

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.

Im Berichtszeitraum informierten sich mehrere hochrangige Delegationen aus der Republik China über das deutsche Gesundheitssystem. Von besonderem Interesse waren neben allgemeinen Informationen zum Gesundheitssystem, den jüngsten Reformen und den aktuellen Diskussionen die ambulante Versorgung, das Krankenhausmanagement und das Katastrophenmanagement.

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 bzw. in Deutschland

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.

Seit März 2002 arbeitet die Europäische Kommission an einem Vorschlag für eine neue Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Näheres dazu findet sich im Kapitel 10. Zusammenarbeit mit der Politik. Der Auslandsdienst, der Bundesärztekammer hat sein Informationsangebot für migrationinteressierte 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. Ein weiteres Aufgabengebiet umfasst die Beratung von Ärzten, die im Ausland oder aus dem Ausland in Deutschland tätig werden wollen. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der Ärzte sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich in Deutschland hat dazu geführt, dass Mediziner zunehmend versuchen ein zusätzliches Standbein im Ausland aufzubauen oder sich definitiv eine Stelle im Ausland suchen. Mit Fragen nach Ansprechpartnern und Anerkennung von Berufsqualifikationen wenden sich die Ärzte zunehmend häufig an den Auslandsdienst, wo sie Antwort auf ihre Fragen erhalten. Im Rahmen der EU-Erweiterung und der Abschaffung des AiPs erhielt der Auslandsdienst auch viele Anfragen per Telefon oder Mail von Ärzten aus dem Ausland, die aufgrund mangelnder und zum Teil widersprüchlicher Informationen um Rat suchten. Zum Teil sind die Informationen auch auf der Homepage der Bundesärztekammer abzurufen.

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 12. „Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern“ fand auf Einladung der albanischen Ärztekammer vom 11. bis 13. November 2005 in Tirana/Albanien 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 12. Symposium beschäftigte sich zum einen mit dem Vorschlag der Europäischen Kommission über Dienstleistungen im Binnenmarkt und zum anderen mit der Lizenzierung und Revalidierung von Ärzten. Des Weiteren wurde die auf dem letzten Symposium in Berlin begonnene Diskussion zu dem sogenannten „Bologna-Prozess“ zur Umgestaltung der Studiengänge und zur besseren Übertragbarkeit von Studienergebnissen und -abschlüssen zwischen den europäischen Staaten wieder aufgenommen.:

1. Aktueller Stand zum Vorschlag der Europäischen Kommission über Dienstleistungen im Binnenmarkt:

Im Anschluss an einen kurzen einführenden Vortrag wurden vor allem das Herkunftslandprinzip und das Prinzip des einheitlichen Ansprechpartners („one-stop shop“) diskutiert. Alle Teilnehmer sprachen sich dafür aus, dass der einheitliche Ansprechpartner in Zukunft eine wichtige Funktion innehalten wird, die von den Kammern übernommen werden sollte.

2. Lizenzierung und Revalidierung von Ärzten:

Im Juni 2005 wurde der albanischen Ärztekammer vom Gesundheitsministerium die Aufgabe der Vergabe von Berufserlaubnissen übertragen. Die Ärztekammer hat bereits die Kriterien für Ärzte und Zahnärzte aufgestellt. Vorgesehen ist die Einführung eines Revalidierungssystems in Albanien. Die anschließende Diskussion zeigte, dass es ähnliche Systeme bereits in anderen mittel- und osteuropäischen Ländern gibt.

3. Bologna-Prozess:

Aus der medizinischen Fakultät Tirana wurde berichtet, dass eine Einführung der gegenseitigen Anerkennung von Kreditpunkten (ECTS), die Erstellung eines Diplomzusatzes sowie weitere Maßnahmen zur Erleichterung der Mobilität entsprechend der Bologna-Deklaration beschlossen wurde. Albanien lehnte dagegen die Umsetzung eines zweistufigen Systems in einen undergraduate (Bachelor) und einen graduate (Master) Zyklus ab. Diese Haltung wurde von allen Teilnehmern des Symposiums geteilt.

Abschliessend wurde ein Memorandum verfasst, in dem zwar die Initiative der Bildungsminister zur Erleichterung der Migration von Studenten und Lehrenden befürwortet, der Umsetzung des Medizinstudiums in ein zweizyklisches System jedoch eine deutliche Absage erteilt wird.

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 Gesundheitsministeriums teil.

In dem Projekt ging 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 Anfragen zur Migration Berufsangehöriger zu versetzen. Dabei werden die Experteneinsätze in Litauen im Rahmen eines Kooperationsprojektes gemeinsam mit niederländischen Experten durchgeführt.

Bericht der deutsch-polnischen Arbeitsgruppe der Sächsischen Landesärztekammer:

Die Arbeitsgruppe hat im Jahr 2005 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 in Sachsen nach einhelliger Auffassung zu keiner Ärzteschwemme aus Polen. Zwar lagen in Breslau rund 250 Anträge auf eine Auslandstätigkeit vor, doch werden nicht alle Anträge auch in die Tat umgesetzt.

Zudem erfolgte über die Arbeitsgruppe 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.

Der Schwerpunkt der Arbeit galt der Vorbereitung des 3. Deutsch Polnischen Symposium „Vergangenheit verstehen - Zukunft gestalten“, das vom 10. bis 12. September 2005 in Breslau stattfand. Zusammen mit den Vertretern der befreundeten Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer konnte ein umfangreiches wissenschaftliches und kulturelles Programm entwickelt werden. Neben historischen Themen wie „Die ärztliche Selbstverwaltung in der II. Republik Polen“ oder „Die Entwicklung der Schlesischen Ärztekammer von ihrer Gründung bis 1945“ kamen auch aktuelle Entwicklungen zur Sprache. So referierte Dr. Otmar Kloiber, Generalsekretär des Weltärztebundes, über „Die Zusammenarbeit der europäischen Ärztekammern“ und Dr. Thomas Ulmer, Mitglied des Europäischen Parlaments über „Europäische Gesundheitssysteme vor dem Hintergrund der Europäischen Erweiterung“.

Ausschuss Internationale Angelegenheiten

Während seiner Klausurtagung vom 10. bis 12. Juni 2005 beschloss der Vorstand der Bundesärztekammer die Einrichtung einer „Ständigen Konferenz Europäische Angelegenheiten“. Um inhaltliche Überschneidungen zu verhindern, wurde der bisherige „Ausschuss für Europäische und Internationale Angelegenheiten“ in „Ausschuss Internationale Angelegenheiten“ umbenannt. In den Ausschuss wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer als Mitglieder berufen: Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe als Vorsitzender, Dr. Andreas Crusius als stellvertretender Vorsitzender, Dr. Astrid Bühren, Prof. Dr. Heyo Eckel, Prof. Dr. Ingo Flenker, Herr Rudolf Henke, Prof. Dr. Frieder Hesenauer, Dr. Alfred Möhrle, Dr. Frank Ulrich Montgomery, Prof. Dr. Dr. h. c. Karsten Vilmar, Prof. Dr. Dr. h. c. Sewering als ständiger Gast. Die Geschäftsführung wurde Herrn Dr. Ramin Parsa-Parsi übertragen.

Im Berichtszeitraum trat der Ausschuss am 22.09.05 in Berlin zusammen.

Der Ausschuss diskutiert vorwiegend Fragen, die sich aus der Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund (WMA), der Weltgesundheitsorganisation, und diversen anderen internationalen Gremien oder nicht-europäischen Ärzteorganisationen ergeben.

So behandelte der Ausschuss verschiedene Themen in Verbindung mit dem gemeinsamen Forum der europäischen Ärzteverbände und der WHO (EFMA), der Zusammenarbeit mit der albanischen Ärztekammer und einer möglichen finanziellen Unterstützung der WMA Region Afrika.

Außerdem wurde die Generalversammlung des Weltärztebundes in Santiago, Chile, die vom 12. bis 15. Oktober 2005 stattfand, thematisch vorbereitet.

Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“

Während seiner Klausurtagung im Juni 2005 beschloss der Vorstand der Bundesärztekammer die Einrichtung einer Ständigen Konferenz Europäischer Angelegenheiten. Jede Ärztekammer war gebeten, einen Vertreter in diese Ständige Konferenz zu entsenden.

Die konstituierende Sitzung fand am 8. November 2005 statt. Der Schwerpunkt der Diskussion lag auf der Meinungsbildung zum Aufgabenbereich und zu Arbeits- und Beratungszielen der Ständigen Konferenz. Sie soll primär ein Diskussionsforum darstellen und als Schnittstelle zwischen den Aktivitäten in Brüssel und den Landesärztekammern dienen. Weiter thematisiert wurden aktuelle EU-Gesetzgebungen wie der Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt (KOM[2004]2endg.) und die sogenannte Arbeitszeit-Richtlinie. Weiterhin stand auf der Tagesordnung die gerade im Amtsblatt veröffentlichte neue Berufsanerkenntnisrichtlinie (2005/36/EWG). Es wurde beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, um die Änderungen in der neuen Richtlinie hervorzuheben und Vorschläge für die

Umsetzung auf Landesebene zu erarbeiten. An weiteren Themen wurden Dienstleistungen im Rahmen des Rettungsdienstes im Ausland, Qualitätsindikatoren im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) und die Erstellung eines International Certificates of Good Standing im Rahmen der „Crossing-Border Initiative“ behandelt.

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 2006 übernahm Luxemburg den Vorsitz des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte für die Amtsperiode 2006-2007, nachdem die Amtszeit der schwedischen Präsidentschaft unter Dr. Bernhard Grewin Ende Dezember 2005 abgelaufen war. Zum Ende der finnischen Präsidentschaft im Jahre 2001 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 Israel, Andorra, Bulgarien und Kroatien.

Erweiterung des CPME

Auf der letzten Generalversammlung unter dem Vorsitz des amtierenden Präsidenten der österreichischen Ärztekammer, 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. Die Verhandlungen mit Litauen verliefen über einen längeren Zeitraum. Inzwischen zählt auch Litauen zu den Ländern, die ordentliche Mitglieder des CPME sind. Auf der Generalversammlung im November 2005 in Stockholm wurde auch die Schweiz als Vollmitglied aufgenommen, nachdem das Volksbegehren zum Thema Qualifikationen der zehn neuen Länder am 25.09.2005 positiv ausgegangen war. Zunächst hatte die Generalversammlung im November in Stockholm einer kleinen Satzungsänderung zugestimmt, die dies dann möglich machte.

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 Hospital 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 und ergänzt durch die neue Richtlinie 2005/36/EG, die 2007 in Kraft treten wird), die die Migrationsmöglichkeiten der Ärzte in Europa regelt, hat sich die Arbeit des Ständigen Ausschusses gewandelt. Der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte wandelt sich in zunehmendem Maße 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.

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

Das ständige Büro des CPME leitet die Juristin Frau Lisette Tiddens-Engwirda (NL).

Der Exekutivausschuss wird weiterhin die Schwerpunkte der Arbeit des CPME mitbestimmen.

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 der zweijährigen Präsidentschaft unter dem Vorsitz von Dr. Bernhard Grewin aus Schweden 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 luxemburgischen Präsidentschaft (2006-2007) sind ärztliche Vertreter aus den Ländern Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich, Portugal, Spanien, Vereinigtes Königreich, Ungarn. Die luxemburgische Präsidentschaft hat einen Aktionsplan vorgestellt, der natürlich auch Schwerpunkte der jeweiligen Ratspräsidentschaften zu Grunde legt.

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-120/951) wurde vorgenommen.

Die Auswirkungen dieser Urteile werden in den Mitgliedsstaaten unterschiedlich bewertet. 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 mit Gesundheitssystemen, für die eine geschlossene Binnenstruktur prägend ist (z. B. Kollektivverträge mit Leistungserbringern, bes. Qualitätsregeln, Bedarfsplanung, Zugangsbeschränkungen für Ärzte u. a.) und für die 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 drei neue Entscheidungen für die Erstattung

von Kosten für eine Krankenhausbehandlung im Ausland gefällt, und zwar in Sachen-Müller-Fauré/van Riet und Geraets und Peerbooms.

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.

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 komplexen Thema befassen.

Verabschiedung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Rates – 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

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

Über die einzelnen Schritte auf nationaler und europäischer Ebene über das CPME wurde im Laufe der letzten Jahre ausführlichst berichtet (siehe Tätigkeitsberichte 2001, 2002, 2003 und 2004).

Am 7. September wurde der Text der Richtlinie im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht. Zwanzig Tage nach dieser Veröffentlichung tritt er in Kraft und ist innerhalb von 2 Jahren, d. h. bis 2007, in nationales Recht umzusetzen.

Den intensiven Bemühungen und zahlreichen Stellungnahmen der Bundesärztekammer und des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte, ist es zu verdanken, dass diese Richtlinie in der vorliegenden Form den immer wieder vorgebrachten Forderungen Rechnung getragen hat.

Die automatische Anerkennung bleibt uneingeschränkt, d. h. unverändert bestehen. Zur Information und Unterstützung der Bürger in der Wahrnehmung ihrer Rechte wird eine Kontaktstelle einzurichten sein.

Im Laufe der nächsten zwei Jahre wird die gemeinsame Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Richtlinienentwurf prüfen und auf erforderliche Änderungen hinweisen (siehe auch hierzu Kapitel „Berufsausübung im Ausland“).

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 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), demzufolge 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.

Es ist davon auszugehen, dass erst unter österreichischer EU-Präsidentschaft (Januar - Juli 2006) ein gemeinsamer Standpunkt erzielt wird. Danach kann das Parlament in zweiter Lesung zu diesem Standpunkt Stellung nehmen und Änderungen einbringen.

Gemeinsame Konferenz CPME/Assoziierte Organisationen

Am 7. April 2005 fand 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 eine Aufgabenteilung ging sowie darum, dass das CPME auf der Ebene der Europäischen Union 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, beispielsweise 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 außerdem, 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.

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 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. Für die zehn neuen Mitgliedsländer und weitere in der Zukunft könnten sich dadurch besondere Schwierigkeiten in Bezug auf die Sicherung des Zugangs zu den Systemen der Gesundheitsversorgung, die Qualität und die 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 Gesundheitsmanagement (EHMA), des Europäischen Patientenforums, des Netzes der europäischen Sozialversicherungspartner (ESIP), des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) und des Europäischen Parlaments mit. Die 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; mit diesen Schlussfolgerungen soll etwaigen Stellungnahmen, die im Rahmen anderer Diskussionen oder Foren vereinbart werden, jedoch 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.

In einem vorliegenden Bericht geht es um die 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.

Am 4. und 5. April 2005 fand in Luxemburg eine Konferenz zum Thema „Patientensicherheit“ statt, die aufgrund der Teilnahme zahlreicher Vertreter verschiedener Organisationen und Institutionen als erfolgreich einzuordnen ist. Verabschiedet wurde auch die sogenannte Luxemburger Erklärung, mit welcher versucht werden soll, der Sicherheit der Patienten noch mehr Bedeutung zukommen zu lassen. Es wurde beschlossen, dass das CPME sich darum bemühen soll, den nationalen Mitgliedsorganisationen Leitlinien für die weitere Vorgehensweise an die Hand zu geben. Außerdem -so wurde ebenfalls entschieden- soll das CPME seine Zusammenarbeit mit den EU-Institutionen in diesem Bereich fortsetzen und ausbauen. Die Einsetzung einer Ständigen Beratergruppe „Patientensicherheit“ wurde ebenfalls sehr befürwortet.

REACH

Im Jahre 2005 hat sich der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte auch mit dem Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Registrierung, Bewertung und Zulassung chemischer Stoffe (REACH = Registration, Evaluation, Authorization of Chemicals) befasst (siehe auch Bericht Brüssel).

Kontinuierliche Berufliche Entwicklung (Continuing Professional Development) – Konferenz im Jahre 2006

Voraussichtlich am 12. Dezember 2006 wird in Luxemburg eine Konferenz über „Kontinuierliche Berufliche Entwicklung“ stattfinden. Unter Federführung des Vorsitzenden des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung, kontinuierliche berufliche Entwicklung und Qualitätsverbesserung“, Dr. Wolfgang Routil (Österreich), ist eine Arbeitsgruppe mit der Vorbereitung befasst. Ihr gehört auch Prof. Heyo Eckel als Delegierter des CPME und in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung an.

Niederlassungsfreiheit für Ärzte/Anlaufstellen

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

All 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 können unter <http://www.bundesaeztekammer.de> aufgerufen werden.

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. 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. Jacques Roland.

Die Internationale Konferenz, die endgültig im Dezember 2003 in Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben CEOM

(Conférence Européenne 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, 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 und im Dezember 2005 aus Litauen.

Migrationsstatistik

Zu Beginn einer jeden Sitzung berichteten in der Vergangenheit 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 war.

Bedauerlicherweise wurde dieser Bereich in den letzten Jahren nicht mehr mit derselben Sorgfalt nachgehalten. Auch die Zusammenstellung der Zahlen wurde nicht mehr von der Geschäftsführung der französischen Ärztekammer vorgenommen, sondern von einer Organisation außerhalb des Conseil National de l'Ordre.

Im Dezember 2005 wurde von deutscher Seite vorgeschlagen, einer kleinen Arbeitsgruppe, die sich aus einigen Experten der Mitgliedsorganisationen zusammensetzen soll, die Ausarbeitung eines Konzeptes zu übertragen, wie sich am besten aktuelle und vergleichbare Zahlen wieder gegenüberstellen lassen.

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 berufsrechtlichen Regelungen sind von unterschiedlicher Rechtsqualität und von unterschiedlichem Verbindlichkeitsgrad.

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 (siehe auch Beitrag „Crossing Border Initiative“).

In einer EntschlieÙung 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 EntschlieÙung wird die Kommission aufgefordert, die Möglichkeiten für einen Informationsaustausch auf EU-Ebene 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 lieÙe:

- 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 Disziplinarstrafen 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 schnellstmöglich 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 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.

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

Die IAMRA vereinigt 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.

Die IAMRA wurde zwar bereits im Jahr 1994 ins Leben gerufen, jedoch erst offiziell auf der Konferenz in Toronto im Jahr 2002 gegründet.

Anfangs gehörten ihr Organisationen der ehemaligen Commonwealth-Länder an, mittlerweile arbeitet auch die Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben mit ihr zusammen.

Die 6. Internationale Konferenz der IAMRA fand im April 2004 in Dublin statt und befasste 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 und am 6. Dezember 2005 fanden gemeinsame Sitzungen der IAMRA und der CEOM in Paris statt. Man wird auch weiterhin die Zusammenarbeit suchen.

Überlegungen zu der künftigen Ausrichtung der CEOM

Da es in der Leitung der nationalen französischen Ärztekammer in den letzten Jahren personelle Veränderungen gegeben hat, müssen inzwischen alle gemeinsam Überlegungen anstellen, auf welche Schwerpunkte sich die Konferenz in Zukunft konzentrieren soll.

Im Laufe des Jahres 2006 wird dies sicher entschieden werden.

Crossing Border Initiative

Unter niederländischer Präsidentschaft wurde am 9. und 10. Dezember 2004 in Amsterdam eine Konferenz unter dem Titel „Health Care Professionals Crossing Borders“ organisiert. Erstmals konnten sich die für die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen und Registrierung von Ärzten zuständigen Behörden und Organisationen aller Länder der Europäischen Union und des EWR-Raumes über die aktuellen Praktiken und Probleme bezüglich der Sammlung, Speicherung und dem Austausch von Daten von Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe austauschen. Folge dieser Diskussionen war die Gründung einer Arbeitsgruppe aus Teilnehmern der Konferenz zur Erarbeitung eines beruflichen Führungszeugnisses, eines sogenannten „Certificate of Good Standing“. Unter finanzieller und personeller Unterstützung durch die nachfolgende britische Präsidentschaft und intensive Mitarbeit der Europäischen Kommission konnte die Arbeitsgruppe nach mehrmaligen Treffen einen Vorschlag erstellen, der dann letztendlich auf der „European Consensus Conference“ in Edinburgh im Oktober dieses Jahres unter dem Titel „Certificate of Current Professional Status“ öffentlich vorgestellt und angenommen wurde (<http://admin.uems.net/uploadedfiles/678.pdf>).

Angesichts der verschiedenen Handhabungen in den einzelnen Ländern war die Konsensfindung schwierig. So ist aufgrund der strengen Datenschutzbestimmungen in Deutschland eine Weitergabe von Informationen zu ärztlichen Disziplinarverfahren kaum möglich, während in Großbritannien die Bestrafung von Ärzten öffentlich im Internet nachzulesen ist. Aufgrund der unterschiedlichen Bestimmungen konnte man sich dann auch schnell darauf einigen, dass eine europäische Datenbank für ärztliche Disziplinarstrafen höchstens Zukunftsmusik sein könnte, derzeit jedoch nicht erstrebenswert ist. Stattdessen soll die Kooperation und Kommunikation der zuständigen Behörden intensiviert werden. Dies soll vereinfacht durch das standardisierte berufliche Führungszeugnis geschehen, in dem Name, Nationalität, Geburtsdatum, Datum und Ausstellungsbehörde des Ausbildungszeugnisses, Datum und Ausstellungsbehörde des Weiterbildungszeugnisses, die aktuelle Adresse und die Bescheinigung, dass innerhalb der letzten 5 Jahre die Approbation weder suspendiert noch entzogen wurde, aufgeführt sind. Kontrovers diskutiert, letztlich aber nicht aufgenommen wurden Informationen über anhängige Verfahren und kleinere Disziplinarstrafen, die nicht zum Entzug oder der Suspension der Approbation führten.

Es wird sich erst in der Zukunft erweisen, ob dieses Zertifikat die Zusammenarbeit der einzelnen zuständigen Organisationen und vor allem den Austausch von Informationen verbessern kann. Allen Beteiligten war klar, dass der überwiegend große Teil der migrierenden Ärzte unauffällig ist und hervorragende Arbeit leistet. Es sind die wenigen schwarzen Schafe des ärztlichen Berufsstandes, die die Schlagzeilen der Medien bestimmen und die durch diese vernetzte Zusammenarbeit aufgedeckt und verfolgt werden sollen.

51. Konsultativtagung

7. bis 10. Juli 2005 in St. Gallen/Schweiz

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.

Die 51. Konsultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen fand vom 10. bis 12. Juli auf Einladung der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) in St. Gallen 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. In Liechtenstein werden aufgrund der lokalen Verhältnisse kaum Fortbildungen angeboten, sondern überwiegend Fortbildungen aus den Nachbarländern anerkannt. Im letzten Jahr bildete sich innerhalb der Ärztekammer eine Arbeitsgruppe, die Leitlinien zur Dokumentation und Anerkennung von Fortbildungen erstellen soll.

Die Schweizer Ärzteorganisation klagte über eine zunehmende Verstaatlichung von Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung. So ist innerhalb des letzten Jahres die Zuständigkeit für die Akkreditierung von Weiterbildungen von der FMH auf das neu gegründete Organ für Akkreditierung und Qualitätssicherung übertragen worden, das dem Ministerium untersteht. In nahezu allen Ländern besteht ein Finanzierungsproblem in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin. In der Schweiz kommt noch hinzu, dass Weiterbildungsstellen im Niederlassungsbereich fehlen. Folge ist, dass man gezwungenermaßen nun auch Weiterbildungszeiten von Krankenhausambulanzen anerkennt und bereits darüber nachdenkt, den Facharzt für Allgemeinmedizin von 5 wieder auf 3 Jahre zu reduzieren. Auch in Österreich ist die Finanzierung offen. Eigentlich liegt die Verpflichtung beim Staat, doch die zur Verfügung gestellten Summen reichen nicht aus.

Den Beginn der eigentlichen Konsultativtagung machte Herr Dr. Oliver Kappeler, Mitglied des Zentralvorstands der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, mit einem Impulsreferat zu „Neuen Formen der ärztlichen (Zusammen)arbeit“. Er erläuterte die Managed Care Systeme als neue Form der ärztlichen Zusammenarbeit. Ziel dabei sei die Optimierung von Qualität und die Reduzierung der Kosten in der Medizin. In der anschließenden Diskussion wurde vor allem Kritik in Bezug auf die Freiwilligkeit dieses Systems geäußert. Durch die Sogwirkung der großen Kassen schließen Ärzte oft nicht aus freien Stücken solche Verträge ab, sondern häufig auf Wunsch der Patienten.

Herr Dr. Artur Wechselberger, Präsidiumsmitglied der österreichischen Ärztekammer, berichtete im Anschluss, dass Gruppenpraxen in Österreich erst seit 8 Jahren per Verfassungsgericht ermöglicht wurden. Bisher zeigten sie nur geringe Attraktivität, da jeder Gesellschafter zu ungeteilter Hand haftet

Das letzte Impulsreferat hielt Hr. Prof. Dr. Dieter Conen aus der Schweiz zur Fehlerkultur in der Medizin. Grossen Wert legt Prof. Conen auf die Definition der Begriffe Schadensereignis, Behandlungsfehler und unerwünschtes Ereignis. Alle drei Termini müssen strikt voneinander getrennt werden. So ergibt ein unerwünschtes Ereignis plus Fehler ein Schadensereignis. Ein Behandlungsfehler besteht jedoch erst, wenn ein Schadensereignis durch mangelnde Sorgfalt eingetreten ist.

Ein zweiter Teil der Tagung wurde traditionellerweise den Länderberichten gewidmet:

In Österreich wird nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs, in dem die bisher nur für Ausländer geltenden Zulassungsvoraussetzungen zum Medizinstudium als diskriminierend beurteilt wurden, nun laut über allgemeine Zulassungsbeschränkungen zum Studium nachgedacht. Nach langwierigen und schwierigen Verhandlungen schaffte es die Österreichische Ärztekammer, die Verantwortlichkeit für die Qualitätssicherung zu erhalten. Ausschließlich durch die Ärzte finanziert wurde eine Gesellschaft für Qualitätssicherung gegründet. Vorgesehen ist bis zum Jahr 2008 alle niedergelassenen Ärzte zu evaluieren.

Dr. Klaus Widmann aus Südtirol klagt über die zunehmende Überregulierung und den dadurch entstehenden Freiheitsverlust der Kammer. Immer seltener traut der Staat der Standesvertretung die Organisation bestimmter Tätigkeitsbereiche, wie zum Beispiel der Fortbildung, zu. So ist die Fortbildung weiterhin staatlich organisiert und die Weiterbildung in den Händen der Universitäten.

Im Kontrast dazu wurde in Luxemburg als Land der kleinen Wege und des direkten Zugangs der Verhaltenskodex der Ärzte in die Verfassung aufgenommen. Außerdem wurde ein neues Institut für medizinische Fortbildung gegründet, das Fortbildungsangebote koordiniert und akkreditiert. Die neu gegründete Liechtensteinische Ärztekammer beschäftigte sich im Jahr 2005 prioritär mit der Erstellung einer Standes- und Geschäftsordnung. Nach dem Vorbild der Schweiz wird außerdem derzeit das Vergütungssystem Tarmed eingeführt, das der Ärzteschaft sehr viel Zeit und Energie abverlangt.

In der Schweiz beschäftigt sich der neue Zentralvorstand derzeit mit den kantonal deutlich unterschiedlichen Taxpunktwerten für ärztliche Leistungen. Der Schwerpunkt liegt dabei derzeit auf der Erhebung bisher nicht vorhandener Daten durch den Trust Center. Geplant ist die Revision des Krankenversicherungsgesetzes. Zur Diskussion stehen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich und die Aufgabe der dualen Finanzierung im stationären Bereich. Die Schweiz ist das Einzige der teilnehmenden Länder, in welchem der Bologna-Prozess in der Medizin eingeführt wurde. Nach 3 Jahren Studium kann der Bachelor erworben werden, wobei das Berufsfeld weiterhin nicht definiert ist. Nach weiteren zwei Jahren erhält der Absolvent den Master, der jedoch ausschließlich für eine Tätigkeit in der Forschung qualifiziert. Das staatliche Arztdiplom erhält nur, wer anschließend noch ein weiteres Jahr klinisch unter Aufsicht tätig ist.

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. 85 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 „assozierten 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.baek.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.

Diese Sammlung der Erklärungen und Deklarationen sowie das „Handbuch der medizinischen Ethik“ stehen auch in deutscher Sprache zur Verfügung.

56. Generalversammlung, Santiago, Chile

Die 56. Generalversammlung fand auf Einladung der Chilenischen Ärztekammer im Oktober 2005 in Santiago statt. Dr. Yank Coble aus den Vereinigten Staaten von Amerika präsierte die Sitzung. Ihm ist der Südafrikaner Dr. Kgosi Letlape für die Amtsperiode 2005/2006 gefolgt. Zum Präsidenten für die nächste Amtsperiode 2006/2007 wurde Dr. Arumugam Nachiappan aus Malaysia gewählt. Er wird sein Amt mit der Generalversammlung in Südafrika im Oktober 2006 einnehmen.

Dr. Otmar Kloiber, bisheriger stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, übernahm sein neues Amt als Generalsekretär des Weltärztebundes im Frühjahr 2005.

Neu in den Weltärztebund aufgenommen wurde die Ärzteorganisation Singapurs.

Die Wissenschaftliche Sitzung des Weltärztebundes, die jeweils der Generalversammlung vorangeht, beschäftigte sich in diesem Jahr mit Reformen im Gesundheitssystem und dem Zugang zu Arzneimitteln.

Im Rahmen der Generalversammlung wurden folgende Dokumente verabschiedet:

Erklärung des Weltärztebundes zur Reform der Arzthaftung

Die nationalen Ärzteorganisationen werden aufgefordert, sich für ein entsprechend zuverlässiges und gerechtes System in Ihren jeweiligen Ländern einzusetzen, um die Bereitstellung und Qualität der Gesundheitsleistungen durch die zunehmende Streitkultur nicht zu gefährden.

Erklärung des Weltärztebundes zur Arzneimittelsubstitution

Mit dieser Erklärung wird die Besorgnis über die Praxis von Apothekern zum Ausdruck gebracht, die durch Ärzte verordneten Arzneimittel in manchen Fällen durch andere Mittel zu ersetzen. Es werden konkrete Empfehlungen zur Arzneimittelsubstitution gegeben.

Erklärung des Weltärztebundes zur Genetik und Medizin

In Zusammenhang mit diesem Thema werden besonders die Wichtigkeit von Aufklärung, Beratung und Verschwiegenheit hervorgehoben.

Erklärung des Weltärztebundes zur Reduzierung der globalen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit und die Gesellschaft

In dieser Erklärung werden Maßnahmen empfohlen, die der Aufklärung, Prävention und der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen dienen.

In einer Sonderentschließung zum Thema „Vogelgrippe“ wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die eine entsprechende Stellungnahme des Weltärztebundes ausarbeiten wird. Die Bundesärztekammer ist in dieser Arbeitsgruppe zusammen mit Vertretern aus Kanada, den Vereinigten Staaten von Amerika, dem Vereinigten Königreich und Südafrika vertreten.

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Das diesjährige Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO fand vom 11. bis 12. März in Oslo, Norwegen, statt.

Eines der Hauptthemen war die Vorstellung des telematischen Netzwerkes in Norwegen. Mit dem Ziel, auch Patienten in abgelegenen Regionen eine fachspezifische, zeitnahe Versorgung anzubieten, wurden alle Krankenhäuser des Landes und alle Hausärzte im Norden Norwegens zusammengeschlossen. Letztendlich profitiert davon vor allem der Patient, der trotz der großen Distanz zum Facharzt ohne Wartezeit kompetente Hilfe erhält. In Norwegen weiß man dies besonders zu schätzen.

„Braucht Medizin Bologna?“ Herr Stein, Dekan der Medizinfakultät in Oslo, antwortet mit einem klaren Ja. Der Aufteilung in ein undergraduate Studium mit dem Bachelor-Abschluss und einem graduate Studium mit dem Master Abschluss erteilt Herr Stein eine klare Absage. „Die strikte Aufteilung steht im Gegensatz zu den progressiveren Entwicklungen in den meisten europäischen Ländern“ erläutert er. Die neue Approbationsordnung in Deutschland, die die klare Trennung zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung erstmalig überwindet, ist nur ein Beispiel dafür. Die Qualitätssicherungsaspekte und das European Credit Transfer System (ECTS) sind dagegen Ziele des Bologna-Prozesses, die sinnvoll sind und möglichst rasch umgesetzt werden sollten. „Agree on ECTS to promote mobility, but leave the rest“ war die klare Aussage von Herrn Rendas, dem Dekan der medizinischen Fakultät in Lissabon. Die Konferenzteilnehmer begrüßten dies und verabschiedeten eine gemeinsame Stellungnahme, in der das zweistufige System für die Medizin eindeutig abgelehnt wird.

Die Situation der Gesundheitsversorgung Gefangener und die Rolle von Ärzten im Strafvollzug wurde von Vertretern des Europäischen Komitees zur Verhütung und Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) und der Britischen Ärztekammer vorgetragen. Der von der norwegischen Ärzteorganisation in Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund erarbeitete Online Kurs, der Ärzten im Strafvollzug die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse vermittelt, ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Auch Großbritannien verzeichnet steigende Suizidraten in Gefängnissen. Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie psychische Erkrankungen nehmen zu. Dabei werden 96% aller Gefangenen am Ende ihrer Haftzeit ohne substantielle Hilfe entlassen. Um Finanzen ging es auch beim nächsten Thema: Tabakkonsum. Herr Dagfinn Hoybraten, ehemaliger Gesundheitsminister Norwegens, berichtete von seiner Anti-Tabak-Kampagne in Norwegen, die dazu führte, dass Norwegen als zweites europäisches Land 2003 das Rauchen an öffentlichen Orten verbot. „Die unpopulärsten Maßnahmen sind die effektivsten, wie die Anhebung der Steuern auf Tabakprodukte“ erklärte er seinen Erfolg.

Zu den drei Hauptthemen Bologna-Prozess, Rolle der Ärzte im Strafvollzug und Tabakkonsum veröffentlichte das Forum Stellungnahmen, die unter www.euro.who.int/information/sources/mtgsums/2005/20050517_1 abrufbar sind.

Gemäß der Tradition endete die Konferenz mit der Vorstellung einiger europäischer Gesundheitssysteme. So hatten Vertreter Aserbaidschans, Kasachstans und Russlands die Möglichkeit, den Westeuropäern Ihre Gesundheitsversorgung etwas näher zu bringen.

Nachdem in den vergangenen Jahren das Interesse der WHO an dem gemeinsamen Forum mit den europäischen Ärzteverbänden deutlich abgenommen hatte, scheint hier eine Trendwende zu verzeichnen zu sein. Unter anderem sagte der Generaldirektor der WHO Region Europa, Dr. Mark Danzon, seine persönliche Teilnahme am kommenden Forum vom 21. - 22. April 2006 in Budapest fest zu.

Als Mitglied des Liaison-Komitees wirkt der Auslandsdienst aktiv bei der Vorbereitung dieses Forums mit. Hauptthemen werden die Rolle der Ärzteverbände bei der Pandemieplanung, die Zusammenarbeit der Ärzteschaft und der pharmazeutischen Industrie, nationale Patientendatenbanken, Tabakprävention, und aktuelle Berichte über die wichtigsten Reformen einiger europäischer Staaten sein.

