

1. Gesundheits- und Sozialpolitik im Diskurs

Für die schwarz-gelbe Regierungskoalition hat die zweite Halbzeit begonnen und vieles deutet darauf hin, dass die Regierungspartner in der Gesundheitspolitik bis zur Bundestagswahl im Herbst 2013 auf Zeit spielen könnten. So haben die Koalitionäre keinen Zweifel daran gelassen, dass das Ende 2011 beschlossene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die letzte große Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in dieser Legislaturperiode war. Wenn aber schon in den nächsten anderthalb Jahren keine größeren gesetzgeberischen Schritte zu erwarten sind, sollte die Politik zumindest die Zeit nutzen, nachhaltige Konzepte für unser GKV-System zu erarbeiten. An dieser Diskussion müssen wir Ärzte uns mehr als bisher beteiligen, sonst werden wir stets nur den von der Politik servierten Mangel verwalten dürfen, aber nie die Vermeidung von Mangel selbst gestalten.

Dabei geht es uns nicht um eine abgehobene ordnungspolitische Diskussion. Wir müssen aber Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung setzen, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss. Und wir müssen, so der Auftrag des Ulmer Ärztetages, abwägen, welches Finanzierungskonzept diesen Maßstäben am ehesten gerecht werden kann.

Der Deutsche Ärztetag hatte 2008 die gesundheitspolitischen Leitsätze, das Ulmer Papier, verabschiedet und dort klare Prüfkriterien für die Versorgungsadäquanz zukünftiger Finanzierungskonzepte aufgestellt. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, welches Konzept geeignet ist, eine im Zugang chancengleiche und qualitativ hochstehende Patientenversorgung dauerhaft sicherzustellen. Jetzt ist es an der Zeit, die Pläne der Politik nach diesen Prüfbausteinen abzuklopfen. Diese Einschätzung teilt auch die große Mehrheit der Ärzte. In einer repräsentativen Umfrage der Bundesärztekammer gaben 76 Prozent an, dass die Ärzteschaft stärker zu Finanzierungsfragen Stellung beziehen soll. Wir werden uns aus diesen Gründen eingehend mit den Finanzierungsfragen unseres Krankenversicherungssystems befassen und mit der Politik die unterschiedlichen Konzepte diskutieren.

Einbringen wird sich die Ärzteschaft aber auch bei weiteren versorgungsrelevanten Themen und Gesetzesinitiativen. Besonders hervorzuheben ist dabei die noch ausstehende, aber dringend notwendige Novelle der ärztlichen Gebührenordnung wie auch das von der Koalition geplante Patientenrechtegesetz. Eine solide Gebührenordnung ist nicht nur Garant für eine faire Vergütung ärztlicher Arbeit, sie entfaltet auch eine Schutzfunktion für die Patienten, weil sie diese durch festgelegte Höchstsätze vor finanzieller Überforderung schützt. Die Regierung muss auch diesen Aspekt bedenken, wenn sie mit großem Aufwand an einem eigenständigen Patientenrechtegesetz arbeitet.

Fristgerecht geliefert hat die Koalition im vergangenen Jahr hingegen ein gut gefülltes Reformpaket zur Bekämpfung des Ärztemangels. Dabei ist die Politik endlich ihrer ureigenen Aufgabe nachgekommen und hat Politik gestaltet und nicht einmal mehr an den Sparschrauben unseres Gesundheitswesens gedreht. Gelöst sind die Probleme damit aber noch lange nicht. Um die drohenden Versorgungsgänge insbesondere im hausärztlichen Bereich auflösen zu können, müssen wir wieder mehr junge Menschen für eine Tätigkeit in der Allgemeinmedizin begeistern. Neben dem GKV-VStG kann auch die angestrebte Novelle der ärztlichen Approbationsordnung hier einen wichtigen

Beitrag leisten. Letztlich sind aber auch wir Ärzte selbst gefordert, unseren jungen Kolleginnen und Kollegen zu vermitteln, was die Arbeit als Hausarzt so besonders macht. Wir werden deshalb Strategien entwickeln, wie das hausärztliche Berufsbild wieder positiv besetzt werden kann.

Hilfreich ist dabei, dass mit dem Versorgungsstrukturgesetz monetäre und nichtmonetäre Anreize für eine Niederlassung in strukturschwachen Regionen geschaffen wurden. Unzureichend ist aber nach wie vor die Ausgestaltung der ärztlichen Bedarfsplanung. Die jetzigen Bedarfsplanungsregelungen stammen aus der Zeit der Ärzteschwemme und sind für die gegenwärtigen Rahmenbedingungen gänzlich ungeeignet. Mit dem GKV-VStG wird zwar mit größeren Gestaltungsspielräumen vorsichtig nachjustiert. Ausreichend ist dies jedoch nicht. Wir brauchen eine klar patientenzentrierte Flexibilisierung der Planungsbereiche und eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Dazu sollten die Länder die mit dem GKV-VStG geschaffenen Möglichkeiten für die Etablierung regionaler Steuerungsgremien für die Bedarfsplanung nutzen und die Landesärztekammern als vollwertige Mitglieder an diesen Gremien beteiligen. Denn nur die Ärztekammern verfügen über die sektorenübergreifende Expertise und nehmen aufgrund ihrer Nichtbeteiligung an den jeweiligen Versorgungsverträgen eine neutrale Position ein.

Wir Ärzte sind bereit, in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitspolitik Verantwortung zu übernehmen. Wir wollen gemeinsam mit anderen Akteuren tragfähige Zukunftskonzepte für unser Gesundheitswesen entwickeln. Die Politik wäre gut beraten, dieses Angebot anzunehmen.

1.1 Programmatische Aussagen des 114. Deutschen Ärztetages zur gesundheitspolitischen Entwicklung

Der 114. Deutsche Ärztetag fand vom 31. Mai bis 3. Juni 2011 in Kiel statt. Die Delegierten begrüßten das Vorhaben der Regierungskoalition, in einem GKV-Versorgungsstrukturgesetz dem Ärztemangel entgegenzutreten. Zahlreiche Vorschläge der Ärzteschaft wurden in den Gesetzesplänen berücksichtigt. Weiter sprachen sich die Delegierten für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung aus. Die Beteiligung der Ärztekammern sei dabei unabdingbar, da diese das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung sind und als einzige Institution den Berufsweg der Ärztinnen und Ärzte über alle Versorgungsbereiche hinweg begleiten. Auch forderten die Delegierten zudem eine stärkere Einbeziehung der Ärztekammern bei den geplanten Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin und allgemein zur Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit. Kritik äußerten die Delegierten an den Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Um der Expertise der Ärzteschaft mehr Gehör zu verschaffen, forderte der Deutsche Ärztetag eine stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Eingehender hat das Ärzteparlament die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung beraten und ein Eckpunktepapier verabschiedet. Um die rückläufige Zahl junger Hausärzte umzukehren, sollten verschiedene Rahmenbedingungen verbessert werden. Die Bundesländer müssten deshalb zeitnah an jeder medizinischen Fakultät einen Lehrstuhl

für Allgemeinmedizin einrichten. Damit soll das Interesse von Medizinstudierenden für die hausärztliche Versorgung geweckt werden. Angesichts der Unterschiede zwischen den Universitäten bei der Vergütung für akkreditierte Lehrpraxen müssten bundeseinheitliche Regelungen vereinbart werden. Weiter würden finanzielle Anreize und die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle dazu beitragen, die hausärztliche Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Als mögliche Maßnahmen forderte der Ärztetag Niederlassungsberatungen, Ansiedlungsunterstützung sowie mehr Kindergärtenplätze und andere Betreuungsangebote. Vor allem die Länder und Kommunen seien hier in der Pflicht, eine angemessene Infrastruktur für junge niederlassungswillige Ärzte zu schaffen (siehe auch Kapitel 3.3.1).

Die Ärztetagsdelegierten wiesen die Koalition nochmals auf die notwendige Reform der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hin. Das veraltete Gebührenverzeichnis müsste noch in dieser Legislaturperiode an die Kostenentwicklung angepasst werden. Grundlage der GOÄ-Novelle sollte ein entsprechendes Konzept der Bundesärztekammer sein. Weiter sprach sich das Ärzteparlament gegen die Einführung einer Öffnungsklausel in der GOÄ aus (siehe auch Kapitel 9.1).

Thematisiert wurde auch die Auswahl von Studienbewerbern im Fach Medizin. Der 114. Deutsche Ärztetag sprach sich für eine weitergehende Flexibilisierung des formalisierten Verfahrens aus. Die Fokussierung auf Schulnoten sei zu einseitig. Vielmehr sollten neben kognitiven Fähigkeiten auch soziale und empathische Kompetenzen eine Rolle bei der Auswahl von Medizinstudierenden spielen. Über individuelle Eignungsgespräche könnten nach Meinung des Ärzteparlaments die Universitäten Zugangskriterien über die Abiturnote und die Wartezeit hinaus berücksichtigen.

Der 114. Deutsche Ärztetag war geprägt durch die Beratung verschiedener medizin-ethischer Themen. So begrüßten die Delegierten in Kiel eine Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) in engen Grenzen und unter kontrollierten Verfahrensvoraussetzungen und unterstützten damit ein Memorandum zur PID, das eine gemeinsame Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer und des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer erarbeitet hatte (siehe auch Kapitel 5.3.2). Ziel sollte es nach Auffassung des Ärzteparlaments sein, Paaren mit hohem genetischen Risiko zu einer Schwangerschaft mit einem von dieser genetischen Erkrankung unbelasteten Embryo zu verhelfen. Keine Indikationen für die PID dürfen insbesondere Geschlechtsbestimmungen ohne Krankheitsbezug, Alter der Eltern und Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Allgemeinen sein. Die Ärzteschaft sprach sich dafür aus, bei der Umsetzung gemäß dem Memorandum verantwortungsbewusst mitzuwirken.

Das Ärzteparlament hat sich in Kiel für ein „Modell einer Informations- und Selbstbestimmungslösung mit Erklärungspflicht“ ausgesprochen und ist so einem Vorschlag der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer gefolgt. So soll die Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende und der Transplantationsmedizin weiter intensiviert werden. Dabei müsse das Selbstbestimmungsrecht der Bürger gewahrt bleiben. Die Delegierten erteilten den Auftrag, das Konzept weiter zu konkretisieren und in die parlamentarische Beratung des Deutschen Bundestages über die Novellierung des Transplantationsgesetzes einzubringen (siehe auch Kapitel 5.1.2).

Ein weiteres medizinethisches Thema war die Neuformulierung des § 16 der (Muster-) Berufsordnung (MBO). So beschloss das Ärzteparlament ein ausdrückliches Verbot der

ärztlichen Suizidbegleitung: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Begleitend zur Novellierung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung berieten die Delegierten in Kiel auch die aktuelle palliativmedizinische Versorgung. Um die Palliativmedizin nachhaltig und flächendeckend in die ambulante und stationäre Versorgung zu integrieren, forderte der Ärztetag den weiteren Ausbau von Lehrstühlen für Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten. Nur so würden Bedingungen geschaffen, unter denen die bereits seit Juli 2010 in der Approbationsordnung verankerte Palliativmedizin in der medizinischen Ausbildung regelhaft umgesetzt werden kann. Eine zielgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung müsse nach Ansicht des Ärzteparlaments zudem auf evidenzbasierten Forschungsergebnissen im Bereich der Palliativmedizin beruhen, die auch aus öffentlichen Mitteln finanziell gefördert werden sollten. Das Ärzteparlament sprach sich außerdem für einen Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen aus. Nach Überzeugung des Ärztetages ist der Gesetzgeber gefordert, eine qualitativ hochwertige allgemeine ambulante Palliativversorgung zu ermöglichen sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung kassenübergreifende Verträge zu Grunde zu legen oder eine integrierte palliativmedizinische Versorgung in einer gemeinsamen Vertragsform zu fördern.

Auf dem 114. Deutschen Ärztetag wurden auch weitere Teile der (Muster-)Berufsordnung (MBO) an die aktuelle Rechtsprechung und die politischen Entwicklungen angepasst. Geändert wurde unter anderem die Regelung zur ärztlichen Aufklärung von Patienten. Neben der bisher üblichen Aufklärung muss den Patienten ausreichend Bedenkzeit eingeräumt werden. Weiter müssen Patienten zukünftig schriftlich über die Höhe der Kosten der individuellen Gesundheitsleistungen informiert werden. Auch wurden die Zuwendungen bei sogenannten Anwendungsbeobachtungen stärker reglementiert (siehe auch Kapitel 4.2).

Angesichts der positiven Ergebnisse der Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer hat sich der 114. Deutsche Ärztetag für eine Fortführung des Projektes ausgesprochen. Der Fokus der neuen Initiative soll auf der Vergabe von Expertisenaufträgen sowie der Durchführung von Symposien mit begleitender Veröffentlichung weiterer Bände des „Report Versorgungsforschung“ liegen (siehe auch Kapitel 5.6).

Die Delegierten haben sich mit der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auseinandergesetzt. Aufgrund der alarmierenden Zahlen, z. B. des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, forderte das Ärzteparlament, dass die Früherkennung von Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung sowie die Aufklärung der Erziehungsberechtigten und die Weitervermittlung in geeignete Angebote zur Gesundheitsförderung integrale Bestandteile des § 26 SGB V zur Kinderuntersuchung werden müssten. Zudem sollen Leistungen nach § 20 SGB V, „Prävention und Selbsthilfe“, enger an die Früherkennungsuntersuchungen gekoppelt werden. Auch sollten die Präventionsangebote der Krankenkassen zielgruppengerecht und qualitätsgesichert ausgestaltet werden. Um die eigentlichen Zielgruppen besser zu erreichen, sollten sich niedergelassene Ärzte sowie Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) stärker an lebensweltbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung beteiligen dürfen.

Mit Ende der Laufzeit der Amtsperiode 2007/2011 wurden auf dem 114. Deutschen Ärztetag das Präsidium und die weiteren Ärzte im Vorstand der Bundesärztekammer ge-

wählt. Als neuer Präsident der Bundesärztekammer wurde Dr. Frank Ulrich Montgomery gewählt. Der Radiologe aus Hamburg ist auch Präsident der Ärztekammer Hamburg und Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe (†) an, der nach zwölf Jahren als Präsident nicht mehr für dieses Amt kandidierte.

Zur Vizepräsidentin der Bundesärztekammer hat der Ärztetag Dr. Martina Wenker gewählt. Die Fachärztin für Innere Medizin ist Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Oberärztin im Kreiskrankenhaus Diekholzen. Ebenfalls zum Vizepräsidenten der Bundesärztekammer wurde Dr. Max Kaplan, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Bayern, gewählt. Er ist als Landarzt und Notarzt in Pfaffenhausen tätig und bekleidet das Amt des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer.

Als weiterer Arzt im Vorstand der Bundesärztekammer wurde Rudolf Henke gewählt, der Oberarzt der Klinik für Hämatologie und Onkologie am St.-Antonius-Hospital Eschweiler sowie Bundesvorsitzender des Marburger Bundes und Mitglied der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages ist. Herr Henke wurde am 19. November 2011 auch zum Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein gewählt. Neu in den Vorstand der Bundesärztekammer wurde Dr. Ellen Lundershausen gewählt. Die Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde aus Erfurt ist Vizepräsidentin der Landesärztekammer Thüringen. Der bisherige Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe (†), wurde von den Delegierten des 114. Deutschen Ärztetages per Akklamation zum Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages ernannt.

Weiter wurden auf dem Ärztetag in Kiel Mitglieder für folgende Gremien gewählt:

- Ordentliche Mitglieder des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung
- Mitglieder des Vorstandes der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin
- Mitglieder des Vorstandes der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

Das Kapitel 13.4.2 gibt einen Überblick über die aktuelle Zusammensetzung der Gremien der Amtsperiode 2011/2015.

Die Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel können unter www.bundesaerztekammer.de oder im veröffentlichten Wortprotokoll vertieft werden. Die Konsequenzen aus den an den Vorstand überwiesenen Anträgen des Ärztetages sind im Kapitel 13.2 aufgeführt.

1.2 Zusammenarbeit mit der Politik auf nationaler Ebene

1.2.1 Interessenvertretung gegenüber der Politik

Als Vertretung der Ärzteschaft in Deutschland ist es für die Bundesärztekammer unerlässlich, am Regierungssitz mit einer eigenen Interessenwahrnehmung präsent zu sein. Denn mit fast allen Fachbereichen des Gesundheitsministeriums, aber auch mit anderen Ressorts – beispielsweise Bildung und Forschung, Inneres, Wirtschaft oder Justiz – ist die Bundesärztekammer regelmäßig in Kontakt. Von einer Vielzahl parlamentarischer Entscheidungsprozesse ist die Bundesärztekammer direkt oder indirekt betroffen.

Ein kontinuierlicher fachlicher Austausch mit Regierung, Parlament und der Ministerialebene ist daher unabdingbar. Angesichts der Komplexität der politischen Inhalte ist die Politik im Bund darauf angewiesen, zur Meinungsbildung externen Sachverständigen von fachlicher Seite einzuholen und sich mit den Verbänden über Problemlösungen auszutauschen. Die Politik wäre ohne den regelmäßigen Dialog mit den Verbänden nur sehr eingeschränkt in der Lage, sachgerechte Entscheidungen zu treffen. Daher trägt die Interessenvertretung zum einen zur demokratischen Willensbildung bei und zum anderen gleicht sie Informationsdefizite der Politik aus.

Umso größer ist die Verantwortung der Bundesärztekammer, gegenüber den Entscheidungsträgern und der Ministerialbürokratie zu vermitteln, dass sie in ihrer Interessenwahrnehmung von dem Bestreben geleitet wird, die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten und bessere Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu erreichen. Hier ist eine verlässliche, seriöse und glaubwürdige Interessenvertretung gefordert, die auf einen kontinuierlichen und vertrauensvollen Informationsaustausch mit den Entscheidungsträgern der Regierung und Fraktionen des Deutschen Bundestages, des Bundesrats 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 2011

Die Gesetzgebung des Gesundheitsressorts war im zweiten Jahr der christlich-liberalen Koalition von verschiedenen Reformen geprägt. So wurden u. a. das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), das Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PräimpG), das Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene sowie das Infektionsschutzgesetz (IfSG) verabschiedet. Auch das bereits seit langer Zeit geplante Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) ist im Jahr 2011 verabschiedet worden. Ohne das Einberufen des Vermittlungsausschusses wäre eine Einigung zwischen Bund und Ländern allerdings nicht möglich gewesen. Darüber hinaus haben Bundestag und Bundesrat die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zum Abschluss gebracht. Obwohl bereits mehrfach angekündigt, hat die Bundesregierung im Jahr 2011 ihre Arbeiten zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch nicht aufgenommen. Schließlich sind Bundestag und Bundesrat dem Ziel, einen allgemeinen Verfahrensanspruch auf eine individuelle Prüfung sämtlicher erworbener ausländischer Berufsqualifikationen einzuführen, ein großes Stück nähergekommen. So wurde im Jahr 2011 das Gesetz über die Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (Anerkennungsgesetz) verabschiedet.

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Nach langwierigen und zähen Verhandlungen in Bundestag und Bundesrat wurde das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) zum Abschluss gebracht. Ende des Jahres 2011 ist das sogenannte Landärztegesetz im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden

und am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Zentrale Punkte des Gesetzes waren die Überarbeitung der Bedarfsplanung, der Abbau von Unterversorgung sowie die Einführung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsebene (ASV). Während des gesamten Gesetzgebungsverfahrens hatte sich die Bundesärztekammer intensiv an der politischen Diskussion beteiligt.

Bereits in ihrer Stellungnahme zu dem Referentenentwurf vom 29. Juni 2011 äußerte die Bundesärztekammer insbesondere Kritik an der Neuregelung der Bedarfsplanung. Zwar wurden die angekündigte Flexibilisierung der Planungsbereiche sowie die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen begrüßt. Allerdings sei weder die Morbidität berücksichtigt, noch sei die systematische Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung vorgesehen, kritisierte die Bundesärztekammer. Ferner wurde darauf hingewiesen, dass die Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung nicht zu einer Überregulierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) führen dürfe. Die Bundesärztekammer setzte sich explizit dafür ein, die jeweils sektorenspezifische Bedarfsplanung zwingend um eine sektorenübergreifende Perspektive zu erweitern. Dabei sprach sich die Bundesärztekammer dafür aus, ein sektorenübergreifendes Landesgremium unter Einbeziehung der Landesärztekammern einzurichten.

Verwiesen wurde zudem darauf, dass von der Schaffung einer neuen Versorgungssäule, so wie zunächst vorgesehen, zwischen den Sektoren sogar kontraproduktive, zur mit der ASV beabsichtigten besseren Verzahnung der Versorgung gegenläufige Effekte ausgehen könnten. Der offene Zugang zur neuen Versorgungsform könnte zu einem Wettbewerbswüchswachstum zwischen Krankenhäusern und hochspezialisierten niedergelassenen Fachärzten mit der Folge einer Mengenausweitung zulasten der niedergelassenen Fachärzte führen. In diesem Zusammenhang betonte die Bundesärztekammer, dass einem solchen Szenario nur durch die Formulierung stringenter Qualitätsmaßnahmen begegnet werden könne und dass diese Aufgabe nicht ohne Beteiligung der Ärztekammern leistbar sei. Auch der Begriff der „ambulanten spezialärztlichen“ Versorgung wurde kritisiert. So wurde angeführt, dass von dieser Begriffsschöpfung Abstand zu nehmen sei, um die absehbare Konfusion bei der Unterscheidung zur „fachärztlichen“ Versorgung zu vermeiden. Deshalb schlug die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme als Alternative den Begriff „fachärztliche Spezialversorgung“ vor. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde der Einwand der Bundesärztekammer aufgegriffen und der vormals vorstehende Begriff der „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ in die gesetzlich geregelte Formulierung der „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ abgeändert.

Im Rahmen der Diskussion um den Referentenentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz setzte sich die Bundesärztekammer auch dafür ein, einen stimmberechtigten Mitgliedstatus im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und in den die ärztliche Berufsausübung betreffenden Unterausschüssen des G-BA zu erhalten. Auch hat sich die Bundesärztekammer für eine gleichberechtigte Beteiligung bei der Festlegung der delegierbaren Leistungen in den Bundesmantelverträgen eingesetzt.

Mitte Juli 2011 legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Regierungsentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vor. Darin hieß es unter anderem, dass das BMG von jährlichen Mehrausgaben von 150 bis 200 Millionen Euro für die gesetzliche Krankenversicherung durch die vorgesehenen Anreize für Landärzte ausgeht. Nach In-

tervention des Bundesfinanzministeriums wurde im Kabinettsentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 3. August 2011 betont, dass die Bundesregierung die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Abs. 2 Satz 3 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren werde. Diese Maßnahmen betreffen die Preiszuschläge für besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungen sowie die Neujustierung der Honorarstrukturen im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung.

In einer zweiten Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 23. August 2011 hatte die Bundesärztekammer die bereits in der ersten Stellungnahme dargestellten Kritikpunkte bekräftigt, die weder im Kabinettsentwurf noch im Regierungsentwurf berücksichtigt worden waren. Hinsichtlich der sektorenübergreifenden Verzahnung der fachärztlichen Versorgung sprach sich die Bundesärztekammer darüber hinaus dafür aus, eine solche über eine Vertragslösung der Selbstverwaltungspartner zu erreichen. Begründet wurde dies damit, dass es über eine Vertragslösung anstelle der Ausgestaltung dieses Versorgungsbereiches durch den G-BA deutlich besser und voraussichtlich auch schneller gelingen könne, die Versorgungsangebote der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung für die einbezogenen Krankheitsbilder zu koordinieren und einen Einstieg in einen tatsächlich sektorenverbindenden Versorgungsbereich zu schaffen. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass hierfür eine Ausgestaltung dieses Versorgungsbereiches in vierseitigen Verträgen zwischen GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer sinnvoll sei.

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens, insbesondere zwischen der ersten und zweiten Lesung im Bundestag, hatte das Bundesgesundheitsministerium zahlreiche sogenannte Formulierungshilfen an die Abgeordneten der Regierungsfractionen übersandt. In einer solchen hatte sich das BMG dafür ausgesprochen, es Patienten künftig zu ermöglichen, sich auch dann stationär behandeln lassen, wenn sie lange auf einen Termin bei einem niedergelassenen Facharzt warten müssten. Die Kosten dafür sollten aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung beglichen werden. Auf diese Pläne reagierte die Bundesärztekammer mit harscher Kritik. Die Versorgung der Patienten würde nicht dadurch besser werden, dass Ärzten auch noch die Honorare gekürzt würden. Lange Wartezeiten ließen sich nur vermeiden, wenn die Ursachen, wie etwa eine veraltete Bedarfsplanung, behoben würden. Die Pläne, konkrete Sanktionsmaßnahmen im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) festzuschreiben, wurden im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens verworfen.

In einer Sondersitzung des Gesundheitsausschusses im Bundesrat am 14. September 2011 wurde zum Teil scharfe Kritik an den Gesetzesplänen der Regierung geäußert. So bemängelte der Ausschuss, dass nicht hinreichend klargestellt sei, welche Erkrankungen dem Bereich der spezialärztlichen Versorgung zuzuordnen seien. Ferner wurde moniert, dass in dem Entwurf keine Bedarfsplanung für die ambulante spezialärztliche Versorgung vorgesehen sei und somit ein vollkommen ungesteuertes Leistungssegment entstehe. In der Beschlussempfehlung wurde aber auch klargestellt, dass die Länder die Einführung eines solchen Versorgungsbereiches grundsätzlich unterstützten. Konkret schlugen sie vor, dass mit Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung zum 1. Januar 2013

ein stufenweiser Aufbau des neuen Versorgungsbereiches erfolgen soll. Darüber hinaus befürwortete der Ausschuss die Regelung, Vertragsärzte durch Vergütungszuschläge dahingehend zu motivieren, verstärkt Substitutionsbehandlungen anzubieten. Am 23. September 2011 tagte das Plenum des Bundesrats zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz und schloss sich größtenteils den Empfehlungen des Ausschusses an. Explizit abgelehnt wurde der Vorschlag, Kostensteigerungen infolge des Versorgungsstrukturgesetzes bei Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich mindernd zu berücksichtigen. Auch die Empfehlung der Angleichung der ärztlichen Vergütung in der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung fand keine Zustimmung. Die Angleichung sollte, den Ausschussempfehlungen entsprechend, im Zuge der Einführung einer Bürgerversicherung eine solidarische Finanzierung der ärztlichen Honorare sicherstellen.

In einer dritten Stellungnahme vom 13. Oktober 2011 hatte sich die Bundesärztekammer erneut zu dem Regierungsentwurf als auch zu dem Beschluss des Bundesrats sowie zu den Formulierungshilfen geäußert. Darin nahm die Bundesärztekammer insbesondere zu dem Vorschlag des Bundesrats Stellung, die Mindestquote für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte in § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V ersatzlos zu streichen. Die Bundesärztekammer lehnte eine weitere Reduktion der zuletzt im Jahr 2009 abgesenkten und zum 31.12.2013 ohnehin auslaufenden Quote für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte ab. Zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung psychisch kranker Menschen sei es notwendig, die entsprechenden Niederlassungsmöglichkeiten für psychotherapeutisch tätige Ärzte langfristig zur Verfügung zu stellen. Auch die Bundesregierung lehnte den Vorschlag des Bundesrats in ihrer Gegenäußerung ab.

Am 19. Oktober 2011 fand im Gesundheitsausschuss des Bundestags eine öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf statt, an der auch der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, teilnahm. In der mehrstündigen Anhörung wurden Vertreter von mehr als 90 Verbänden gehört. Die Bundesärztekammer wies noch einmal darauf hin, dass zwar zahlreiche der im Regierungsentwurf dargestellten Neuregelungen im Grundsatz geeignet seien, die Versorgung der Patienten vor allem auf dem Land zu verbessern, bei anderen Punkten jedoch deutlich nachgebessert werden müsste. Unter anderem lehnte die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 13. Oktober 2011 zur Anhörung des Gesundheitsausschusses eine mit dem Gesetz vorgesehene exemplarische Auflistung delegierbarer ärztlicher Leistungen ab, weil diese die Spielräume für eigenverantwortliche Entscheidungen der Ärzte einschränken würde. Die Bundesärztekammer forderte zudem die ersatzlose Streichung des Absatzes 3c des § 63 SGB V. Dieser eröffne den Krankenkassen die Möglichkeit, Modellvorhaben durchzuführen, in denen ärztliche Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde auf die Angehörigen der im Kranken- und Altenpflegegesetz geregelten Berufe übertragen werden können. Die Substitution ärztlicher Tätigkeiten aber sei klar abzulehnen.

Bis Ende November 2011 folgten weitere Formulierungshilfen des Bundesgesundheitsministeriums. Diese beinhalteten unter anderem Anträge zum KBV-ABDA Modell (§§ 64 und 64a SGB V), zum Großhandelszuschlag, zu vernetzten Praxen/Fachgruppenbezeichnung (§ 87b SGB V) sowie zu Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (§ 115b SGB V). Eine weitere Formulierungshilfe hatte zum Inhalt, dass auch die Bundesärztekammer künftig in den Kreis der Nutzungsberechtigten der Datenaufbereitungsstelle nach den §§ 303 ff. SGB V

aufgenommen wird. In ihren Stellungnahmen hatte die Bundesärztekammer wiederholt darauf hingewiesen, dass ein Zugang der Heilberufskammern zu den Daten nach §§ 303 ff. unabdingbar zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Bereich der Aus- und Fortbildung sowie der Qualitätssicherung sei. Darüber hinaus wurde der Änderungsantrag „Auskünfte an Versicherte/Patientenquittung“ dahingehend modifiziert, dass im Gesetzestext explizit aufgenommen wurde, dass die Krankenkassen keine Gesamtaufstellung der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen erstellen dürfen. Zuvor sah der Gesetzestext lediglich vor, dass eine Gesamtaufstellung „auszuschließen“ sei. In einer gemeinsamen Stellungnahme vom 18. November 2011 verdeutlichten die Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dass die Zurverfügungstellung medizinischer Daten über das frei zugängliche Internet aufgrund mangelnder Datensicherheit abzulehnen sei.

Am 1. Dezember 2011 verabschiedete der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf in zweiter und dritter Lesung. Zudem nahmen die Abgeordneten mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen einen Entschließungsantrag von Union und FDP an, in dem an die Länder appelliert werden soll, mit den Hochschulen das Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium so weiterzuentwickeln, dass die Möglichkeiten, neben der Abiturnote weitere Kriterien zu berücksichtigen, stärker genutzt werden können.

Der neue Versorgungszeitpunkt der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wird künftig lediglich die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten umfassen. Dazu zählen unter anderem Krebserkrankungen, HIV/Aids, rheumatologische Erkrankungen, bestimmte Formen der Herzinsuffizienz, Multiple Sklerose, Mukoviszidose, aber auch schwerwiegende immunologische Erkrankungen. Den gesamten Bereich ambulanter Operationen hatte die Koalition dagegen aus der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gestrichen. Auf Wunsch des Bundesrats wurde im Gesetzentwurf zudem ergänzt, dass die Auswirkungen dieses Gesetzesteils fünf Jahre nach Inkrafttreten evaluiert werden sollen.

Präimplantationsdiagnostikgesetz

Bereits Ende des Jahres 2010 stellten die Bundestagsabgeordneten Ulrike Flach (FDP), Peter Hintze (CDU/CSU), Dr. Carola Reimann (SPD), Dr. Petra Sitte (DIE LINKE) und Jerzy Montag (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) einen überparteilichen Gesetzentwurf vor, nach dem die sogenannte Präimplantationsdiagnostik (PID) in bestimmten Ausnahmefällen erlaubt werden sollte. Darin war vorgesehen, Familien, in denen eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwerwiegende Erbkrankheit vorliegt oder eine Tot- oder Fehlgeburt droht, die Möglichkeit zu geben, entsprechende Tests durchführen zu lassen. Dabei wurde keine Liste mit Krankheiten als Indikation für eine PID vorgesehen. Die entscheidende Instanz sollte in jedem individuellen Fall eine interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommission sein.

Ende Januar 2011 folgte ein zweiter Gesetzentwurf zur eng begrenzten Zulassung der PID, vorgelegt von den Bundestagsabgeordneten René Röspel (SPD), Petra Hinz (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) und Patrick Meinhardt (FDP). Nach diesem Vorschlag sollte nicht ein bestimmtes Krankheitsbild beim Embryo das Kriterium für die Zulassung sein, sondern die Lebensfähigkeit des Embryos. Daher wurde vorgeschlagen, das Embryonenschutzgesetz um eine Regelung zu ergänzen, nach der die genetische Unter-

suchung eines Embryos im Rahmen einer künstlichen Befruchtung außer in Ausnahmefällen grundsätzlich verboten bliebe. Eine solche Untersuchung sollte lediglich dann für nicht rechtswidrig erklärt werden, wenn bei den Eltern oder einem Elternteil eine humangenetisch diagnostizierte Disposition vorliegt, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu Fehl- oder Totgeburten oder zum Tod des Kindes im ersten Jahr führt.

Nur knapp zwei Wochen später hatten Abgeordnete aus allen Bundestagsfraktionen am 8. Februar 2011 einen dritten und letzten Gesetzentwurf zur Präimplantationsdiagnostik vorgelegt. Die Gruppe um Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Rudolf Henke (CDU) und Ulla Schmidt (SPD) drang auf ein umfassendes Verbot der PID. In dem Gesetzentwurf wurde vorgeschlagen, das PID-Verbot im Gendiagnostikgesetz zu verankern. Die Anwendung der PID gefährde die Akzeptanz gesellschaftlicher Vielfalt und erhöhe den sozialen Druck auf Eltern, ein gesundes Kind haben zu müssen, heißt es in dem Gesetzentwurf. Bei einem Verstoß gegen das Verbot sah der Gesetzentwurf vor, dass nur diejenigen strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, die die PID anwenden, also Ärzte, Biologen oder Angehörige anderer Heilberufe. Ausdrücklich nicht bestraft werden sollen die potenziellen Eltern bzw. die Ei- oder Samenzellenspender, so hieß es in dem dritten Gesetzentwurf weiter.

Auch die Bundesärztekammer hatte sich intensiv in die Debatte über die künftige gesetzliche Regelung der PID eingeschaltet. In seiner Februarsitzung hatte der Vorstand der Bundesärztekammer ein 22-seitiges Memorandum mit Vorschlägen zur Ausgestaltung einer möglichen gesetzlichen Regelung für die PID verabschiedet. Im Kern zeigte das Memorandum medizinische, ethische sowie rechtliche Argumente für eine begrenzte Zulassung der PID auf. Demnach sollte Ziel des Indikationsmodells sein, Paaren mit hohem genetischem Risiko zu einer Schwangerschaft mit einem von dieser genetischen Erkrankung unbelasteten Embryo zu verhelfen. Bei den Landesärztekammern angesiedelte PID-Kommissionen sollten vorab prüfen können, ob die jeweils geplante PID den rechtlichen und standesrechtlichen Vorgaben entspreche. Die Bundesärztekammer hatte im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens darauf hingewiesen, dass sie mit diesem Papier der gesetzlichen Regelung zwar nicht vorgreifen oder diese beeinflussen wolle, die Ärzteschaft allerdings bereit sei, Verantwortung in dieser für die Gesellschaft wichtigen Frage zu übernehmen.

Mitte April 2011 befasste sich der Bundestag schließlich ohne den sonst üblichen Fraktionszwang in einer ersten Lesung mit der gesetzlichen Regelung der PID. Am 7. Juli 2011 stand im Bundestag die abschließende Entscheidung an. Insgesamt 326 Abgeordnete entschieden sich im Rahmen der Abstimmung schließlich dafür, die PID in engen Grenzen zuzulassen, und stimmten für den von Ulrike Flach (FDP), Peter Hintze (CDU/CSU), Dr. Carola Reimann (SPD) und anderen initiierten Gesetzentwurf zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik. Die Länder folgten dieser Entscheidung und billigten das vom Bundestag angenommene Gesetz, welches schließlich am 8. Dezember in Kraft trat. Danach soll die PID nach dem positiven Votum einer Ethikkommission an zugelassenen Zentren nur solchen Paaren ermöglicht werden, die die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder bei denen mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist. Die Rahmenbedingungen für die PID habe nun die Bundesregierung in einer Rechtsverordnung darzulegen. Dabei sei vor allem relevant, wie viele PID-Zentren es geben soll und welche Zulassungsvoraussetzungen diese erfüllen müssen. Davon dürfte maßgeblich abhängen, wie häufig die PID in Deutschland angewen-

det wird und ob es zu dem von PID-Gegnern befürchteten Dammbbruch kommt. Die Bundesärztekammer hatte sich in diesem Zusammenhang dafür ausgesprochen, die Durchführung der PID auf wenige Zentren zu begrenzen. Dr. Frank Ulrich Montgomery forderte nach dem Vorbild Frankreichs eine Begrenzung auf etwa drei Zentren. Die Rechtsverordnung der Bundesregierung, die der Zustimmung des Bundesrats bedarf, wird erst für das Jahr 2012 erwartet. Die Bundesärztekammer wird auch weiterhin die Diskussion zu diesem Thema verfolgen und mitgestalten.

Krankenhaushygienegesetz

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte Mitte Februar 2011 einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze u. a. der Bundesärztekammer zur Stellungnahme übersandt. Ziel des Gesetzes sei es, die Zahl der nosokomialen Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern, durch bessere Einhaltung von Hygieneregeln und eine sachgerechte Verordnung von Antibiotika sowie durch die Berücksichtigung von sektorenübergreifenden Präventionsansätzen zu senken. Qualität und Transparenz der Hygiene in medizinischen Einrichtungen sollten gestärkt werden.

Im Rahmen der Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sollte ferner eine Rechtsgrundlage und Verpflichtung der Länder zum Erlass von Rechtsverordnungen zur Verbesserung der Hygiene in Krankenhäusern und weiteren relevanten Einrichtungen mit der Möglichkeit einer Bußgeldbewehrung bei Zuwiderhandlungen geschaffen werden. Die Verantwortung der Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und die rechtliche Bedeutung der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie die neu zu gründende Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut (RKI) sollten gesetzlich geregelt werden. Die Kommission ART wurde aufgefordert, klare Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva bei der Therapie resistenter Infektionserreger für verordnende Ärzte zu erstellen. Zudem sollte in der vertragsärztlichen Versorgung eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten geschaffen werden. Darüber hinaus sollte der G-BA verpflichtet werden, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität insbesondere auf der Basis von Indikatoren zu bestimmen und diese Ergebnisse für die Öffentlichkeit in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser transparent zu machen.

Der Referentenentwurf enthielt ferner eine Reihe weiterer Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. So sollte unter anderem mit der Einführung eines Schiedsverfahrens ein geeignetes Instrument zur Schlichtung von Konflikten der Vertragspartner in Bezug auf die Höhe der Vergütung für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen geschaffen werden. In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 28. Februar 2011 begrüßte die Bundesärztekammer die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzes, die Krankenhaushygiene zu verbessern. Die Bundesärztekammer wies jedoch darauf hin, dass die Gefahr einer nosokomialen Infektion in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen zwar steige, doch läge das nicht nur daran, dass der Einsatz von Antibiotika Bak-

terien resistenter werden lasse. Ein wesentlicher weiterer Grund hierfür sei, dass bei einer aus finanziellen Gründen ausgedünnten Personaldecke in den Kliniken immer mehr Risikopatienten behandelt würden, die anfälliger für Krankenhausinfektionen seien. Ferner wies die Bundesärztekammer darauf hin, dass der Gesetzentwurf nur dann einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Infektionsprävention in den deutschen Krankenhäusern leisten könne, wenn zugleich auch eine beleihbare politische Aussage zu Möglichkeiten der Behebung dieser Ursachen und damit zur Finanzierung des durch die vorgeschlagenen Maßnahmen bedingten Mehrbedarfs an Personal getroffen werden.

Am 23. März 2011 wurde der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und FDP im Bundestag in erster Lesung dem Ausschuss für Gesundheit federführend überwiesen. Darin wurde unter anderem der Vorschlag aus der Stellungnahme der Bundesärztekammer aufgegriffen und der Titel von „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und Änderung weiterer Gesetze“ in „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ abgeändert. Die Bundesärztekammer verwies in ihrer Stellungnahme zu dem Referentenentwurf darauf, dass die im Titel zum Ausdruck kommende Beschränkung der Hygieneproblematik auf den Krankenhausbereich zu kurz greifen würde. In einer zweiten Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf vom 2. Mai 2011 hatte die Bundesärztekammer die bereits in der ersten Stellungnahme dargestellten Kritikpunkte bekräftigt und den Bundestagsabgeordneten zukommen lassen. Auch im Rahmen der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags am 9. Mai 2011 wurde die Stellungnahme der Bundesärztekammer eingebracht.

Der Bundesrat hatte bereits auf seiner ersten Plenarsitzung Mitte April zu den von der Bundesregierung geplanten Änderungen des Infektionsschutzrechts umfangreich Stellung genommen. So betonte der Bundesrat, dass es der Schutz hochbetagter pflegebedürftiger – und damit für Infektionen besonders anfälliger – Menschen gebiete, anerkannte Hygienestandards auch zu ihrem Nutzen zu beachten. Dies verbiete eine undifferenzierte Gleichstellung von Pflegeeinrichtungen mit den im Infektionsschutzgesetz genannten Krankenhäusern, Arztpraxen und vergleichbaren Behandlungseinrichtungen. Der Bundesrat plädierte dafür, die Länder zu ermächtigen, für ihre jeweilige Angebotsstruktur und insbesondere für die heimrechtlichen Rahmenbedingungen passgenaue Lösungen zu schaffen. Zudem sollten auch Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen sonstiger Heilberufe verpflichtet werden, Hygienepläne aufzustellen. Die geplante Verpflichtung, dem Gesundheitsamt unverzüglich gehäuft auftretende Infektionen zu melden, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird, war für die Länder von hoher Bedeutung. Um die Meldepflicht besser durchsetzen zu können, forderten sie, einen entsprechenden Bußgeldtatbestand in das Gesetz aufzunehmen. In der Gegenäußerung der Bundesregierung vom 4. Mai 2011 wurden vor allem die Vorschläge des Bundesrats zur Schiedsstelle Reha, zu den Pflegestützpunkten, den Folgekosten für den Infektionsschutz für Krankenhäuser sowie zur Pflegetransparenz abgelehnt. Nachdem der Bundestag den Regierungsentwurf am 9. Juni 2011 mit der Mehrheit seiner Stimmen angenommen hatte, billigte knapp einen Monat später schließlich auch der Bundesrat den Gesetzentwurf. Ende Juli 2011 konnte das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze in Kraft treten.

Transplantationsgesetz

Der Referentenentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes wurde Mitte April 2011 veröffentlicht. Mit der Gesetzesänderung sollte eine EU-Richtlinie in deutsches Recht umgesetzt werden. In dem Entwurf war unter anderem vorgesehen, die Aufgaben der Entnahmekrankenhäuser im Prozess der postmortalen Organspende zentral zu verankern und dadurch ihre Verantwortung für die Organspende zu unterstreichen. Ein eigenständiges neues Zulassungsverfahren für Entnahmekrankenhäuser war dabei nicht vorgesehen. Zudem wurden die Krankenhäuser nochmals ausdrücklich verpflichtet, den Hirntod möglicher Organspender zu melden und aktiv an einer Organentnahme mitzuwirken. Die Entnahmekrankenhäuser wurden ferner verpflichtet, mindestens einen Transplantationsbeauftragten zu bestellen. Dieser könnte unter anderem Verbindungsglied des Krankenhauses zu den Transplantationszentren sein, das übrige Krankenhauspersonal in Fragen der Organspende beraten und Angehörige aufklären. Vorgesehen war ferner, die Rolle der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als Koordinierungsstelle nach § 11 TPG zu stärken. Sie sollte vor allem postmortale Organentnahmen im Rahmen eines organisierten Ablaufs anforderungsgerecht realisieren. Zur Umsetzung und Ausgestaltung der einzelnen Angaben der Organ- und Spendercharakterisierung, die im Anhang der Richtlinie enthalten waren, sowie zur Umsetzung und Ausgestaltung des Meldesystems und der Vorgaben für den Transport der Organe wurde eine Rechtsverordnung geschaffen.

In einer Stellungnahme bewertete die Bundesärztekammer die flächendeckende Implementierung von Transplantationsbeauftragten in allen potenziellen Entnahmekrankenhäusern grundsätzlich positiv. Kritisiert wurde hingegen, dass der Gesetzesentwurf eine klare Normenstruktur vermissen lässt. So sei u. a. die Definition des „Organs“ in § 1a Nr. 1 TPG durch diverse Einschübe und Ergänzungen überfrachtet und daher schwer verständlich, führte die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzesentwurf weiter an. Thematisiert wurde auch die Aufgabenverteilung zwischen Verordnungs- und Richtlinienggeber sowie der neu vorgesehene Erlass von Verfahrensanweisungen durch die Koordinierungsstelle: Diese sollte eine ganz erhebliche Stärkung ihrer Kompetenzen erfahren. Diese Kompetenzen könne eine Koordinierungsstelle künftig aber nur ausfüllen, wenn sie als Behörde organisiert werde. Wie jedoch diese Erweiterung mit der derzeitigen rechtsförmlichen Stellung der DSO als Stiftung in Einklang gebracht werden könne, bleibe offen, so die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme weiter. Hinsichtlich des Verordnungsgebers und des Richtlinienggebers bedürfe es zudem einer gesetzlichen Klarstellung der Normenhierarchie. Sachadäquate Regelungen für die Transplantation komplexer Gewebe seien bisher nicht vorgesehen. Es wäre jedoch sachadäquat, wenn für komplexe Gewebe die gleichen Regelungen gelten würden wie für vermittlungspflichtige Organe gemäß § 1a Nr. 2 TPG, so die Bundesärztekammer weiter. Insgesamt sei ein unübersichtliches bürokratisches Verfahren der Organtransplantation entstanden, das die Arbeit auf diesem Gebiet weder besser strukturiert noch erfolgreicher machen werde.

Am 6. Juni 2011 hatte das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes beschlossen. Bei den öffentlichen Anhörungen am 8. und 29. Juni im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zu den technischen, rechtlichen und ethischen Aspekten des Gesetzes war auch die Bundesärztekammer vertreten. Die Anhörung am 29. Juni hat sich insbesondere auf die ethische Diskussion

zum Thema Organspende bezogen. Gegenstand der Anhörung waren u. a. Fragen zur Erhöhung der Organspenderzahlen, der verbesserten Aufklärung der Bevölkerung, der Stärkung der Lebendspende, der Widerspruchslösung/erweiterten Widerspruchslösung sowie Fragen zu möglichen Dokumentationspflichten. Dr. Montgomery berichtete auf der Sitzung und Klausursitzung des Vorstands der Bundesärztekammer im Juli 2011 von der Anhörung. So wurde unter anderem festgestellt, dass aus rechtlicher Sicht kein Bürger gezwungen werden könne, sich zur Organspendebereitschaft verbindlich äußern zu müssen. Wie auch die Bundesärztekammer, hatten die Experten mehrheitlich die Intensivierung und Verstärkung des Informationsangebots an die Bevölkerung und die bundesgesetzliche Einführung von Transplantationsbeauftragten begrüßt. Die Bundesärztekammer hatte in der Anhörung befürwortet, dass Versicherte mit der elektronischen Gesundheitskarte grundsätzlich die Möglichkeit erhalten sollten, ihre Organspendebereitschaft zu dokumentieren. Dies setze allerdings die Klärung wesentlicher technischer Fragen zur elektronischen Gesundheitskarte voraus. Zuletzt wurden verschiedene Möglichkeiten zur Umsetzung der Erklärungsspflicht erörtert. So könnten in Erste-Hilfe-Kursen über Organspende informiert und entsprechende Erklärungen abgefragt werden. Eine Abfrage der Bürger im Rahmen der Beantragung von Personalausweisen und Pässen wurde als weniger geeignet angesehen.

Anfang September 2011 hatte sich der federführende Ausschuss für Gesundheit des Bundesrats auf eine Empfehlung geeinigt. Darin war vorgesehen, künftig sämtliche Richtlinien der Bundesärztekammer zur Organtransplantation einschließlich der Richtlinien zur Hirntodfeststellung einem Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums zu unterstellen. Diese Genehmigung sollte sich nicht nur auf die Rechtmäßigkeit beschränken, sondern zugleich eine materiell-inhaltliche Prüfung der Richtlinien umfassen. Die Stellungnahme des Gesundheitsausschusses des Bundesrats kann als Vorlage für die Empfehlung des Bundesrats wahrgenommen werden.

In einem Schreiben an die Ministerpräsidenten und Ministerpräsidentinnen der Länder hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass den Richtlinien sehr differenzierte medizinische Sachverhalte zugrunde liegen. So seien u. a. Regelungen zur Hirntodfeststellung, zur Wartelistenführung von Patienten zur Organtransplantation und zur ärztlichen Identifikation potenzieller postmortaler Organspender zu treffen. Auch auf die Problematik, wie zukünftig Meinungsverschiedenheiten über den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft durch das Bundesgesundheitsministerium behoben oder ersetzt werden könnten, wies die Bundesärztekammer hin. Denn im Gegensatz zum Sozialrecht könnte im Transplantationsrecht in Ermangelung von Sachkompetenz keine Ersatzvornahme durch eine staatliche Institution der Exekutive vorgenommen werden.

Dennoch hatte das Plenum des Bundesrats in seiner Stellungnahme die Vorschläge des Gesundheitsausschusses aufgenommen, die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Organtransplantation einem Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums zu unterstellen. Auch forderte der Bundesrat in seiner Stellungnahme, die Koordinierungsstellen in organisatorisch und finanziell selbstständige Regionen zu untergliedern. In ihrer Stellungnahme lehnte die Bundesärztekammer diese Forderung mit der Begründung ab, dass die Vertragspartner des Koordinierungsstellenvertrags sich bewusst für eine Organisationsstruktur der DSO mit unselbstständigen Untergliederungen entschieden hatten, um angesichts der Vielzahl der Beteiligten am Prozess der Or-

ganspende mit ihren zahlreichen Schnittstellen, z. B. im Zusammenhang mit der Spenderevaluation und dem Organtransport, bundesweit eine Gesamtverantwortung der Koordinierungsstelle ebenso wie einen bundeseinheitlichen Standard zu gewährleisten. Eine Verselbstständigung der Regionen würde die Funktionsfähigkeit des ohnehin komplexen Geschehens der Organspende erheblich beeinträchtigen. Auch die Bundesregierung lehnte den Vorschlag des Bundesrats in ihrer Gegenäußerung ab. Sie war der Ansicht, dass detaillierte Organisationsfragen von den Selbstverwaltungspartnern selbst geregelt werden sollten. Eine Aufwertung der jetzigen Untergliederungen in selbstständige Einheiten führe zu einer Zersplitterung von Verantwortlichkeiten, die für den Organ spendeprozess insgesamt nicht förderlich sei, so die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung. Ferner sprachen sich die Bundesärztekammer als auch die Bundesregierung gegen den Vorschlag des Bundesrats aus, die für die Richtlinie zuständige Kommission Organtransplantation gegenüber dem Status quo durch gesetzliche Vorgaben deutlich zu verkleinern, die Zahl der ärztlichen Mitglieder zu minorisieren und die Vertretung der Patienten und Spenderangehörigen bei unveränderter Aufgabenlast zu reduzieren. Die Bundesregierung betonte in ihrer Gegenäußerung zu der Stellungnahme des Bundesrats, dass sie weder eine Genehmigung der Richtlinien der Bundesärztekammer durch das Bundesgesundheitsministerium für erforderlich erachte noch einen Bedarf für eine gesetzliche Institutionalisierung der Ständigen Kommission Organtransplantation sehe.

Im weiteren Verlauf der parlamentarischen Diskussion zu dem Gesetzentwurf hatten die Vorsitzenden aller Bundestagsfraktionen unter Beteiligung von Fachpolitikern in einem Gespräch Ende November 2011 vereinbart, zur Organspende einen Gruppenantrag aus der Mitte des Parlaments zu erarbeiten, der von allen Fraktionsvorsitzenden mitgetragen und unterzeichnet werden sollte. Gemeinsames Ziel war, die Zahl der Organspender in Deutschland zu erhöhen. Die Bundesärztekammer begrüßte die Ankündigung der Fraktionsspitzen, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende regelmäßig nachgefragt werden soll, ohne jedoch eine Antwort zu erzwingen. Die Entscheidung zur Organspende müsse absolut freiwillig bleiben, so die Bundesärztekammer weiter.

Die in einer Formulierungshilfe des BMG vorgesehenen Änderungen der §§ 291a und 307b SGB V sollten die rechtlichen Voraussetzungen schaffen, damit sowohl Verweise auf das Vorliegen und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende in Papierform als auch die Erklärung selbst mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden können. Die Bundesärztekammer hatte in einem Schreiben an den gesundheitspolitischen Sprecher der Union, Jens Spahn, darauf hingewiesen, dass zwei weitere Bereiche – Hinweise auf das Vorliegen einer Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht – ebenso Eingang in den § 291a SGB V finden müssten. Die Bundesärztekammer wies darauf hin, dass die Inhalte beider Dokumente für ärztliches Handeln im Sinne des Patienten wichtige, ggf. entscheidende Voraussetzungen darstellen.

Der konkrete Gruppenantrag, der in den Regierungsentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes mit aufgenommen werden soll, wird für die erste Hälfte des Jahres 2012 erwartet. Die Bundesärztekammer wird sich auch weiterhin intensiv um einen politischen Dialog mit den Akteuren im Gesundheitswesen bemühen.

Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen

Ende März 2011 hatte sich das Bundeskabinett auf einen Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen geeinigt. Darüber sollte im Zuständigkeitsbereich des Bundes ein allgemeiner Anspruch auf eine individuelle Prüfung der Gleichwertigkeit von ausländischen Berufsqualifikationen mit inländischen Referenzqualifikationen geschaffen werden. Die Bundesregierung möchte so die wirtschaftliche Einbindung von Fachkräften mit Auslandsqualifikationen verbessern. Mit dem Gesetzentwurf sollte zudem die Integration von Migranten in den deutschen Arbeitsmarkt gefördert werden.

Der Entwurf sah für den Bereich der nichtreglementierten Berufe erstmals einen allgemeinen Verfahrensanspruch vor. In weiteren Artikeln des Entwurfs wurden die Gesetze zu einzelnen Berufsgruppen entsprechend geändert. Die wesentlichen Änderungen für den Arztberuf betrafen unter anderem den Wegfall des Staatsangehörigkeitsvorbehalts bei einem Antrag auf Erteilung der Approbation sowie die Ausweitung der geltenden Vier-Monats-Frist von Antragstellern mit EU-Ausbildungsnachweisen auf Antragsteller mit Drittstaatenausbildungsnachweisen. Ferner sollte die Unterlagenvorlagepflicht für Antragsteller um eine tabellarische Aufstellung der absolvierten Ausbildungsgänge und der ausgeübten Erwerbstätigkeiten erweitert werden, was die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zu dem Referentenentwurf aus verwaltungstechnischen Gründen unterstützte.

Am 27. Mai 2011 hatte schließlich auch der Bundesrat Stellung zu dem Regierungsentwurf genommen. Darin wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass die Gleichwertigkeit mit einem Referenzberuf auf gleichem Qualitätsniveau festgestellt werden müsste. Die vorgesehene Einbeziehung einschlägiger Berufserfahrung dürfte nicht dazu führen, dass die Qualität des deutschen Bildungssystems unterlaufen werde, so der Bundesrat weiter. Ferner wurde darauf verwiesen, dass es nicht zu einer Benachteiligung derjenigen kommen dürfte, die ihre Qualifikation im Inland erworben haben.

In ihrer zweiten Stellungnahme vom 5. Juli 2011, die im Rahmen der öffentlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf im Bundestagsausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung veröffentlicht wurde, äußerte sich die Bundesärztekammer kritisch zu einigen Vorschlägen des Bundesrats. So würde die Empfehlung des Bundesrats zur Errichtung einer zentralen Agentur als zentrale Anerkennungsstelle weit über die Zielsetzung des Gesetzentwurfs hinausgehen.

Nachdem der Bundestag den Gesetzentwurf am 29. September 2011 in zweiter und dritter Lesung angenommen hatte, konnte auch der Bundesrat am 4. November 2011 diesem zustimmen. In einem Entschließungsantrag bat der Bundesrat die Bundesregierung, den Vollzug des Gesetzes in geeigneter Weise kontinuierlich zu beobachten und bei offensichtlichem Anpassungsbedarf gesetzgeberisch tätig zu werden. Das Anerkennungsgesetz wurde am 12. Dezember 2011 veröffentlicht und wird am 1. April 2012 in Kraft treten.

Internationale Gesundheitsvorschriften

Um neue Kapazitäten zur Umsetzung der Gesundheitsvorschriften auf Flughäfen und Häfen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit einführen zu können, hatte das Bundesgesundheitsministerium am 12. Juli 2011 einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Änderung weiterer Gesetze (IGV-DG) vorgelegt. Auch die Bundesärztekammer wurde aufgefordert, Stellung zu dem Referentenentwurf zu nehmen. Zum Schutz vor einer grenzüberschreitenden Ausbreitung von bedrohlichen Krankheiten sah der Gesetzentwurf unter anderem vor, dass in ausgewählten Flug- und Seehäfen besondere Maßnahmen getroffen werden müssten, um im internationalen Handels- und Reiseverkehr auftretende Gesundheitsgefahren besser abwehren zu können. Die Bundesärztekammer hatte in ihrer Stellungnahme vom 28. Juli 2011 unter anderem zu bedenken gegeben, dass in diesem Kontext personenbezogene Daten gegebenenfalls an eine Vielzahl von Stellen übermittelt werden müssten und dabei datenschutzrechtlich besondere Sorgfalt geboten sei.

In zwei weiteren Stellungnahmen zum nunmehr vorgelegten Regierungsentwurf nahm die Bundesärztekammer unter anderem Bezug auf die Stellungnahme des Bundesrats zu dem Gesetz. In dieser wurde explizit auch auf die Notwendigkeit eines weiteren Artikels im IGV-DG zur Änderung des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) hingewiesen. Das GenDG sieht u. a. vor, dass die Regelungen zur ärztlichen Qualifikation zur genetischen Beratung gemäß § 7 Abs. 3 GenDG zum 01.02.2012 in Kraft treten. Die entsprechende Richtlinie über die Qualifikation zur genetischen Beratung wurde von der Gendiagnostikkommission (GEKO) im Juli 2011 veröffentlicht. Danach bliebe den Ländern, die für die Umsetzung zuständig sind, ein deutlich zu kurz bemessener Zeitraum zur Klärung der offenen Fragen. Zudem habe auch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) in ihrer 28. Sitzung am 16./17. November 2011 in Fulda die Bundesärztekammer und die Ärztekammern der Länder gebeten, dafür Sorge zu tragen, dass die in der Richtlinie der GEKO geforderten Anforderungen an die Qualifikation zur und die Inhalte der genetischen Beratung möglichst schnell in bundeseinheitlich abgesprochenen Vorgaben (einheitliches Curriculum/abgestimmte Wissenskontrollen) festgelegt werden, betonte die Bundesärztekammer weiter. Darüber hinaus hatte sich die AOLG dafür ausgesprochen, dass Ärzte, die derzeit genetische Beratungen vornehmen, diese auch ohne Qualifikationsnachweis über den 1. Februar 2012 hinaus durchführen dürfen, bis bundeseinheitliche Kriterien für den Nachweis der Qualifikation festgelegt seien und entsprechende Angebote zur Erlangung eines Qualifikationsnachweises bestünden. Das Gesetzgebungsverfahren zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Änderung weiterer Gesetze wird im Jahre 2012 fortgesetzt.

Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Am 2. Dezember 2011 wurde der Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (16. AMG-Novelle) veröffentlicht und an die Bundesärztekammer mit der Möglichkeit zur Stellungnahme versandt. Mit der Gesetzesänderung sollte neben der sogenannten EU-Pharmakovigilanzrichtlinie (2010/84/EU) auch die Richtlinie zur Verhinderung des Eindringens von gefälschten Arzneimitteln in die legale Lieferkette (2011/62/EU) umgesetzt werden. Die Bundesärz-

tekammer wird zu dem Referentenentwurf eine Stellungnahme verfassen, die Anfang des Jahres 2012 an das Bundesgesundheitsministerium versandt werden soll.

Damit die neuen europäischen Regelungen umgesetzt werden können, sollte unter anderem das Risikomanagementsystem des Zulassungsinhabers, der Nebenwirkungsbegriff und die Meldung von vermuteten Nebenwirkungen geändert werden. Von der Novellierung waren auch Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsstudien nach der Zulassung eines Arzneimittels und das System zur Informationsbereitstellung durch die Behörden betroffen. Um das Eindringen gefälschter Arzneimittel und Wirkstoffe in die legale Vertriebskette zu verhindern, zeigte der Referentenentwurf Anforderungen an Hersteller, Importeure und Vertreiber von Wirkstoffen auf und konkretisierte diese. Definitionen für ein gefälschtes Arzneimittel und einen gefälschten Wirkstoff sollten dafür verbindlich festgeschrieben werden. Für besonders fälschungsgefährdete Arzneimittel sahen die neuen Regelungen zudem Sicherheitsmerkmale zur Authentifizierung und Identifizierung einzelner Arzneimittelpackungen vor. Angehörige der Gesundheitsberufe sollten künftig regelmäßig aufgefordert werden, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung an die zuständige Bundesoberbehörde zu melden. Dafür sollten bei allen Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, ein Standarttext aufgenommen werden. Zuletzt zielte der Referentenentwurf darauf ab, besondere Voraussetzungen für angeordnete nichtinterventionelle Unbedenklichkeitsstudien festzuschreiben.

Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Das Bundesgesundheitsministerium hatte am 28. September 2011 einen Referentenentwurf zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vorgelegt. Wesentliche Inhalte des Verordnungsentwurfs waren die Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung, die Einbeziehung weiterer geeigneter Krankenhäuser in die Ausbildung im Praktischen Jahr, die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Studium sowie die Abschaffung des sogenannten Hammerexamens. Die Bundesärztekammer hatte in einer gemeinsamen Stellungnahme mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 12. Oktober 2011 den Referentenentwurf grundsätzlich begrüßt. Langjährige Forderungen der Ärzteschaft zur Reform der ärztlichen Ausbildung wurden aufgegriffen. Besonders hervorgehoben wurde die Beibehaltung der bewährten Struktur des Medizinstudiums, für welches weiterhin eine Regelstudienzeit von sechs Jahren und drei Monaten einschließlich der Prüfungszeit gelten werde. Betont wurde aber, dass in der Verordnung auch die Regelungen über den Studienzugang getroffen werden müssten. So wurde explizit darauf hingewiesen, dass das Gewicht der Abiturnote als Auswahlkriterium relativiert werden müsse. Diesem Vorschlag trugen die Abgeordneten der Regierungsfractionen mit einem angenommenen Entschließungsantrag zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz Rechnung. Am 20. Dezember 2011 hatte das Bundeskabinett die Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums zur Kenntnis genommen und dem Bundesrat weitergeleitet. Der weitere Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wird erst im Jahr 2012 fortgesetzt.

Neuordnung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Am 24. März 2011 hatte das Bundesgesundheitsministerium den Referentenentwurf einer Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) veröffentlicht. In dem Entwurf war keine Öffnungsklausel in den allgemeinen Teil der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte vorgesehen. Ziel des Entwurfs war es, den wissenschaftlichen Fortschritt und Veränderungen in der allgemeinen Preisbildung künftig besser berücksichtigen zu können. Nach langwierigen Verhandlungen im Bundesrat und Bundestag hatte das Bundeskabinett am 16. November 2011 schließlich die durch den Bundesrat abgeänderte Fassung der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte angenommen. Die Änderungen betrafen in erster Linie den Verordnungsteil, die Leistungsbeschreibung sowie die Leistungsbewertung. In erster Linie sollte durch die Änderungsverordnung mehr Klarheit in Abrechnungsfragen gebracht werden. Zahlreiche beschlossene Änderungen der GOZ zielten zudem auf eine Angleichung an entsprechende Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Danach sollte etwa eine Leistung als notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung angesehen werden, wenn sie von deren Leistungsbeschreibung umfasst und bei der Bewertung berücksichtigt worden ist. Für Wegegeld und Reiseentschädigungen als auch für die Berechnung bestimmter zahnärztlicher Leistungen sollten die GOÄ-Regelungen übernommen werden. Die abgeänderte Gebührenordnung trat zum 1. Januar 2012 in Kraft.

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes

Mit dem Ziel, die Überwachungspraxis im Bereich der Medizinprodukte zu optimieren und dabei zugleich europäische Verordnungen in nationales Recht umzusetzen, hatte das Bundesgesundheitsministerium am 19. Oktober 2011 einen Entwurf für eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes (MPGVwV) veröffentlicht. In Ihrer Stellungnahme vom 18. November 2011 empfahl die Bundesärztekammer unter anderem, im Rahmen der MPG-Durchführungsvorschrift auch die medizinischen Ethikkommissionen in den Informationsaustausch der zuständigen Behörden einzubinden. Ansonsten bestehe die Gefahr gegensätzlicher Entscheidungen der Bundesoberbehörde und der zuständigen Ethikkommission. So schlug die Bundesärztekammer vor, an geeigneter Stelle in der Verwaltungsvorschrift oder in der Begründung dazu klarzustellen, dass die Ethikkommissionen zu den zuständigen Behörden und Stellen der Länder für die Durchführung des Medizinproduktegesetzes zu zählen seien. Ferner kritisierte die Bundesärztekammer die in der Begründung zu § 2 des Entwurfs enthaltene Tabelle mit Anhaltzahlen für den Überwachungsaufwand. Dabei handelt es sich um Überwachungsaufgaben der zuständigen Behörden, die auf der Grundlage eines gemeinsamen Rahmenüberwachungsprogramms durchgeführt werden. Die zuständigen obersten Landesbehörden legen dafür gemeinsame Grundsätze für die Überwachung fest. Die Bundesärztekammer betonte hinsichtlich der Anhaltzahlen für den Überwachungsaufwand, dass zwei Personentage für Arztpraxen zu hoch erscheinen würden, insbesondere in Relation zum kalkulierten durchschnittlichen Überwachungsaufwand von drei Personentagen für Hersteller oder zweieinhalb Personentagen für komplette Krankenhäuser. Kritisch sei dieser orientierende Wert insbesondere wegen des damit zusammenhängenden Gebührentatbestandes für die Überwachung, so die Bundesärztekammer weiter.

Am 20. Dezember 2011 beschloss das Bundeskabinett den Entwurf der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes. Neu hinzugekommen war darin der Vorschlag für eine zentrale Koordinierungsstelle (ZLG). Die Länder sollten die Aufgaben dieser Stellen im Zusammenhang mit der Durchführung der Überwachung im Medizinproduktebereich festlegen, hieß es in dem Beschluss weiter. Der Forderung der Bundesärztekammer nach einer Einbindung der Ethikkommissionen wurde in den Kabinettsbeschluss nicht mitaufgenommen. Das Gesetzgebungsverfahren wird erst im Jahr 2012 fortgeführt. Die Bundesärztekammer wird sich auch im weiteren Verlauf in den Gesetzgebungsprozess einbringen.

Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Mit Hilfe eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wollte die Bundesregierung den Weg von der krankenhausindividuellen Verhandlung kostenorientierter Budgets hin zu einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung fortsetzen. Zudem sollte die Transparenz über das Leistungsgeschehen verbessert werden. Das ging aus dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) vom 7. November 2011 hervor. Neben der Schaffung von Regelungen für die notwendige Ein- und Überführungsphase des pauschalierten Entgeltsystems für die genannten Leistungen bis zum 1. Januar 2013 waren die primären Ziele des Entwurfs auch die Präzisierung der notwendigen Vergütungsvereinbarungen, die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, die Stärkung sektorenübergreifender Ansätze sowie der erforderlichen begleitenden Maßnahmen. In ihrer Stellungnahme hatte die Bundesärztekammer ihr Bedauern darüber ausgedrückt, dass wesentliche Anregungen aus ihrer Stellungnahme vom 15. März 2011 zur weiteren Ausgestaltung der Rahmenbedingungen der Einführung des neuen Entgeltssystems noch nicht berücksichtigt wurden. So betonte die Bundesärztekammer, dass bei der weiteren Ausgestaltung des Gesetzesvorhabens unbedingt der zunehmende Fachkräftebedarf im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik sowie die demografische Entwicklung der Bevölkerung mit einem Bedarfszuwachs an psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungsbedürftigkeit zu berücksichtigen seien. Die Bundesärztekammer hatte sich auch deutlich gegen eine mögliche Weiterentwicklung zu einem Psych-DRG-Fallpauschalensystem ausgesprochen. Der Regierungsentwurf zu dem Gesetz wird erst im Jahr 2012 erwartet.

Gespräche mit der Politik und Anhörungen im Bundestag

Das Jahr 2011 bot der Ärzteschaft eine Vielzahl von Möglichkeiten, auch neben vielen Einzelgesprächen mit Abgeordneten, wissenschaftlichen Mitarbeitern und Referenten der Fraktionen, sich aktiv an der politischen Willensbildung im Bundestag zu beteiligen. Die Bundesärztekammer war u. a. bei allen wichtigen Anhörungen, zu denen der Gesundheitsausschuss 2011 eingeladen hatte, durch ihre Fachexperten vertreten. Die Spannweite der Themen reichte, wie bereits dargestellt, vom Transplantationsgesetz über das GKV-Versorgungsstrukturgesetz bis hin zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt aus der Reichsversiche-

rungsordnung in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) zu überführen und zu aktualisieren. Auch im Bereich Prävention wurde die Bundesärztekammer zu einer öffentlichen Anhörung eingeladen und konnte eine Stellungnahme abgeben. Während der zahlreichen Anhörungen ist es der Bundesärztekammer gelungen, gezielt ihre Ansichten zum Ausdruck zu bringen und Einfluss auf Anträge und Gesetzesentwürfe zu nehmen. So machte die Bundesärztekammer in der Anhörung zu Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt deutlich, dass eine gesetzliche Definition der Hebammenhilfe dann zu begrüßen sei, wenn dadurch bestehende Leistungsansprüche transparenter und Versorgungsabläufe besser gestaltet werden könnten, ohne dass dies Einbußen in der Versorgungsqualität und in den Zuständigkeiten der beteiligten Berufsgruppen zur Folge habe. In der Anhörung zum Thema Prävention sprach sich die Bundesärztekammer dafür aus, eine enge Verzahnung der Arztpraxis mit anderen gruppen- oder settingbezogenen Maßnahmen in Gesetzesvorhaben zur Prävention zu berücksichtigen. So seien viele der beim Arzt vorgestellten gesundheitlichen Probleme in starkem Maße gesellschaftlich mitbedingt und könnten nicht durch das Gesundheitssystem allein aufgefangen und bearbeitet werden. Betont wurde in diesem Zusammenhang explizit, dass die Prävention eine Kernaufgabe ärztlichen Handelns sei.

Die Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium konnte die Bundesärztekammer 2011 weiter ausbauen. Auch gelang es der Bundesärztekammer, den Kontakt zu Bundestagsabgeordneten, Staatssekretären, Ministerpräsidenten, Gesundheitsministern sowie Gesundheitssenatoren der Länder zu intensivieren. So wurden insbesondere zu der Novelle des Transplantationsgesetzes, zur Vorbereitung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung oder zur Präimplantationsdiagnostik zahlreiche persönliche Gespräche geführt und Briefwechsel vollzogen.

1.3 Europäische Union

1.3.1 Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union

Mehr als 70 Prozent der jeweiligen nationalen Gesetze werden auf europäischer Ebene geprägt. Fast alles, was dort erarbeitet und verabschiedet wird, schlägt sich mittelbar oder unmittelbar in der Gesetzgebung der Mitgliedsstaaten nieder. Insbesondere in der Gesundheits- und Sozialpolitik hat die Europäische Union (EU) in den vergangenen Jahren einen erheblichen Bedeutungszuwachs zu verzeichnen. Während Verordnungen direkt nach ihrem Inkrafttreten in die nationale Gesetzgebung übernommen werden müssen, haben die Mitgliedsstaaten bei europäischen Richtlinien einen gewissen zeitlichen Spielraum, um diese umzusetzen. Grundsätzliche Entscheidungen treffen jedoch nach wie vor die Staats- und Regierungschefs im Europäischen Rat. Zudem werden auf EU-Ebene zahlreiche rechtlich unverbindliche Maßnahmen wie Schlussfolgerungen und Initiativberichte erlassen. Da diese bei den Verhandlungen der europäischen Institutionen über neue Rechtsakte richtungweisend sein können, bedürfen diese – ebenso wie Verordnungen und Richtlinien – einer besonderen Aufmerksamkeit.

Mit dem zunehmenden Einfluss europäischer Maßnahmen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten steigt die Notwendigkeit, gesundheits- und sozialpolitische Vorha-

ben der EU zu beobachten, zu beschreiben und zu begleiten. Ein bedeutender Teil der Arbeit des Brüsseler Büros besteht in der Analyse und Auswertung von politischen Entwicklungen, um mögliche Initiativen oder Gesetzesvorschläge zu antizipieren und um die Diskussion auf EU-Ebene 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. Darüber hinaus ist der Informationsaustausch mit den Gesundheitsreferenten der einschlägigen Ministerien der Bundesländer und anderer Organisationen im Gesundheitswesen bei informellen Treffen wichtiger denn je geworden, um für die Belange der Ärzteschaft zu sensibilisieren.

Das Brüsseler Büro bringt die spezifischen Positionen der deutschen Ärzteschaft gegenüber den entscheidenden Stellen in den europäischen Gremien direkt ein. Dazu gehört 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. Vor allem der Austausch von Fachinformationen mit den Experten der Bundesärztekammer konnte durch informelle Treffen – beispielsweise zu den Themen Anerkennung von Berufsqualifikationen, elektronische Gesundheitsdienste sowie klinische Prüfungen – im Jahr 2011 noch verstärkt werden. Im Bereich der Berufsanerkenntnngsrichtlinie fand ein Netzwerktreffen aller zuständigen nationalen Behörden im Brüsseler Büro der Bundesärztekammer statt. Darüber hinaus wird im „EU-Bulletin“ in regelmäßigen Abständen über neueste Gesetzgebungsinitiativen, Konsultationen und Entscheidungen aus Brüssel berichtet. Der Informationsdienst wurde von der Pressestelle in Zusammenarbeit mit dem Brüsseler Büro entwickelt. Um möglichst zeitnah über die Entwicklungen auf europäischer Ebene zu informieren, wurde zudem der Informationsdienst „Brüssel aktuell“ konzipiert.

Auf Brüsseler Ebene wird das Ziel eines verstärkten kontinuierlichen Dialogs neben zahlreichen bilateralen Gesprächen auch durch Gesprächskreise mit hochrangigen Vertretern aus Politik und anderen Entscheidungsträgern verfolgt. Die Vertretung in Brüssel sieht es als eine ihrer Hauptaufgaben an, durch Sachkompetenz, gegenseitigen Austausch von Informationen sowie durch konstruktiven Dialog zum Verständnis der komplexen europäischen Materie beizutragen. So hat die Bundesärztekammer ihre Zusammenarbeit mit vielen Europaabgeordneten im Jahr 2011 intensivieren können. Zahlreiche Gespräche wurden zu den Verordnungs- und Richtlinienentwürfen der EU-Kommission zur Patienteninformation, Pharmakovigilanz und zur Berufsankennung geführt sowie Stellungnahmen und Änderungsanträge übermittelt. Eine engere Zusammenarbeit konnte zudem durch die Beantwortung zahlreicher Fachfragen realisiert werden. Auch wurde bei der Debatte über die geplante Änderung der Berufsankennungsrichtlinie (2005/36/EG) ein intensiver Austausch mit Beamten der EU-Kommission wie beispielsweise dem Head of Unit und verantwortlichen Kommissionsbeamten für den Bereich Berufsqualifikationen erreicht.

1.3.2 Europäische Gesundheitspolitik

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

Gleichwohl übt die europäische Ebene durch die Binnenmarktregelungen und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auch auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland aus. Die vielfältigen Aktivitäten der EU-Kommission, wie beispielsweise Grünbücher, Weißbücher, sogenannte Mitteilungen, Verordnungen und Richtlinien, berühren jeweils die nationalen Gesundheitssysteme und haben damit unmittelbar Konsequenzen für deren Gestaltung und Entwicklung. In Verbindung mit der europäischen Rechtsprechung der vergangenen Jahre lässt sich hier nach wie vor eine Tendenz hin zu einer schleichenden Kompetenzerweiterung der EU und einer Harmonisierung der Gesundheitssysteme feststellen.

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

Berufsanerkennungsrichtlinie

Die Umsetzungsfrist der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG lief am 20. Oktober 2007 ab. Diese Richtlinie ersetzte 15 bis dato bestehende Richtlinien im Bereich der Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise und war die erste umfassende Modernisierung dieses gemeinschaftlichen Systems seit seiner Schaffung vor vierzig Jahren. Im Jahr 2011 stand die Revision dieser Richtlinie an, zu der die EU-Kommission eine Konsultation zur Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie in Form eines Grünbuchs veröffentlicht hatte. Die Bundesärztekammer hatte an der Konsultation teilgenommen und über das Brüsseler Büro der EU-Kommission seine Position übermittelt. Der Richtlinienentwurf zur Revision der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG wurde schließlich Ende Dezember 2011 von der EU-Kommission veröffentlicht. Darin wird unter anderem vorgeschlagen, einen europäischen Berufsausweis einzuführen, der für alle Berufsgruppen auf freiwilliger Basis gelten soll. Dieser könnte künftig das Anerkennungsverfahren im Bereich der automatischen und der allgemeinen Anerkennung

beschleunigen. Darüber hinaus sieht der Entwurf einen partiellen Berufszugang vor. Für den Arztberuf bedeutet dies, dass man auch als Arzt arbeiten kann, wenn man z. B. Teile der Grundausbildung absolviert hat. Im Bereich der Weiterbildung sieht der Richtlinienentwurf eine Absenkung der Grundausbildung für den Arztberuf von sechs auf fünf Jahre vor, die kumulativ mit 5.500 Stunden abgeleistet werden sollen. Zudem wurde bei den Durchführungsrechtsakten (Rechtsakte, die die EU-Kommission im Ausschussverfahren erlassen kann) häufig das Regelungsverfahren (Ausschussverfahren, das die Mitgliedsstaaten am stärksten einbezieht) durch das Beratungsverfahren (Mitgliedsstaaten haben weniger Mitspracherechte) ersetzt.

Der Vorschlag wurde an den Rat der Europäischen Union und das Europäische Parlament gesendet. Berichterstatterin des federführenden Ausschusses für Binnenmarkt und Verbraucherschutz (IMCO) im Europäischen Parlament ist die französische EU-Abgeordnete Bernadette Vergnaud (Fraktion Progressive Allianz der Sozialdemokraten – S&D). Die Bundesärztekammer wird den Gesetzgebungsprozess aufmerksam verfolgen und Gespräche mit EU-Abgeordneten des IMCO-Ausschusses führen. Zudem ist die Einreichung von Änderungsanträgen durch die Bundesärztekammer über die EU-Abgeordneten geplant.

Verordnung über das Binnenmarktinformationssystem

Für die Anwendung des EU-Rechts ist in zunehmendem Maße eine Zusammenarbeit mit den Behörden in anderen Mitgliedsstaaten notwendig. Daher hat die EU-Kommission das Binnenmarktinformationssystem (IMI) als Plattform für die Zusammenarbeit konzipiert und entwickelt und stellt diese den Mitgliedsstaaten seit dem Jahr 2008 kostenlos zur Verfügung. Das System wird in mehr als 6.000 registrierten Behörden in den 27 Mitgliedsstaaten sowie in den drei EWR-Ländern als Kommunikationskanal für den grenzüberschreitenden Informationsaustausch benutzt. Derzeit wird das IMI für den Informationsaustausch gemäß der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen sowie gemäß der Richtlinie 2006/123/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Dezember 2006 über Dienstleistungen im Binnenmarkt genutzt.

Die EU-Kommission hat Ende August 2011 eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssystems (IMI-Verordnung) veröffentlicht und an den Rat der Europäischen Union und das Europäische Parlament übermittelt. Federführender Ausschuss im Parlament ist der Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz. Berichterstatter ist Adam Bielan (Fraktion Europäische Konservative und Reformisten). Der Verordnungsvorschlag soll unter anderem einen soliden Rechtsrahmen für das IMI sowie einen umfassenden Datenschutzrahmen durch Festlegung der Vorschriften für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des IMI schaffen. Die Bundesärztekammer wird auch hier den Gesetzgebungsprozess aufmerksam verfolgen und gegebenenfalls Stellung nehmen.

Europäische Normung

Im Bereich der europäischen Normung wurde von der Europäischen Kommission im Juni 2011 ein Normungspaket vorgelegt, das aus einer Mitteilung zur strategischen Vision der europäischen Normung und einem Verordnungsentwurf zur europäischen Normung besteht. In der Mitteilung betont die EU-Kommission die Bedeutung der europäischen Normung und legt strategische Ziele eines europäischen Normungssystems dar. Zudem wird der Anwendungsbereich auf Normen für Dienstleistungen ausgedehnt. Bisher gab es die Normung nur bei Produkten oder im technischen Bereich. Der Verordnungsentwurf fasst die bereits existierenden Richtlinien zusammen und legt einen Rechtsrahmen fest. Durch die Ausdehnung auf den Dienstleistungsbereich darf die EU-Kommission nun den europäischen Normungsgremien Normungsaufträge erteilen und die Entwicklung europäischer Normen für Dienstleistungen verlangen. Dies gilt auch für Gesundheitsdienstleistungen. Das österreichische Normungsinstitut hatte zu Beginn des Jahres 2010 einen Antrag beim Comité Européen de Normalisation (CEN) eingebracht, um Dienstleistungen im Bereich der ästhetischen Chirurgie zu standardisieren. Diese Norm legt in der ästhetischen Chirurgie Berufs- und Weiterbildungspflichten für den Arzt fest. Aus Sicht der Bundesärztekammer fallen die Regeln der Berufsausübung, der Berufspflichten und der Weiterbildung unter die Heil- und Kammerberufsgesetze der Länder und damit in den Kompetenzbereich der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Bundesärztekammer hatte kritisiert, dass mit dem Verordnungsentwurf der Ausschluss der Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen der 2006 erlassenen Dienstleistungsrichtlinie umgangen werde. Zudem lägen die Organisation und die Verwaltung für das Gesundheitswesen gemäß Art. 168 AEUV in der Kompetenz der Mitgliedsstaaten. Die Europäische Union habe somit keine Regelungskompetenz.

Allerdings sind derzeit die Mehrheit der Mitgliedsstaaten im Rat der Europäischen Union – auch Ministerrat genannt – sowie die EU-Kommission gegen eine Herausnahme der Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen aus dem Verordnungsentwurf. Argument ist, die Anwendung der Normen sei freiwillig. Die Bundesärztekammer warnt jedoch davor, dass diese Freiwilligkeit der Anwendung durch die Macht des Faktischen konterkariert werden könnte. Wenn alle Mitgliedsstaaten die gesetzten Standards anwenden, würden Normen verbindlich. Im Europäischen Parlament wurde der Bericht des Ausschusses für Binnenmarkt und Verbraucherschutz (IMCO) durch die konservative EU-Abgeordnete Lara Comi am 4. Januar 2012 vorgelegt. Auch hier sind die Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen bisher noch nicht aus dem Anwendungsbereich herausgenommen worden. Das Europäische Parlament hatte bereits im Oktober 2010 in einem Initiativbericht die Einbeziehung der Normung von Dienstleistungen in einem Rechtsrahmen gefordert. Die Bundesärztekammer wird ihre Position in Gesprächen mit Abgeordneten des EU-Parlaments im Jahr 2012 darlegen.

Pharmapaket

Eine der umstrittensten Gesetzesinitiativen stellt das sogenannte Pharmapaket dar. Dieses war im Dezember 2008 von dem damaligen EU-Kommissar Günter Verheugen für Industrie und Unternehmen auf den Weg gebracht worden. Es setzt sich aus insgesamt fünf Einzeldossiers zusammen – darunter unter anderem die Bereiche Pharmakovigi-

lanz und Patienteninformation. Da das europäische Arzneimittelrecht Ende 2009 auf die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz übertragen wurde, wird das Pharmapaket seit seinem Amtsantritt im Februar 2010 vom EU-Gesundheitskommissar John Dalli betreut.

Dossier Pharmakovigilanz

Im Bereich der Pharmakovigilanz wurden die neuen Regelungen bereits Ende Dezember 2010 verabschiedet, Anfang des Jahres 2011 traten sie in Kraft. Die Bundesärztekammer hatte die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des EU-Parlaments durch die Beantwortung von fachlichen Fragen zu diesem Thema unterstützt und gemeinsam mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Änderungsanträge eingereicht. Diese wurden teilweise in die Richtlinie zur Pharmakovigilanz eingebaut. Aufgrund eines Arzneimittelskandals in Frankreich beschloss die EU-Kommission, die verabschiedeten Regelungen zu überarbeiten, und veröffentlichte im Oktober 2011 neue Vorschläge. Künftig sollen die Mitgliedsstaaten und die Europäische Kommission verpflichtet werden, bei jedem Verdacht schwerwiegender Sicherheitsrisiken im Zusammenhang mit national zugelassenen Arzneimitteln ein europäisches Risikobewertungsverfahren („Referral“) zu starten. Darüber hinaus sollen Zulassungsinhaber bei einer freiwilligen Marktrücknahme darlegen, ob diese wegen einer Gesundheitsgefährdung durch das Produkt, wegen einer mangelnden therapeutischen Wirksamkeit oder wegen einer negativen Nutzen-Risiko-Bilanz erfolgt ist. Die überarbeiteten Vorschläge der Europäischen Kommission werden nun im Europäischen Parlament und im Europäischen Rat erörtert.

Dossier Patienteninformation über verschreibungspflichtige Arzneimittel

Die vorgeschlagene Verordnung und die Richtlinie zu Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel [KOM (2008) 662 und 663] waren die in Europa wohl umstrittensten gesundheitspolitischen Gesetzesvorschläge. Das Ziel des Kommissionsvorschlages, den Bürgern den Zugang zu qualitätsgesicherten Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu erleichtern, war zwar von den verschiedenen Akteuren grundsätzlich begrüßt worden, doch die Meinungen über den Inhalt der Arzneimittelinformationen sowie über die Frage, auf welchem Weg diese zu den Patienten gelangen sollten, gingen weit auseinander.

Die EU-Kommission hatte ursprünglich vorgeschlagen, dass Pharmahersteller sich direkt an die Patienten wenden dürfen, um diese über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu informieren. Auch sollten sich Interessierte im Internet und in Printmedien über Preise, Anwendungsgebiete, Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten informieren können. Während die Pharmaindustrie den Vorschlag begrüßte, warnte die Bundesärztekammer gemeinsam mit anderen Gesundheitsexperten vor einer solchen Regelung, da mit dieser das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel umgangen werden könnte. Um die Abgeordneten des EU-Parlaments auf die Problematik aufmerksam zu machen und mit ihnen darüber zu diskutieren, hatte die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände sowie Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen Ende Januar 2010 zu einem parlamentarischen Abend geladen. Ihren Standpunkt zu dem Dossier Patienteninformation konnte die Bundesärztekammer Mitte September

2010 bei einem gemeinsamen parlamentarischen Pressefrühstück mit Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, und der Europaabgeordneten Dr. Anja Weisgerber (CSU) abermals bekräftigen.

Das EU-Parlament stimmte Ende November 2010 mit großer Mehrheit für das überarbeitete Dossier zur Patienteninformation, in dem ein Großteil der Vorschläge der Bundesärztekammer Berücksichtigung fand. Auf Basis dieser Abstimmung legte die EU-Kommission im Oktober 2011 überarbeitete Vorschläge zur Patienteninformation über verschreibungspflichtige Arzneimittel vor. Darin wird das Werbeverbot über verschreibungspflichtige Arzneimittel aufrechterhalten. Nur bestimmte Informationen wie Gebrauchsanweisungen, Informationen auf dem Etikett und der Packungsbeilage sowie Informationen über Preise und klinische Studien sollen zulässig sein. Weiterhin dürfen Informationen nur auf Anfrage des Patienten über registrierte Websites oder in gedruckter Form weitergegeben werden. Die Verbreitung über das Fernsehen, Radio oder Printmedien ist nicht erlaubt. Darüber hinaus müssen die Informationen anerkannte Qualitätskriterien erfüllen. Sie müssen neutral sein, sie müssen auf Fakten basieren und sachlich richtig sein. Zudem dürfen sie Patienten nicht in die Irre führen. Sind Informationen noch nicht mit der Zulassung des Arzneimittels genehmigt, muss eine Genehmigung von der zuständigen einzelstaatlichen Behörde eingeholt werden. Anschließend kann das Unternehmen diese zur Verfügung stellen. Verstößt das Vorgehen in Mitgliedsstaaten gegen die dortige Verfassung, so können in diesen Ländern nachträgliche Kontrollen eingeführt werden.

Der überarbeitete Richtlinienvorschlag wird zunächst im Rat der Europäischen Union diskutiert. Die Bundesärztekammer wird die Verhandlungen zur Patienteninformation auch künftig weiterverfolgen und ihren Beitrag zu einer Verbesserung des Dossiers in Form von Stellungnahmen, Gesprächen sowie Änderungsanträgen leisten.

Vorschlag für eine Richtlinie zum Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer vor der Gefährdung durch physikalische Einwirkungen (elektromagnetische Felder)

Mit der Richtlinie über physikalische Einwirkungen elektromagnetischer Felder (EMF-Richtlinie) verfolgt die EU unter anderem das Ziel, medizinisches Personal während Magnetresonanztomographie-Untersuchungen (Kernspintomographie) vor gesundheitlichen Gefahren zu schützen. Die ursprüngliche Richtlinie (2004/40/EG) hätte die Anwendbarkeit der Kernspintomographie (MRT) im Krankenhausalltag sehr stark eingeschränkt, sodass im Jahr 2008 entschieden wurde, die Richtlinie zu revidieren und deren Umsetzung um vier Jahre, d. h. bis zum April 2012, zu verschieben. In dieser Zeit sollten die Grenzwerte neu angepasst werden. Im Juni 2011 hat die Kommission einen neuen Vorschlag [KOM (2011) 348 endgültig] vorgelegt, der unter anderem Ausnahmen für den Medizinbereich vorsieht.

Der Rat der Europäischen Union kann sich derzeit nicht auf einen gemeinsamen Standpunkt festlegen. Insbesondere in Deutschland ist man sich uneinig, ob die Geräte für Magnetresonanztomographie (MRT) aus den von der EU-Richtlinie festgelegten verbindlichen Grenzwerten herausgenommen werden oder die Anwendung der MRT-Geräte im Anwendungsbereich der Grenzwerte belassen und diese neu definiert werden sollten. Dies ist vor allem bei interventionellen Verfahren und bildgebenden Untersu-

chungen von Patienten, die Unterstützung durch medizinisches Personal erfordern, umstritten.

Im Europäischen Parlament hat die französische Berichterstatterin Elisabeth Morin-Chartier (Europäische Volkspartei – EVP) im federführenden Ausschuss für Beschäftigung und Soziale Angelegenheiten (EMPL) einen Berichtsentwurf vorgelegt. Der Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) hat sich in seiner Stellungnahme bereits für eine Herausnahme der MRT-Geräte aus dem Anwendungsbereich der Grenzwerte ausgesprochen. Die Bundesärztekammer wird das Gesetzgebungsverfahren weiter verfolgen und Gespräche mit EU-Abgeordneten des EMPL-Ausschusses führen.

Weitere Konsultationen

Die Bundesärztekammer hatte im Jahr 2011 noch an weiteren Stellungnahmen der EU-Kommission und der Europäischen Arzneimittelagentur teilgenommen. So hat die Bundesärztekammer der EU-Kommission seine Position über ein Konzeptpapier zur Revision der Richtlinie über klinische Prüfungen durch das Brüsseler Büro übermittelt. Ein überarbeiteter Vorschlag dieser Richtlinie soll im Herbst des Jahres 2012 veröffentlicht werden. Andere Konsultation der EU-Kommission, an der die Bundesärztekammer teilgenommen hat, waren unter anderem die Konsultation über veränderte Regelungen bei Verstößen durch Zulassungsinhaber von zentral zugelassenen Arzneimitteln, die Konsultation über die Gesundheitssicherheit in der EU sowie die Konsultation zur Erarbeitung neuer Rechtsvorschriften auf EU-Ebene zur Bekämpfung illegaler Drogen.

Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer unter anderem an folgenden Konsultationen der Europäischen Arzneimittelagentur teilgenommen:

- EMA-Konsultation zur Überarbeitung der Leitlinien über Biosimilar-Arzneimittel
- EMA-Konsultation zur Überarbeitung der Richtlinie über die klinische und nichtklinische Entwicklung von Biosimilar-Arzneimitteln, die niedermolekulare Heparine enthalten
- EMA-Konsultation zur Überarbeitung der Richtlinie über die klinische und nichtklinische Entwicklung von Biosimilar-Arzneimitteln, die rekombinantes Humaninsulin enthalten
- Konsultation über die Kennzeichnung und Verpackung von nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln
- Konsultation „Reflection paper on the need for active control in therapeutic areas where use of placebo is deemed ethical and one or more established medicines are available“.

1.3.4 AG Patientenrechterichtlinie

Entsprechend dem Vorgehen zur Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG wurde eine Arbeitsgruppe unter Geschäftsführung der Rechtsabteilungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Rechtsberatern der Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Abstimmung eines Arbeitspapiers zur Umsetzung der sogenannten Patientenrechterichtlinie 2011/24/EU eingesetzt.

Ziel des Arbeitspapiers ist die Prüfung der Richtlinie 2011/24/EU auf ihren Umsetzungsbedarf. Analysiert wird, welche Aufgaben von den Beteiligten auf Landes- und Bundesebene zu übernehmen und welche rechtlichen Regelungen zu schaffen sind. Die Arbeitsgruppe hat sich im November 2011 erstmalig getroffen und den Entwurf eines Arbeitspapiers diskutiert. Die Fertigstellung und damit verbundenen Positionierungen der Ärzteschaft befinden sich in Abstimmung.

Die Richtlinie 2011/24/EU ist am 24. April 2011 in Kraft getreten und sieht bis zum 25. Oktober 2013 eine zweieinhalbjährige Umsetzungsfrist vor. Mit der Richtlinie soll ein Rechtsrahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung geschaffen werden. Kapitel I regelt den Anwendungsbereich der Richtlinie. Unter anderem wird klargestellt, dass die Richtlinie ein Rechtsrahmen in Ergänzung zum Koordinierungssystem der sozialen Sicherheit nach der Verordnung 883/2004 (früher 1408/71 EWG) ist. Die Richtlinie sieht in Kapitel II den Aufbau von Informationsstrukturen vor: Jeder Mitgliedstaat soll nationale Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung benennen. Diese sollen für Patienten unter anderem Informationen über Gesundheitsdienstleister, Verfahren zur Geltendmachung von Ansprüchen sowie die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung zur Verfügung stellen. In Kapitel III werden die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme und die Kostenerstattung von Auslandsbehandlungen, wie sie vom Gerichtshof der Europäischen Union zur Patientenmobilität entwickelt wurden, kodifiziert. Unionsbürger können weitgehend selbst bestimmen, in welchem Land der Europäischen Union sie sich ambulant oder stationär behandeln lassen. Für Krankenhausbehandlungen, besonders risikobehaftete Behandlungen oder wenn die Gesundheitsversorgung von einem Gesundheitsdienstleister erbracht wird, der unter Patientenschutzgesichtspunkten Anlass zu Bedenken gibt, können die Mitgliedsstaaten eine Vorabgenehmigung verlangen. Die Kosten einer Auslandsbehandlung sollen den Versicherten allerdings nur bis zu der Höhe erstattet werden, die bei einer Behandlung im Herkunftsland angefallen wären. In Deutschland ist die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen seit 2004 in § 13 SGB V gesetzlich festgelegt – geplante stationäre Behandlungen im Ausland müssen vorab genehmigt werden. Mit dem Ziel der Unterstützung regelt Kapitel IV die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten in der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel durch die Förderung von europäischen Referenznetzen für seltene Erkrankungen und die Einrichtung eines freiwilligen Netzwerkes zuständiger nationaler Behörden im Bereich elektronischer Gesundheitsdienste (bspw. für die Schaffung von Identifizierungs- und Authentifizierungsmechanismen für Datenübertragungen). In Kapitel V behält sich die Kommission legislative Durchführungsbefugnisse vor (Komitologie und delegierte Rechtsakte).

1.3.5 Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

Der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte (Standing Committee of European Doctors) koordiniert und vertritt die Interessen der Ärztinnen und Ärzte der EU-Mitgliedstaaten, des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz. Die Mitgliedsorganisationen im CPME sind die repräsentativen nationalen Ärztevereinigungen. Der CPME stimmt auf vielen Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik die Auffassungen der einzelnen nationalen Ärztevereinigungen aufeinander ab, um somit als „Stimme der Ärzte Europas“ die Interessen der europäischen Ärzteschaft gegenüber den

europäischen Institutionen zu vertreten. Außerdem bietet der CPME die Möglichkeit, Positionen und nationale Entwicklungen auszutauschen und europäische Absprachen im Interesse der nationalen Ärzteschaften zu fördern. Da die europäische Ebene in zunehmendem Maße im Bereich der Gesundheitspolitik aktiv wird, ist die Vertretung der Bundesärztekammer im CPME für die deutsche Ärzteschaft unabdingbar.

Seit dem 1. Januar 2010 ist Dr. Konstanty Radziwill aus Polen Präsident des CPME. Seine Stellvertreter sind Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Milan Kubek aus der Tschechischen Republik, Dr. Jörg Pruckner aus Österreich und, nach dem Rücktritt von Dr. Roland Lemye aus Belgien, Dr. Heikki Pälve aus Finnland, der während der Herbstsitzung des CPME in das Präsidium gewählt wurde. Schatzmeisterin ist die Isländerin Dr. Katrin Fjelstedt. Generalsekretärin des Ständigen Ausschusses ist seit Juli 2010 die deutsche Rechtsanwältin Birgit Beger. Leiter der deutschen Delegation ist Dr. Klaus-Dieter Wurche, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer.

Das Berichtsjahr war geprägt durch Änderungen in der Satzung und der Arbeitsweise des CPME. Die durch die Generalversammlung am 27. November 2010 beschlossene Satzungsänderung soll die Arbeit des CPME insbesondere in Abstimmungsverfahren vereinfachen, indem die durch die EU-Erweiterung und die einhergehende Aufnahme neuer Mitgliedsverbände veränderte Komposition besser berücksichtigt wird. Mit Einführung eines gewichteten Stimmrechts sieht die neue Satzung als Ausgleich für kleinere Mitgliedsverbände die Möglichkeit einer Sperrminorität von sechs Mitgliedsverbänden vor. Zudem wurde die Amtszeit des Präsidenten um ein Jahr auf nunmehr drei Jahre verlängert.

Die von der Generalversammlung im Oktober 2009 verabschiedeten Reformvorschläge für eine kostengünstigere und effizientere Arbeitsweise des CPME waren im Jahr 2011 umgesetzt. Im Ergebnis wird die inhaltliche Arbeit vorgelagert und intensiviert. Die Arbeitsgruppen, welche die bisherige Arbeitsstruktur in vier Unterausschüssen abgelöst haben, bereiten vorwiegend dezentral in Telefon- und Internetkonferenzen die Positionen des CPME vor. Treffen der Arbeitsgruppen finden am Vortag der Sitzungen von Vorstand und Generalversammlung statt. Delegierte der Bundesärztekammer im CPME und Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer waren im Berichtsjahr in verschiedenen Arbeitsgruppen aktiv und brachten dort regelmäßig die Positionen der Bundesärztekammer ein.

Die Arbeitsfelder des CPME ergaben sich vor allem anhand der politischen Schwerpunktsetzung der EU. Im Berichtsjahr lagen diese Schwerpunkte bei der Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG (siehe Kapitel 2.4.1) und der praktischen Umsetzung der im August 2010 veröffentlichten „Digitalen Agenda für Europa“. Zu diesen Themenbereichen wurden in den zuständigen Arbeitsgruppen des CPME zu Berufsanerkennung bzw. zu eHealth Stellungnahmen formuliert. Diese beiden Papiere basierten maßgeblich auf den entsprechenden Stellungnahmen der Bundesärztekammer und wurden jeweils vom CPME-Exekutivausschuss verabschiedet. Die CPME-Generalversammlung im November verabschiedete darüber hinaus eine Stellungnahme zum Thema „Health Technology Assessment“, die von der Bundesärztekammer vorbereitet wurde. Für die Überarbeitung der Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG bereitete das CPME ebenfalls eine Stellungnahme vor. Zwar ist die Arbeitszeitrichtlinie für die Dauer der Verhandlungen im europäischen „Sozialen Dialog“ dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren entzogen, gleichwohl wurde in der Arbeitsgruppe unter Leitung von Dr. Mont-

gomery ein Positionspapier für den Fall beraten, dass die Kommission nach Scheitern des „Sozialen Dialogs“ einen Legislativvorschlag für eine Überarbeitung der Arbeitszeitrichtlinie vorlegt. Im Bereich eHealth konnte ein Entwurf der Bundesärztekammer zu einem „europäischen Ärztausweis“, der einer Harmonisierung auf europäischer Ebene durch Interoperabilität der bereits bestehenden Systeme entgegenwirken soll, dem CPME vorgestellt werden. Die Bundesärztekammer wurde gebeten, daraus eine Stellungnahme zu erarbeiten.

Die Sitzungen des Vorstands und der Generalversammlung des CPME fanden im April 2011 in Brüssel und im November 2011 in Warschau statt. In der Sitzung im April wurde neben den Ergebnissen der Arbeitsgruppen die Aufnahme der Ärztekammer Albaniens als Beobachter beschlossen. Dieser Status blieb der Ärztekammer Mazedoniens verwehrt und wurde aufgrund von Einwänden der griechischen und zypriotischen Ärzteverbände hinsichtlich der Landesbezeichnung verschoben. Zwischen den Sitzungen des Vorstands bzw. der Generalversammlung berichten die Arbeitsgruppen dem monatlich tagenden Exekutivausschuss des CPME, in dem Dr. Montgomery als Vizepräsident des CPME vertreten ist, um eine umgehende Entscheidung über Stellungnahmen und Positionen zu gewährleisten. Grundsätzliche Standpunkte des CPME werden auf Vorarbeit in den Arbeitsgruppen durch den Vorstand des CPME beschlossen.

Die deutsche Delegation konnte darüber hinaus den Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, als offiziellen CPME-Kandidaten für die freigewordene Position im Management Board der European Medicines Agency (EMA) durchsetzen. Die endgültige Entscheidung über die Besetzung der Stelle wird von der EMA in 2012 getroffen.

Im Jahr 2012 werden die Aufmerksamkeit des CPME und die Mitwirkung der Bundesärztekammer vornehmlich den verschiedenen Gesetzgebungsprojekten, insbesondere der Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie gelten. Um die Interessen der europäischen Ärztinnen und Ärzte zielgerichtet einzubringen, wird zum einen eine Stellungnahme auf den im Dezember 2011 veröffentlichten Legislativvorschlag der Europäischen Kommission formuliert werden. Zugleich gilt die Aufmerksamkeit des CPME andererseits dem Europäischen Parlament, dessen Position durch die Mitentscheidung im Gesetzgebungsprozess erheblich gestärkt wurde.

1.3.6 Zusammenarbeit in der Europäischen Union

Die Zusammenarbeit der Bundesärztekammer in der Europäischen Union ruht auf zwei Säulen: zum einen auf einem bilateralen Austausch mit einzelnen Ärztekammern und -verbänden anderer Mitgliedstaaten. Zum anderen ist die Bundesärztekammer durch den Auslandsdienst oder einzelne Referenten in verschiedenen europäischen Gremien und Arbeitsgruppen vertreten, um die Interessen der deutschen Ärzteschaft zu wahren und ihre Position möglichst effizient einzubringen.

Bilaterale Treffen zwischen den Präsidien nationaler Ärztekammern oder -organisationen können den Austausch in Gremien wie dem CPME ergänzen, gezielte Absprachen fördern und zu einem besseren gegenseitigen Verständnis für gesundheitspolitische Entwicklungen und für die jeweiligen nationalen Besonderheiten beitragen. Im Berichtsjahr war eine Delegation der Bundesärztekammer unter Leitung von Dr. Frank

Ulrich Montgomery auf Einladung der französischen nationalen Ärztekammer (CNOM – Conseil National de l'Ordre des Médecins) zu Gast in Paris. Im Mittelpunkt des Austausches standen die Überarbeitung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG und die sich abzeichnenden Konsequenzen wie die mögliche Einführung eines mobilitätsbezogenen Berufsausweises oder die verstärkte Nutzung des Binnenmarktinformationssystem (IMI) (siehe Kapitel 2.4.4 bzw. 2.4.1). Des Weiteren konnte ein gemeinsamer Standpunkt gegen die Einführung von Strukturen im Rahmen des Bologna-Prozesses im Medizinstudium formuliert werden. Zudem berichtete die Bundesärztekammer über ihre Bemühungen, das Thema „familienfreundliche Arbeitsplätze“ zu fördern und eine größere Kompatibilität zwischen Beruf und Familie zu ermöglichen.

Als sehr hilfreich haben sich regelmäßige Treffen der Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer mit den entsprechenden Kolleginnen und Kollegen aus den skandinavischen Ländern (Norwegen, Schweden, Finnland, Dänemark) in Verbindung mit den CPME-Sitzungen erwiesen. Bei der Vorbereitung von Stellungnahmen und bei anstehenden strategischen sowie organisatorischen Fragen des CPME bieten diese Treffen einen wertvollen Austausch im Kontext der europäischen Zusammenarbeit im Sinne einer effizienten Interessenvertretung der deutschen Ärzteschaft. Vertreter des Auslandsdienstes waren außerdem häufig bei den Jahresversammlungen einiger Ärzteorganisationen als Ehrengäste eingeladen und konnten hier anstehende Projekte und Aktivitäten beraten (siehe Kapitel 1.4.4).

Die Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben (CEOM – Conseil Européen des Ordres des Médecins) ist aus einem informellen Zusammenschluss der europäischen Ärztekammern hervorgegangen. Der Arbeitsschwerpunkt der CEOM galt seither der Koordinierung der Verfahren in den EU-Mitgliedsstaaten, die im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Richtlinie über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen bzw. der Diplome der Ärztinnen und Ärzte Anwendung finden. An den Sitzungen der CEOM nehmen seitens der Bundesärztekammer in der Regel Mitarbeiter des Auslandsdienstes teil.

Im Mittelpunkt der CEOM-Sitzung im Mai 2011 in Kos stand die Wahl eines neuen Präsidiums. Zum neuen Präsidenten wurde Dr. Roland Kerzmann aus Belgien gewählt. Vizepräsidenten wurden Dr. Nicola D'Autilia aus Italien, Dr. Gordana Kalan-Živčec aus Slowenien, Dr. Gheorghe Borcean aus Rumänien und Dr. José Ramon Huerta aus Spanien. Den Vorstand der CEOM vervollständigt der Franzose Dr. Francis Montané als Generalsekretär. Im Rahmen der Sitzung in Kos beschloss die CEOM, bei Enthaltung der Bundesärztekammer, eine Neufassung des Deontologischen Kodex. In der Novemberversammlung in Turin beriet sie ein Forschungsprojekt zur Migration von Ärztinnen und Ärzten in der EU. Die Bundesärztekammer hat an der Datenerfassung für Deutschland mitgewirkt und wird das Projekt auch in dieser Hinsicht in Zukunft unterstützen.

Eine weitere europäische Ärzteorganisation sind die European Junior Doctors (EJD), welche die jungen Ärztinnen und Ärzte vertreten. Auf deren Einladung übernahm ein Mitarbeiter des Auslandsdienstes eine Präsentation zum Thema „Bologna in der Medizin“ während des EJD Jahrestreffens im November auf Malta. Für die jungen Ärztinnen und Ärzte war besonders die Einführung des dritten Zyklus im Rahmen des Bologna-Prozesses, der die Promotion bzw. das „PhD“ in den jeweiligen Ländern regelt, von großem Interesse. In dem Vortrag und der anschließenden Diskussion konnte die ablehnende Position der Bundesärztekammer zum Bologna-Prozess erörtert werden.

Der Besuch der Veranstaltung diene aber auch dazu, dem oftmals schwierigen Verhältnis zwischen den europäischen Ärzteorganisationen entgegenzuwirken und den EJD wieder näher an den CPME zu binden.

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 57. Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteverbände fand vom 7. bis 9. Juli 2011 auf Einladung des Luxemburgischen Ärzte- und Zahnärztebundes in Luxemburg statt. Neben den Vertretern aus Luxemburg nahmen Delegierte aus Österreich, der Schweiz, Südtirol und Deutschland teil. Die Schwerpunktthemen waren u. a. das luxemburgische Gesundheitssystem, das Belegarztsystem in den Krankenhäusern in Luxemburg, kranke Ärztinnen und Ärzte – Burnout, Fehlerkultur und Fehlermeldesysteme in österreichischen Krankenhäusern, Ärztenetzwerke in Österreich, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Position der deutschen Ärzteschaft zu Facharzttiteln auf europäischer Ebene. Anhand der einzelnen Länderberichte konnte über die spezifische Situation und einzelne Problempunkte der vertretenen Organisationen beraten und über aktuelle Entwicklungen im internationalen Bereich abgestimmt werden. Die ständige Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteverbände traf sich bereits einen Tag vor dem offiziellen Beginn des Treffens. Die Konsultativtagung bietet den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesärztekammer eine hervorragende Gelegenheit zum Austausch mit den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen in Vorbereitung auf die Sitzungen des CPME und anderer Gremien. Die 58. Konsultativtagung wird auf Einladung der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Juli 2012 in Deutschland stattfinden.

Eine enge europäische Zusammenarbeit besteht schließlich auch im Bereich der Berufsankennung. Im Zuge der Evaluierung der Richtlinie 2005/36/EG hatte die Europäische Kommission ein informelles Netzwerk der für die Anerkennung von Berufsqualifikationen zuständigen Behörden ins Leben gerufen (siehe Kapitel 2.4.2). Gemeinsam mit dem französischen Conseil National de l'Ordre des Médecins und dem britischen General Medical Council (GMC) wurde die Bundesärztekammer durch die Kommission um die Steuerung des informellen Netzwerks für Ärzte gebeten. Dieses Netzwerk hat über die Evaluierung der Richtlinie hinaus auch den 2011 fortgeführten Prozess der Richtlinienüberarbeitung aktiv begleitet. An den Erfolg des „Berlin Statement“ anknüpfend, einer gemeinsamen Schlusserklärung von 25 Behörden aus 23 Mitgliedstaaten, hat das Netzwerk im Berichtsjahr zwei gemeinsame Stellungnahmen formuliert: im Februar zum Konsultationspapier der Generaldirektion „Binnenmarkt und Dienstleistung“ und im September zum Grünbuch „Überarbeitung der Richtlinie über Berufsqualifikationen“ (siehe Kapitel 2.4.1 und 2.4.2). Die Bundesärztekammer konnte in diesem Prozess ihre eigene Stellungnahme zu einem großen Teil einbringen. Den durch das Netzwerk entstandenen regelmäßigen und guten Kontakt zu den britischen und französischen Kolleginnen und Kollegen konnte der Auslandsdienst der Bundesärztekammer im Rahmen vieler anderer europäischen Projekte und Aktivitäten gezielt nutzen.

Bilaterale Treffen erhalten in der europäischen Zusammenarbeit der Bundesärztekammer im Jahre 2012 nicht zuletzt aufgrund des im Juni 2011 neugewählten Präsidiums der Bundesärztekammer einen besonderen Stellenwert. Um den wichtigen Austausch mit der polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer fortzusetzen, hat der Präsident der

Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, für das Frühjahr 2012 zu einem bilateralen Treffen in Berlin eingeladen. Zudem soll an die Konsultationen in Paris anknüpfend eine Einladung an den französischen CNOM zu einem Gegenbesuch ausgesprochen werden. Vorgesehen ist außerdem eine verstärkte Zusammenarbeit auf Arbeitsebene auch mit anderen Nachbarländern, etwa zu den Themen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Zur Unterstützung der Aktivitäten der tschechischen und slowakischen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von großangelegten nationalen Streiks hat die Bundesärztekammer mit entsprechenden Schreiben des Präsidenten an die politisch Verantwortlichen reagiert und somit eindeutig Solidarität demonstriert. Besonders den slowakischen Ärztinnen und Ärzten, die sich unverhältnismäßiger Angriffe durch die Staatsführung des Landes ausgesetzt sahen, wurde von Seiten der Bundesärztekammer und des CPME Unterstützung angeboten.

Zusätzlich zur Vertretung der Bundesärztekammer in europäischen Gremien und Organisationen nahmen Mitarbeiter des Auslandsdienstes 2011 auch an nationalen Treffen mit europäischer Ausrichtung teil. Neben den Europaarbeitskreisen und Ausschüssen des Bundes der Freien Berufe (BFB) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) zählte dazu die Teilnahme in den Gremien und Veranstaltungen des Netzwerks Europäische Bewegung Deutschland (EBD), dessen Mitglied die Bundesärztekammer seit 2010 ist, um die europäischen Initiativen und Aktivitäten im Sinne der deutschen Ärzteschaft zu vertreten.

Die Zusammenarbeit in den europäischen Gremien wird im Jahr 2012 durch die Überarbeitung der Berufsanerkenntnisrichtlinie bestimmt werden. Mit der Veröffentlichung des Legislativvorschlags zur Überarbeitung der Richtlinie im Dezember 2011 wird die Arbeit des „informellen Netzwerks“ im kommenden Jahr sicherlich eine Fortsetzung finden. Darüber hinaus wird zu beraten sein, wie das informelle Netzwerk als Forum für den Austausch von Informationen und Erfahrungen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung in den EU-Mitgliedstaaten bzw. zur Anerkennung von Berufsqualifikationen über die Überarbeitung der Richtlinie hinaus fortgesetzt werden kann.

1.4 Internationale Angelegenheiten

1.4.1 Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA)

Das Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA) bietet der Bundesärztekammer die Möglichkeit zur Kontaktpflege und zum Erfahrungsaustausch mit den Ärztekammern in den Nachbarländern Mittel- und Osteuropas. Vom 29. September bis zum 1. Oktober 2011 fand auf Einladung der polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer in Krakau das 18. Symposium statt und wurde auch in diesem Jahr mit inhaltlicher und personeller Unterstützung des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer organisiert. Die deutsche Ärzteschaft war neben der polnischen ebenso vertreten wie die Ärztekammern aus Österreich, Albanien, Kroatien, Mazedonien, Serbien, Rumänien, Ungarn und Tschechien. Außerdem nahmen Vertreter der bosnisch-herzegowinischen Ärzteschaft aus dem Kanton Zenica-Doboj teil.

Das Symposium nahm sich in diesem Jahr dem Thema „Weiterbildung als Aufgabe der Ärztekammern“ an. Ziel war eine Bestandsaufnahme in den Ärztekammern Mittel- und Osteuropas und die Diskussion über zahlreiche Bestrebungen auf europäischer Ebene, Weiterbildungsangebote ohne die Beteiligung der verantwortlichen nationalen Ärztekammern anzubieten. Ein Mitarbeiter der Bundesärztekammer stellte eine vom Auslandsdienst unter den Ärztekammern Mittel- und Osteuropas durchgeführte Studie über die Aufgaben der jeweiligen Ärztekammern bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten vor. In sehr kurzer Zeit waren die Informationen von nahezu allen angefragten Partnerorganisationen der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellt worden. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichten, dass in vielen Ländern die Weiterbildung nicht durch die ärztlichen Selbstverwaltungsgremien durchgeführt wird. Dies führt zu einer unterschiedlichen Bewertung der Aktivitäten im Bereich Weiterbildung auf europäischer Ebene. Die Bundesärztekammer sieht dabei einen Kompetenzkonflikt mit dem Weiterbildungsrecht vieler Kammern auf nationaler Ebene. Eine Position, die der Vizepräsident der polnischen Ärztekammer, Dr. Romunald Krajewski, der gleichzeitig auch Vertreter des europäischen Fachärzterverbandes Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) ist, nicht teilte, da z. B. die Regulierung in diesem Bereich in Polen nicht durch die Kammer, sondern durch die Regierung erfolgt. Sein Kollege Dr. Konstanty Radziwill, ebenfalls stellvertretender Kammerpräsident in Polen, unterstrich in seiner Funktion als Präsident des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) dagegen die Notwendigkeit, die Kompetenz der Weiterbildung auf nationaler Ebene zu verteidigen und damit, wie in den meisten Ländern, in den Händen der nationalen ärztlichen Selbstverwaltungsorganisationen zu belassen.

Ein weiteres Thema war die Zukunft des Symposiums. Von Seiten der Bundesärztekammer wurde die Idee einer gemeinsamen Internetseite vorgestellt, die zum einen als Archiv für die vergangenen Veranstaltungen und Resolutionen fungieren kann, aber auch über die Grundprinzipien der ärztlichen Selbstverwaltung informieren und die Gemeinsamkeit von Strukturen in der Region aufzeigen soll. Es wurde von der Bereitschaft der Hans-Neuffer-Stiftung berichtet, einen Internetauftritt finanziell zu ermöglichen. Neben Polen waren auch Vertreter aus Serbien bereit, sich an der Konzipierung der Internetseite zu beteiligen. Insgesamt stieß die Idee auf große Zustimmung. Zumal auf diese Art und Weise sowohl kleinere nationale Verbände, welche das Symposium durchführen möchten, organisatorische Hilfestellung, aber auch Medienvertreter schneller Informationen erhalten können. Für die Bundesärztekammer hätte es den Vorteil, vor allem bei der administrativen Unterstützung bei der Organisation des ZEVA-Symposiums entlastet zu werden, da viele Ländervertreter direkt auf bestimmte Informationen zugreifen könnten. Außerdem wäre eine internationale Informationsplattform über ärztliche Selbstverwaltung in der Region Mittel- und Osteuropas in englischer Sprache den Projekten und Aktivitäten des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer national und international sehr dienlich.

In Länderberichten wurden die gesundheitspolitischen Entwicklungen in den am Symposium beteiligten Staaten vorgestellt und diskutiert. Positiv wurde der Bericht der ungarischen Ärztekammer aufgenommen, wonach eine Pflichtmitgliedschaft seit 2010 wieder eingeführt worden sei.

Eine Registrierung und Relizenzierung wird nunmehr auch von der mazedonischen Ärztekammer durchgeführt. Allerdings wurde auch vom weiteren, ständigen Ringen

um die Unabhängigkeit gegenüber staatlichen Stellen berichtet. Als Ergebnis des letzten ZEVA-Symposiums ist auch der Bereich „Qualität in der Medizin“, der von der Bundesärztekammer vorgeschlagen und begleitet worden war, zum wichtigen Schwerpunkt der mazedonischen Kammerarbeit geworden. In diesem Zusammenhang verwies die serbische Vertreterin auf ihre Bemühungen, die ärztliche Fortbildung in die Zuständigkeit der serbischen Ärztekammer zu bringen, was bislang von der staatlichen Seite verwehrt wurde.

Der Bericht aus dem Kammerwesen in Deutschland hatte die Neuwahlen des Präsidiums der Bundesärztekammer und die medizinethischen Diskussionen auf dem Deutschen Ärztetag in Kiel zum Thema. Die Ausführungen von Dr. Klaus-Dieter Wurche stießen auf großes Interesse der Anwesenden, da so das Symposium um einen medizinethischen Aspekt ergänzt wurde.

Sowohl von polnischen als auch von rumänischen Vertretern wurde eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens beklagt. Privatwirtschaftliche Lösungen gingen zum Beispiel in Polen auch mit einer größeren Klagebereitschaft der Patientinnen und Patienten einher und in der Folge auch mit entsprechenden Auswirkungen auf die Prämienentwicklung von Versicherungen. Ursache dafür sei ein neues Patientenrechtgesetz, das Entschädigungen für ungünstig verlaufene Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte vorsieht.

Eine Priorität der Kammerarbeit einiger Länder liegt nach wie vor in der Aufnahme in europäische bzw. internationale Gremien und Vereinigungen. So hat die albanische Ärztekammer einen Beobachterstatus beim CPME erhalten, welcher der mazedonischen aufgrund ihres Namens durch ein Veto der griechischen und zyprischen Ärztevereinigungen versagt geblieben ist (siehe Kapitel 1.3.5). Die kroatische Ärztekammer berichtete von Anstrengungen, im Zuge des bevorstehenden Beitritts zur EU nationale Facharztbezeichnungen an die in Anhang V der Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG aufgeführten fachärztlichen Rubriken (siehe Kapitel 2.4.1) anzupassen.

Unstete politische Entscheidungen in der Gesundheitspolitik ihrer Länder wurden sowohl vom tschechischen als auch vom rumänischen Vertreter beklagt. In Rumänien ging die Zuständigkeit für den nationalen Gesundheitsfonds vom Parlament zum Gesundheitsministerium über. Die tschechischen Ärztinnen und Ärzte konnten sich hingegen mit ihrer Forderung nach besseren Arbeitsbedingungen und einer angemessenen Bezahlung durchsetzen. Ihr Streik „Thank you, we are leaving“, in dem die Ärztinnen und Ärzte drohten, das Land zu verlassen, hatte über die tschechischen Grenzen hinweg für Aufsehen gesorgt. So hatten sich auch die Bundesärztekammer und der CPME in Briefen an den Ministerpräsidenten und den Gesundheitsminister der Tschechischen Republik mit ihren Kolleginnen und Kollegen solidarisch erklärt. Aus Serbien wurde in der Diskussion über eine hohe Arbeitslosigkeit unter den dortigen Ärztinnen und Ärzten berichtet.

Mit einer gemeinsamen Erklärung von Krakau, in der sich die Teilnehmer des 18. Symposiums der Zentral- und Osteuropäischen Ärztekammern auf die gemeinsamen Werte der ärztlichen Selbstverwaltung berufen, endete das Treffen. Für das ZEVA-Symposium im Jahr 2012 hat die kroatische Ärztekammer eine Einladung ausgesprochen.

1.4.2 Weltärztebund (World Medical Association)

Die deutsche Ärzteschaft ist durch die Bundesärztekammer im Weltärztebund (WMA – World Medical Association) vertreten. Dr. Frank Ulrich Montgomery hatte im Jahre 2011 neben einem Sitz im Vorstand des WMA die Position des Schatzmeisters inne. Der WMA vertritt die Interessen der internationalen Ärzteschaft, verfasst regelmäßig Stellungnahmen zu sozialen und gesellschaftlichen Fragen im Bereich Medizin und Gesundheit und ist insbesondere an der Erarbeitung eines globalen Konsenses über ärztliche Ethik federführend. Ein herausragendes Beispiel ist die „Deklaration von Helsinki“ aus dem Jahre 1964. In ihrer überarbeiteten Version hat sie den internationalen Maßstab für die Durchführung von klinischen Studien am Menschen gesetzt und somit auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mitgeprägt. Um die Aktualität zu gewährleisten, soll die „Deklaration von Helsinki“ von einer 2011 durch den Vorstand des Weltärztebundes eingesetzten Arbeitsgruppe bis zum 50. Jubiläum 2014 auf den neuesten Stand gebracht werden. Die Bundesärztekammer wurde vom WMA mit der verantwortungsvollen Aufgabe betraut, diese Arbeitsgruppe zu leiten.

Dieser Entscheidung war eine Arbeitsgruppe vorausgegangen, die sich mit dem Einsatz von Placebos in klinischen Studien befasste. Ein Bereich, der bei der letzten Revision der „Deklaration von Helsinki“ 2008 strittig geblieben ist. Eine Kompromissformulierung, die dem Vorstand in Montevideo im Oktober 2011 präsentiert werden konnte, war das Ergebnis der mehrjährigen Beratungen dieser Arbeitsgruppe, welche ebenfalls unter Vorsitz der Bundesärztekammer getagt hatte. Neben den Treffen im Rahmen der regulären Sitzungen des WMA wurde im Juli 2011 eine Expertenkonferenz in Sao Paulo, Brasilien, zu diesem Thema abgehalten, die aufgrund des Tsunamis und dessen Folgen in Japan von Tokio dorthin verlegt werden musste. Der Auslandsdienst, der mit der Organisation der Konferenz betraut war, stimmte sich bei der Vorbereitung und inhaltlichen Diskussion in der Arbeitsgruppe eng mit dem Ethikexperten und Vorsitzenden der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Urban Wiesing, ab.

Der Vorstand des Weltärztebundes hatte 2011 zunächst im April in Sydney, Australien, und dann im Oktober in Montevideo, Uruguay, getagt und zahlreiche Dokumente für die 62. WMA-Generalversammlung in Montevideo vorbereitet. Unter anderem hat der WMA 2011 zu sozialen Determinanten in der Gesundheit, Gesundheitsgefahren durch Tabak und Tabakprodukte, der globalen Bürde durch chronische Krankheiten und zum Zugang zu adäquaten Schmerztherapien Stellung bezogen. In einem Dokument wurde der Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit sogenannten „sozialen Medien“ thematisiert. Ein Papier, das sich mit ärztlichen Maßnahmen und möglichen Netzwerken im Falle von Katastrophen befasst, wurde feierlich zur „Deklaration von Montevideo“ umbenannt. Der Auslandsdienst hat wie in den vergangenen Jahren alle zur Entscheidung anstehenden Dokumente des Weltärztebundes aus dem englischen Original ins Deutsche übersetzen lassen und im Hinblick auf eine einheitliche Terminologie überarbeitet. Die deutschen Dokumente werden in regelmäßigen Abständen im Handbuch der WMA-Deklaration veröffentlicht und im Rahmen des Internetauftritts der Bundesärztekammer als PDF-Dokument bereitgestellt.

Einen Schwerpunkt bildeten in diesem Jahr die Vorkommnisse im Rahmen der politischen Verwerfungen in Bahrain. Der WMA mahnte die Regierung von Bahrain, verhafteten Ärztinnen und Ärzten einen fairen Prozess zu ermöglichen, und sprach sich darü-

ber hinaus in einer zweiten Resolution für die Unabhängigkeit von Ärzteorganisationen von Regierungspolitik aus, die in Bahrain gefährdet zu sein scheint.

In Montevideo trat der Brasilianer Dr. José Luiz Gomes do Amaral sein Amt als WMA-Präsident an. Für die Amtsperiode 2012/2013 setzte sich Dr. Cecil Wilson aus den USA in einer Wahl gegen Prof. Dr. Ahmed Sharfuddin aus Bangladesch durch. Er wird in sein Amt als Präsident des WMA bei der nächsten Generalversammlung im thailändischen Bangkok im Oktober 2012 eingeführt werden. Schwerpunkt der wissenschaftlichen Veranstaltung in Montevideo war „die Beendigung des Rauchens“. Die Befassung mit diesem Thema ging auf den ausdrücklichen Wunsch des gastgebenden uruguayischen Ärzteverbandes zurück, da sich Uruguay in den letzten Jahren erfolgreich für eine konsequente Politik gegen das Rauchen eingesetzt hat. Mit der Aufnahme der Ärzteverbände Trinidad und Tobagos, Usbekistans und Tansanias hat der WMA nunmehr 100 Mitglieder.

Neben der bereits erwähnten Arbeitsgruppe „Placebo“ übernahmen der Präsident der Bundesärztekammer und Vertreter des Auslandsdienstes in verschiedenen WMA-Arbeitsgruppen Aufgaben und unterstützten zudem mehrere vom WMA koordinierte Projekte. Als Mitglied in der WMA-Effizienzgruppe nimmt die Bundesärztekammer Einfluss auf die Gestaltung, Terminierung und inhaltliche Vorbereitung der WMA-Sitzungen. Die Bundesärztekammer ist darüber hinaus sehr aktiv in den Arbeitsgruppen zu den Themen „Todesstrafe“, „Medizinische Grundversorgung“, „Ethische Organbeschaffung“ und in der WMA „Advocacy Group“. Für die Bundesärztekammer wird im Jahr 2012 vor allem die Koordinierung der Arbeitsgruppen, insbesondere jener zur „Überarbeitung der Deklaration von Helsinki“, im Vordergrund stehen. Darüber hinaus werden die politischen Entwicklungen im arabischen Raum und deren Auswirkungen auf die Ärztinnen und Ärzte vor Ort ein gemeinsames, abgestimmtes Vorgehen mit dem WMA weiterhin erforderlich machen.

1.4.3 Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

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

Das European Forum of Medical Associations (EFMA) dient als Verbindungsglied zwischen den nationalen europäischen Ärzteorganisationen und dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen. Die Bundesärztekammer ist Mitglied im EFMA-WHO-Verbindungsausschuss (EFMA-WHO Liaison Committee). Der Ausschuss entwirft unter anderem das Programm des jährlich stattfindenden Forums, das im Berichtsjahr vom 23. bis 25. Juni auf Einladung des belgischen Ärzteverbandes in Brüssel veranstaltet wurde.

Im September 2010 wurden zwei Arbeitsgruppen zu den Themen „Antibiotikaresistenzen“ sowie „Immunisierung“ ins Leben gerufen, denen ärztliche Vertreter aus ganz Europa sowie WHO-Experten angehören. Die beiden Arbeitsgruppen tagten in der ersten Hälfte des Jahres 2011 und bereiteten jeweils einen Workshop für das Forum in Brüssel vor. Die Ergebnisse wurde während des Hauptprogramms vorgestellt und durch Vorträge von WHO-Experten sowie Länderberichten einzelner Teilnehmer ergänzt. Außerdem besprochen wurden die Themen „Ärztemigration“ und „Patientenrechte“. Insgesamt nahmen ca. 90 Personen aus 26 Ländern teil. Mit finanzieller Unterstützung der

Hans-Neuffer-Stiftung konnte die Bundesärztekammer eine Teilnahme der Vertreter aus Bosnien und Herzegowina, Albanien und Kosovo ermöglichen.

Die Zusammenarbeit mit Vertretern der WHO auf dieser Ebene bietet der Bundesärztekammer eine einzigartige Plattform, um über aktuelle Themen zu beraten, wichtige Kontakte zu schließen und internationale Netzwerke aufzubauen. Der Erfahrungsaustausch mit europäischen Ärzteverbänden von Staaten außerhalb der Europäischen Union ist ein weiterer wertvoller Aspekt in der Zusammenarbeit mit dem EFMA. Das nächste Forum wird voraussichtlich vom 19. bis 21. April 2012 in Eriwan in Armenien stattfinden. Zur Vorbereitung dieses Treffens tagte der EFMA-WHO-Verbindungsausschuss unter Vorsitz des Vertreters der Bundesärztekammer im November 2011 in Berlin. Als einer der thematischen Schwerpunkte für das EFMA Forum 2012 wurde der Einfluss der Finanzkrise auf die Gesundheitssysteme und die Gesundheitsversorgung festgelegt. Außerdem konnte auch von den Ergebnissen der Jahrestagung des WHO-Regionalbüros Europa im September 2011 in Baku berichtet werden. Die WHO-Strategie 2020, die auf der Jahrestagung präsentiert wurde, wird als eines der Hauptthemen beim EFMA-Forum aufgegriffen. Somit soll den teilnehmenden Ärzteverbänden die Möglichkeit gegeben werden, bei der Entwicklung der Strategie entscheidende Impulse zu setzen und somit auf deren Inhalt Einfluss zu nehmen.

1.4.4 Internationale Zusammenarbeit

Im Berichtszeitraum empfing der Auslandsdienst Delegationen und Besucher aus Brasilien, China, Japan, Israel, Nord- und Südkorea, Kosovo, Russland, Schweden und den Vereinigten Staaten von Amerika in der Bundesärztekammer. Den Ärztinnen und Ärzten sowie Gesundheitsexpertinnen und -experten wurden die Aufgaben und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vorgestellt, eine Einführung in das deutsche Gesundheitssystem gegeben und die Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu verschiedenen aktuellen gesundheitspolitischen Themen dargelegt. Darüber hinaus wurde im Einzelfall auf die spezifischen Fragen und Themenwünsche der Delegationen eingegangen. Neben dem Aufbau des deutschen Gesundheitssystems wurden im Berichtsjahr Themen wie die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern oder die Aufarbeitung der NS-Vergangenheit durch die deutsche Ärzteschaft von internationalen Besuchergruppen besonders nachgefragt.

Der Besuch des Präsidenten des Weltärztebundes (WMA), Dr. Wonchat Subhachaturas aus Thailand, und des Vorsitzenden des WMA-Vorstandes, Dr. Mukesh Haikerwal aus Australien, im Frühjahr 2011 in der Bundesärztekammer hatte in der ersten Linie die zukünftige Entwicklung des WMA und die Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer zum Thema.

Vertreter des Auslandsdienstes wurden darüber hinaus regelmäßig eingeladen, Vorträge bei den Veranstaltungen der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin (DCGM) zu halten und die Besuchergruppen zu begleiten. Außerdem stellte ein Vertreter des Auslandsdienstes in der Gesprächsrunde „Humanitäre Hilfe“ der Ärztekammer Niedersachsen den Stand der Diskussionen zum Thema internationaler Katastrophenschutz auf internationaler Ebene, insbesondere im Weltärztebund, dar. Auch die Zusammenarbeit mit den für Gesundheitspolitik zuständigen Stellen der ausländischen Botschaften

in Berlin hat 2011 zugenommen. Diese informierten sich bei der Bundesärztekammer über verschiedene Aspekte des Gesundheitswesens in Deutschland. Besonders interessiert zeigten sich hier viele asiatische Botschaften. Bei einem Treffen in der russischen Botschaft mit Vertretern der Russian Medical Society konnte über gemeinsame Aktivitäten und dem möglichen Aufbau einer nationalen Ärztekammer in Russland im Rahmen des Deutsch-Russischen-Kooperationsabkommens beraten werden.

Ein Ausdruck zunehmender Aufmerksamkeit der internationalen Dimension von Gesundheitspolitik in Deutschland stellt auch die gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie des Auswärtigen Amtes dar, verschiedene Institutionen und Organisationen zum Workshop „Globale Gesundheitspolitik“ einzuladen und gemeinsam Strukturen einer globalen Gesundheitspolitik auf Arbeitsebene zu diskutieren. Die Bundesärztekammer war auch hier durch den Auslandsdienst vertreten.

Der Auslandsdienst initiierte außerdem regelmäßig informelle Zusammenkünfte und bilaterale Gespräche mit internationalen Partnern am Rande verschiedener internationaler Veranstaltungen. Zum 35. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer im Februar 2011 begrüßte das Team zum Beispiel ärztliche Kolleginnen und Kollegen aus Bosnien und Herzegowina, Lettland, Rumänien, Serbien und Ungarn als Gäste (siehe Kapitel 2.3.3).

Während des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel betreute der Auslandsdienst insgesamt 41 internationale Gäste aus Bosnien und Herzegowina, Brasilien, Bulgarien, Frankreich, Italien und Südtirol, Kosovo, Kroatien, Lettland, Mazedonien, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, Schweden, der Schweiz, Serbien, der Slowakei, der Tschechischen Republik, der Ukraine, Ungarn, den USA und Thailand. Der Rahmen des Ärztetages wird seit Jahren auch als Forum genutzt, um mit den einzelnen nationalen Ärztorganisationen bilaterale Gespräche zu führen, sich für die Arbeit in internationalen Gremien abzustimmen sowie um im engen Dialog zu bleiben. So fand ein Treffen des Auslandsdienstes mit Vertretern des nationalen Verbands der Ärzte- und Zahnärztekammern Italiens (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – FNOMCeO) in Kiel statt, bei dem die europäische Dimension der ärztlichen Weiterbildung Thema war (siehe Kapitel 2.4.3). Außerdem wurde während des deutschen Ärztetages eine Sitzung mit Vertretern der bosnisch-herzegowinischen Ärztekammern organisiert. Diese berichteten über den neuesten Stand der Gründung einer Ärztekammer auf der Ebene der bosnisch-herzegowinischen Föderation, einer der Entitäten des Gesamtstaates Bosnien und Herzegowina, und von einer neuen Initiative des Gesundheitsministeriums der bosnisch-herzegowinischen Föderation für eine Kammergründung. Die Bundesärztekammer unterstützt dort seit Jahren diese Bemühungen der Ärztinnen und Ärzte (siehe Kapitel 1.4.2). Des Weiteren konnten in einem Gespräch mit dem Gesundheitsminister von Kosovo, Prof. Dr. Ferid Agani, konkrete Projekte abgestimmt und ein Fahrplan zum Aufbau einer Ärztekammer in Kosovo, gemeinsam mit dem Generalsekretär des Weltärztebundes, Dr. Otmar Kloiber, erarbeitet werden.

Die Bundesärztekammer genießt aufgrund ihres kontinuierlichen und nachhaltigen Engagements unter den mittel-, ost- und südosteuropäischen Ärztorganisationen großes Ansehen. Die Teilnahme vieler Vertreter aus Südosteuropa an den Deutschen Ärztetagen zeigt unter anderem die wachsende Bindung an die deutsche Ärzteschaft und das Interesse an dem Verlauf der berufspolitischen Diskussionen in Deutschland.

Die Aktivitäten in Russland und Südosteuropa hatten auch im Berichtsjahr einen Schwerpunkt bei der internationalen Arbeit der Bundesärztekammer. Dabei wurden in erster Linie Projekte aus den vergangenen Jahren fortgeführt oder weiterentwickelt. Das Engagement in Kosovo geht vor allem auf die Anfrage der neuen Regierung dort zurück, beim Aufbau einer Ärztekammer zu helfen. Die Bundesärztekammer stand dem Ministerium in Kosovo beratend zur Seite und war in ständigem Austausch mit verschiedenen Stellen, wie dem deutschen Botschafter, Vertretern des Hohen Beauftragten der EU in Kosovo, Abgeordneten des kosovarischen Parlaments und Vertretern der Universitätsmedizin in Pristina. Ende September 2011 fand ein zweitägiges ärztliches Fortbildungsseminar zur Berufspolitik, kombiniert mit klinischen Modulen, statt. Dabei kooperierte die Bundesärztekammer mit dem Universitätsklinikum Mannheim, das regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen vor allem für Chirurgen in Kosovo durchführt. Finanziell wurde das Seminar von der Hans-Neuffer-Stiftung ermöglicht. Mitarbeiter des Auslandsdienstes und der Mitorganisator Dr. Salih Berisha vom Universitätsklinikum Mannheim konnten bei der Durchführung auf studentische Hilfskräfte vor Ort zurückgreifen. Die Bundesärztekammer wurde von ihrem Präsidenten, Dr. Frank Ulrich Montgomery, sowie vom ersten Vorsitzenden des Marburger Bundes und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, Rudolf Henke, MdB, vertreten. Die mediale und politische Aufmerksamkeit war groß. Die Veranstaltung war mit ca. 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern die größte ihrer Art für Ärztinnen und Ärzte in Kosovo und konnte das breite Spektrum ärztlicher Selbstverwaltung der anwesenden kosovarischen Ärzteschaft aufzeigen. In einer gemeinsamen Pressekonferenz stellte die Bundesärztekammer ihr Anliegen mit dem Minister und den Mitorganisatoren der Presse vor. Außer in Interviews des Präsidenten Dr. Montgomery mit dem nationalen Fernsehsender konnten die Vorzüge einer Ärztekammer und die notwendigen Voraussetzungen für deren Aufbau darüber hinaus von einem Mitarbeiter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer in einem zwanzigminütigen Live-Fernsehinterview erläutert werden. Im Anschluss an die Veranstaltung organisierte das Gesundheitsministerium unter Leitung des Ministers, Prof. Dr. Ferid Agani, ein Treffen von ca. 50 Angehörigen der Gesundheitsberufe, die jeweils ihre Vertreter für die Vorbereitungen zur Gründung von Kammern wählten. Die Bundesärztekammer wurde gebeten, den 15 Ärztevertretern bei ihrer künftigen Arbeit zur Seite zu stehen. Der Auslandsdienst steht seitdem in engem Kontakt mit dem kosovarischen Ministerium und den Ärztevertretern vor Ort und begleitet intensiv die Vorbereitungen zur Gründung der kosovarischen Ärztekammer, die 2012 erfolgen soll. Mit finanzieller Hilfe der Hans-Neuffer-Stiftung konnten unter anderem deutsche Gesetzestexte und die Satzung der Ärztekammer Sachsen sowie die ärztliche Berufsordnung dem Ministerium in albanischer Sprache zur Verfügung gestellt werden.

Die Bundesärztekammer hat ihre seit Jahren fortlaufenden Bemühungen zum Aufbau einer nationalen Ärztekammer in Bosnien und Herzegowina auch im Berichtsjahr fortgesetzt. Aus Verbundenheit zu den Ärztinnen und Ärzten in der bosnisch-herzegowinischen Entität Republika Srpska war ein Vertreter des Auslandsdienstes Ehrengast und Redner bei den Feierlichkeiten zum zehnjährigen Bestehen der dortigen Ärztekammer Anfang November in Banja Luka.

Angesichts vergleichbarer Herausforderungen für die Ärzteschaft europa- und weltweit ist die Förderung und Stabilisierung der Selbstverwaltung in Ländern mit ähnlichen Strukturen im Interesse der deutschen Ärzteschaft. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Migration von Ärztinnen und Ärzten vor allem aus Ländern außerhalb der Eu-

ropäischen Union, verbunden mit Fragen zur Berufsanerkennung und Qualitätsprüfung, ist dies auch hilfreich für die Arbeit der Landesärztekammern im Zusammenhang mit der Einschätzung von Aus-, Weiter- und Fortbildungen aus ganz Europa (siehe Kapitel 2.4).

Ein besonders enger Erfahrungsaustausch mit Ländern außerhalb der Europäischen Union besteht seit Jahren mit ärztlichen Vertretern Israels, Serbiens, Japans und den USA. Mit dem norwegischen Ärzteverband wird ebenfalls seit vielen Jahren ein sehr enger und reger Kontakt gepflegt. So nahm in 2011 ein Vertreter des Auslandsdienstes an der 125-Jahr-Feier der Norwegian Medical Association Ende Mai in Oslo als Ehrengast teil.

Im Juni 2011 war ein Mitarbeiter des Auslandsdienstes auf Einladung der British Medical Association (BMA) zum Jahrestreffen in Cardiff eingeladen und Dr. Montgomery besuchte das „Annual Meeting“ der American Medical Association (AMA) in Chicago. Diese beiden Veranstaltungen der jeweiligen nationalen Ärztenverbände sind gemeinsam mit dem Deutschen Ärztetag die weltweit größten Veranstaltungen mit einer übernationalen Bedeutung und internationalen Gästen.

In Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund wird der Auslandsdienst im Jahr 2012 auch verstärkt Aktivitäten in Ländern des arabischen Raums unterstützen. Diese Region ist in den internationalen ärztlichen Gremien bislang noch unterrepräsentiert. Besonders während der politischen Unruhen in diesen Ländern pflegte die Bundesärztekammer einen engen Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Kurz vor dem Beginn der Unruhen besuchte eine WMA-Delegation unter Beteiligung eines Mitarbeiters des Auslandsdienstes den Vorstand der Bahrain Medical Society in Manama. Ziel war es, eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung für die Golfregion zu organisieren und die arabischen Ärztereinigungen in dieser Region für eine Mitgliedschaft im WMA zu gewinnen. Das Vorhaben wurde aufgrund der politischen Lage und der ungeklärten Situation des Ärzteverbandes zunächst auf unbestimmte Zeit verschoben (siehe Kapitel 1.4.2). Auch ging ein Protestschreiben des Präsidenten der Bundesärztekammer an die Regierung in Syrien in Antwort auf die bekanntgewordenen Repressalien gegenüber Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischem Personal bei der Ausübung ihrer ärztlichen Pflicht im Rahmen der Behandlung von verletzten Demonstranten.

Im Bemühen um eine im sprachlichen Bereich abgestimmte Außendarstellung der deutschen Ärzteschaft wurde der Auslandsdienst damit beauftragt, ein Glossar der englischen Fachterminologie der Bundesärztekammer sowie des Gesundheitswesens zu erstellen. Das Glossar steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer seit Juli 2011 zur Verfügung. Die Abstimmung und Qualitätsprüfung von externen Übersetzungen ist mittlerweile zu einem wichtigen Bestandteil der internationalen Arbeit geworden. So wurde u. a. im Auftrag der Hans-Neuffer-Stiftung für die internationalen Besucher auch eine Broschüre über das deutsche Gesundheitswesen ins Englische übersetzt. Darüber hinaus erarbeitete der Auslandsdienst mit dem zuständigen Dezernat englische und französische Übersetzungen von Musterzeugnissen für Medizinische Fachangestellte sowie anderer Abschlüsse der Landesärztekammern.

1.5 Beauftragter für Menschenrechte

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner ersten und konstituierenden Sitzung vom 01. bis 03.07.2011 Dr. Ulrich Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, zum Menschenrechtsbeauftragten der Bundesärztekammer benannt. Er löst in dieser Funktion den neuen Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, ab, der dieses Amt über Jahre hinweg geprägt hatte.

1.5.1 Medizinische Versorgung von Ausländerinnen und Ausländern ohne legalen Aufenthaltsstatus

Nach wie vor ist die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland mit faktischen Zugangsbarrieren verbunden. Da seitens der Betroffenen die Befürchtung besteht, dass ihr illegaler Aufenthaltsstatus durch die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe aufgrund von Meldepflichten aufgedeckt wird, werden Arztbesuche selbst in dringenden Notfällen zu spät durchgeführt. Dadurch verschlechtert sich die individuelle gesundheitliche Situation des Einzelnen teilweise gravierend; auch sind Folgen hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit zu befürchten. Vor diesem Hintergrund hat der 113. Deutsche Ärztetag 2010 die Entschließung „Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus“ gefasst. Kern der Entschließung ist, den Betroffenen in Form eines anonymen Krankenscheins barrierefreien Zugang zur medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Die Bundesärztekammer wird ihre Anstrengungen, Überzeugungsarbeit auf politischer Ebene zu leisten, auch im kommenden Berichtsjahr fortführen.

1.5.2 Forderung nach Einführung einer Meldepflicht bei drohender bzw. begangener Genitalverstümmelung

Schätzungen von Terre des Femmes zufolge leben in Deutschland über 20.000 von Genitalverstümmelung betroffene Frauen, über 5.000 Mädchen sind gefährdet. Die Gefährdung liegt darin, dass Eltern ihre Töchter außer Landes – in ihr Heimatland – bringen, um dort eine Genitalverstümmelung durchführen zu lassen. Belege, dass dieser Eingriff von in Deutschland tätigen Ärzten durchgeführt wird, liegen der Bundesärztekammer nicht vor. Die Verstümmelung weiblicher Genitalien erfüllt nach deutschem Recht den Straftatbestand der gefährlichen Körperverletzung (§ 224 StGB). Die Bundesärztekammer hat hierzu eindeutig Stellung bezogen¹.

Nach heutigen Vorschriften existieren bei begangener Genitalverstümmelung kein Offenbarungsrecht und keine Offenbarungspflicht für die Ärzte, die im Rahmen ihrer Patientenbehandlung von einer solchen Verstümmelung erfahren. Bei drohender Genitalverstümmelung hingegen existiert ein Offenbarungsrecht.

¹ Bundesärztekammer (Hrsg.): Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation), 2005 (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3207>)

Der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer wurde mit der Aufforderung adressiert, eine entsprechende Meldepflicht insbesondere bei begangener Genitalverstümmelung zu unterstützen. Die Meinungsbildung innerhalb der Gremien der Bundesärztekammer ist im Berichtszeitraum noch nicht abgeschlossen.

1.5.3 Nationale Stelle zur Verhütung von Folter

Im Berichtszeitraum kam es zu zwei Treffen mit Sts. a. D. Prof. Dr. Hansjörg Geiger, Vorsitzender der Länderkommission, und Klaus Lange-Lehngut, Leiter der Bundestelle. Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter ist eine unabhängige nationale Institution zur Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland. Ihre Einrichtung beruht auf dem Zusatzprotokoll zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Die Nationale Stelle hat die Aufgabe, regelmäßig Orte der Freiheitsentziehung aufzusuchen, auf Missstände aufmerksam zu machen und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Darüber berichtet sie jährlich dem Deutschen Bundestag, den Länderparlamenten, der Bundesregierung und den Landesregierungen.

Die Bundesstelle ist für alle Einrichtungen des Bundes (z. B. Hafteinrichtungen bei der Bundespolizei) zuständig. In den Zuständigkeitsbereich der Länderkommission fallen die zahlreichen Einrichtungen der Länder, vor allem Justizvollzugsanstalten.

Zwischen der Nationalen Stelle und der Bundesärztekammer wurde vereinbart, dass die Ärztekammern auf Nachfrage ärztliche Begleitung bei Begehungen der Einrichtungen zur Verfügung stellen.

1.5.4 Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern

Am 15. Dezember 2011 kamen die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern zu ihrem jährlichen Treffen in Berlin zusammen. Dabei wurden u. a. die folgenden Themenbereiche diskutiert:

- Fortbildungsveranstaltungen nach dem Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“,
- Vorgaben des Gesetzes zur Umsetzung aufenthaltsrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union und zur Anpassung nationaler Rechtsvorschriften an den EU-Visakodex vom 22.11.2011,
- Hymen-Rekonstruktion – Schriftwechsel mit Terre des Femmes sowie
- Schlussfolgerungen des Anti-Folter-Ausschusses der Vereinten Nationen zum Bericht Deutschlands.

Des Weiteren wurde über die Schwerpunkte der Aktivitäten der Landesärztekammern im Bereich Menschenrechte berichtet, u. a. über

- den gemeinsam von Landesärztekammer Baden-Württemberg und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg herausgegebenen „1. Versorgungsbericht zur ambulanten, psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg“,

- die Herausgabe von kindgerechten Büchern zum Thema „Prävention gegen sexuellen Missbrauch von Kindern“ durch die Ärztekammer Niedersachsen, den Deutschen Kinderschutzbund, das LKA Niedersachsen und das niedersächsische Kultus- und Sozialministerium sowie
- die Bedingungen des Flughafenasyilverfahrens auf dem Flughafen Berlin-Brandenburg-International (BBI).