

1. Gesundheits- und Sozialpolitik im Diskurs

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zu Beginn dieses Jahres ist ein weiterer Schritt auf dem Weg zu einem staatlich gelenkten System der Mangelversorgung getan worden, in dem Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger nur noch mit großem persönlichen Engagement und nicht selten bis an den Rand der Erschöpfung versuchen, die Versorgung aufrecht zu erhalten.

Staatlicher Kostendruck und verordneter Wettbewerb führen zu immer härteren Einsparungen mit teilweise dramatischen Verwerfungen in der Gesundheitsversorgung. Durch die Zentralisierung medizinischer Entscheidungsprozesse bei staatlichen und substaatlichen Institutionen einerseits und die Ausrufung des Preiswettbewerbs unter den Leistungserbringern andererseits ist ein überbordendes Vorschriften- und Kontrollsystem entstanden, das Zeit in der Patientenversorgung kostet und den Druck zur Rationierung bis ins Unerträgliche erhöht.

Der Hinweis auf die Spitzenstellung des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich ist in dieser Hinsicht wenig tröstlich. Die Verteilung des Mangels gehört in vergleichbaren Industrieländern, beispielsweise in Großbritannien, schon sehr viel länger zum Versorgungsalltag. Der Abbau von Versorgungskapazitäten aus Kostengründen und die mehr oder minder offen praktizierte Rationierung von medizinischen Leistungen sind dort bereits gang und gäbe. Die Politik in Deutschland schickt sich nun an, die Fehler anderer Länder zu wiederholen und international vorbildliche Strukturen, wie sie sich in Deutschland über Jahrzehnte bewährt haben, zu zerstören.

Unsere Selbstverwaltung war ein System von Bürgern für Bürger, gesteuert durch Engagement und Kompetenz der Beteiligten und Betroffenen. Die Freiberuflichkeit des Arztes bewirkte dabei einen über sein berufliches Wirken im eigentlichen Sinne hinausgehenden sozialetischen, sozialökonomischen und sozialkulturellen Mehrwert für die Gesellschaft. Der Vorrang der Selbstverwaltung vor staatlicher Reglementierung und die Freiberuflichkeit als Grundvoraussetzung für eine selbstbestimmte, fachlich unabhängige und dem Gemeinwohl verpflichtete ärztliche Berufsausübung sind nunmehr allerdings nachhaltig in Frage gestellt. Auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz werden wir daher ausführlich diskutieren müssen, unter welchen Bedingungen die bisherige berufsethische und gemeinwohlbezogene Verpflichtung des freien Arztberufes erhalten bleiben kann.

Die Freiberuflichkeit des Arztes war für die Entwicklung der Gesundheitskultur in diesem Land über Jahrzehnte ein bestimmender Faktor. Es bestand parteiübergreifend Einigkeit darin, das Gesundheitswesen nach den Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung auszurichten. Das medizinisch Notwendige sollte allen Menschen in gleichem Umfang zuteil werden. Um diese Gesundheitskultur wurden wir weltweit beneidet. Seit einigen Jahren jedoch werden in der Gesundheitspolitik zunehmend andere Akzente gesetzt. Das Gesundheitswesen wird nicht mehr als soziale Einrichtung gesehen, sondern als eine Art Markt, für den sich der Ausdruck „Gesundheitswirtschaft“ etabliert hat.

Denkmodelle der Ökonomie werden mechanistisch auf das Gesundheitswesen übertragen und dogmatisch zur Handlungsmaxime erklärt. Während früher die Versorgung des Patienten nach dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand das erklärte Ziel war, werden unter den heutigen Bedingungen des Wettbewerbs die ökonomischen Kriterien dominierend.

Zweifellos ist es richtig, dem Gesundheitswesen wirtschaftliches Potenzial zuzuschreiben. Die Politik hat das lange Zeit nicht erkannt und die Jobmaschine Gesundheitswesen unterschätzt. Am Beispiel der Krankenhäuser wird deutlich, wie unzureichend die politische Unterstützung für die notwendige Instandhaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ausgefallen ist. Wegen der ausbleibenden gesetzlich vorgesehenen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer müssen die Kliniken seit Jahren einen Investitionsstau von mehr als 30 Milliarden Euro verkraften. Hinzu kommt, dass die Drangsalierung durch die Budgets im stationären wie ambulanten Bereich verstärkte Investitionen in Personal und Ausstattung unmöglich gemacht hat.

Die Politik hat schlichtweg falsche Prioritäten gesetzt. In einer Zeit des demografischen Wandels hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens müsste viel mehr in die Instandhaltung und den Ausbau der medizinischen und pflegerischen Versorgung investiert werden. Das ist die sozialpolitische Herausforderung unserer Gesellschaft. Es ist auch wirtschaftspolitisch sinnvoll, denn die Jobs werden in der Zukunft im Dienstleistungssektor entstehen und nicht mehr im produzierenden Gewerbe.

Stattdessen aber hat die Politik mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und anderen Reformgesetzen eine Art Wettbewerbsordnung eingeführt, die den reinen Preiskampf unter den Leistungserbringern gebietet. Der dafür vorgesehene staatliche Rahmen – Festsetzung des Einheitsbeitrages der Krankenkassen durch die Bundesregierung und die Einrichtung eines zentralen Gesundheitsfonds – dient dazu, die Kassen zu flexiblen, möglichst kostengünstigen Versorgungsverträgen zu animieren. Denn nur wer im Preiskampf mit dem Wettbewerber bestehen kann, wird bei der Mitgliedergewinnung erfolgreich sein, so das unausgesprochene Credo der Wettbewerbsapostel.

Der Gesundheitsfonds einschließlich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hat bereits jetzt ein erhebliches Chaos angerichtet. Er ist kein wirksames Instrument zur nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens, sondern der Systemwechsel in die Einheitsversicherung mit Einheitsmedizin zu Dumpingpreisen. Und auch die Honorarreform im vertragsärztlichen Bereich hat die Erwartungen der Ärzte bei weitem nicht erfüllt. Die Regierung hat zwar das Gesamtbudget für die Bezahlung niedergelassener Ärzte erhöht, aber nicht darauf hingewiesen, dass die zusätzlichen Mittel im Grunde ausstehende Nachzahlungen von über zehn Jahren sind. Hinzu kommt das unerträgliche Maß an Überregulierung, mit dem diese Reform umgesetzt werden musste und welche zu Existenzängsten bei vielen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen geführt hat.

Auch die Krankenhäuser haben bis heute keinerlei Planungssicherheit. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz hat die finanziellen Defizite bei den laufenden Kosten nur etwa zur Hälfte decken können. Und auch der milliarden schwere Investitionsstau besteht unverändert fort, auch wenn das Konjunkturprogramm II der Bundesregierung etwas Linderung verschaffen sollte.

Die Politik erkennt, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind. Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss deshalb wieder der kranke Mensch stehen und nicht mehr der Geschäftsgegenstand Diagnose.

1.1 Grundsatzpositionen

1.1.1 Programmatische Aussagen der deutschen Ärzteschaft zur gesundheitspolitischen Entwicklung

„Im Bewusstsein, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind, dass Diagnose und Therapie nicht zum Geschäftsgegenstand werden dürfen“, haben die Delegierten auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm die „Gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft“ verabschiedet. Das so genannte Ulmer Papier ist eine konsequente Fortentwicklung der vom 77. Deutschen Ärztetag 1974 beschlossenen „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellung der deutschen Ärzteschaft“ und dem vom 97. Deutschen Ärztetag 1994 verabschiedeten „Gesundheitspolitischen Programm der deutschen Ärzteschaft“. Der Auftrag, die Leitsätze bzw. ein aktuelles gesundheitspolitisches Programm zu entwickeln, geht auf den 110. Deutschen Ärztetag 2007 in Münster zurück. Das Papier stellt somit die Grundlage für die politische Arbeit und Stellungnahmen der Bundesärztekammer dar.

Ziel des Ulmer Papiers ist es, Defizite in der medizinischen Versorgung zu benennen und Perspektiven einer vernünftigen Gesundheitspolitik zu skizzieren. Das Ulmer Papier gliedert sich in zwei Teile: Der Teil A setzt sich mit Fragen der Versorgung und Teil B mit Aspekten der Finanzierung auseinander. Im ersten Teil werden Vorschläge sowohl zur Rolle des Staats und des Markts als auch zur Rolle der Selbstverwaltung vorgelegt. Weiterhin werden Wege zum Abbau von unterversorgten Bereichen im deutschen Gesundheitswesen sowie zum Aufbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen aufgezeigt. Möglichkeiten des Umgangs mit den begrenzten Mitteln werden vorgestellt. Aspekte zur Steigerung der Versorgungsqualität, zur Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten und für eine leistungsgerechtere Vergütung werden benannt.

Im zweiten Teil (B) werden Prüfkriterien und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung unterbreitet. Das Ulmer Papier ist eine konstruktiv-kritische Bestandsaufnahme im Hinblick auf die sozialen Herausforderungen der Gesellschaft. Es regt darüber hinaus zur Diskussion über die Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung an.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus den Mitgliedern des Präsidiums sowie hauptamtlichen Mitarbeitern der Bundesärztekammer, hat das Papier federführend erarbeitet. Zur Vorbereitung der Diskussion auf dem 111. Deutschen Ärztetag fand auf der Basis des von der Arbeitsgruppe vorgelegten Papierentwurfs zwischen November 2007 und März 2008 eine inhaltliche Auseinandersetzung und Positionsbildung in den Landesärztekammern statt. Das Ulmer Papier liegt als gedruckte Ausgabe vor und kann über die Homepage der Bundesärztekammer abgerufen werden (www.bundesaerztekammer.de).

Das auf dem 111. Deutschen Ärztetag beschlossene Ulmer Papier wird in den nächsten Jahren weiterentwickelt und ausgebaut. So soll eine vom Vorstand der Bundesärztekammer berufene Arbeitsgruppe ein weiterführendes Papier zur Situation von Ärztinnen und Ärzten in den künftigen Versorgungsstrukturen entwickeln. Weiterhin werden u. a. die Themen Priorisierung/Rationierung und Freiberuflichkeit als Hauptthemen auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz beraten.

1.1.2 Beschlüsse des 111. Deutschen Ärztetages 2008

Nach intensiver Diskussion hat der 111. Deutsche Ärztetag das Ulmer Papier verabschiedet. Insbesondere die Diskussion um die zunehmende Mittelknappheit und die daraus resultierende Rationierung im Gesundheitswesen, verbunden mit der Forderung, Rationierung transparent zu machen und öffentlich darüber zu diskutieren, hat zu einer breiten Resonanz in der Öffentlichkeit geführt.

Am Beispiel Demenz wurde die Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland in einem weiteren Tagesordnungspunkt beraten. Fragen der medizinischen Versorgung und Pflege standen im Mittelpunkt der Debatte (siehe Kapitel 7.1.6).

Zu einer intensiven Diskussion hat der Tagesordnungspunkt „Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Patient-Arzt-Verhältnis“ gesorgt, der aufgrund eines Beschlusses des 110. Deutschen Ärztetages 2007 aufgenommen wurde. In Ulm wurde ein Grundkonsens innerhalb der Ärzteschaft über die Bedingungen für den Einsatz neuer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien in Form eines Positionspapiers erarbeitet (siehe Kapitel 8.2).

Ein weiteres wichtiges Thema in Ulm war die Auseinandersetzung mit der ärztlichen Berufsrolle. Im Tagesordnungspunkt „Arztbild der Zukunft und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen“ setzten sich die Delegierten des Ärztetages mit den neuen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und ihren Auswirkungen auf die ärztliche Identität mit Blick auf die Aufgaben und Anforderungen auseinander (siehe Kapitel. 4.1).

Die Dokumente, Beschlussprotokolle, Referate zu den Tagesordnungspunkten etc. sind unter www.bundesaerztekammer.de abrufbar. Die Konsequenzen aus den an den Vorstand überwiesenen Anträgen des Ärztetages sind im Kapitel 13.2.1 aufgeführt.

1.2 Zusammenarbeit mit der Politik auf nationaler Ebene

1.2.1 Interessenvertretung gegenüber der Politik

Als Vertretung der Ärzteschaft in Deutschland ist es für die Bundesärztekammer unerlässlich, am Regierungssitz mit einer eigenen Interessenwahrnehmung präsent zu sein. Denn mit fast allen Fachbereichen des Gesundheitsministeriums, aber auch mit anderen Ressorts – beispielsweise Bildung und Forschung, Inneres oder Justiz – ist die Bundesärztekammer regelmäßig in Kontakt. Von einer Vielzahl parlamentarischer Entscheidungsprozesse ist die Bundesärztekammer direkt oder indirekt betroffen. Ein kontinuierlicher fachlicher Austausch mit Regierung, Parlament und der Ministerialebene ist daher unabdingbar. Angesichts der Komplexität der politischen Inhalte ist die Politik im Bund darauf angewiesen, zur Meinungsbildung externen Sachverstand von fachlicher Seite einzuholen und sich mit den Verbänden über Problemlösungen auszutauschen.

Der Gesundheitspolitik hängt der Ruf nach, von sogenannten Lobbyinteressen und damit Partikularinteressen stark dominiert zu sein. Diese Abwertung der Interessenvertretung durch gesundheitspolitische Verbände und Institutionen soll häufig nur verschleiern, dass der Sachverstand der Beteiligten und Betroffenen machtpolitischen Erwägungen entgegensteht, gerade in Zeiten einer Großen Koalition. Dies führt soweit, dass – wie während der Verhandlungen zur Gesundheitsreform erkennbar – die Politik ihre Entscheidungen weitgehend nach politisch-taktischem Kalkül ausrichtet und Sachargumente der Selbstverwaltungspartner als „Lobbyistengeschrei“ denunziert. Umso größer ist die Verantwortung der Bundesärztekammer, gegenüber den Entscheidungsträgern und der Ministerialbürokratie zu vermitteln, dass sie in ihrer Interessenwahrnehmung von dem Bestreben geleitet wird, die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten und bessere Arbeitsbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte zu erreichen. Hier ist eine verlässliche, seriöse und glaubwürdige Interessenvertretung gefordert, die auf einen kontinuierlichen und vertrauensvollen Informationsaustausch mit den Entscheidungsträgern der Regierung und Fraktionen des Deutschen Bundestages, des Bundesrates sowie der Ministerialbürokratie der Ministerien und des Kanzleramtes setzt. Regelmäßige Kommunikation auf allen Ebenen der politischen Entscheidungsprozesse, ein stetiges Monitoring der politischen Abläufe von Regierung und Parlament sowie Informationsgewinnung und -auswertung sind Grundlagen dieser Tätigkeit.

1.2.2 Gesetzgebung im Jahr 2008

Die Gesetzgebung des Gesundheitsressorts im dritten Regierungsjahr der Großen Koalition war geprägt von Gesetzgebungsverfahren, die sich aus dem Koalitionsvertrag ergaben, und von jenen, die als Folgegesetzgebung der Gesundheitsreform 2006 notwendig waren. So wurde das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ebenso verabschiedet, wie das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Einigen konnte man sich ebenfalls

auf den Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes, das allerdings 2008 noch keinen Abschluss fand. Das sogenannte Insolvenzgesetz musste der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 noch vorausgehen und wurde ebenfalls im Berichtsjahr verabschiedet.

Insgesamt nahm allerdings der Wille zu unbedingt einheitlichem Handeln der Koalitionspartner spürbar ab: So wurde das Präventionsgesetz auf Eis gelegt, nachdem das Ministerium bereits einen mit dem Koalitionspartner nicht abgestimmten Referentenentwurf vorgelegt hatte. Die Koalitionspartner konnten sich nicht auf die Organisation und Finanzierung kassenübergreifender Projekte zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung einigen. Hauptstreitpunkt des Gesetzentwurfs war die Einrichtung eines Nationalen Präventionsrates. Die Unionsfraktion brachte ihrerseits einen eigenen Gruppenantrag zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes in den Bundestag ein, da sie sich vorab nicht mit der SPD-Fraktion auf ein gemeinsames Handeln einigen konnte. Daraufhin drohte die SPD-Fraktion zum Ende des Berichtsjahres damit, ihrerseits die Koalitionsdisziplin zu brechen und gemeinsam mit den Oppositionsfraktionen einen Gesetzentwurf in den Bundestag einzubringen, um die diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger in die Regelversorgung aufzunehmen. Nachfolgend werden einige bedeutende Gesetzgebungsverfahren des Berichtsjahrs näher dargestellt.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Am 1. Juli 2008 ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) in Kraft getreten. Es war nach der Gesundheitsreform das zweite große Reformprojekt im Gesundheitsressort, das zwingend zum Erfolg führen musste. Das Ergebnis waren strukturelle Veränderungen, jedoch keine grundlegende Finanzreform. Auf diese konnte sich die Regierungskoalition nicht verständigen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht vor, die Leistungen schrittweise, insbesondere für die häusliche Pflege, anzuheben. Weitere Neuerungen sind ein Anspruch auf eine Pflegeberatung (Fallmanagement) und die Schaffung von Pflegestützpunkten. Allerdings bleibt die Einführung der Stützpunkte mobiler Betreuung und Pflege den Ländern überlassen. Für die Bundesärztekammer stand besonders die geplante Kompetenzerweiterung für Angehörige der Pflegeberufe im Rahmen von Modellvorhaben im Fokus der Kritik an dem Gesetzentwurf. In der Anhörung zu dem Gesetzentwurf im Gesundheitsausschuss konnte die Bundesärztekammer darlegen, dass es sich bei der Öffnung des Arztvorbehalts in der medizinischen Versorgung „um eine gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch, vor allem medizinisch fragwürdige Entscheidung“ handle. Dafür bestehe weder eine Notwendigkeit noch werde damit der Fortbestand der Qualität der medizinischen Versorgung gesichert. Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Tätigkeit würden der Notwendigkeit widersprechen, diagnostische und therapeutische Entscheidungen und medizinische Indikation durch einen Arzt bestimmen zu lassen. Diagnose und Behandlung von Krankheiten setzten eine umfassende Ausbildung und praktische ärztliche Erfahrungen voraus, in die multifaktorielle ganzheitliche Kenntnisse einfließen, die von Gesundheitsfachberufen nicht erwartet werden können. Im Rahmen der weiteren Beratungen des Gesundheitsausschusses konnte diese Regelung insoweit entschärft werden, als dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen wurde, in Richtlinien festzulegen, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung ärztlicher Aufgaben an Pfl-

gekräfte im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen könnte. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist die Bundesärztekammer um Stellungnahme zu bitten. Unbeirrt von jeder Kritik setzte die Bundesregierung allerdings das Vorhaben durch, Ärzte zur Meldung an Krankenkassen zu verpflichten, wenn sie einen Patienten behandeln, der seine Krankheit „selbst verschuldet“ hat.

Patientenverfügung

Nachdem sich die Bundesregierung bereits in der 15. Legislaturperiode nicht auf eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung einigen konnte, hatte die zuständige Ministerin Zypries den Ball in dieser Legislaturperiode den Parlamentariern zugespielt. Initiativen sollten aus dem Bundestag heraus kommen und nicht als Regierungsentwurf vorgelegt werden. Jeder Fraktionszwang ist bei diesem Thema aufgehoben. Der Bundestag zeigt sich jedoch stark gespalten. Drei Gesetzentwürfe wurden im Berichtsjahr in den Bundestag eingebracht, einer bereits in erster Lesung beraten. Eine Gruppe um den Abgeordneten Stünker möchte das Selbstbestimmungsrecht des Patienten stärken und für den Fall, dass er seinen Willen nicht mehr äußern kann, diesen durch seinen Betreuer umgesetzt sehen. Eine Gruppe um die Abgeordneten Bosbach/Röspel geben dem Lebensschutz Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und sehen eine sogenannte Reichweitenbegrenzung für Patientenverfügungen vor. Patientenverfügungen, die den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen beinhalten, dürfen nur umgesetzt werden, wenn die Patienten an einer unumkehrbar tödlich verlaufenden Erkrankung leiden oder wenn die Patientenverfügung notariell beglaubigt ist. Die Abgeordneten Zöller/Faust verfolgen mit ihrem Antrag einen dritten Weg, in dem sie die Patientenverfügung rechtlich „so schlank wie möglich“ verankern wollen. 360 Abgeordnete haben sich bereits einem der Anträge angeschlossen, 250 haben sich noch nicht entschieden oder sind der Meinung, eine rechtliche Verankerung sei nicht notwendig. Diese Position vertritt die Bundesärztekammer seit Beginn der Debatte. Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe und hat sich in diesem Tenor mit einem Schreiben an alle Abgeordneten gewandt: *„Wir Ärztinnen und Ärzte halten ein solches Vorhaben, Patientenverfügungen und damit die Frage nach dem Umgang mit dem Lebende gesetzlich im Detail regeln zu wollen, für mehr als fraglich, weil es zu mehr Rechtsunsicherheit führen wird, wo bereits Rechtsklarheit besteht. Denn nach geltendem Recht ist der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille grundsätzlich verbindlich. Patienten haben damit schon jetzt die Möglichkeit eine Vorausverfügung zu hinterlegen, ohne dass sie fürchten müssen, dass ihr darin erklärter Wille ignoriert wird“*, so der Präsident. Die Abstimmung ist für das Frühjahr 2009 vorgesehen.

Spätabtreibung

Die Regierungskoalition hatte sich vorgenommen, zu prüfen, „ob die Situation bei Spätabbrüchen verbessert werden kann.“ Insbesondere die Bundesärztekammer fordert seit Jahren, gesetzliche Korrekturen vorzunehmen, um betroffene Frauen und Ärzte durch Beratungspflicht und Bedenkzeit in ethisch schwierigen Momenten besser zu unterstützen als heute. Die Bundesärztekammer hatte hierzu einen eigenen Gesetzentwurf erarbeitet und diesen den Fraktionen in einer Vielzahl von Gesprächen seit Beginn der

Legislaturperiode vorgestellt. Auf eine gemeinsame Positionierung konnten die beiden Regierungsfractionen sich jedoch nicht einigen. In der Union wird mehrheitlich das Anliegen der Bundesärztekammer geteilt und die Notwendigkeit gesehen, das Schwangerschaftskonfliktgesetz zu ändern, in der SPD konnte hierfür keine einheitliche Position gefunden werden. So hat die Union im Berichtsjahr einen Gesetzentwurf als Gruppenantrag vorgelegt. Dieser sieht eine Verbesserung der Beratung vor, eine dreitägige Bedenkzeit sowie eine Verbesserung der statistischen Erfassung. Allerdings liegen auch vier weitere Anträge quer durch die Fraktionen vor. Die Vorschläge reichen von einer Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes bis hin zu rein untergesetzlichen Regelungsänderungen. Eine Mehrheit für einen dieser Entwürfe ist derzeit nicht in Sicht, aber ein Zusammenschluss von Antragstellern durchaus möglich.

Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

In der zweiten Hälfte des Berichtsjahres hat der Gesetzgeber das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) beschlossen. Damit waren die rechtlichen und technischen Vorbereitungen zur Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 abgeschlossen.

Voraussetzung für die nunmehr beschlossene Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen war die Entschuldung der Kassen. Bislang waren nur Kassen unter Bundesaufsicht insolvenzfähig. Zum 1. Januar 2010 werden auch die Krankenkassen insolvenzfähig, die unter der Aufsicht der Länder stehen. Im Interesse der Versicherten enthält das GKV-OrgWG Maßnahmen, um eine Insolvenz oder Schließung einer Kasse zu vermeiden. Dazu gehören freiwillige vertragliche Regelungen über Finanzhilfen innerhalb der Krankenkassen einer Kassenart und finanzielle Hilfen zu Fusionen durch den GKV-Spitzenverband.

Neben der Insolvenzfähigkeit und den Regelungen über die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds bekommen, enthält das Gesetz eine Vielzahl weiterer Bestimmungen, die ihm den Charakter eines Omnibus-Gesetzes verleihen: So wurde z. B. im Rahmen des Gesetzes die Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aufgehoben. Damit wurde endlich eine langjährige Forderung der Bundesärztekammer erfüllt. Immer wieder hatte sie diese die Altersgrenze kritisiert und betont, dass Ärzte auch über dieses Alter hinaus noch gute Leistungen vollbringen könnten.

Krankenkassen werden verpflichtet, bis zum 30. Juni 2009 Hausarztverträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten. Auf eine gemeinsame Initiative von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung hin haben die Regierungsfractionen dann noch im Rahmen des Beratungsverfahrens eine verbesserte Regelung zur Finanzierung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorgenommen.

Die Bundesärztekammer warnte im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens noch einmal dringend vor der Einführung des Gesundheitsfonds. Dies sei ein weiterer Schritt auf dem Weg in die Staatsmedizin. Der Fonds sei keine Lösung für eine nachhaltige

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und erst recht kein Förderprogramm für eine moderne Medizin. Die Regierung lege nach wirtschaftlicher Opportunität und haushaltspolitischer Machbarkeit fest, wie viel Geld für die Versorgung der Patienten ausgegeben werden darf. Damit hänge die Versorgung der Patienten künftig vom Spardiktat der Finanzpolitiker ab.

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde ein weiteres Vorhaben des Koalitionsvertrages realisiert. Allerdings bleibt der Gesetzentwurf weit hinter seinen Erwartungen zurück. Hauptstreitpunkt im Gesetzgebungsverfahren waren die Finanzhilfen. Bereits zugesagte Finanzhilfen wurden durch Verrechnungen politisch geschönt dargestellt, de facto aber geschmälert. Nach massivem Protest der Kliniken und der Ärzteschaft, insbesondere auch der Bundesärztekammer, sagten die Fraktionsspitzen schließlich 3,5 Milliarden Euro zusätzlich ab dem Jahr 2009 zu. Darüber hinaus beinhaltete der Gesetzentwurf Pläne zur Einführung eines Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern, die schrittweise Angleichung der heute unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor im Zeitraum von 2001 bis 2014 sowie im Rahmen des DRG-Vergütungssystems die Überprüfung der Finanzierung von Zusatzkosten, die in Folge der ärztlichen Weiterbildung entstehen. Diesen Prüfauftrag kritisierte die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme als nicht sachgerecht: Die Festlegung der Inhalte und der Organisation der Weiterbildung sei rechtssystematisch bei der ärztlichen Selbstverwaltung und in den Heilberufsgesetzen der Länder eingebettet.

Der Bundestag hat seine Beratungen im Dezember 2008 abgeschlossen, der zweite Durchgang im Bundesrat ist für den Februar des Jahres 2009 vorgesehen.

Gesetz zur Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus

Nachdem bereits im Jahr 2007 im Rahmen des Telekommunikationsüberwachungsgesetzes das Patientengeheimnis angegriffen wurde, hat die Bundesregierung diesen Vorgang beim Gesetz zur Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus im Berichtsjahr wiederholt. Das Zeugnisverweigerungsrecht wurde erneut eingeschränkt, indem Ärzte, ebenso wie Journalisten und Rechtsanwälte nicht absolut vor Überwachungen geschützt werden. Damit wurde die ärztliche Schweigepflicht wiederum zu einem Schutzrecht zweiter Klasse degradiert, gegenüber Verschwiegenheitspflichten der Berufsgruppen der Seelsorger, Strafverteidiger und Abgeordneten. Wie schon beim Telekommunikationsüberwachungsgesetz protestierte die Bundesärztekammer auch hier vehement gegen die Aufweichung des Zeugnisverweigerungsrechtes. Ärzte unterliegen ebenso wie Journalisten und Rechtsanwälte nur einem relativen Schutz vor staatlichen Ermittlungsmaßnahmen. Den Tag, an dem das Gesetz den Bundesrat passierte, nannte Präsident Prof. Hoppe einen „schwarzen Tag für die Rechte der Patienten“. Das Arztgeheimnis gelte nur noch mit großen Einschränkungen. Er kündigte an, dass die Bundesärztekammer das Bundesverfassungsgericht anrufen werde.

1.3 Europäische Union

1.3.1 Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union

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

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

Die Komplexität der europäischen Gesetzgebung erfordert einen kontinuierlichen Informationsaustausch nicht nur mit Mitgliedern des Europäischen Parlaments, sondern auch mit Kommissionsbeamten, Akteuren des Ministerrates und Mitgliedern der ständigen Ausschüsse. Durch den zunehmenden Einfluss europäischer Maßnahmen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten erhöht sich auch der Druck, Entscheidungen der EU zu beeinflussen. Das kommt nicht zuletzt durch die Vielzahl von Lobbyisten in Brüssel zum Ausdruck. Es gibt kaum eine Interessensgruppe, die nicht repräsentiert wird und zumindest ein Ein-Mann-Büro im Brüsseler Europaviertel unterhält. Im Europäischen Parlament sind zur Zeit über 4.500 Personen akkreditiert. Schätzungen gehen aber davon aus, dass zwischen 15.000 und 20.000 hauptberufliche Lobbyisten in Brüssel tätig sind. Auch die Europäische Kommission vertritt die Auffassung, dass Lobbying in einem demokratischen System seine Berechtigung hat. Allerdings müsse für die Öffentlichkeit klar erkennbar sein, welchen Beitrag Lobbygruppen den europäischen Organen und Einrichtungen liefern, wen sie vertreten, welches Ziel sie verfolgen und wie sie finanziert werden. Daher hat sie im Frühjahr 2008 ein Europäisches Lobbyregister eingeführt, in dem sich die Bundesärztekammer eintragen wird.

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

Dazu gehört auch das sogenannte „EU-Bulletin“, einem vom Brüsseler Büro in Zusammenarbeit mit der Pressestelle entwickelten Informationsdienst, in dem regelmäßig über neueste Gesetzgebungsinitiativen und Entscheidungen aus Brüssel berichtet wird.

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

So hat auf Einladung des Präsidenten der Bundesärztekammer und unter der Schirmherrschaft des Europa-Parlamentarier und CDU-Abgeordneten Dr. Peter Liese am Abend des 2. April 2008 ein ausführliches Gespräch mit Europa-Abgeordneten sowie einigen ihrer Mitarbeiter in Brüssel stattgefunden. Themen dieses Abends waren die Maßnahmen auf EU-Ebene im Bereich Organtransplantation und Organspende, der Richtlinienentwurf zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowie – auf besonderen Wunsch der Parlamentarier – auch das Thema Patienteninformation bei Arzneimitteln.

Neben Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe waren Gesprächspartner seitens der Bundesärztekammer Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Klaus-Dieter Wurche sowie Prof. Dr. jur. Hans Lilie und Prof. Dr. Dr. h. c. Roland Hetzer von der Ständigen Kommission Organtransplantation. Die Geschäftsführung war vertreten durch Prof. Dr. Christoph Fuchs, Dr. Gert Schomburg, Frau Corina Glorius und Herrn Alexander Dückers.

Von Seiten der Parlamentarier waren überwiegend solche aus dem Gesundheits-, aber auch aus den Ausschüssen Landwirtschaft, Verkehr und Industrie anwesend.

Die geladenen Abgeordneten aus dem Europaparlament zeigten sich dankbar, so frühzeitig und grundlegend über die Positionen der Ärzteschaft informiert worden zu sein, denn nur dann bestehe die Möglichkeit, sachgerecht und vor allem auch rechtzeitig auf die jeweiligen Initiativen Einfluss zu nehmen. Eine Fortsetzung des Dialogs wurde vereinbart.

1.3.2 Europäische Gesundheitspolitik

Rechtsgrundlage für Maßnahmen in der Gesundheitspolitik der Europäischen Union ist der mit dem Amsterdamer Vertrag eingeführte Art. 152 EG-Vertrag. Danach ist die Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft auf dem Gebiet des Gesundheitswesens begrenzt auf einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus. Die Europäische Gemeinschaft leistet ihren Beitrag auf zweierlei Weise: zum einen dadurch, dass sie aufgrund der sogenannten Querschnittsklausel in Artikel 152 Abs. 1, Unterabsatz 1 EGV bei der Festlegung und Durchführung ihrer übrigen Politiken und Maßnahmen ein hohes Schutzniveau sicherstellt, d. h. ihr Handeln auf anderen Gebieten mit den Erfordernissen des Gesundheitsschutzes abstimmt. Zum anderen besteht der Beitrag darin, dass sie auf der Grundlage von Art. 152 EGV die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten auf gesundheitspolitischem Gebiet fördert, indem sie die Mitgliedstaaten darin unterstützt, ihre Politik auf diesem Gebiet zu koordinieren. Insoweit ist die Europäische Gemeinschaft ergänzend tätig. Daraus folgt, dass die Hauptverantwortung für die Gesundheitspolitik bei den Mitgliedstaaten liegt, was insbesondere durch

Art. 152 Absatz 5 EGV unterstrichen wird. Danach berührt die ergänzende Tätigkeit der Europäischen Gemeinschaft in keiner Weise die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung.

Gleichwohl übt die europäische Ebene durch die Binnenmarktregelungen und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auch auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland aus.

Die vielfältigen Aktivitäten der EU-Kommission wie beispielsweise Grünbücher, Weißbücher, sogenannte Mitteilungen und Richtlinien berühren jeweils die nationalen Gesundheitssysteme und haben damit unmittelbar Konsequenzen auf deren Gestaltung und Entwicklung. In Verbindung mit der europäischen Rechtsprechung der vergangenen Jahre lässt sich hier eine Tendenz hin zu einer schleichenden Kompetenzerweiterung und Vereinheitlichung feststellen.

Offene Methode der Koordinierung (OMK)

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

High Level Group

Ausgehend vom Lissabon-Prozess wurde im Jahr 2002 eine sogenannte „hochrangige Arbeitsgruppe“ („High Level Group“) für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung eingesetzt. Diese Gruppe führt Experten aus allen Mitgliedstaaten zusammen und wird in den Bereichen grenzübergreifende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Referenzzentren, Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen, Information und Gesundheitstelematik, Health Impact Assessment sowie Gesundheitssysteme und Patientensicherheit tätig. Ziel ist es, einen Reflexionsprozess über Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der EU anzustoßen. Im Auftrag der Bundesregierung nimmt das Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, Dr. Günther Jonitz, als Experte an der Arbeitsgruppe der High Level Group Patientensicherheit teil.

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

Sozialagenda

Die Europäische Kommission hat am 2. Juli 2008 eine erneuerte Sozialagenda vorgestellt, ein Paket aus 19 Initiativen, das im Rahmen der Lissabon-Strategie dazu beitragen soll, sich den geänderten sozialen Verhältnissen anzupassen, die durch die Globalisierung, den demographischen Wandel, die steigende Migration und den Klimawandel entstanden sind.

Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Als Teil der erneuerten Sozialagenda hat die Europäische Kommission den Richtlinienentwurf zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorgelegt. Der ursprünglich als sogenannte „Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie“ bekannte Entwurf ist nach monatelangen kontrovers geführten Diskussionen innerhalb der Kommission mit halbjähriger Verzögerung veröffentlicht worden.

Ziel der Richtlinie ist die Schaffung eines Gemeinschaftsrahmens für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Damit soll den Patienten die Möglichkeit erleichtert werden, in einem anderen EU-Mitgliedsstaat Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Ferner soll gewährleistet werden, dass die erforderlichen Voraussetzungen für eine hochwertige, sichere und effiziente Gesundheitsversorgung bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen gegeben sind. Der Vorschlag sieht vor, gemeinsame Prinzipien einzuführen. Darunter fallen Qualitäts- und Sicherheitsstandards, die für die Gesundheitsversorgung von den Mitgliedstaaten festgelegt werden. Die Mitgliedstaaten haben ferner

- dafür zu sorgen, dass diese Standards durch die Gesundheitsdienstleister eingehalten werden;
- den Patienten Informationen über Wahlmöglichkeiten, Preise, Ergebnisse und Berufshaftpflichtversicherungen zur Verfügung zu stellen. Weitergegeben werden sollen diese Informationen von den Gesundheitsdienstleistern;
- die Patientenrechte nach fehlerhafter Behandlung sicherzustellen;
- Berufshaftpflichtversicherungen einzuführen;
- Datensicherheit zu gewährleisten;
- Patienten aus anderen Mitgliedstaaten die gleiche Behandlung zukommen zu lassen wie Staatsangehörigen des Behandlungsmitgliedstaats und damit Diskriminierung zu verhindern.

Um die Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern, soll die Europäische Kommission die Möglichkeit erhalten, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten Leitlinien zu erlassen.

Weiter soll ein spezifischer Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung geschaffen werden. Geregelt werden die Rechte der Patienten auf Rückerstattung

der Kosten bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat und damit die Kodifizierung der EuGH-Rechtsprechung (Kohl/Decker usw.). Ambulante Leistungen können ohne vorherige Zustimmung auf Basis der Kostenerstattung in einem anderen EU-Land in Anspruch genommen werden, wenn die Kosten dieser Behandlung, wäre sie im eigenen Hoheitsgebiet erbracht worden, von seinem Sozialversicherungssystem übernommen werden würde. Damit werden einem Patienten zum Beispiel die Kosten für eine Zahnbehandlung, die er in einem andern Mitgliedstaat hat durchführen lassen, nicht erstattet, wenn die Zahnbehandlung in seinem Heimatland nicht erstattungsfähig ist. Bei stationären Leistungen können die Mitgliedstaaten eine Vorabgenehmigung vorsehen. Allerdings muss der Mitgliedstaat beweisen, dass sich die Abwanderung der Patienten in dem Maße auf die Planung und Rationalisierung im Krankenhaussektor auswirkt, dass die Gefahr besteht, dass das finanzielle Gleichgewicht seines Sozialversicherungssystems untergraben wird. Der betreffende Mitgliedstaat hat die Öffentlichkeit über das System der Vorabgenehmigung zu informieren. Ferner hat der Versicherungsmitgliedstaat dafür Sorge zu tragen, dass Verwaltungsverfahren für eine solche Vorabgenehmigung nach objektiven und diskriminierungsfreien Kriterien eingeführt werden. Die Anträge müssen nach vorab festgelegten und veröffentlichten Fristen bearbeitet werden. Bei der Festlegung der Fristen sind die besonderen medizinischen Gegebenheiten, das Leiden der Patienten, die Art der Beeinträchtigung des Patienten und die Fähigkeit des Patienten, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, zu berücksichtigen.

Der Versicherungsmitgliedstaat erstattet die dem Versicherten entstandenen Kosten in der Höhe, wie sie von seinem gesetzlichen Sozialversicherungssystem gezahlt worden wären, wäre die gleiche oder eine vergleichbare Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden, wobei die tatsächlichen Kosten der erhaltenen Gesundheitsdienstleistungen nicht überschritten werden dürfen.

Ferner haben die Mitgliedstaaten laut Richtlinienvorschlag nationale Kontaktstellen bereit zu stellen. Diese haben Patienten über ihre Rechten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu informieren, insbesondere bei Schäden, die bei einer Behandlung entstehen.

Schließlich möchte die Kommission mit dem Entwurf die Zusammenarbeit bei Gesundheitsdienstleistungen fördern.

Unterstützt werden sollen die gegenseitige Anerkennung von Verschreibungen, die Kooperation beim Aufbau europäischer Referenznetze, eine verbesserte Zusammenarbeit in den Bereichen Gesundheitstelematik und neue Gesundheitstechnologien sowie der Aufbau einer gemeinsamen Datensammlung.

Schließlich wird die Europäische Kommission bei der Durchführung der Richtlinie von einem Ausschuss unter Vorsitz der Kommission unterstützt, der sich aus Vertretern der Mitgliedstaaten zusammensetzt.

Der Richtlinienentwurf ist aktuell Gegenstand der Diskussion sowohl im Rat als auch im Europäischen Parlament.

Eine erste Aussprache im Ministerrat hat auf dem informellen Treffen der Gesundheitsminister am 8. und 9. September 2008 in Angers/Frankreich stattgefunden. Grund-

sätzlich wurde das mit dem Richtlinienvorschlag verbundene Ziel begrüßt, klare Regeln für die Rückerstattung der Kosten bei grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen festzulegen. Kritisch gesehen wird dagegen das mit der Richtlinie erkennbare Harmonisierungsbestreben der Europäischen Kommission, insbesondere die Möglichkeit, Leitlinien zur Qualitätssicherheit zu entwickeln.

Im Europäischen Parlament ist der Berichtsentwurf von John Bowis (EVP-ED-Abgeordneter aus Großbritannien) im federführenden Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) Grundlage der Diskussion im Hinblick auf den Richtlinienentwurf. Seiner Ansicht nach sollten die Patienten und die mit der Richtlinie verbundenen Chancen für die Patienten deutlicher in den Mittelpunkt gestellt werden. So schlägt er unter anderem Mechanismen vor, damit Patienten, die sich für eine stationäre Behandlung im EU-Ausland entscheiden, die Behandlungskosten nicht vorstrecken müssen.

Ob es gelingen wird, den ambitionierten Plan vor den im Juni 2009 stattfindenden Wahlen des Europäischen Parlaments die erste Lesung durchzuführen, bleibt abzuwarten.

Die Bundesärztekammer hat sich ausführlich mit dem Richtlinienentwurf auseinandergesetzt und eine eigene Stellungnahme erarbeitet. Darin begrüßt sie den vorgeschlagenen Gemeinschaftsrahmen im Hinblick darauf, dass mit der Richtlinie ein klarstellender Rechtsrahmen geschaffen werde. Die Kodifizierung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs der vergangenen Jahre (Kohl/Decker usw.) stelle einen transparenten Rahmen her, der Sicherheit für Patienten bei der Inanspruchnahme und Sicherheit für Ärzte bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen biete. Allerdings werden auch Regelungen geschaffen, die erheblich in die ausschließlich den Mitgliedstaaten vorbehaltenen Kompetenzen hineinreichen, und zwar so weit, dass sich die Frage stelle, ob einige der Regelungen des Richtlinienentwurfs nicht gegen den Regelungsvorbehalt von Artikel 152 Absatz 5 EGV verstoßen. Danach ist ausschließlich den Mitgliedstaaten die Organisation ihrer Gesundheitswesen zugewiesen. Ein Beispiel: Artikel 5 des Entwurfs stellt klar, dass die Mitgliedstaaten unter anderem für die Bereitstellung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards Sorge zu tragen haben. Um die Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern, erhält die Kommission allerdings in Artikel 5 Abs. 3 die Möglichkeit, Leitlinien zu erarbeiten, um die Mitgliedstaaten bei der Bereitstellung der Standards zu unterstützen. Damit erlange die Kommission erhebliche Einwirkungsmöglichkeiten auf nationale Gesundheitssysteme, die ihr nicht zustehe, so die Bundesärztekammer. Daher schlägt sie vor, den Artikel 5 Abs. 3 ersatzlos zu streichen.

Änderung der EU-Arbeitszeitrichtlinie

Unter der slowenischen Ratspräsidentschaft hat sich der EU-Ministerrat Beschäftigung und Soziales nach jahrelangen Diskussionen am 10. Juni 2008 auf Änderungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie verständigt. Eine Änderung der Richtlinie 2003/88/EG war unter anderem deshalb notwendig geworden, weil der Europäische Gerichtshof in den Urteilen SIMAP und Jaeger entschieden hatte, dass der Bereitschaftsdienst, den Ärzte in Form persönlicher Anwesenheit in der Gesundheitseinrichtung leisten, als Arbeitszeit anzusehen ist.

Der Rat hat sich in seinem Gemeinsamen Standpunkt darauf verständigt, die von der Kommission vorgeschlagene Aufteilung des Bereitschaftsdienstes in aktive und inaktive Zeiten mitzutragen. Danach sind aktive Zeiten als Arbeitszeit zu definieren, inaktive Zeiten hingegen werden nicht als Arbeitszeit gewertet, sofern nicht in einzelstaatlichen Rechtsvorschriften oder im Einklang mit den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und/oder Gepflogenheiten in Tarifverträgen oder Vereinbarungen zwischen den Sozialpartnern anders lautende Bestimmungen vorgesehen sind. Geeinigt hat sich der Rat entgegen dem Kommissionsvorschlag ferner darauf, die sogenannte Opt-Out-Regelung, das heißt, die Möglichkeit, die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden kraft einzelvertraglicher Vereinbarungen zu überschreiten, beizubehalten. Gleichzeitig sollen Schutzmechanismen gegen einen Missbrauch zu Lasten der Arbeitnehmer eingeführt werden (vorherige Zustimmung des Arbeitnehmers beschränkt auf ein Jahr, keine Benachteiligung des Arbeitnehmers, wenn dieser nicht bereit ist, zuzustimmen, Vereinbarung erst möglich nach Ablauf der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses sowie die Möglichkeit, die Zustimmung zur Inanspruchnahme der Opt-Out-Regelung zu widerrufen). Der Gemeinsame Standpunkt sieht Obergrenzen für die zugelassene wöchentliche Arbeitszeit im Rahmen der Opt-Out-Regelung vor: 60 Stunden im Durchschnitt eines Dreimonatszeitraums, sofern in einem Tarifvertrag oder einer Vereinbarung zwischen den Sozialpartnern nicht etwas anderes vorgesehen ist, mit der Möglichkeit, auf 65 Stunden zu erhöhen, sofern kein Tarifvertrag existiert und die inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit angesehen wird.

Die Bundesärztekammer hat sich dieser Einigung gegenüber sehr kritisch geäußert, da sie gravierende Verschlechterungen des Arbeitsschutzes für Krankenhausmitarbeiter zur Folge hat. Der hohe Standard des Schutzes in Europa würde gesenkt, um den Klinikarbeitgebern wieder längere Dienstzeiten und mehr Bereitschaftsdienste zuzugestehen.

Nun ist es am Europäischen Parlament, in zweiter Lesung dem Gemeinsamen Standpunkt zuzustimmen. Der zuständige Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten hat aber in Form des von Alejandro Cercas (PSE, Spanien) erstellten Berichtes bereits deutlich gemacht, dass er dem Gemeinsamen Standpunkt in der vorliegenden Fassung nicht zustimmen wird. Vielmehr fordert der Ausschuss, den gesamten Bereitschaftsdienst einschließlich der inaktiven Zeit als Arbeitszeit anzusehen. Allerdings soll die Möglichkeit gegeben werden, die inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes durch Tarifverträge, sonstige Vereinbarungen zwischen den Sozialpartnern oder Rechts- und Verwaltungsvorschriften bei der Berechnung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit besonders gewichten zu können, und zwar in Übereinstimmung mit den allgemeinen Grundsätzen des Schutzes der Sicherheit und der Gesundheit von Arbeitnehmern. Ferner fordert der Ausschuss – im Gegensatz zum Rat – die Abschaffung der Opt-Out-Regelung innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie.

Im Rahmen des Trilogs wird nun versucht, zwischen Kommission, Rat und Parlament zu einer Einigung zu gelangen. Die zweite Lesung im Parlament ist Ende 2008 vorgesehen.

Die Bundesärztekammer hatte im Vorfeld der Verhandlungen die deutschen Abgeordneten des Europäischen Parlaments in mehreren Schreiben und Einzelgesprächen auf-

gefordert, dem Gemeinsamen Standpunkt in der Form nicht zuzustimmen. Insofern konnte ein großer Erfolg erzielt werden.

E-Health

Als weiterer Teil des Sozialpaketes hat die Europäische Kommission eine Empfehlung zur grenzübergreifenden Interoperabilität elektronischer Patientendatenysteme und das Projekt „Smart Open Services (SOS)“ vorgesehen.

Die Empfehlung enthält Grundsätze und Leitlinien für die Mitgliedstaaten, mit denen sichergestellt werden kann, dass Ärzte Zugang zu wichtigen Informationen über ihre Patienten haben, wo auch immer in Europa sich diese Informationen befinden. Zentrales Anliegen sei es, den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre Informationen, die in elektronischen Patientendatenystemen gespeichert sind, jederzeit und an jedem Ort abrufen zu können. Um dies zu erreichen, werden Empfehlungen an die Mitgliedstaaten ausgesprochen, Patientendatenysteme zu schaffen, die mit denen in anderen Mitgliedstaaten kompatibel sind.

Auch das Projekt „SOS“ zielt darauf ab, elektronische Gesundheitsdienste grenzüberschreitend so zu vernetzen, dass Informationen über Diagnosen oder über die Medikation, aber auch elektronische Rezepte europaweit zugänglich werden. Dabei soll die Kompatibilität elektronischer medizinischer Informationen ungeachtet der Sprache oder der technischen Komplexität der Systeme sichergestellt werden, ohne dass dafür in ganz Europa ein gemeinsames System eingeführt werden müsse, so der Wille der Europäischen Kommission. Damit erhielten Ärzte auf elektronischem Wege in ihrer Sprache Zugang zu den Daten eines ausländischen Patienten, auch wenn dabei unterschiedliche Technologien und Systeme im Einsatz seien. Dies ermögliche Apotheken, Rezepte aus anderen Mitgliedstaaten elektronisch zu bearbeiten. Insgesamt sind 12 Länder, darunter Deutschland, beteiligt.

Ferner hat die Europäische Kommission Anfang November 2008 ein Maßnahmenpaket vorgestellt, das die Verbreitung der Telemedizin in Europa vorantreiben soll. Da die Telemedizin medizinische Dienste über eine größere Distanz ermöglichen werde damit die Patientenversorgung verbessert und die Effizienz des Gesundheitswesens erhöht, so die Kommission. Dienstleistungen wie die Teleradiologie und die Telekonsultation könnten dazu beitragen, Wartelisten zu verkürzen, den Ressourceneinsatz zu optimieren und die Produktivität zu erhöhen. Deshalb müssten mehr Vertrauen und Akzeptanz sowie Rechtssicherheit bezüglich der Telemedizin geschaffen und technische Fragen geklärt werden. So schlägt die Kommission eine Reihe von Maßnahmen vor, um diese Ziele erreichen zu können: dazu gehören unter anderem die Entwicklung von Leitlinien, um die Auswirkungen der Telemedizindienste, deren Wirksamkeit und Kosteneffizienz nach einheitlichen Kriterien bewerten zu können, und auch die Einrichtung einer europäischen Plattform für die Mitgliedstaaten, über die sie Informationen über geltende nationale Rechtsvorschriften für die Telemedizin sowie Vorschläge für neue nationale Vorschriften austauschen können. Weiter ist die Erarbeitung eines politischen Strategiepapiers geplant, in dem dargelegt werden soll, wie Interoperabilität, Qualität und Sicherheit der sich auf bestehende und neue Normen stützenden Telemonitoringssysteme auf europäischer Ebene gewährleistet werden können.

Psychische Gesundheit

Die Europäische Kommission hat am 13. Juni 2008 die Konferenz: „Together for Mental Health and Well-being“ in Brüssel durchgeführt, auf der ein Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlergehen beschlossen wurde. Dieser Pakt enthält einen Aufruf zum partnerschaftlichen Handeln der Mitgliedstaaten in den Bereichen Prävention von Selbsttötung und Depression, psychische Gesundheit bei Jugend und Bildung, psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, psychische Gesundheit bei älteren Menschen sowie die Bekämpfung von Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung. Die Mitgliedstaaten haben vereinbart, gemeinsam Empfehlungen für Maßnahmen in den genannten Bereichen zu entwickeln. Die Konferenz, an der Minister, Patienten, Angehörige der Gesundheitsberufe und Wissenschaftler teilgenommen haben, und der Pakt folgen auf die Konsultation zum Grünbuch Psychische Gesundheit, die die Europäische Kommission im Herbst 2005 durchgeführt hatte.

Seltene Krankheiten

Die Europäische Kommission hat am 11. November 2008 eine Gemeinschaftsstrategie zur Bekämpfung seltener Krankheiten in Form einer Mitteilung wie auch eines Vorschlages für Ratsempfehlungen angenommen. Die Gemeinschaftsstrategie zielt darauf ab, die Mitgliedstaaten bei der Erkennung, Prävention, Diagnose, Behandlung, Versorgung und Erforschung von seltenen Krankheiten in Europa zu unterstützen.

Sie legt Maßnahmen in drei Hauptbereichen fest, die darauf abzielen, seltene Krankheiten besser zu erkennen und ins Bewusstsein zu rücken, nationale Pläne zur Bekämpfung seltener Krankheiten in den Mitgliedstaaten zu unterstützen (Vorschlag für Ratsempfehlungen) sowie die Zusammenarbeit und Koordinierung bei der Bekämpfung seltener Krankheiten auf europäischer Ebene zu stärken. Im Vorfeld hatte die Europäische Kommission eine öffentliche Konsultation durchgeführt, an der sich auch die Bundesärztekammer in Form einer Stellungnahme beteiligt hatte.

Europe for Patients

Die im April 2008 neu ernannte Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou aus Zypern hat Ende September 2008 die Kampagne „Europe for Patients“ ins Leben gerufen. In dieser werden verschiedene gesundheitspolitische Initiativen vorgestellt, die die Europäische Kommission zukünftig verabschieden möchte. Vorgesehen sind ein Grünbuch über Gesundheitsberufe in Europa, eine Mitteilung und Empfehlungen des Rates zur Patientensicherheit, ein Aktionsplan und eine Richtlinie zur Sicherheit und Qualität im Bereich Organtransplantation und Organspende, ein Bericht über Empfehlungen zur Krebsfrüherkennung aus dem Jahr 2003, eine europäische Plattform für den Kampf gegen Krebs, ein Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Gripeschutzimpfung, ein zweiter Bericht der Kommission über die Umsetzung der Empfehlungen des Rates zur umsichtigen Verwendung antimikrobieller Mittel in der Humanmedizin, eine weitere Konferenz zum Thema psychische Gesundheit sowie ein Vorschlag für Empfehlungen des Rates zu grenzübergreifenden Aspekten des Impfschutzes von Kindern.

Öffentliche Konsultationen

Im Vorfeld des Erlasses von europäischen Rechtsakten führt die Europäische Kommission im zunehmenden Maße öffentliche Konsultationen durch, um Interessensvertreter die Gelegenheit zur Stellungnahme zu ermöglichen.

Bis April 2008 hatten Akteure und Interessensgruppe die Möglichkeit, sich zu Patienteninformationen bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu äußern.

Die Europäische Kommission plant die Vorlage einer Richtlinie, mit der es allen EU-Bürgern ermöglicht werden soll, Informationen zu Qualität, Wirkung und Zuverlässigkeit von medizinischen Produkten zu erhalten. Ziel ist es, die stark variierenden Vorschriften und Vorgehensweisen der Mitgliedstaaten der EU im Hinblick auf die Vermittlung von Patienteninformationen zu vereinheitlichen, um den ungleichen Zugang für die Bürger der EU zu begrenzen.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat sich an der Konsultation beteiligt. Darin unterstützt sie grundsätzlich die Bestrebungen der Europäischen Kommission, die Informationsmöglichkeiten und Inhalte über die Therapie mit Arzneimitteln zu verbessern, hält aber an dem Verbot von Publikumswerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel durch das Heilmittelwerbegesetz fest.

Ferner hat die Europäische Kommission eine Konsultation zur Bekämpfung von gefälschten Humanarzneimitteln durchgeführt. Dabei wurden Interessensgruppen aufgefordert, Ideen und Vorschläge für die Verbesserung eines geregelten Rahmens für medizinische Produkte einzureichen, um die Fälschung von Arzneimitteln bekämpfen zu können.

Weiter hat die Kommission eine Onlinebefragung zur Patientensicherheit durchgeführt. Ziel ist es, die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen zu unterstützen, „Zwischenfälle“ in der medizinischen Versorgung zu vermeiden. Ferner soll das Vertrauen der EU-Bürger in das Gesundheitssystem verbessert werden.

Schließlich hat die Europäische Kommission eine öffentliche Konsultation im Bereich Medizinprodukte durchgeführt, um zu überprüfen, inwieweit sie den europäischen Rechtsrahmen für Medizinprodukte und medizinische Geräte verbessern kann. Ziel ist es, die Rechtsvorschriften über Medizinprodukte zu modernisieren und zu vereinfachen.

1.3.4 Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“

Die Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ tagte unter Vorsitz von Herrn Dr. med. Klaus-Dieter Wurche im August 2008. Einen Schwerpunkt der Beratungen bildete der von der Rechtsabteilung erstellte Diskussionsentwurf einer Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Richtlinienentwurf über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die auf dem Diskussionsentwurf basierende und von der Rechtsabteilung erstellte Stellungnahme in seiner Sitzung vom 29. August 2008 beschlossen. Einen

anderen Schwerpunkt bildeten die Implikationen der Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG für das Gesundheitswesen. Zwar sind die Gesundheitsdienstleistungen gemäß Art. 2 der Richtlinie und Erwägungsgrund 22 der Richtlinie vom Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie ausgenommen. Dennoch ist das von der Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG geforderte Normenscreening ggf. für die Heilberufskammern von Bedeutung (siehe dazu Kapitel 4.3.4). In den Beratungen der Ständigen Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ wurde deutlich, dass für das Jahr 2009 eine Reihe von Kommissionsvorschlägen im Gesundheitsbereich geplant und veröffentlicht werden, zu denen die Bundesärztekammer ebenfalls Stellung nehmen wird (beispielsweise Mitteilung der Kommission zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen, Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa, siehe auch Kapitel 1.3.3).

1.3.5 Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

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

Seit Januar 2008 hat Dr. Michael Wilks aus dem Vereinigten Königreich sein auf zwei Jahre begrenztes Amt als Präsident des CPME angetreten. Das Büro des CPME in Brüssel leitet als Generalsekretärin die Juristin Lisette Tiddens-Engwirda aus den Niederlanden. Die Bundesärztekammer stellt mit ihrem Vizepräsidenten, Dr. Frank Ulrich Montgomery, eines der Vorstandsmitglieder des CPME. Der CPME-Präsident, die Vizepräsidenten, die Generalsekretärin und die CPME-Mitarbeiter haben auch im Jahr 2008 die europäische Ärzteschaft bei vielen Veranstaltungen und Gremien vertreten.

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

Dr. Klaus-Dieter Wurche, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer, ist Leiter der deutschen Delegation.

Der CPME hat vier Unterausschüsse. Den Ausschuss für Ausbildung, Kontinuierliche berufliche Entwicklung und Qualitätsverbesserung wird von Dr. Helena Stehlikova aus der Tschechischen Republik geleitet, der Ausschuss Ethik und Berufsregeln von Dr. Torunn Janbu aus Norwegen, der Ausschuss für Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung, der sozialen Sicherheit, der Gesundheitsökonomie und der pharmazeuti-

schen Industrie von dem Luxemburger Dr. Daniel Mart. Dem Ausschuss Medizin, Prävention und Umwelt sitzt Dr. Jacques Van der Vliet aus den Niederlanden vor.

Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer und Delegierte der Bundesärztekammer im CPME sind in den vier CPME-Ausschüssen und in verschiedenen CPME-Arbeitsgruppen aktiv. Sie bringen dort regelmäßig die Positionen der Bundesärztekammer ein. Im Bereich der Telematik wirkt ein Vertreter der Bundesärztekammer in der Arbeitsgruppe „E-Health“ mit. Außerdem betreuten und beantworteten Mitarbeiter des Auslandsdienstes in Zusammenarbeit mit den Dezernaten der Bundesärztekammer Erhebungen zum Stand ärztlicher Belange und gesundheitspolitischer Fragen, die von nationalen Mitgliedern eingebracht werden. Beispiele sind hier eine Befragung zum Thema E-Learning oder den Pandemievorbereitungen in den einzelnen Mitgliedstaaten.

Die Europäische Ärzteschaft ist zunehmend gefordert, die Vorschläge und Entwürfe der Europäischen Kommission für Richtlinien in den frühestmöglichen Stadien zu beobachten und sorgfältig zu prüfen, damit rechtzeitig die Interessen der europäischen Ärztinnen und Ärzte eingebracht werden können. Die Bundesärztekammer ist als aktives Mitglied im CPME stets bei den Beratungen sowie der Vorbereitung von Stellungnahmen engagiert. Das Jahr 2008 stand in der EU gesundheitspolitisch unter den Vorzeichen der Veröffentlichung der EU-Richtlinie für Patientenrechte im grenzüberschreitenden Gesundheitsverkehr. Daher wurde die offizielle Stellungnahme der Bundesärztekammer hierzu an alle CPME-Mitglieder versandt und vorgestellt. Ein weiterer Schwerpunkt war die Europäische Arbeitszeitrichtlinie, die von der slowenischen Ratspräsidentschaft eingebracht und im Europäischen Parlament zur Abstimmung vorgelegt wurde. Unter der Federführung von Dr. Montgomery erarbeitete der CPME eine Empfehlung, die als Argumentationshilfe für das Lobbyieren bei Mitgliedern des Europäischen Parlaments dienen sollte. Ein von der Bundesärztekammer erarbeitetes Papier zu Organspenden und Transplantation konnte mit geringen Änderungen ebenfalls verabschiedet werden.

Als Beobachter beim CPME ist 2008 die Serbische Ärztekammer aufgenommen worden. Darüber hinaus wurde eine Reformdiskussion für das CPME angestoßen. Die verändernden Bedingungen in der EU und dem Ständigen Ausschuss sollen in der Struktur des CPME erkennbar sein. Eine Arbeitsgruppe zu diesem Sachverhalt wurde unter der Leitung von Dr. Konstanty Radziwill aus Polen gegründet. Die Bundesärztekammer hat sich ebenfalls zur Mitarbeit verpflichtet.

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

1.3.6 Zusammenarbeit in der Europäischen Union

Neben der aktiven Mitarbeit im Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME) (siehe Kapitel 1.2.5 CPME) engagiert sich der Auslandsdienst der Bundesärztekammer auf der Ebene der Europäischen Union in verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen, um die Interessen der deutschen Ärzteschaft zu wahren und Ideen möglichst effizient umzusetzen.

So war die Bundesärztekammer mit einem Vertreter an der „Conférence Européenne des Ordres et des Organismes d'Attributions Similaires“ (CEOM), die am 28. November 2008 auf Einladung der französischen Ärztekammer „Conseil National de l'Ordre des Médecins“ in Paris stattfand, vertreten. Diese europäische Konferenz der Ärztekammern und ärztlichen Organisationen der EU-Länder, die kammerähnliche Aufgaben wahrnehmen, zielt auf die Koordinierung der Verfahren in den EU-Mitgliedstaaten ab, die im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Richtlinie über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen bzw. der Diplome der Ärzte Anwendung finden.

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

Die 54. Konsultativtagung fand vom 3. bis 5. Juli 2008 auf Einladung der Ärztekammer Südtirols in Meran statt. Unter dem Vorsitz des Präsidenten Dr. Andreas von Lutterotti nahmen an den Sitzungen neben Vertretern aus Südtirol, Delegierte aus Österreich, der Schweiz, Luxemburg und Deutschland teil. Der Präsident der nationalen italienischen Ärztekammer, Dr. Amedeo Bianco war als Gast aus Rom angereist. Die Schwerpunktthemen waren: Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügungen, Qualitätssicherung als Instrumentarium der Sozialversicherungen und Gesundheitspolitik, die Swiss DRGs sowie die Rolle der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe in der Grundversorgung angesichts des Ärztemangels. Während der einzelnen Länderberichte konnte über die spezifische Situation und einzelne Problempunkte der vertretenen Organisationen beraten werden. Die ständigen Arbeitsgruppen „Gesundheit und Umwelt“ sowie „Weiterbildung und Fortbildung“ trafen sich bereits einen Tag vor dem offiziellen Beginn des Treffens. Die Konsultativtagung bietet den Vertretern der Bundesärztekammer auch eine hervorragende Gelegenheit zum Austausch mit den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen in Vorbereitung auf die Sitzungen des CPME und anderer Gremien. Gastgeber der 55. Konsultativtagung 2009 wird die Schweiz sein. Die Tagung wird vom 3. bis 4. Juli in Zürich stattfinden.

Vom 12. bis 14. November 2008 fand auf Einladung der Bundesärztekammer ein bilaterales Treffen mit der französischen Kammer, dem „Conseil National de l'Ordre des Médecins“, statt. Der Auslandsdienst bereitete das Treffen in Berlin vor, bei dem verschiedene Themen zur Aus-, Fort-, und Weiterbildung und aktuelle gesundheitspolitische Angelegenheiten beraten wurden. Beide Kammern bestätigten, dass sie bereit sind in einer Arbeitsgruppe mitzuarbeiten, die sich mit der Reform des „Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte“ befassen wird. (siehe auch Kapitel 1.3.5 CPME und Kapitel 1.4.1 Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“).

Seit Jahren besteht weiterhin eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Ärztevertretern aus Österreich, der Schweiz, Großbritannien und den skandinavischen Ländern. Insbesondere mit der Finnish Medical Association besteht ein besonders aktiver Erfahrungsaustausch mit verschiedenen fortlaufenden Projekten (siehe auch Kapitel 1.4.5 Internationale Zusammenarbeit).

Deutsch-polnische Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe hat im Jahr 2008 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 Migration von Ärzten aus den osteuropäischen Ländern.

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. Bereits im Jahr 2007 konnte auf einem Vorstandstreffen der befreundeten Ärztekammern ein „Letter of Intent“ zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen unterzeichnet werden.

Der Schwerpunkt der Arbeit galt im Jahr 2008 insbesondere der Vorbereitung des 4. Deutsch-Polnischen Symposiums „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“, welches vom 12. bis 14. September 2008 in Dresden stattfand. Zusammen mit den Vertretern der befreundeten Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer gelang es, ein umfangreiches wissenschaftliches und kulturelles Programm zu entwickeln. Im Mittelpunkt dieses Symposiums standen vor allem europäische gesundheitspolitische Themen sowie grenzüberschreitende Fragen zum Rettungsdienst sowie zur Delegation ärztlicher Leistungen. Zu den Referenten gehörten unter anderen Prof. Egon Bahr, Dr. Otmar Kloiber und Prof. Dr. Scriba. Umrahmt wurde das Symposium von einem internationalen Festabend.

1.4 Internationale Angelegenheiten

1.4.1 Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“

Im Berichtszeitraum trat der Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“ der Bundesärztekammer zur zweiten ordentlichen Sitzung in der Wahlperiode 2007/2011 am 20.11.08 in Berlin zusammen.

Der Ausschuss befasste sich mit Projekten und Angelegenheiten, die der Auslandsdienst der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit verschiedenen internationalen Organisationen bearbeitet: Weltärztebund (siehe Kapitel 1.4.3 Weltärztebund), Ständi-

ger Ausschuss der Europäischen Ärzte (siehe Kapitel 1.3.5 CPME), Europäisches Forum der Ärzteorganisationen und WHO (siehe Kapitel 1.4.4 EFMA/WHO) und das Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärzteorganisationen (siehe Kapitel 1.4.2 ZEVA).

Außerdem wurden verschiedene Projekte mit internationalen und europäischen Partnern besprochen (siehe Kapitel 1.3.6 Zusammenarbeit in der Europäischen Union und Kapitel 1.4.5 Internationale Zusammenarbeit). So wurde zum Beispiel das erfolgreiche bilaterale Treffen mit der französischen Delegation aufgearbeitet. Eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der französischen Ärztekammer und weitere regelmäßige gemeinsame Treffen wurden von den Mitgliedern des Ausschusses befürwortet. Zusätzlich sind ähnliche Projekte mit den italienischen und spanischen Ärztevertretungen im Frühsommer 2009 in Planung. Der Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“ unterstützt weiterhin die Bemühungen des Auslandsdienstes beim Aufbau der Ärzteorganisation in der Ukraine und die geplanten Aktivitäten in Serbien sowie in Bosnien und Herzegowina (siehe Kapitel 1.4.5 Internationale Zusammenarbeit). Der Ausschuss legte außerdem die Themenvorschläge für die nächste Konsultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen, die am 3. und 4. Juli 2009 in Zürich stattfinden wird, fest (siehe Kapitel 1.4.5 Internationale Zusammenarbeit).

1.4.2 Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärzteorganisationen

Das Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärzteorganisationen (ZEVA) bietet der Bundesärztekammer die Möglichkeit zur Kontaktpflege mit den Ärztekammern in den Nachbarländern Mittel- und Osteuropas sowie zum Erfahrungsaustausch. Das 15. Symposium fand am 12. und 13. September 2008 auf Einladung der rumänischen Ärztekammer in Caransebes statt. Die deutsche Ärzteschaft war neben der rumänischen ebenso vertreten wie die polnische, albanische, kroatische und serbische Ärzteorganisationen.

Das 15. ZEVA-Symposium widmete sich dem Thema Migration von Ärztinnen und Ärzten. Eröffnet wurde die Diskussion durch einen Vortrag von Dr. Dr. h. c. Otmar Kloiber, dem Generalsekretär des Weltärztebundes, der die deutsche Situation beispielhaft darstellte. Ausgehend von der Feststellung, dass Ärztemangel in fast allen Staaten besteht, lässt sich in Europa ein Ost-West-Strom bei der Migration feststellen. Eine nachhaltige Bekämpfung des Mangels, so Dr. Kloiber, lasse sich nur durch verbesserte Arbeitsbedingungen, die Sicherstellung der Autonomie der Arbeit und angemessene Vergütung erzielen. Migration ist ein Problem, welches die mittel-, ost- und südosteuropäischen Ärztekammern besonders stark belastet. Mit der Mitgliedschaft in der EU und der damit verbundenen erleichterten Anerkennung der Studienabschlüsse sowie die schlechteren Arbeitsbedingungen vor Ort, hat die Auswanderung vieler Ärzte Richtung Westen zugenommen. Es sind vor allem Fachärzte, die migrieren und besonders in ländlichen Gebieten Versorgungslücken hinterlassen.

In vielen Ländern wird zudem von einer Abnahme der Zahl der Medizinstudenten berichtet. Nach Ansicht der ZEVA-Teilnehmer hat dies seine Ursachen in der abnehmenden Attraktivität des Arztberufes in diesen Ländern. Lediglich in Österreich herrscht eine hohe Arztdichte.

Für die Bundesärztekammer ergänzte das Vorstandsmitglied und Präsident der Landesärztekammer Bremen, Dr. Klaus-Dieter Wurche, die Ausführungen von Dr. Kloiber bezüglich der Ärztemigration in Deutschland. In der Darstellung der Situation der Ärzteschaft beschrieb er vor allem die Situation der Krankenhäuser, die kürzlich abgeschlossenen Honorarverhandlungen, den Gesundheitsfonds und die Diskussion um die elektronische Gesundheitskarte. Hier bat die rumänische Ärztekammer um weitere Informationen, da Telematik auch in Rumänien zum Thema wird.

Um die neugegründete serbische Ärzteschaft zu unterstützen, wird das ZEVA-Treffen im Jahr 2009 im Belgrad stattfinden. Die BÄK hat eine organisatorische Unterstützung zugesagt, die bereits zu ersten Gesprächen geführt hat. Der besondere Einsatz des Auslandsdienstes in den Ländern Osteuropas für die Unterstützung und Förderung von stabilen und gut funktionierenden ärztlichen Selbstverwaltungen wird von den europäischen Kollegen seit Jahren sehr geschätzt. Die kontinuierlichen Bemühungen der Bundesärztekammer unterstützten das Bestreben der deutschen und europäischen Ärzteschaft, die Autonomie und Freiheit des ärztlichen Berufes sicherzustellen. Starke Partner in anderen europäischen Ländern stärken auch die Bundesärztekammer auf europäischer Ebene.

1.4.3 Weltärztebund (World Medical Association)

Die deutsche Ärzteschaft ist durch die Bundesärztekammer im Weltärztebund (World Medical Association – WMA) vertreten. Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe und Prof. Dr. Dr. h. c. Karsten Vilmar waren im Jahre 2008 Mitglieder im Vorstand des WMA, Professor Hoppe war zudem Schatzmeister.

Der WMA vertritt die Interessen der internationalen Ärzteschaft, verfasst regelmäßig Stellungnahmen zu sozialen und gesellschaftlichen Fragen im Bereich Medizin und Gesundheit und ist insbesondere aktiv beteiligt an der Erarbeitung eines globalen Konsenses über ärztliche Ethik. So hat etwa zum Beispiel die „Deklaration von Helsinki“ aus dem Jahre 1964 in ihrer überarbeiteten Version den internationalen Maßstab für die Durchführung von klinischen Studien am Menschen gesetzt und somit auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mitgeprägt. Um die zeitgemäße Gültigkeit zu gewährleisten, wurde die Deklaration von Helsinki 2008 nochmals gründlich überarbeitet. Ein Vertreter der Bundesärztekammer wurde während der 179. Vorstandssitzung des Weltärztebundes, die vom 15. bis 17. Mai 2008 in Divonne-les-Bains in Frankreich stattfand, in die WMA-Arbeitsgruppe zur Revision der Deklaration ernannt. In der Arbeitsgruppe waren außerdem ärztliche Vertreter aus Brasilien, Japan, Schweden und Südafrika vertreten. Die Arbeitsgruppe stellte die weltweit eingehenden Vorschläge für Ergänzungen und Änderungen zusammen und präsentierte und diskutierte diese an insgesamt drei internationalen Arbeitstagen. Alle Interessengruppen hatten außerdem die Möglichkeit ihre Vorschläge und Kommentare online über das Internetportal des WMA einzugeben und somit aktiv am Diskussionsprozess teilzunehmen. Während der 59. WMA-Generalversammlung, die vom 15. bis 18. Oktober 2008 in Seoul in Südkorea stattfand, konnte schließlich die gründlich überarbeitete und aktualisierte Fassung der Deklaration von Helsinki verabschiedet werden. Gleichzeitig wurde beschlossen zwei

separate Arbeitsgruppen einzusetzen, die sich mit den weiterhin kontrovers diskutierten Punkten der Deklaration beschäftigen werden. Die Bundesärztekammer ist hierbei ebenfalls vertreten.

Dr. Jon Snaedal aus Island präsierte die WMA-Generalversammlung in Seoul. Ihm ist Dr. Yoram Blashar aus Israel für die Amtsperiode 2008/2009 gefolgt. Zum Präsidenten für die nächste Amtsperiode 2009/2010 wurde Herr Dr. Dana Hanson aus Kanada gewählt. Er wird sein Amt mit der nächsten Generalversammlung in Mumbai, Indien, im Oktober 2009 einnehmen. Neben der revidierten Deklaration von Helsinki wurden während der 59. Generalversammlung insgesamt zehn weitere Dokumente verabschiedet, darunter die „WMA-Deklaration über berufliche Eigenständigkeit und klinische Unabhängigkeit“, die offiziell als „Deklaration von Seoul“ bezeichnet wird.

Eine Sammlung aller Erklärungen und Deklarationen sowie das „Handbuch der medizinischen Ethik“ stehen im Original auf Englisch sowie in deutscher Sprache auch elektronisch über den Internetauftritt der Bundesärztekammer zur Verfügung. Das deutsche Handbuch der WMA-Deklarationen, Erklärungen und Entschlüsseungen (<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/HandbuchWMA.pdf>) wurde 2008 vom Auslandsdienst in einer aktualisierten Fassung in gebundener Form veröffentlicht. Es enthält alle Dokumente, die bis einschließlich zur WMA-Generalversammlung in Kopenhagen 2007 verabschiedet wurden. Die nächste Überarbeitung und Aktualisierung ist im Frühjahr 2010 geplant. In Zusammenarbeit mit der Finnish Medical Association unterstützt der Auslandsdienst sowohl finanziell als auch organisatorisch die Übersetzung und den Druck des WMA-Ethik-Handbuchs aus dem Englischen ins Ukrainische (siehe auch 1.4.5 Internationale Zusammenarbeit).

Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer haben in verschiedenen WMA-Arbeitsgruppen Aufgaben übernommen und unterstützen zudem mehrere vom WMA koordinierte Projekte. So wurden zum Beispiel im Rahmen der von der Bundesärztekammer und der American Medical Association gemeinsam mit dem WMA entwickelten „Anti-Tabak“-Strategie verschiedene Veranstaltungen und Projekte unterstützt. Es ist geplant, den von der Bundesärztekammer entwickelten „Blended-Learning“-Trainingskurs für Ärzte zur Unterstützung von Patienten bei der Rauchentwöhnung ins Englische zu übersetzen, um einen weltweiten Zugang zu ermöglichen. Übersetzungen in weitere Sprachen sind bereits angefragt und in Planung.

1.4.4 Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation

European Forum of Medical Associations and WHO (EFMA/WHO)

Das „European Forum of Medical Associations and WHO“ (EFMA/WHO) dient als Verbindungsglied zwischen den nationalen europäischen Ärzteorganisationen und dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) in Kopenhagen, Dänemark. Die Bundesärztekammer ist offizielles Mitglied im EFMA-WHO-Liaison-Komitee. Das Komitee entwirft unter anderem das Programm des jährlich stattfindenden Forums, das im Jahr 2008 am 10. und 11. April auf Einladung der Israel Medical Association in Tel-Aviv veranstaltet wurde. Dr. Ramin Parsa-Parsi präsen-

tierte dabei den von der Bundesärztekammer entwickelten „Blended-Learning“-Kurs, der Ärzten helfen soll, Patienten bei der Rauchentwöhnung zu unterstützen. Außerdem hielt er einen Vortrag zum Thema „Ärztlich assistierter Suizid“ und stellte dabei die Stellungnahme der Bundesärztekammer vor.

Neue Ansprechpartner für das EFMA-Liaison-Komitee ist seit September 2008 Dr. Enis Baris, Direktor der Abteilung für Gesundheitssysteme im WHO Regionalbüro Europa.

Die Zusammenarbeit mit Vertretern der WHO auf dieser Ebene bietet der Bundesärztekammer eine einzigartige Plattform, um über aktuelle Themen zu beraten, wichtige Kontakte zu schließen und Netzwerke aufzubauen. Der Erfahrungsaustausch mit europäischen Ärzteverbänden von Staaten außerhalb der Europäischen Union ist ein weiterer wertvoller Aspekt in der Zusammenarbeit mit dem EFMA. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer konnte die über das EFMA geschlossenen Kontakte und Erfahrungen häufig in seiner Arbeit bei verschiedenen anderen Projekten auf internationaler Ebene nutzen und gezielt aktuelle und relevante Informationen an andere Dezernate in der Bundesärztekammer weiterleiten. Der besondere Wert von EFMA wird auch von der WHO geschätzt. Als ein Zeichen hierfür kann die Teilnahme der stellvertretenden Direktorin des WHO-Regionalbüros Europa, Frau Dr. Nata Menabde, in der Liaison-Komitee-Sitzung gedeutet werden. Außerdem sollen in Zukunft die Vertreter der ärztlichen Organisationen öfter frühzeitig bei der Strategie- und Projektentwicklung der WHO mit einbezogen werden. Somit wird die Bundesärztekammer die Möglichkeit haben in diesem Rahmen verstärkt Akzente zu setzen.

Das EFMA-Liaison-Komitee tagt Anfang 2009 in Berlin in der Bundesärztekammer um unter anderem das Programm des nächsten Forums, das am 2. und 3. April 2009 in Bratislava (Slowakei) stattfinden wird, vorzubereiten. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer wird den Programmpunkt „Gesundheitssysteme“ gemeinsam mit Dr. Enis Baris von der WHO federführend betreuen.

Ein Vertreter des Auslandsdienstes konnte, im Auftrag von EFMA und auf Einladung des WHO-Regionalbüros Europa, an der 58. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa und an der europäischen WHO-Ministerial-Konferenz zum Thema Gesundheitssysteme in Tallinn, teilnehmen. Bei diesen Gelegenheiten konnten Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu verschiedenen aktuellen gesundheitspolitischen Themen in entsprechenden Diskussionsrunden und Gesprächen eingebracht werden.

Fachsymposium „Gewalt macht krank – Herausforderungen an das europäische Gesundheitssystem“

Aufbauend auf ein Symposium im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen am 24. Oktober 2007 zu dem Thema „Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt gegen Frauen“, eine gemeinsame Veranstaltung von Bundesärztekammer und Bundesministerium für Gesundheit, fand am 30. und 31. Oktober 2008 ein Symposium zum Thema „Gewalt macht krank – Herausforderungen an des europäische Gesundheitssystem“ in Bonn im WHO-Zentrum statt. Veranstalter waren die WHO und die Bundesärztekammer in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Häusliche Gewalt stellt ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Besonders vulnerable Gruppen sind Frauen, Kinder, ältere und pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit Behinderungen. Internationale Experten aus der Politik, Ärzteschaft, Pflege, Selbsthilfe und andere an der Versorgung Beteiligte erörterten die Herausforderungen und Strategien zur Vermeidung sowie im Umgang mit gesundheitlichen Folgen von Gewalt im europäischen Kontext unter der Moderation von Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Ein weiteres Thema war die weibliche Genitalverstümmelung.

Das Symposium hatte zum Ziel, zur Sensibilisierung der mit der Versorgung befassten Personen sowie zur Entwicklung von Lösungsansätzen zu den Themen beizutragen.

1.4.5 Internationale Zusammenarbeit

Die gute und effektive Zusammenarbeit der Bundesärztekammer mit den internationalen Ärzte- und Gesundheitsorganisationen wird durch den Auslandsdienst kontinuierlich gefördert und ausgebaut.

Im Berichtszeitraum wurden Delegationen und Besucher aus Australien, Bosnien und Herzegowina, China, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Griechenland, Japan, Russland, der Schweiz, Südkorea, Taiwan, der Ukraine und den USA in der Bundesärztekammer empfangen. Den Kolleginnen und Kollegen wurden die Aufgaben und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vorgestellt, eine Einführung in das deutsche Gesundheitssystem gegeben und die Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den verschiedenen aktuellen gesundheitspolitischen Themen erläutert. Darüber hinaus wurde auf die spezifischen Fragen und Themenwünsche der Besucher eingegangen. Im Jahr 2008 waren die deutschen Gesundheitsreformen von besonderem Interesse. Der Auslandsdienst initiierte außerdem regelmäßig informelle Zusammenkünfte und bilaterale Gespräche mit internationalen Partnern am Rande verschiedener internationaler Veranstaltungen. Während des 111. Deutschen Ärztetags in Ulm betreute das Team des Auslandsdienstes insgesamt 34 internationale Gäste mit Vertretern aus Australien, Brasilien, Bulgarien, Frankreich, Großbritannien, Italien, Kroatien, Lettland, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, der Schweiz, der Slowakischen Republik, Slowenien, der Ukraine, Ungarn, den USA und Weißrussland.

Gemeinsam mit der finnischen Ärzteorganisation unterstützt die Bundesärztekammer aktiv den Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in der Ukraine. Die Ukrainian Medical Association (UMA) ist an einer Umgestaltung ihrer Strukturen nach dem Vorbild der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland interessiert. Der Präsident, der Vorstandsvorsitzende sowie zwei weitere Delegierte der UMA nahmen im März 2008 an einem intensiven Workshop in der Bundesärztekammer in Berlin teil. Während dieses Arbeitstreffens konnte ein guter Einblick in alle Aufgabenbereiche und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vermittelt werden. Der Präsident konnte sich zudem während des Deutschen Ärztetages in Ulm einen Eindruck von der Arbeit der deutschen Ärzteschaft machen und Gespräche mit deutschen Delegierten sowie den anderen internationalen Gästen führen. Ein Vertreter des Auslandsdienstes war außerdem als Hauptgastredner auf der Jahrestagung der UMA im September 2008 in Lviv ein-

geladen. Mit aktiver Unterstützung der Bundesärztekammer wurde die UMA während der 59. Generalversammlung des Weltärztebundes (WMA) in Seoul, Südkorea (siehe auch Kapitel 1.4.3 Weltärztebund) als Vollmitglied in den WMA aufgenommen. Das EFMA-Forum im April 2008 in Tel-Aviv bestätigte zudem die UMA ebenfalls als Mitglied (siehe auch Kapitel 1.4.4 Zusammenarbeit mit der WHO). Die Übersetzung des WMA-Ethik-Handbuches aus dem englischen Original ins Ukrainische wird sowohl finanziell als auch organisatorisch von der Bundesärztekammer unterstützt. Das Projekt soll bis zum Frühjahr 2009 abgeschlossen sein. Eine offizielle Präsentation des Handbuchs für die ukrainische Ärzteschaft und Medien ist im Rahmen eines Empfanges voraussichtlich im Juni 2009 in Kiew geplant.

Der Auslandsdienst arbeitet eng mit ärztlichen Vertretern aus Bosnien und Herzegowina zusammen, um einen gemeinsamen Dachverband für die verschiedenen regionalen Ärztevereinigungen im Land zu formen. Ein Vertreter des Auslandsdienstes nahm als Gastredner am Jahrestreffen der Ärzteorganisation der Republik Srebska teil und stellte die Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vor. Ärztliche Vertreter aus Bosnien und Herzegowina nahmen im Gegenzug am 111. Deutschen Ärztetag in Ulm teil oder besuchten die Bundesärztekammer in Berlin. Weitere Arbeitstreffen und ein Symposium in Vorbereitung auf die Gründung eines Dachverbandes sind für 2009 geplant.

Anfang 2009 sind außerdem Gespräche mit der Ärztekammer Serbiens angedacht. Der Auslandsdienst wird auf Wunsch der serbischen Kolleginnen und Kollegen Unterstützung bei der Organisation des ZEVA-Treffens 2009 leisten (siehe auch Kapitel 1.4.2 Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärzteorganisationen). Die serbische Ärztekammer bat die Bundesärztekammer außerdem um Begleitung bei der Festigung und Weiterentwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung in Serbien.

Ein besonders enger Erfahrungsaustausch mit Ländern außerhalb der Europäischen Union besteht seit Jahren mit ärztlichen Vertretern aus Israel, Japan und den USA.

1.5 Beauftragter für Menschenrechte

1.5.1 Fortbildungscurriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“

Die Mitwirkung von Ärzten bei der Rückführung von abgelehnten Asylbewerbern führt immer wieder zu Konflikten zwischen Ärzten und den zuständigen Behörden. Im Kern steht häufig der Vorwurf im Raum, dass die zuständigen Behörden sich zielgerichtet der Ärzte bedienen, von deren Begutachtung sie eher eine Ermöglichung der Durchführung einer Abschiebung erwarten. Um diesem entgegenzutreten, hat die Bundesärztekammer das Fortbildungscurriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“ entwickelt und dieses den Landesärztekammern als Grundlage für Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung

gestellt. Ziel ist es, in möglichst vielen Kammerbezirken entsprechende Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen und den Ausländerbehörden und Gerichten Listen der qualifizierten Ärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung zu stellen. In etwa der Hälfte der Ärztekammern wurden zwischenzeitlich – meist mehrere – Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. In einigen Kammerbezirken wurden diese gemeinsam mit der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer veranstaltet. In einem Gespräch mit dem Präsidenten der Bundesanstalt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), Dr. Albert Schmid, in Nürnberg konnte der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, diese Initiative der Kammern darlegen und insbesondere die Vermittlung von kompetenten Gutachtern in aufenthaltsrechtlichen Fragen anbieten. Dr. Schmid sagte zu, dieses Angebot der Ärztekammern an seine Behörden weiterzureichen.

1.5.2 Keine Verbesserung der medizinischen Situation von Ausländern ohne legalen Aufenthaltsstatus

Im Gesetzgebungsverfahren zur Novellierung des Aufenthaltsrechts im Jahre 2008 wurden die von der Bundesärztekammer geforderten notwendigen Verbesserungen nicht berücksichtigt. Die Bundesärztekammer hatte zum einen gefordert, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung auch für Ausländerinnen und Ausländer, die keine Papiere besitzen, ohne Nachteile gegeben sein muss – d. h., nicht mit der Gefahr der Aufdeckung des illegalen Aufenthaltes und der dann drohenden Abschiebung verbunden sein darf. Weiterhin hatte die Bundesärztekammer gefordert, dass die bestehende Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG (und § 11 AsylbLG) für öffentliche Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter) an die Ausländerbehörde im ärztlichen Behandlungsfall aufgehoben werden sollte. Mit einer solchen Änderung wäre sichergestellt, dass Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus Ärzte und Krankenhäuser rechtzeitig aufsuchen und Anträge zur Kostenübernahme bei den zuständigen Behörden gestellt werden. Weiterhin besteht die Bundesärztekammer darauf, dass die medizinische Hilfe durch Ärzte und medizinisches Personal nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zur illegalen Einreise und zum illegalen Aufenthalt im Sinne des § 96 AufenthG fallen darf. Mit dieser Änderung würde Rechtssicherheit für Ärzte und medizinisches Personal geschaffen, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus behandeln.

Diese Forderungen der Ärzteschaft fanden leider keine ausdrückliche Berücksichtigung in der Gesetzgebung. Bundesinnenminister Schäuble jedoch hat im laufenden Gesetzgebungsverfahren in seinem Brief vom 10. August 2007 an den Präsidenten der Bundesärztekammer Folgendes erklärt:

„Darüber hinaus erfüllt die medizinische Behandlung eines sich illegal in Deutschland aufhaltenden Ausländers durch einen Arzt weder den Tatbestand der Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt nach §§ 95 AufenthG i. V. m. § 27 StGB noch den qualifizierten Tatbestand des § 96 AufenthG. Durch die Behandlung wird der rechtswidrige Aufenthalt im Bundesgebiet nicht verlängert.“

Diese Klarstellung ist zu begrüßen, auch wenn sie nicht zu einer entsprechenden Korrektur gesetzlicher Vorschriften geführt hat. Die grundsätzliche Frage, in welcher Form die Kostenübernahme der medizinischen Behandlung von Menschen ohne Papiere ohne die Gefahr der Aufdeckung des illegalen Aufenthaltes zu erreichen ist, bleibt unbeantwortet; teilweise wird diese Problemstellung seitens der Vertreter der Bundesregierung einfach negiert.

1.5.3 Behandlung menschenrechtlicher Aspekte im Rahmen des 111. Deutschen Ärztetages 2008

Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm hat sich im Rahmen von fünf Entschlüssen mit dem Umgang mit Asylbewerbern – vom Moment der Antragstellung bis zum Vollzug einer Abschiebung – beschäftigt:

- Abschiebung ist kein flugmedizinisches Problem – Sicherung ethisch-medizinischer Standards
- Flugreisetauglichkeit
- Ärztlich-ethische Belange im Kontakt mit Flüchtlingen/Asylbewerbern
- Ärztliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus
- Frühzeitige Identifizierung von traumatisierten und von besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern/Flüchtlingen

Alle Entschlüsse wurden mit großer Mehrheit von den Delegierten angenommen (www.baek.de/page.asp?his=0.2.20.5711.6205.6342.6429).

1.5.4 Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern

Am 10. Dezember 2008 kamen die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern auf Einladung der Landesärztekammer Baden-Württemberg in Stuttgart zu ihrem jährlichen Treffen zusammen. An diesem Tag jährte sich zum sechzigsten Mal die Verabschiedung der Deklaration der Menschenrechte. Zu diesem Anlass hielt der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, einen Festvortrag „Gesundheit – ein Menschenrecht“. Schwerpunkte des Treffens der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern stellten u. a. die Diskussion von Ansätzen der Finanzierung der medizinischen Behandlung von Menschen ohne Papiere sowie die Frage der frühzeitigen Identifizierung von traumatisierten und besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern/Flüchtlingen im Asylantragsverfahren dar.