ziel dieses Gremiums ist es, in den EU-Staaten die Verfahren zu koordinieren, die im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Richtlinie für Ärzte anzuwenden sind. Den Vorsitz führt Dr. Michel Ducloux, Chirurg.

Die Internationale Konferenz, die endgültig im Dezember 2003 in Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben CEOM (Conférence Européennes des Ordres et des organismes d'attributions similaires) umbenannt wurde, ist in der Europäischen Union zum wichtigsten Informationsorgan über den jeweiligen Stand der Freizügigkeit der ärztlichen Berufsausübung geworden. Seit 1995 entsendet auch die Schweiz, seit 1998 Finnland und seit 2001 Rumänien regelmäßig Beobachter zu den Beratungen der Konferenz. An der Sitzung im Dezember 2004 nahmen erstmals auch Vertreter aus Kroatien und Albanien teil.

Migrationenstatistik

Zu Beginn einer jeden Sitzung berichten die Delegationen über den jeweiligen Stand der Migration in ihrem Land. Aufgrund exakter Unterlagen, die jeweils von den zuständigen Dienststellen bzw. Behörden erstellt werden, welche die Berufserlaubnis für ihr Land erteilen, kann eine Übersicht darüber gewonnen werden, wie groß die Wanderungsbewegung in den einzelnen Ländern ist. Während einige Staaten bis ins einzelne (sogar unter Namensnennung und Angabe der Gebietsbezeichnung) aufgeschlüsselte Übersichten zur Verfügung

stellen, sind die zuständigen Behörden der Bundesrepublik Deutschland und der Niederlande hierzu bisher nicht in der Lage gewesen. Die Statistiken können daher nur aufgrund der Ergebnisse jeweils verfügbarer nationaler Erhebungen erstellt werden.

Migration und Berufsordnung

Gemäß einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 30. April 1986 darf von Ärzten, die Staatsbürger eines EU-Landes sind, die Austragung aus dem Arztregister des bisherigen EU-Landes nicht mehr verlangt werden. Ärzte aus einem EU-Land, die in ein anderes EU-Land migrieren wollen, können also die Mitgliedschaft in ihrer Ärztekammer im Heimatland beibehalten. Bis zu dieser Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes im Jahre 1986 war in einigen Staaten eine Doppeleintragung nicht möglich. Das Urteil entbindet die migrierenden Ärzte jedoch nicht von der Notwendigkeit, die Kontinuität der ärztlichen Versorgung für die Patienten, deren Behandlung sie übernommen haben, aufrecht zu erhalten. Die Ärztekammern einzelner EU-Staaten haben das Recht, Ärzte, die an einer Doppelmitgliedschaft interessiert sind, zu befragen, auf welche Art sie den ärztlichen Beruf im Herkunftsland noch ausüben und wie sie die Kontinuität der ärztlichen Versorgung gewährleisten können. In weiteren Entscheidungen hat der Europäische Gerichtshof unter Bezugnahme auf das Recht der Niederlassungsfreiheit im EG-Vertrag Ärzten, die Staatsbürger eines EU-Landes sind, die Möglichkeit eingeräumt unter Aufrechterhaltung ihrer Niederlassung oder Beschäftigung im Herkunftsstaat eine Zweitbeschäftigung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat aufzunehmen. Die Bundesärztekammer hat in der Musterberufsordnung für deutsche Ärzte und Ärztinnen die damit verbundenen Pflichten der deutschen Ärzte bei einer solchen grenzüberschreitenden Tätigkeit in Absatz d, III. Nr. 23, 1997 geregelt.

Die in allen Mitgliedsländern der EU für Ärzte im allgemeinen geltenden deontologischen Codes oder das Berufsrecht bzw. die Berufsordnungen sind von unterschiedlicher Rechtsqualität und von unterschiedlichem Verbindlichkeitsgrad. Ein französischer Arzt beispielsweise, der - ohne Frankreich auf Dauer zu verlassen - über die Grenze nach Deutschland geht, um ärztliche Leistungen zu erbringen, unterliegt bei der Behandlung eines Patienten in Deutschland dem deutschen Berufsrecht und müsste daher beide Regelwerke kennen.

Datenbank für Disziplinarmaßnahmen

Disziplinarstrafen in Europa: Einrichtung einer kammerübergreifenden Datenbank

Am 20.01.1997 fand in Amsterdam ein Symposium zu dem Thema „Qualität der ärztlichen Praxis und standeswidriges Verhalten in der Europäischen Union“ statt.

In einer Entschließung vom 24.07.1997 in Bezug auf Ärzte, die innerhalb der EU migrieren, hat der Rat die Kommission darauf hingewiesen, dass Mängel bei der Übermittlung der Aberkennung bzw. des Ruhens der Approbation und verhängter Disziplinarmaßnahmen zu schwerwiegenden Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit führen können.

In der Entschließung wird die Kommission aufgefordert, die Möglichkeiten für einen EU Informationsaustausch zu prüfen.

Es wurde beschlossen, gemeinsam mit den Mitgliedsorganisationen der Internationalen Konferenz der Ärztekammer eine Untersuchung durchzuführen, unter welchen Bedingungen eine Datenbank eingerichtet werden kann, durch die sich folgendes gewährleisten ließe:

- Rechtzeitige Aktualisierung der Information,
- gleiches Schutzniveau für alle Patienten,
- gleiches Informationsniveau für alle Aufsichtsbehörden der Mitgliedsstaaten,
- Harmonisierung der Disziplinarstrafen.

Die Bundesärztekammer hat daher bereits im Jahr 2002 einen Fragebogen in deutscher Übersetzung an die Landesärztekammern, mit der Bitte um Beantwortung, weitergeleitet. Im wesentlichen ging es in dem Fragebogen zur datenmäßigen Erfassung von Maßnahmen, die zur Aberkennung und zum Ruhen der Approbation sowie zu Disziplinarsanktionen führen, um zwei Möglichkeiten für den Umgang mit diesen Daten, die aufgezeigt und alternativ angeboten werden.

Möglichkeit Nr. 1: Eine Datenbank mit regelmäßig aktualisierten Disziplinarstrafen für jede nationale Behörde (die in Artikel 12 der Richtlinie 93/16 als schwerwiegend eingestuft Sanktionen). Die Datenbank kann gegebenenfalls von dem Land in das der Arzt migriert abgefragt werden.

Möglichkeit Nr. 2: Das Aufnahmeland sendet an das Ursprungsland des Arztes ein Formular in elektronischer Form um festzustellen, ob gegen diesen Arzt Disziplinarstrafen verhängt wurden. Das Ursprungsland verpflichtet sich die Anfrage des Aufnahmelandes schnellst möglich zu beantworten. Die Informationen werden in einer geschützten Datenbank gespeichert.

13 Landesärztekammern hatten im Jahre 2002 geantwortet.

Da die Datenschutzgesetze der Länder die Kammern binden, sind natürlich die spezifischen Rechtspositionen zu berücksichtigen. Es kann jedoch festgehalten werden, dass 9 Landesärztekammern sich die Möglichkeit 2 vorstellen können; dies natürlich nur unter der Voraussetzung, dass es den einzelnen Landesärztekammern überlassen bleibt, in welcher Form sie die Daten bearbeiten.

Außerdem gilt es der Übermittlung von berufsgerichtlichen Entscheidungen einschließlich der Sanktionen datenschutzrechtliche Vorschriften entgegenzustellen.

Eine erneute und ergänzende Untersuchung wird aller Voraussicht nach im Laufe des Jahres 2005 durchgeführt. Es wird auch weiterhin darum gehen, die rechtlichen und technischen Probleme in den einzelnen Mitgliedsländern zu prüfen.

Altersversorgung der Ärzteschaft

Im Jahre 2003 befasste sich die Internationale Konferenz der Ärztekammern mit Fragen der Altersversorgung der Ärzteschaft. Für Deutschland wurde die Beantwortung von der Arbeitsgemeinschaft „Berufsständiger Versorgungswerke“ vorgenommen. Eine Auswertung der Antworten war für die Dezember-Sitzung 2003 vorgesehen, wurde aber nicht ausgeführt da noch nicht alle Mitgliedsorganisationen der CEOM geantwortet hatten.

IAMRA (International Association of Medical Regulatory Authorities, Sitz: Dallas, Texas)

Die IAMRA vereint auf internationaler Ebene über 40 ärztliche Selbstverwaltungskörperschaften und Behörden, die in den verschiedenen Ländern für Berufsordnung, die Berufsaufsicht, die Berufszulassung, die Spezialisierung und im weitesten Sinne die Überprüfung der Kompetenz zuständig sind. Wichtige anliegende Fragen der vergangenen Jahre waren die gegenseitige Vergleichbarkeit und Anerkennungsfähigkeit von Diplomen und Befähigungsnachweisen, die Ahndung von Berufsordnungsverstößen über die Grenzen hinaus sowie die Frage des Kompetenzerhaltes und seines Nachweises sowie der Rezertifizierung bzw. Revalidierung.

Während die IAMRA im Jahr 1994 ins Leben gerufen wurde, wurde sie jedoch erst offiziell auf der Konferenz in Toronto im Jahr 2002 gegründet.

Anfangs gehörten ihr Organisationen der ehemaligen Common-Wealth-Länder an, mittlerweile arbeitet auch die Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben in ihr mit und es werden Wege der Kooperation gesucht.

Die 6. Internationale Konferenz der IAMRA fand im April 2004 in Dublin statt und befasst sich mit den folgenden vier Themen:

- Ärztliche Migration,
- Überprüfung der Kompetenz,
- Ärztliche Ethik,
- Allgemeine Probleme, mit welchen der Arzt in der Ausübung seines Berufes konfrontiert wird.

Von den nationalen Mitgliedsorganisationen der Europäischen Konferenz der Ärztekammern haben sich die Organisationen Belgiens, Irlands, Portugals und der Schweiz sowie Schweden angeschlossen, während die französische und die deutsche Ärztekammer ihre Mitgliedschaft beantragt haben.

Am 7. Dezember 2004 fand eine erste gemeinsame Sitzung der IAMRA und der CEOM ebenfalls in Paris statt. Man wird auch weiterhin die Zusammenarbeit suchen.

Bewertung der Arztzahlen in der Europäischen Union

In den nationalen Mitgliedsorganisationen wurden vier Fragebögen zugesandt, damit sich die Entwicklung der Wanderbewegung in Europa und Tendenzen im Hinblick auf die Erweiterung aufzeigen lassen. Die Aktion basiert auf folgenden Fragen:

- die Anzahl der Ärzte nach Alter und Geschlecht,
- die Struktur der Ärzteschaft nach Fachgebieten,
- Arbeitslosigkeit von Ärzten oder Ärztemangel in den verschiedenen Fachgebieten,
- Zahl der Ärzte aus anderen Mitgliedstaaten der EU nach Ursprungsland und Fachgebiet,
- Zahl der ausländischen Ärzte aus nicht EU-Ländern nach Ursprungsland und Fachgebiet,
- Vergütung der Ärzte nach Art der ärztlichen Tätigkeit und in den verschiedenen Phasen ihrer Berufslaufbahn,
- und Vorteile für Ärzte in Bezug auf Wohnraum und Sonderbeihilfe.

Darüber hinaus wurde in der letzten Sitzung des Jahres im Dezember von Mitglieder der CEOM, die auch die Arbeit auf dem Gebiet der Migration viele Jahre verfolgen, dass die CEOM auch wieder –wie in der Vergangenheit- Zahlen zur Wanderbewegung unter Angabe von Stichdaten aufnimmt.

50. Konsultativtagung 08. Juli bis 10. Juli 2004 in Düsseldorf

Beratungen der Ärzte deutschsprachiger Länder

Seit 1952 treffen sich die Vertreter der ärztlichen Berufsorganisationen Österreichs, der Schweiz, Liechtensteins, Südtirols, Luxemburgs und Deutschlands einmal jährlich zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch. Ziel ist die wechselseitige Information über die neuesten Entwicklungen der Sozial-, Gesundheits- und Berufspolitik in den einzelnen Ländern.

Zum 50. Jahrestag durfte Deutschland als Gastgeber die deutschsprachigen Nachbarorganisationen einladen. Die Jubiläumsveranstaltung fand vom 08. bis 10. Juli 2004 in dem Neubau der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf statt.

Traditionell tagte am ersten Tag die ständige Arbeitsgruppe „Fort- und Weiterbildung“. Bis auf Luxemburg haben inzwischen alle Länder eine Fortbildungspflicht eingeführt. In all diesen Ländern können innerhalb von 3 Jahren insgesamt 150 sogenannte Credits erworben werden. Sanktionen bei nicht erfolgter Fortbildung sind jedoch bis auf Deutschland in keinem dieser Länder vorgesehen. Die Akkreditierung der Fortbildungsveranstaltungen wird jeweils von den Ärztekammern durchgeführt, wobei in Deutschland und der Schweiz die Veranstaltungen selber akkreditiert werden, in Südtirol und Österreich dagegen die Anbieter der Veranstaltungen. Große Unterschiede bestehen jedoch hinsichtlich der gegenseitigen Anerkennung von im Ausland erworbenen Fortbildungspunkten. Während die Anerkennung ausländischer Fortbildungspunkte in Deutschland in der Regel kein Problem darstellen, werden in der Schweiz je nach Fachgesellschaft für ausländische Kongresse pauschal Punkte vergeben, in Italien muss ein komplizierter und komplexer Fragebogen ausgefüllt werden, mit dem nachgewiesen werden soll, dass die italienischen Kriterien für Fortbildungsveranstaltungen auch im Ausland erfüllt werden. Veränderungen bezüglich der Organisation der Weiterbildung gab es aus der Schweiz zu berichten. Dort war bisher die Interessenvertretung der Ärzte, die FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) verantwortlich für die Akkreditierung von Weiterbildungen. Ähnlich dem amerikanischen Vorbild der Joint Commission of Accreditation soll nun auch in der Schweiz ein Organ für Akkreditierung und Qualitätssicherung gegründet werden.

Den Beginn der eigentlichen Konsultativtagung machte Herr Schirmer mit einem Vortrag über den Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission zu Dienstleistungen im Binnenmarkt. Zwar begrüßt der Jurist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und

Bundesärztekammer die Zielsetzung der Richtlinie, die auf mehr Freiheit für Ärzte und Patienten zielt, sieht aber sowohl im Bereich Niederlassung, als auch im Bereich Dienstleistung deutliche Mängel. So ist das Prinzip der Freiheit der Berufsaufnahme mit nachträglicher Berufsausübungskontrolle zweifelhaft. Die nachgehende Berufskontrolle steht in Kollision mit den Berufsrechten und Berufspflichten in Deutschland. Auch die Anwendung des Herkunftslandsprinzips ist für den Gesundheitsbereich nicht anwendbar. Letztlich ist außerdem unklar, wer nach Umsetzung der Richtlinie der Normgeber der Verhaltenskodizes ist.

Prof. Dr. Fischer von der Österreichischen Ärztekammer berichtete über die im Nachbarland neu gegründete Gesellschaft für Qualitätssicherung. Es ist als Erfolg der dortigen Ärztekammer zu verbuchen, dass die Rechtsnormen für diese Gesellschaft im Ärztegesetz verankert werden konnten und somit eine 100%-ige Eingliederung in die Österreichische Ärztekammer ermöglicht wurde.

In einem weiteren Vortrag stellte Herr Dr. Wöß von der Ärztekammer für Vorarlberg ein neues Präventionskonzept vor, das von einem Arbeitskreis der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes der Sozialversicherungen entwickelt wurde. Zentrale Rolle sollen dabei die Vorsorgeärzte spielen, die neben der Koordination von Folgeuntersuchungen und dem Erstellen eines Risikoprofils auch die Beratung der Patienten vornehmen sollen. Eine Umsetzung des Konzeptes, das durch die landesweite Harmonisierung von Struktur und Umfang der Vorsorgeuntersuchungen einen Paradigmenwechsel für die Ärzte bedeuten wird, ist für November 2005 vorgesehen.

Der letzte Vortrag des Tages wurde der Telematik gewidmet. Herr Dr. Kloiber von der Bundesärztekammer gab einen historischen Überblick der bisherigen Entwicklung von der Chipkarte als Identifikationsnachweis von 1993 bis zum Beschluss der elektronischen Gesundheitskarte 2003. Es folgte ein Ausblick über zukünftige Funktionen der Gesundheitskarte mit Hinweis auf den von der Politik vorgegebenen äußerst ambitionierten und damit unrealistischen Zeitrahmen.

Ein zweiter Teil der Tagung wurde traditionellerweise den Länderberichten gewidmet:

Mit Gründung der Liechtensteinischen Ärztekammer wurde in dem Fürstentum erstmals ein Ärztegesetz erstellt, das neben der Qualitätssicherung und Fortbildung auch das Disziplinarrecht und die Zulassung von Ärzten regelt. Im Januar dieses Jahres wurde außerdem das Krankenversicherungsgesetz revidiert. Das erst vor 3 Jahren erschaffene Hausarztssystem wurde nun per Gesetz wieder abgeschafft, die Selbstbeteiligung der Patienten wurde auf 200 CHF festgelegt plus Übernahme von 10% aller Behandlungskosten bis zu einer Obergrenze von 600 CHF. Das Gesetz legitimiert außerdem die Einführung eines Amtes für Gesundheitsdienste, das frühere Regierungsaufgaben übernehmen soll und regelt die Bedarfsplanung von Ärzten und Physiotherapeuten. Bis Ende 2003 gab es zwar einen Zulassungsstopp für Ärzte, der Zustrom aus den Nachbarländern lässt aber auch weiterhin nicht ab.

Aus Österreich wurde von der Schaffung einer Bundesgesundheitsagentur berichtet. Geplant ist die Einführung einer monistischen statt der bisher dualen Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Die Agentur soll die Planung, Bewilligung und Finanzierung aller Gesundheitsausgaben sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich übernehmen. Des Weiteren wird die Entwicklung neuer Gesellschaftsformen angedacht, zum Beispiel durch die Privatisierung von Spitalambulanzen. Auch in der Weiterbildung sind Veränderungen zu sehen:

so soll in Österreich in den nächsten 6 Jahren ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit einer 5-jährigen Weiterbildungszeit eingeführt werden. Alle Weiterbildungsgänge sollen außerdem in Zukunft mit einer Prüfung abschließen. Die Österreichische Ärztekammer, bisher Interessenvertretung für Humanmediziner und Zahnärzte, befindet sich derzeit in einer Phase der Spaltung. Die Zahnheilkundler werden sich wahrscheinlich aus dem Verbund lösen und eine eigene Kammer gründen.

Aus Luxemburg berichtete Herr Dr. Mart vom System des umgekehrten Kontrahierungszwanges. Dort sind die Ärzte gezwungen, mit der Einheitskasse, der sogenannten Union des caisses de maladie, Verträge abzuschließen. Um finanziell von den Kassen unabhängig zu bleiben, besteht in dem kleinen Nachbarstaat das System der Kostenrückerstattung, was gleichzeitig einheitliche Tarife ohne Aufschläge und Punktwerte ermöglicht. Als Einziges der an der Konferenz teilnehmenden Länder konnte Luxemburg letztes Jahr eine Steigerung des Gesamtbudgets der Ärzte um 6-7% verbuchen. Derzeit ist eine genaue Profilanalyse der Ärzteschaft geplant. In Zukunft sollen diese Daten in Qualitätszirkel eingespeist werden und eine genaue wissenschaftliche Analyse erfolgen. So soll zum Beispiel ein Verschreibungsprofil der Ärzte erstellt werden.

Abschließend berichtete Prof. Hoppe ausführlich über die gesundheitspolitische Lage und ging dabei detailliert auf die Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem nach In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes ein.

Weltärztebund

Unter dem Eindruck des Zweiten Weltkrieges wurde 1947 zur Förderung der Zusammenarbeit der ärztlichen Organisationen der Welt die World Medical Association – WMA (Weltärztebund) - gegründet. Derzeit sind ca. 70 nationale Ärzteverbände im Weltärztebund vertreten. Die deutsche Ärzteschaft ist seit 1951 durch die Bundesärztekammer vertreten.

Für einzelne Ärzte gibt es die Möglichkeit, persönliches Mitglied zu werden. Diese sogenannten „assoziierten Mitglieder“ halten im Vorfeld der Generalversammlung ihr Jahrestreffen ab und senden zwei stimmberechtigte Delegierte in die Vollversammlung. Der Vorstand des Weltärztebundes, der sich aus Vertretern der Regionen zusammensetzt, tagt jährlich zwei- bis dreimal und wird zwischen den Generalversammlungen als Beschluss- und Beratungsorgan tätig.

Wenn der Weltärztebund sich auch primär als internationale Berufsvertretung versteht, so hat doch das Patienten-Arzt-Verhältnis und insbesondere der Patientenschutz stets einen breiten Raum in seinen Verhandlungen eingenommen. Das 1948 verfasste „Genfer Gelöbnis“ ist Bestandteil der deutschen ärztlichen Berufsordnung geworden, und die „Deklaration von Helsinki“ (1964) hatte in der Fassung von Tokio 1975 den Maßstab für die Durchführung von klinischen Versuchen am Menschen gesetzt und auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mitgeprägt. Diese Kerndeklarationen zu ethischen Grundsätzen ärztlichen Handelns wurden auf verschiedenen Generalversammlungen um Stellungnahmen zu Organtransplantation, In-vitro-Fertilisation, Gentherapie, Gentechnologie und Sterbehilfe fortgeschrieben und ergänzt. Die Sammlung der Erklärungen und Deklarationen des

Weltärztebundes (<http://www.bundesaerztekammer.de>) umfasst das weite Feld ethischer und sozialer Themen aus dem ärztlichen Berufsfeld und reicht von Beiträgen über die Definition des Todeszeitpunkts, den Schwangerschaftsabbruch, das Verbot der Mitwirkung an körperlichen Bestrafungen, die Erklärung zum Gebrauch und Missbrauch psychotroper Medikamente, die Erklärungen zum Risiko des Tabakkonsums bis zu Beiträgen über die Probleme der Umwelt und Demographie und immer wieder einzelnen Resolutionen zu Menschenrechtsverletzungen in verschiedenen Ländern dieser Welt.

55. Generalversammlung, Tokio, Japan

Die 55. Generalversammlung fand auf Einladung der Japanischen Ärztekammer im Oktober 2004 in Tokio statt. Dr. James Appleyard präsierte die Sitzung in seiner zweiten Amtsperiode. Zum Präsidenten für die nächste Amtsperiode 2005/2006 wurde der Südafrikaner Dr. T. Letlape gewählt. Er wird sein Amt beginnend mit der Generalversammlung in Santiago del Chile 2005 ausüben.

Dr. Otmar Kloiber, bisheriger stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, wurde einstimmig zum Generalsekretär des Weltärztebundes ernannt. Er wird nach dem Ausscheiden von Dr. Delon Human sein Amt in Frühjahr 2005 in Verney-Voltaire, dem Sitz des Weltärztebundes, antreten.

Neu in den Weltärztebund aufgenommen wurden die Ärzteorganisationen

- Vietnams
- Estlands

Die Wissenschaftliche Sitzung des Weltärztebundes, die jeweils der Generalversammlung vorangeht, beschäftigte sich in diesem Jahr mit dem rasanten technologischen Fortschritt der Medizin. Ein Schwerpunkt lag dabei auf dem Spannungsverhältnis zwischen medizinischer Technologie und Ethik. Da der elektronische Fortschritt eine Datenexplosion hervorruft, wurde befunden, dass eine regelmäßige Anpassung der Datenschutzbestimmungen erforderlich sei.

Im Rahmen der Generalversammlung wurden folgende Dokumente verabschiedet:

Klarstellung des § 30 der Deklaration von Helsinki

Die Deklaration von Helsinki legt die Prinzipien für die ärztliche Forschung am Menschen fest. Ihre Neufassung aus dem Jahr 2000 war von Zulassungsbehörden, Forschern und der Industrie kritisiert worden, weil insbesondere die Bestimmungen zu Kontrollversuchen (Verbot des Placeboeinsatzes) und Regeln über die Sorge der Probanden (Verpflichtung des Studienausrichters zur Weiterbehandlung der Probanden) als unrealistisch und forschungsfeindlich, wenn nicht gar forschungsverhindernd galten.

Bereits vor zwei Jahren hatte die Generalversammlung des Weltärztebundes die strengen Vorstellungen der Deklaration gegen die Anwendung von Placebos in Kontrollversuchen neu diskutiert. In einer Klarstellung als Ergänzung zur Deklaration von Helsinki in der Fassung von 2000 wurde die Notwendigkeit des Placebo-Einsatzes in bestimmten wissenschaftlich begründbaren Fällen anstelle eines etablierten Verfahrens genauso wie bei leicht-

ten Befindlichkeitsstörungen oder leichten Belastungen für die Behandlung von Kontrollgruppen akzeptiert. Dabei dürfen die Probanden aber keinen zusätzlichen Risiken ausgesetzt werden. Die Klarstellung wurde der Deklaration von Helsinki beigefügt.

Die 54. Generalversammlung letztes Jahr in Helsinki eröffnete nun noch einmal die Debatte um den Punkt 30 der Deklaration: „*Am Ende des Versuchs sollten alle Patienten, die an dem Versuch teilgenommen haben, die sich in der Erprobung als am wirksamsten erwiesenen prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren erhalten.*“ Die Vorschrift war intendiert, der Ausbeutung armer Bevölkerungen, die ansonsten überhaupt keine Behandlung erhielten, vorzubeugen. In der Vergangenheit hatte sich gezeigt, dass in benachteiligten Populationen leichter Versuchspersonen zu finden sind - sei es, dass sie darin die einzige Behandlungschance überhaupt sahen, sei es, dass sie mangels Bildung weniger kritisch gegenüber Forschungsvorhaben waren. (Anmerkung des Verfassers: Außerdem sahen Studienbetreiber in der Abwesenheit einer anderen Behandlungsmöglichkeit in der jeweiligen Region eine Rechtfertigung, ihre Tests nicht gegen ein anderes etabliertes (teures) Verum durchzuführen, sondern gegen Placebos. Ein Verfahren, das in den meisten Fällen in den Industrienationen nicht zulässig wäre. Dieses hatte zur strengen Ablehnung von Placebos in Kontrollgruppen geführt (s.o.).) Um dieser Ausbeutung vorzubeugen, sollte der Studienbetreiber deshalb auch grundsätzlich für die Fortsetzung der Behandlung verantwortlich sein.

Diese Vorschrift sei, so die Kritiker, unrealistisch, da

- meist am Ende insbesondere nur eines Versuches keineswegs immer klar sei, welches die bessere Behandlung sei,
- diese meist neue Behandlung oft noch keine Zulassung habe und damit außerhalb des Versuches nicht verabreicht werden dürfe,
- die Weiterbehandlung eine Aufgabe des Gesundheitswesens des jeweiligen Landes sei und nicht den Studienbetreibern angelastet werden könne, und
- die Bestimmung in ihrer Überzogenheit letztendlich gerade die Forschung verhindere, die Behandlungsstrategien für die Gesundheitsprobleme der ärmeren Länder dieser Welt finden solle.

Eine Arbeitsgruppe wurde beauftragt, diesen Konflikt zu lösen. Diese Arbeitsgruppe entschied sich für die Abfassung einer Klarstellung über den Sinn und Zweck des Punktes 30, ohne den eigentlichen Punkt der Deklaration zu ändern.

Diese Klarstellung lautet nun:

„Der Weltärztebund bekräftigt hiermit seine Position, dass es bei dem Versuchsplanungsprozess von Bedeutung ist, dafür Sorge zu tragen, dass die Versuchsteilnehmer nach dem Versuch die prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die sich in der Studie als vorteilhaft erwiesen haben, oder eine andere geeignete Behandlung erhalten. Vereinbarungen darüber, dass die Versuchsteilnehmer nach dem Versuch die im Versuch erprobten Verfahren bzw. eine andere geeignete Behandlung erhalten, sollten im Versuchsprotokoll festgehalten werden, damit der Ethikausschuss diese Vereinbarungen bei seiner Prüfung berücksichtigen kann.“

Die Beziehung zwischen Ärzten und Wirtschaftsunternehmen

Weltweit ist man in den letzten Jahren bei der Durchführung von Fort- und Weiterbildung von Ärzten zunehmend auf finanzielle Unterstützung von Wirtschaftsunternehmen

angewiesen. Kommerzielle Überlegungen können dabei die Objektivität des Arztes beeinträchtigen. Der Weltärztebund ist sich im Klaren darüber, dass jegliche Beziehung zwischen Ärzten und Industrie nicht verboten werden kann. Auf dieser Grundlage wurden Leitlinien erstellt, die zukünftige Interessenkonflikte vermeiden sollen.

Folgende Bereiche wurden detailliert besprochen

- Sponsoring von Ärzten bei Kongressen
Ärzte dürfen keine direkten Bezahlungen der Wirtschaftsunternehmen entgegennehmen, es sei denn, es existiert eine entsprechende Regelung der nationalen Ärzteorganisation.
- Annahme von Geschenken
Die Annahme von Geschenken ist nur erlaubt, wenn dies der Regelung der nationalen Ärzteorganisation entspricht und es sich nicht um ein Bargeldgeschenk handelt. Die Geschenke dürfen nur einen nominellen Wert besitzen und nicht mit einer Forderung an den Arzt verbunden sein.
- Die Teilnahme an Forschung darf unter bestimmten Bedingungen finanziert werden, unter anderem wenn der Arzt bei der Durchführung ausschließlich dem Gesetz untersteht, keine identifizierbaren Informationen an die sponsernden Unternehmen weitergegeben werden und die Bezahlung des Arztes keinen Zusammenhang mit den Forschungsergebnissen hat.
- Der Arzt darf eine Verbindung zu einem Wirtschaftsunternehmen haben, wenn diese keine Gefährdung der Integrität des Arztes darstellt und keinerlei Auswirkungen auf die Verpflichtung des Arztes gegenüber seinen Patienten hat. Des Weiteren sind diese Verpflichtungen offen zu legen.

Erklärung über Wasser und Gesundheit

Diese Erklärung erarbeitete der Weltärztebund, um auf die immense Bedeutung von frischem und unverschmutztem Wasser für alle Menschen hinzuweisen. Ärzte, nationale Ärzteorganisationen und Gesundheitsbehörden werden aufgefordert, an nationalen und internationalen Programmen zur Bereitstellung von sauberem Trinkwasser zu niedrigen Kosten für alle Menschen und zur Prävention der Verschmutzung von Wasservorräten mitzuwirken. Außerdem sollen sie die Untersuchung der Relation zwischen Wasserversorgungssystemen einschließlich der Abwasserreinigung und der Gesundheit unterstützen.

Richtlinien für den Fall bewaffneter Konflikte

Zu verschiedenen Anlässen hat sich der Weltärztebund bereits mit dem Thema der ärztlichen Ethik in Zeiten bewaffneter Konflikte befasst. Besondere Betonung wurde bei der Neufassung der Richtlinie auf die Situation der Menschen gelegt, die der Freiheit beraubt sind. Es wurde klar festgelegt, dass Versuche an Menschen in solchen Situationen, wie zum Beispiel Gefangene oder die Bevölkerung in besetzten Gebieten, untersagt sind. Verstärkt betont wurde in dem neuen Text, dass in allen Situationen in Zeiten bewaffneter Konflikte die ethischen Standardnormen gelten.

Erklärung des Weltärztebundes über Kommunikation und Koordinierung bei medizinischen Ausnahmesituationen

Die SARS- (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom) Epidemie und ihre rasche Verbreitung im Jahre 2003 machten deutlich, welche gravierenden Mängel bei der Bekämpfung solcher Epidemien selbst in gut entwickelten Gesundheitssystemen bestehen. Neben Kapazitäten für medizinische Notfälle fehlten effektive Kommunikationswege, adäquate Ressourcen und Vorräte an Arzneimitteln. Der Weltärztebund empfiehlt in seiner Erklärung die enge Zusammenarbeit der nationalen Mitgliedsorganisationen mit der WHO und den nationalen Regierungen. Die Ärzte sollen sensibler auf unerklärliche Krankheiten und Todesfälle reagieren und geeignete Verfahren einsetzen, um sich selbst und andere vor diesen Krankheiten zu schützen. Hervorgehoben wurde, dass Ärzte überall auf der Welt uneingeschränkter Zugang zu den Programmen und Informationen der WHO in Bezug auf medizinische Ausnahmesituationen haben sollen.

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Auf Einladung des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation fand im Oktober 1986 in Wien erstmals ein zweitägiger Dialog zwischen Vertretern der Ärzteschaften aus West- und Ost-Europa unter Einbeziehung des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) statt. Offiziell ging es zunächst darum, die Verwirklichung der europäischen Regionalziele der WHO-Strategie "Gesundheit für alle" zu diskutieren. Mittlerweile ist das Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO (EFMA/WHO) zur größten Plattform für den Meinungsaustausch zwischen den europäischen Ärzteverbänden aus der ganzen WHO-Region „Europa“ (Europa, Israel, Türkei und Nachfolgestaaten der Sowjetunion) geworden. Die WHO-Region „Europa“ reicht von Island bis Wladiwostok. Aus Deutschland nehmen regelmäßig neben der Bundesärztekammer der Hartmannbund, der Marburger Bund und der NAV-Virchow-Bund am Forum teil.

Das diesjährige Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO fand vom 14. – 18.04.2004 in Dubrovnik, Kroatien, statt. Nunmehr fast zwei Jahrzehnte nach Gründung des Forums scheint das Interesse der WHO an diesem gemeinsamen Forum deutlich abgekühlt zu sein. Weder hatte der Generaldirektor der WHO in den letzten Jahren an dem Forum teilgenommen noch ist die WHO bereit, ihre finanzielle Unterstützung für die Durchführung des Forums wie bisher aufrechtzuerhalten. Diese Abwendung fällt zusammen mit einer zunehmend kritischen Haltung auch der mittel- und osteuropäischen Vertreter gegenüber der WHO, so dass die WHO möglicherweise nicht nur wegen finanziellen Engpässen, sondern auch wegen mangelnder Unterstützung für ihre politische Linie ihre Zusammenarbeit mit den Ärzteverbänden reduziert. Gleichwohl sahen die Teilnehmer des Forums die Zusammenarbeit mit der WHO als notwendig und sinnvoll an und richteten eine entsprechende Aufforderung zur Fortsetzung der Zusammenarbeit an den Generaldirektor der WHO, Dr. Mark Danzon.

Das Forum unterstützte besonders die Anti-Tabak-Rahmenkonvention der WHO und richtete den dringenden Appell an die Mitgliedsorganisationen, der Rahmenkonvention beizutreten. In seinem Vortrag zeigte Dr. Nicogolian von der WHO auf, dass gerade Jugendliche und

Kinder in immer stärkerem Maße Tabakprodukte konsumieren, wobei Deutschland und Österreich mit ca. 30% rauchenden weiblichen Jugendlichen einen traurigen Europarekord halten.

Begrüßt wurden auch die neuen medizinischen Prioritäten der WHO. So will die WHO bis zum Jahre 2005 drei Millionen an HIV erkrankten Personen einer wirksamen Behandlung zuführen und für diese Gruppe ausreichende Medikamente und diagnostische Kapazitäten zur Verfügung stellen. In einer globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung sollen Impfkampagnen gegen Poliomyelitis, Diphtherie, Hepatitis B, Masern und Röteln durchgeführt werden. Daneben wird man sich auch verstärkt der Tuberkulosebekämpfung und der vermehrten physischen Aktivität von Kindern und Jugendlichen widmen. Die Ressourcen sollen in stärkerem Maße durch die WHO-Regionen verteilt werden.

In einem ebenfalls von der WHO mitgestalteten Beitrag zur Vorbeugung von Selbsttötungen wurde eine deutliche Rolle für den Hausarzt herausgearbeitet: In Musterprojekten zur Prävention des Suizids konnte in Slowenien deutlich gezeigt werden, dass in den Regionen, in denen die Hausärzte für die Suizidprävention geschult waren, die Suizidrate deutlich durch die Intervention der Hausärzte zu senken war.

Weitere Beiträge beschäftigten sich mit der Fortbildung in Europa, dem sogenannten „Patient Empowerment“, der Frage von Epidemien und Interventionen auf Epidemien sowie den Gesundheitssystemreformen in Europa. In einem thematischen Vortrag wurde von Seiten der Bundesärztekammer auf den Zusammenhang zwischen den anstehenden bzw. durchgeführten Gesundheitsreformen in Europa und der ärztlichen Autonomie hingewiesen. Es ist deutlich erkennbar, dass in so gut wie allen Reformprojekten, die in den letzten Jahren in Europa durchgeführt wurden, die ärztliche Autonomie stets beschränkt wurde. Ärzte drohten mehr und mehr zu Erfüllungsgehilfen der Krankenversicherungen bzw. nationalen Gesundheitswesen zu werden, die an ihren Patienten zugeteilte Verfahren exekutieren dürfen, nicht aber in der Lage sind, tatsächlich mit ihrem Patienten die für eben Patienten beste Behandlung zu bestimmen.

Beauftragter für Menschenrechte

Im April 1996 hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, das Amt eines Beauftragten für Menschenrechte beim Vorstand der Bundesärztekammer einzurichten. Der Vorstand der Bundesärztekammer berief 2002 Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zum Menschenrechtsbeauftragten der Bundesärztekammer, der damit die Nachfolge von Dr. Frank Ulrich Montgomery in dieser Position antrat. Die Geschäftsführung betreut Dr. Otmar Kloiber, Dezernent in der Bundesärztekammer.

Das Tätigkeitsfeld des Menschenrechtsbeauftragten wurde folgendermaßen definiert:

- Ihm obliegt die Beratung und Information der Regierung, der Ärztekammern, der Ärzte und der Öffentlichkeit über rechtliche und politische Fragen der Gesetzgebung und des Verwaltungshandelns, bei denen Menschenrechte im Bereich der Medizin tangiert sind.

- Im Ausland engagiert sich der Menschenrechtsbeauftragte immer dann, wenn Ärzte als Opfer oder Täter an Menschenrechtsverletzungen beteiligt sind und sucht die Abstimmung mit den internationalen Gremien der verfassten Ärzteschaft.
- Der Beauftragte für Menschenrechte der BÄK greift nicht in die gesetzlichen Obliegenheiten der Landesärztekammern ein. Er hat keine Zuständigkeiten bei vermuteten Rechtsverstößen von Ärzten im Geltungsbereich deutschen Rechts.
- Der Menschenrechtsbeauftragte hat inzwischen in einer ganzen Reihe von Gesprächen Kontakte hergestellt zu:
 - den nationalen und internationalen Menschenrechtsorganisationen
 - den Menschenrechtsbeauftragten bei den Bundesministerien und
 - den medizinischen Organisationen, die sich der Opfer von Menschenrechtsverletzungen annehmen.

Mitwirkung von Ärzten bei der Rückführung von Ausländern

Die Mitwirkung von Ärzten bei der Rückführung von Ausländern hat in der Vergangenheit zu schwerwiegenden Konflikten zwischen Ärzten und den zuständigen Behörden geführt. Die Probleme kulminierten in dem Verlangen der Länder bzw. einiger Länderbehörden, abzuschiebende Personen lediglich auf den Umstand der Flugtauglichkeit zu untersuchen, wodurch sich Ärzte als Gehilfen einer Abschiebung sahen, die die Patienten unter Umständen in eine aus ärztlicher Sicht unverantwortliche Situation brachten. Solche Konflikte entstanden beispielsweise dann, wenn eine Behandlung am Zielort der Rückführung für den Patienten nicht möglich oder gar diese Rückführung selber bei psychisch traumatisierten Patienten zu einer Retraumatisierung führen könnte.

Im April letzten Jahres baten deshalb die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern eine Arbeitsgruppe aus ihrem Kreis, bestehend aus Herrn Dr. Girth (Landesärztekammer Hessen), Frau Rechtsanwältin Hirthammer (Ärztekammer Nordrhein) und Frau Dr. Wirtgen (Bayrische Landesärztekammer) sowie Herrn Dr. Kloiber (Bundesärztekammer), in eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit Vertretern der Innenministerien der Bundesländer einzutreten, nachdem sich zuvor der Vorsitzende der Innenministerkonferenz, der thüringische Minister Trautvetter sowie der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Hoppe, auf dieses Vorgehen geeinigt hatten.

Ziel der gemeinsamen Arbeitsgruppe sollte es sein, festzustellen, ob ein Verfahren der ärztlichen Begutachtung von rückzuführenden Ausländern gefunden werden kann, welches sowohl den gesetzlichen Anforderungen als auch den Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht gerecht würde. Als Ausgangspunkt für die Beratung der gemeinsamen Arbeitsgruppe diente ein bereits bestehender Erlass des Innenministeriums Nordrhein-Westfalen. Aus Sicht der ärztlichen Vertreter sollte der Erlass so umgestaltet werden, dass sich Ärzte im Prozess der Begutachtung, z.B. als Amtsärzte oder aber auch als frei herangezogene Gutachter, nicht in einem Konflikt zwischen Auftraggeber (Behörden) und Patient wiederfinden mussten.

Dabei galt es, folgenden Konflikt auszuräumen: Das Ausländerrecht sieht zwei Kategorien von Hinderungsgründen für eine Rückführung von Ausländern vor. Dies sind zum einen die zielstaatsbezogenen Abschiebehindernisse (aus medizinischer Sicht im Wesentlichen die

Nichtbehandlungsmöglichkeit oder Retraumatisierung am Zielort der Rückführung) oder die inlandsbezogenen Abschiebungshindernisse (hier im Wesentlichen die Frage der Flugtauglichkeit).

Das Gesetz und die derzeit gültigen Verfahrensbestimmungen sehen vor, dass zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse durch das dafür zuständige Bundesamt unmittelbar nach der Ankunft in Deutschland geklärt werden. Das mag in einzelnen Fällen auch möglich sein, wenn feststeht, dass eine Erkrankung nach einer Rückführung nicht behandelbar wäre oder eine evidente psychische Traumatisierung eine solche Rückführung nicht erlaubt. In vielen Fällen ist aber ein zielstaatsbezogenes Hindernis zu diesem Zeitpunkt nicht erkennbar. Das kann z.B. sein, weil

- der Patient selbst von seiner Erkrankung bzw. von seiner Behandlungsnotwendigkeit nichts weiß,
- sich die Zustände im Zielstaat im Laufe des Aufenthalts in Deutschland verschlechtern oder aber, weil
- eine Krankheit erst während des Aufenthaltes in Deutschland auftritt oder manifest wird.

Das kann aber auch sein, weil in den Gesprächen beim Bundesamt z.B. eine vergewaltigte moslemische Frau ihre Traumatisierung nicht offenbaren kann, weil ihr sonst unter Umständen die Verstoßung durch ihre Familie droht.

Aus all diesen Gründen ist das bisherige Verfahren zur Feststellung von zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen unvollständig und unbefriedigend. Gleichwohl gilt es bisher für die Behörden nach der Beurteilung durch das Bundesamt für abgeschlossen. Somit stellten in vielen Fällen zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse aus Sicht der Behörden keinen Diskussionsgrund mehr dar.

Bei den inlandsbezogenen Abschiebungshindernissen geht es dann im Wesentlichen um die Flugtauglichkeit der abzuschiebenden Personen. Dies mag in Einzelfällen eine komplexe Fragestellung sein. Grundsätzlich kann man aber feststellen, dass mit den geeigneten technischen Mitteln fast jeder Patient transportiert werden kann. Da für die Feststellung der inlandsbezogenen Abschiebungshindernisse die lokalen Behörden zuständig sind und diese keine Zuständigkeit für die Feststellung der zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse haben, verlangen die lokalen Behörden von den Ärzten eine strikte Beschränkung ihrer gutachterlichen Tätigkeit auf die Frage der Flugtauglichkeit. Diese Einschränkung war und ist besonders unter der Bedingung einer inadäquaten Prüfung der zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse inakzeptabel. Zuletzt hat dies auch noch einmal der Deutsche Ärztetag im Mai dieses Jahres festgestellt.

Das Bemühen der ärztlichen Vertreter als Teilnehmer der gemeinsamen Arbeitsgruppe Länderministerien/Ärztékammern war es daher, Verständnis dafür zu wecken, dass Ärzte die Pflicht haben, darauf hinzuweisen, dass eine Abschiebung bzw. Rückführung zu einer Gefahr für Leib und Leben der zu begutachtenden Personen führen kann, unabhängig davon, ob diese im engeren Sinne fluguntauglich ist.

Die nun von der Arbeitsgruppe überarbeitete Handreichung des Innenministeriums Nordrhein-Westfalen wird sowohl den Bestimmungen des Ausländerrechts als auch dem ärztlichen Verlangen gerecht, stets im Sinne des Patienten sorgfältig handeln zu können. Das

Papier stellt fest, dass es zu verschiedenen Zeiten des Verfahrens verschiedene Fragestellungen an medizinische Gutachter gibt, erlaubt aber auf der anderen Seite dem Arzt zu jedem Zeitpunkt, auch auf noch nicht entdeckte bzw. noch nicht ausreichend abgeklärte Gesundheitsprobleme hinzuweisen und damit das Verfahren der Prüfung der zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse erneut anzustoßen. Es ist zwar unbefriedigend, dass dies nicht durch das Gesetz selbst geregelt wird, andererseits bindet eine solche Handreichung, wenn sie dann von den weisungsbefugten Ministerien ausgesandt wird, die zuständigen lokalen Behörden.

Die Arbeitsgruppe hat sich darauf verständigt, dass die nunmehr vorliegende Handreichung sowohl der Innenministerkonferenz der Länder als auch dem Vorstand der Bundesärztekammer mit dem Ziel der zustimmenden Kenntnisnahme vorgelegt wird. Während der Vorstand der Bundesärztekammer den Entwurf zustimmend zur Kenntnis genommen hat, hat sich die Konferenz der Innenminister auf keine einstimmige Äußerung einigen können. Es bleibt also abzuwarten, ob einzelne Bundesländer dennoch den aufgezeigten Kompromiss aufgreifen.

Die „ärztlichen“ Teilnehmer an der Arbeitsgruppe planen, diese Handreichung um Erläuterungen für die beteiligten Ärzte zu ergänzen, so dass ihnen das Verständnis der Regelungen und die Möglichkeiten des ärztlichen Handelns besser verdeutlicht werden. Eine Fortsetzung der Zusammenarbeit mit der Innenministerkonferenz der Länder wird in jedem Fall vorgeschlagen, um künftig auftretende Problemfälle besprechen und ggf. lösen zu können.

Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund

Proteste gegen die schlechten Arbeitsbedingungen im türkischen Gesundheitswesen und die anstehenden weiteren Reformen zur Kommerzialisierung des Gesundheitswesens werden von der türkischen Regierung mit äußerster Härte bekämpft. Wegen Streiks im Dezember 2003 und März 2004, bei denen aber nach Angaben der türkischen Ärztekammer stets die Notfallversorgung aufrechterhalten wurde, stehen seit Oktober 2004 85 Apotheker, Tierärzte, Zahnärzte, Patientenvertreter und Ärzte vor Gericht. Ihnen drohen Haftstrafen bis zu drei Jahren.

Sowohl der Weltärztebund als auch der Präsident der Bundesärztekammer haben sich unter anderem an den Staatspräsidenten der Türkei gewandt und um eine faire und internationalen Standards entsprechende Behandlung, die Respektierung der Arbeitnehmerrechte auch der Ärzte und um den Schutz all derer gebeten, die sich für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung einsetzen. Die Verfahren dauern an.