

## 9. Auslandsbeziehungen

### Auslandsdienst der Bundesärztekammer

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

#### Anerkennung deutscher Diplome im Ausland

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

#### Berufsausübung im Ausland

Innerhalb der Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (Europäische Union, Island, Liechtenstein, Norwegen und seit Mitte 2002 auch der Schweiz) kann aufgrund der so genannten „Ärzte-Richtlinie“ (Richtlinie 93/16/EWG des Rates zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise) jeder deutsche Staatsangehörige, der die Ausbildung zum Arzt in Deutschland oder in einem anderen EU/EWR-Staat abgeschlossen hat, nach einer entsprechenden Registrierung bei einer der zuständigen Behörden

der anderen EU/EWR-Staaten den ärztlichen Beruf dort ausüben. Von dieser Freizügigkeit sind lediglich ärztliche Tätigkeiten ausgenommen, die als sogenannte „hoheitliche Funktionen“ bezeichnet werden, die eigenen Staatsangehörigen vorbehalten sind.

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

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

Hinweise auf die Entwicklung der Zahl der ausländischen Ärzte in Deutschland sind im Abschnitt „Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2003“ im Einzelnen veröffentlicht.

## Kontakte nach Mittel- und Osteuropa

### Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern

Das 10. „Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern“ fand auf Einladung der Rumänischen Ärztekammer im Mai in Herkulesbad statt. Das Symposium ist ein Gedankenaustausch, zu dem sich die Ärztekammern aus allen Ländern Mittel- und Osteuropas jährlich einmal treffen, um insbesondere Fragen der Unabhängigkeit und Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung zu diskutieren.

Das 10. Symposium beschäftigte sich im Wesentlichen mit zwei Themenbereichen:

#### 1. Ärzte-Demographie:

Inzwischen ist auch in den Ländern Mittel- und Osteuropas absehbar, dass es an vielen Orten zu einem Ärztemangel kommen wird. Insbesondere in ländlichen Regionen z. B. in Rumänien ist dieser bereits sichtbar. Interessanterweise tritt dieser Ärztemangel in den Ländern Mittel- und Osteuropas auch auf, obwohl eigentlich eine ausreichende oder sogar zu hohe Zahl von Studenten ausgebildet wird. Vielfach wandern diese aber nach Westeuropa oder aber in die USA ab, so dass die Mangelsituation nicht behoben wird.

Ähnlich wie in Deutschland sind allerdings auch in den meisten mittel- und osteuropäischen Ländern die Politiker noch nicht bereit, die Mangelsituation anzuerkennen und geeignete wirtschaftliche Schritte zu unternehmen, um Anreize z. B. für eine Tätigkeit auf dem Land oder aber ein Verbleiben im Lande überhaupt zu setzen.

2. Gemeinsame Zukunft von Ärzte- und Zahnärztekammern:

In etlichen europäischen Ländern sind die Ärzte- und Zahnärztekammern vereint, ähnlich wie dies in Deutschland im Saarland der Fall ist (Österreich, Polen, Rumänien, Slowenien). Von Seiten der Ärztekammern wurde das Für und Wider der gemeinsamen Kammern diskutiert, wobei sowohl bei den Vertretern der einzelnen Kammern als auch bei den Vertretern der gemeinsamen Kammern keine Notwendigkeit gesehen wurde, die gegenwärtige Praxis in den jeweiligen Mitgliedsländern zu ändern. Der von der Europäischen Union teilweise ausgeübte Druck auf die Spaltung der Kammern wurde gemeinsam zurückgewiesen, weil darin eine sachlich nicht zu rechtfertigende Einflussnahme auf die nationalen Gesundheitswesen gesehen wurde.

## Bilaterale Kontakte

Im Berichtszeitraum nahm die Bundesärztekammer zahlreiche bilaterale Kontakte zu ausländischen Partnerorganisationen und Regierungen wahr. Stellvertretend sollen hier die Kontakte mit Albanien, Bulgarien und der Russischen Föderation genannt werden.

Die im Jahr 1998 aufgenommenen Kontakte zur Albanischen Ärztekammer wurden im Berichtszeitraum intensiviert. Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hoppe besuchte im April Herrn Dr. med. Dine Abazaj, den Präsidenten der Albanischen Ärztekammer. Dabei ergab sich auch die Gelegenheit, mit dem Vize-Gesundheitsminister, Herrn Petrit Vasili, und dem Staatsminister, Herrn Blendi Klosi, über die Unterstützung der Ärztekammer in Bezug auf ihre Unabhängigkeit und die Verbesserung des Leistungsangebotes im Gesundheitswesen zu sprechen. Offen diskutiert werden konnte auch ein weiterhin aktuelles Problem, die Parasolvenz, deren Ursache unter anderem darin liegt, dass die überwiegend staatlich angestellten Ärzte ein Gehalt erhalten, von dem alleine selbst ein minimaler Lebensunterhalt nicht zu bestreiten ist. Ein Meilenstein für die albanische Ärztekammer war der Abschluss des Ärztereisters, das mit Hilfe der Ärztekammer Nordrhein und dem General Medical Council in Großbritannien aufgebaut worden war.

Die in den letzten Jahren mit der regionalen Ärztekammer in Twer/Russische Föderation geknüpften Beziehungen wurden auch 2003 weiter intensiviert. Unter anderem besuchte eine Delegation der Ärztekammer in Twer zusammen mit der Vize-Gesundheitsministerin der Russischen Föderation, Frau Prof. Twanowna Stukolova, die Ärztekammer Nordrhein. Dabei ergab sich auch die Gelegenheit zu einem Gespräch über die Selbstorganisation der deutschen Ärzte mit der Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen, Frau Birgit Fischer.

### **Deutsch-polnische Zusammenarbeit Dresden – Breslau:**

Die Tätigkeit der Deutsch-Polnischen Arbeitsgruppe der Sächsischen Landesärztekammer war im Jahr 2003 durch die Vorbereitungen und Durchführung des 2. Deutsch-Polnischen Symposiums in Meißen gekennzeichnet. Vom 12. bis 14. September 2003 trafen sich dort über 200 Mediziner, Politiker und gesellschaftliche Vertreter aus beiden Ländern, um unter dem Thema „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ historische Fragestellungen sowie zukünftige Entwicklungen nach dem Beitritt Polens zur Europäischen Union (EU) zu diskutieren.

Inhaltlich spannte sich der Bogen von einer Auseinandersetzung mit der Breslauer Geschichte vor und nach 1945 in Verbindung mit den Lebenswegen der damaligen Ordinarien über die Probleme eines zukünftigen europäischen Gesundheitswesens mit den Kernfragen der Verteilungs- und Behandlungsgerechtigkeit für die Menschen links und rechts der Neiße sowie dem Stand der ärztlichen Weiterbildung. Zu den Hauptreferenten gehörten Herr Prof. Egon Bahr, Bundesminister a. D., Herr Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, und Herr Dr. Konstanty Radziwill, Präsident der polnischen Landesärztekammer.

Auch das Thema „Ärztemangel in Deutschland“ spielte eine wichtige Rolle auf dem Symposium. Die polnische Seite sieht in einem Austausch die Möglichkeit für Ärzte, ihre praktischen Auslandserfahrungen und natürlich ihre Sprachkenntnisse zu vervollständigen. Ein Exodus von Ärzten wird von der polnischen Seite nicht befürchtet, weil die deutsche Sprache auch eine Barriere darstellt.

Alle Referate liegen in einem Tagungsband vor und können so als wichtige Materialien für die weitere Zusammenarbeit genutzt werden. Besonderes Interesse von Seiten der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer besteht auf Grund der Erweiterung der EU 2004 weiterhin an der Angleichung der dortigen Weiterbildungsordnung für Ärzte an die Regelungen und Inhalte der sächsischen Weiterbildungsordnung. In Polen erfolgt die medizinische Fort- und Weiterbildung inzwischen nach EU-Richtlinien.

Bereits im 4. Quartal 2004 soll es ein weiteres Treffen auf Vorstandsebene zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer geben. Für 2005 ist ein 3. Deutsch-Polnisches Symposium in Breslau vorgesehen. Spätestens dann werden erste Entwicklungen der EU-Osterweiterung auf dem Sektor des Gesundheitswesens deutlich erkennbar und somit zu diskutieren sein. Denn nach ersten Einschätzungen werden in Polen ähnlich große Umstrukturierungen erwartet wie nach 1990 in Ostdeutschland.

Die inhaltlichen und organisatorischen Arbeiten zu diesem Symposium erfolgten im Wesentlichen durch die Sächsische Landesärztekammer und umfassten nicht nur die Koordinierung der Referate und Referenten, sondern auch die technische Vorbereitung, die Suche nach Sponsoren, die Erstellung der Tagungsunterlagen sowie die Vorbereitung eines Rahmenprogramms. Das Engagement der Mitglieder der Arbeitsgruppe und einer Vielzahl von Angestellten der Sächsischen Landesärztekammer haben dazu beigetragen, dass dieses Symposium von den deutschen und polnischen Teilnehmern als sehr gelungen bezeichnet worden ist.

# Ausschuss für Europäische und Internationale Angelegenheiten

Um die sich aus der Tätigkeit der Bundesärztekammer ergebenden Berührungspunkte mit dem Ausland zu koordinieren, hat der Vorstand der Bundesärztekammer einen „Ausschuss für Auslandsbeziehungen“ gebildet.

Im Berichtszeitraum begann die neue Wahlperiode 2003-2007. In Anbetracht der Verlagerung der thematischen Schwerpunkte auf europäische Themengebiete, nicht zuletzt durch die EU-Erweiterung, erfolgte die Umbenennung des Ausschusses in „Ausschuss für Europäische und Internationale Angelegenheiten“. In den Ausschuss wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer als Mitglieder berufen: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe als Vorsitzender, Dr. med. Andreas Crusius als stellvertretender Vorsitzender, Dr. med. Astrid Bühren, Prof. Dr. med. Heyo Eckel, Prof. Dr. Ingo Flenker, Herr Rudolf Henke, Prof. Dr. Frieder Hessenauer, Dr. Alfred Möhrle, Dr. Frank Ulrich Montgomery sowie Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten Vilmar, und Prof. Dr. med. Dr. h. c. Sewering als ständiger Gast. Die Geschäftsführung wurde Dr. Otmar Kloiber übertragen.

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

Im Berichtszeitraum trat der Ausschuss zweimal zusammen.

Der Ausschuss diskutiert sowohl die Finanzstruktur des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) als auch die des Weltärztebundes. Während durch die EU-Erweiterung und die erhöhte Mitgliederzahl im CPME die Zunahme der administrativen Aufgaben eine Beitragserhöhung erforderlich macht, wird bezüglich der Finanzsituation des Weltärztebundes über Drittmittelfinanzierung und Einführung einer Holding nachgedacht. Die Holding soll durch das Angebot von Dienstleistungen zusätzliche, beitragsunabhängige Einnahmen ermöglichen. Daneben will der Weltärztebund neue Mittel durch Sponsoring erwerben. Für die Ausschussmitglieder ergaben sich daraus kritische Fragen in Bezug auf die inhaltliche Unabhängigkeit des Weltärztebundes und die steuerliche Bewertung einer Geschäftstätigkeit. Die Bundesärztekammer legt höchsten Wert auf die Transparenz der Verfahren und vor allem auf die inhaltliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit des Weltärztebundes.

Die Beratungen über die Höhe der Mitgliedsbeiträge und die Art der Finanzierung dieser beiden internationalen Organisationen sowohl innerhalb des CPME und des Weltärztebundes als auch innerhalb der Bundesärztekammer sind bislang noch nicht abgeschlossen.

Auf EU-Ebene dominierte 2003 die Diskussion um die Regulierung der freien Berufe. Im März kritisierte der für Wettbewerb zuständige EU-Kommissar Monti die Berufsorganisationen der freien Berufe als wettbewerbsverhindernd und berief sich dabei auf eine beim Institut für höhere Studien in Wien (IHS) im Auftrag der Kommission erarbeitete Studie. Die europäische Kommission eröffnete ein Konsultationsverfahren und organisierte am 28. Oktober eine Konferenz mit dem Ziel, über dieses Thema mit allen beteiligten Berufsgruppen zu diskutieren. Nicht zuletzt über den Bundesverband der Freien Berufe (BfB) wird die Regulierung der Freien Berufe auch in Zukunft den Auslandsdienst beschäftigen.

Aber auch bezüglich der Bundesärzteordnung sehen die Mitglieder des „Ausschusses für Europäische und Internationale Angelegenheiten“ Änderungsbedarf:

- Nicht-EU/EWR-Ärzten wurde bisher nach §10 die Berufserlaubnis für die Dauer der Weiterbildungszeit erteilt. Zunehmend entsprechen aber auch Subspezialisierungen der Versorgungssituation in diesen Ländern. Aus diesem Grunde wurde der Vorstand der Bundesärztekammer gebeten, die Bundesregierung und den Deutschen Bundestag aufzufordern, eine Berufserlaubnis zukünftig auch über den Zeitraum der Weiterbildung zur fachärztlichen Qualifikation hinaus für die Erreichung einer weiteren Qualifikation nach der Weiterbildungsordnung zu erteilen.
- Nach Titel II, §3, Absatz 2 der Bundesärzteordnung ist für Nicht-EU/EWR-Ärzte vor Erteilung einer Approbation die erfolgreiche Absolvierung einer Prüfung erforderlich. Dies führte teilweise dazu, dass Ärzte, die schon über mehrere Jahre in Deutschland gearbeitet hatten, mit der Beantragung der Approbation zur so genannten Gleichwertigkeitsprüfung aufgefordert wurden. Die Mitglieder des Ausschusses fordern nun eine Prüfung vor dem Zeitpunkt des Eintritts in die ärztliche Tätigkeit in Deutschland, unabhängig davon, ob Ihnen eine Berufserlaubnis oder eine Approbation erteilt werden soll. Der Ausschuss war weiterhin der Meinung, dass die Ärzte, die nach Erhalt einer Berufserlaubnis und Ableistung ihrer Weiterbildung eine Facharztprüfung ablegten, ihre Kompetenz ausreichend dargelegt haben.

Die Mitglieder des Ausschusses empfahlen dem Vorstand der Bundesärztekammer, der International Association for Medical Regulatory Authorities (IAMRA) mit Sitz in Dallas/Texas beizutreten. Es handelt sich darin um eine in den 90-er Jahren gegründete Organisation, die auf internationaler Ebene ärztliche Selbstverwaltungs-Körperschaften und Behörden, die in den verschiedenen Ländern für die Berufsordnung, die Berufsaufsicht, die Berufszulassung, die Spezialisierung und im weitesten Sinne die Überprüfung der Kompetenz zuständig sind, vereint. Themenschwerpunkte liegen auf Fragen der Lizenzierung, des Kompetenzerhaltes, der Migration und gegenseitigen Anerkennung von Abschlüssen.

# Europäische Union

## Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

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

Die wesentlichen Ziele des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte sind:

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

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

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

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

### Erweiterung des CPME

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

Vertreter aus Lettland und Litauen waren nicht anwesend. Sie werden schriftlich aufgefordert, sich zu einer Mitgliedschaft zu äußern.

An den Beratungen sind ebenso die vom Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte anerkannten internationalen Ärzteorganisationen beteiligt, wie z.B. die Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO = Europäische Vereinigung der Allgemeinmediziner), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS = Europäische Vereinigung der Fachärzte), Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS = Europäische Vereinigung der angestellten und beamteten Ärzte), Association Européenne des Médecins des Hôpitaux (AEMH = Europäische Vereinigung der leitenden Krankenhausärzte), Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG = Ständige Arbeitsgruppe der jungen Krankenhausärzte), Conférence Européenne des Ordres et des Organismes d'attributions similaires (CEOM = Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben) und seit 1994 auch die International Federation of Medical Students' Association (IFMSA = Internationaler Verband der Medizinstudenten-Vereinigungen).

## **Europäische Ärztevertretung**

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

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

## **Aus der Arbeit des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte**

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

Die im Laufe der vorangegangenen Jahre geführten Gespräche und Unterrichtungen in den Generaldirektionen und Abteilungen der Kommission der Europäischen Union haben deutlich gemacht, daß sich die Arbeit mit Beginn des Jahres 1993 durch die Realisierung des Europäischen Binnenmarktes auf den verschiedensten Gebieten intensiviert hat, und dadurch die Europäische Ärzteschaft gefordert ist und zunehmend gefordert sein wird, die



Vorschläge und Entwürfe für die Richtlinien des Rates in den frühestmöglichen Stadien zu beobachten und sorgfältig zu prüfen, damit ggf. bei der zuständigen Stelle in Brüssel ärztlicher Sachverstand eingebracht bzw. rechtzeitig Anhörungen gefordert werden können.

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

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

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

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

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

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

Das Sekretariat soll ferner in Abstimmung mit dem Präsidenten

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

Diese ständige Einrichtung hat zu mehr Kontinuität der Arbeit beigetragen.

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

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

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

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

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

Folgende Themen wurden im Laufe des letzten Jahres unter der österreichischen Präsidentschaft bzw. des zweiten Jahres der österreichischen Amtszeit unter anderem behandelt:

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

Telemedizin, elektronischer Geschäftsverkehr, EU-Erweiterung, Sicherheit im Straßenverkehr.

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

### **Schwerpunkte**

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

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

Die Richtlinie regelt Geschäftstätigkeiten, die über elektronische Netze abgewickelt werden, einheitlich für Europa, um damit dem europäischen elektronischen Geschäftsverkehr eine Grundlage zu geben. Sie enthält wesentliche Regelungshinweise für das Anbieten von Leistungen, für das Abschließen von Verträgen, der Vermittlungstätigkeit, aber auch der Streitschlichtung. Dabei liegt der Richtlinie das Herkunftsland-Prinzip zugrunde, d.h. alle Leistungen sind den Bedingungen des Herkunftslandes unterworfen. Dies steht im Widerspruch zu den bisherigen Regelungen zur ärztlichen Tätigkeit, die dem Bestimmungsland-Prinzip unterliegen (siehe auch Regelungen durch die Richtlinie 93/16/EWG). In Artikel 8 des Richtlinien-Entwurfes wird zur kommerziellen Kommunikation darüber hinaus festgestellt, dass die geregelten Berufe (so z.B. auch die Ärzte) durch eigene europaweit gültige standesrechtliche Regelungen die Möglichkeiten des elektronischen Geschäftsverkehrs gemeinschaftlich - auch in Hinsicht auf Beschränkungen (z. B. der Werbung) - regeln können.

### **E-Commerce und Arzneimittel**

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

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

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

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

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

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

### **Freizügigkeit**

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

Die Auswirkungen dieser Urteile werden in den Mitgliedsstaaten unterschiedlich gesehen. Es könnte hervorgehoben werden, dass die Entscheidungen nur für die luxemburgischen

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

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

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

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

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

Die Entscheidungen haben Auswirkungen für die medizinische Versorgung, da übertrieben lange Wartezeiten bei der Bereitstellung lokaler medizinischer Dienstleistungen dazu führen, dass die Bürger im Raum der Freizügigkeit medizinische Dienstleistungen in einem anderen Land Europas in Anspruch nehmen können. Der Präsident des Ständigen Ausschusses Dr. Markku Äärilä hatte seinerzeit zu definieren vorgeschlagen, welche

Wartezeiten den Patienten zuzumuten sind bzw. was als „Wartezeiten“ anzusehen ist. Eine Diskussion in der Generalversammlung im November in Helsinki sowie in der Vorstandssitzung im März 2002 hat gezeigt, das nach Auffassung der überwiegenden Mehrheit der nationalen Delegierten nur Ärzte von Fall zu Fall über Wartezeiten entscheiden können.

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

Solche Punkte sind:

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

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

### **Beratender Ausschuss für die ärztliche Ausbildung**

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

Der Ausschuss besteht aus drei Sachverständigen je Mitgliedstaat, und zwar

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

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

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

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

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

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

*Da der ACMT nunmehr keine Möglichkeit mehr hat, seine Arbeiten fortzusetzen, fordert das CPME, dass die Kommission dem Thema Qualität der ärztlichen Ausbildung weiterhin hohe Priorität einräumt, und wenn dies in der bisher zuständigen Generaldirektion nicht möglich ist, dann sollte sich die neue Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz damit befassen.“*

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

Die Intentionen der Kommission gehen dahin, den ACMT abzuschaffen.

### **Anerkennung beruflicher Bewegungsnachweise auf der Basis des bestehenden allgemeinen Systems (Entwicklung 2001-2004)**

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

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

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

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

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

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

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

Gegen den Entwurf der EU-Kommission sind inzwischen sowohl von den Mitgliedstaaten als auch auf EU-Ebene erhebliche Bedenken geäußert worden, weil dadurch das System der automatischen Anerkennung drastisch eingeschränkt wird. Die sektorale „Ärztliche Richtlinie“ (Richtlinie 93/16/EWG) von 1993 hat das Ziel, möglichst viele Berufsqualifikationen mit dem System der automatischen Anerkennung zu erfassen. Das heißt, dass alle Diplome, die in mindestens zwei Mitgliedstaaten existieren, in den Staaten, in welchen es das Fachgebiet gibt, automatisch anerkannt werden. Für die betroffenen Fächer wurde ein Mindestausbildungsniveau festgelegt, dem sich alle Mitgliedstaaten (die dieses Fach eingeführt haben) unterwerfen müssen. Der neue Richtlinienentwurf geht nun vom gegenteiligen Ansatz aus. Danach fallen nur noch jene Berufsqualifikationen unter die automatische Anerkennung, die in allen Mitgliedstaaten eingeführt sind, wohingegen alle anderen Facharzt diplome dem allgemeinen Anerkennungssystem unterliegen. Das würde bedeuten, dass künftig nur noch 17 medizinische Berufsqualifikationen automatisch anerkannt werden (derzeit sind es 52). In allen übrigen Fachrichtungen müssten individuelle Gleichwertigkeitsprüfungen durchgeführt werden. Das bedeutet auch, dass im Einzelfall der Aufnahmestaat die Qualifikationen des migrierenden Arztes mit den nationalen Qualifikationsbedingungen vergleichen müsste. Der neue Richtlinienentwurf sieht dafür Anpassungslehrgänge oder Eignungsprüfungen vor. Hinzu kommt, dass das neue Verfahren nicht nur bei seltenen Fächern angewendet würde, sondern beispielsweise auch bei Dermatologen, Arbeitsmedizinern oder Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen. Die EU-Kommission begründet ihren Vorschlag damit, dass das Anerkennungssystem mit Blick auf die EU-Erweiterung vereinfacht werden soll. Tatsächlich erleichtert es nur der Kommission das Leben. Für die mit der Anerkennung befassten nationalen Stellen und die migrierenden Ärzte wird das neue System komplizierter.

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

Die Ärztliche Richtlinie 93/16/EWG sieht darüber hinaus spezielle Bestimmungen für die grenzüberschreitende Erbringung ärztlicher Dienstleistungen vor. Sie verpflichtet den Arzt, die Berufsordnung des Aufnahmestaates zu beachten. Der neue Entwurf sieht lediglich allgemeine Bestimmungen für grenzüberschreitende Dienstleistungen vor. Danach sind solche Dienstleistungen prinzipiell immer dann gestattet, wenn der Dienstleistungserbringer in seinem Heimatland rechtmäßig niedergelassen ist. Ist dies der Fall, kann er bis zu 16 Wochen in einem anderen EU-Staat tätig sein. Dabei stellt sich die Frage, ob mit dieser Regelung die bisherige Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs unterlaufen werden kann. Sie

erlaubt es den Mitgliedstaaten, Beschränkungen aufzuerlegen und beispielsweise medizinische Tätigkeiten nur von Ärzten erbringen zu lassen. Nach der Neuregelung wäre es künftig denkbar, dass beispielsweise deutsche Heilpraktiker in Österreich arbeiten können.

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

### **Die verschiedenen Anerkennungsrichtlinien**

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

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

### **Nationale und gemeinsame Europäische Bemühungen**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Die Anhörung im Europäischen Parlament fand am 01.10.2002 statt.

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

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

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

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

Die Schattenberichterstatterin Frau Evelyn Gebhardt (SPD) brachte nach Auskunft der Berichterstatter des Ständigen Ausschusses und des Brüsseler Büros der Deutschen Ärzteschaft ihre Enttäuschung über den Zappala-Bericht sowie die mangelnde Kooperation zum Ausdruck. Frau Gebhardt weicht in ihrer Argumentation vom konservativen Lager ab und

setzt sich für eine einzige Richtlinie ein. Auf der anderen Seite teilt sie die Kritikpunkte, die von der Ärzteschaft vorgebracht werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

Als nächster Schritt steht der gemeinsame Standpunkt des Rates an, der voraussichtlich im Mai 2004 abgegeben und verabschiedet werden wird.

Das Europäische Parlament verlangt erneut befasst zu werden (2. Lesung), falls die Kommission beabsichtigt, den durch das Parlament geänderten Vorschlag entscheidend zu ändern oder durch einen anderen Text zu ersetzen.

Eine zweite Lesung wird jedoch erst nach der konstituierenden Sitzung des neu gewählten Europäischen Parlaments im Herbst 2004 stattfinden können.

Sollten die Auffassungen dann immer noch weit auseinander liegen, ist ein Mitentscheidungsverfahren unumgänglich.

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

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

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

Der Rat und die im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedsstaaten haben deshalb anerkannt, dass es sinnvoll wäre, wenn die Kommission in enger Zusammenarbeit mit dem Rat und allen Mitgliedstaaten, insbesondere mit den Gesundheitsministern und anderen wichtigen Akteuren und Zielgruppen auf hoher Ebene Überlegungen anstellen würde. An diesem Prozess wirkten die Minister von Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal, Spanien, Schweden und dem Vereinigten Königreich sowie Vertreter der internationalen Vereinigung der sozialen Krankenversicherer auf Gegenseitigkeit (AIM), des Ständigen Ausschusses der Krankenhäuser der EU (HOPE), des Europäischen Verbands für Gesundheitsmanagement (EHMA), des Europäischen Patientenforums, des Netzes der europäischen Sozialversicherungspartner (ESIP), des Ständigen Ausschusses der europäischen Ärzte (CPME) und des Europäischen Parlaments mit. Sitzungen im Rahmen des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene fanden am 3. Februar, 7. Juli und 8. Dezember statt. Der gesamte Prozess wird durch zusätzliche Zusammenkünfte der persönlichen Vertreter der Teilnehmer unterstützt. Mit dem Ziel der Ermittlung und Einbeziehung spezifischer erweiterungsbezogener Aspekte wurden die Gesundheitsminister der Beitrittsländer zu der Abschlussstagung eingeladen. Eine entsprechende Vorbereitung soll die Beteiligung ihrer Vertreter an der Schlussphase des Reflexionsprozesses gewährleisten.

Alle Teilnehmer haben sich persönlich an dem Reflexionsprozess beteiligt, und mit diesen Schlussfolgerungen soll etwaigen Stellungnahmen, die im Rahmen anderer Diskussionen oder Foren vereinbart werden, nicht vorgegriffen werden. Insbesondere die Europäische Kommission hat sich für die Förderung des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene eingesetzt, doch stimmen die hier geäußerten Meinungen nicht unbedingt mit denen der Europäischen

Kommission überein. Die in den Empfehlungen des Reflexionsprozesses angesprochenen Akteure werden prüfen müssen, welche Reaktion am besten ist. Die Kommission plant ihrerseits für März 2004 die Veröffentlichung einer Mitteilung als Antwort auf den Reflexionsprozess.

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

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

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

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

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

Im Frühjahr wird die hochrangige Reflexionsgruppe noch eine Mitteilung herausgeben.

### **Beitragsschlüssel im Hinblick auf die Erweiterung**

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

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

Die Vertreter der beitretenden Länder, die mit Beginn dieses Jahres bereits als Mitglieder im Ständigen Ausschuss aufgenommen wurden (mit Ausnahme von Lettland und Litauen, mit welchen noch nicht abschließend verhandelt werden konnte), erklärten, dass sie über gesetzte Limits nicht hinauszugehen bereit waren. Daher verständigten sich die Vertreter der Mitgliedsorganisationen für das Jahr 2004 unter Anlehnung an den bisher angewendeten Verteilerschlüssel einen Betrag von insgesamt 40.000 Euro anzusetzen und unter den zehn neuen Organisationen aufzuteilen. Im Jahr 2004 werden sie also 4,5 % des

Gesamthaushaltes finanzieren. Zur Erarbeitung weiterer Vorschläge und Kombinationen der Zuordnungen der Parameter wurde eine neue Arbeitsgruppe gegründet unter der Federführung des Generalsekretärs der luxemburgischen Ärzteorganisation, Dr. Daniel Mart, der mit Beginn des Jahres auch Prof. Dr. Karsten Vilmar im Amt des Schatzmeisters ablöst. Dieser Arbeitsgruppe gehören Vertreter Italiens, Frankreichs, Spaniens, Sloweniens und Finnlands an.

Die neue Arbeitsgruppe wird auch prüfen, ob beispielsweise bei haushaltsrelevanten Fragen ein gewichtetes Stimmrecht eingeführt werden soll.

In der diesjährigen Generalversammlung im November in Stockholm wird in dieser Angelegenheit eine Entscheidung zu treffen sein.

### **Zu den einzelnen Ausschüssen**

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

Zukunft des Beratenden Ausschusses für die ärztliche Ausbildung (ACMT) der Kommission der EG; Initiative der Europäischen Kommission im Bereich Transparenz und Anerkennung von Diplomen; Allgemeinmedizinische Praxis; ethische und wirtschaftliche Auswirkungen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen; Arbeitsbedingungen von Ärzten; Arbeitszeit junger Krankenhausärzte; Arbeitszeit europäischer Ärzte in Weiterbildung; Beziehungen zwischen Ärzten und der pharmazeutischen Industrie; Good Pharmacy Practice in Europe; Qualifikationen aus Nicht-Mitgliedsstaaten, Gentechnologie, europäische Gesundheitskarte, gesetzlicher Schutz biologischer Erfindungen, künstliche Befruchtung, Sterbehilfe, ärztliche Schweigepflicht, Berufsregeln und Datenschutz, „Med. Werbung“, Patientenrechte, Sicherheit von Blut und Eigenblutversorgung, Überwachungssystem für Infektionskrankheiten, Haftung von Dienstleistungsanbietern, Medizinische Behandlung und berufliche Wiedereingliederung von Ärzten, Ärztliche Fortbildung, Ärztliche Grundausbildung (Medizinstudium) in den Ländern des CPME (Ergebnisse Fragebogen), Telemedizin und neue Technologie zur Förderung der Koordination der häuslichen Pflege, Gesundheitspolitik in Europa, gemeinsame Grundsätze der sozialen Krankenversorgung, Unterweisung der Ärzte in Sachen Management, Rolle des Arztes in der Gesundheitsförderung, gemeinsame Grundsätze der Versicherungssysteme im Gesundheitswesen, vergleichende Darstellung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union, Chancengleichheit, Werbung von Ärzten über Internet, ärztliche Schweigepflicht und Auskunftsbegehren von Versicherungen, Freizügigkeit der Patienten, Antibiotika-Resistenz, Sicherheit im Straßenverkehr, ethische Aspekte und biomedizinische Forschung in Entwicklungsländern und internationale Menschenrechtsaktivitäten.

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

### **Niederlassungsfreiheit für Ärzte/Anlaufstellen**

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

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

- Belgien: Conseil National de l'Ordre des Médecins  
Nationale Raad van de Orde van Geneesheren  
Place de Jamblinne de Meuxplein 34-35  
B-1030 Brüssel  
Tel.: 0032-2 7 43 04 00  
Fax.: 0032-2 7 35 35 63
- Dänemark: Den Almindelige Danske Lægeforening  
(Danish Medical Association)  
Trondhjems gate 9  
DK - 2100 Copenhagen  
Tel.: 0045-35 44 85 00  
Fax.: 0045-35 44 85 05  
e-mail: dma-int@dadl.dk
- Deutschland: Bundesärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern  
Herbert-Lewin-Str. 1  
D-50931 Köln  
Postfach 41 02 20  
D-50862 Köln  
Tel.: 0221-4004-361  
Fax: 0221-4004-384  
e-mail: auslandsdienst@baek.de  
<http://www.bundesaerztekammer.de>
- Finnland: Suomen Lääkäriliitto  
(Finnish Medical Association)  
Mäkelänkatu 2  
P.O. Box 49  
FIN-00501 Helsinki  
Tel. 00358-9 39 30 91  
Fax 00358-9 39 30 794  
e-mail: Laakariliitto@fimnet.fi
- Frankreich: Conseil National de l' Ordre des Médecins  
180 Bld Haussmann  
F-75389 Paris Cedex 08  
Tel.: 0033-1 53 89 3313  
Fax: 0033-1 53 89 3344  
e-mail: [uguen.olivia@cn.medecin.fr](mailto:uguen.olivia@cn.medecin.fr)  
<http://www.ordmed.org/>

- Griechenland: Panhellenic Medical Association  
Ploutarchou 3  
GR-10675 Athens  
Tel.: 0030-210-7 25 86 61  
Fax.: 0030-210-7 25 86 62
- Großbritannien: British Medical Association  
BMA House  
Tavistock Square  
GB-London WC1H 9JP  
Tel.: 0044-207 387 44 99  
Fax: 0044-207 383 64 00  
e-mail: internationalinfo@bma.org.uk  
<http://www.gmc-uk.org/>
- Irland: Irish Medical Organisation  
10 Fitzwilliam Place  
IR-Dublin 2  
Tel.: 00353-16 76 72 73  
Fax: 00353-16 61 27 58
- Island: Laeknafelag Islands  
(Icelandic Medical Association)  
Hlidasmari 8  
IS-200 Kopavogur  
Tel.: 00354-5 64 41 00  
Fax: 00354-5 64 41 06  
e-mail: icemed@icemed.is
- Italien: Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi  
e degli odontoiatri (FNOMCEO)  
Piazza Cola de Rienzo, 80/A  
I-00192 Roma  
Tel.: 0039 06 362 031  
Fax: 0039-06 322 2429  
e-mail: webmaster@fnomceo.it
- Liechtenstein: Liechtensteinischer Ärzteverein  
Zwischenbäch 12  
FL-9496 Balzers  
Fürstentum Liechtenstein  
Tel.: 0041-75 384 15 16
- Luxemburg: Association des Médecins et Médecins-Dentistes du Grand Duché du  
Luxembourg (AMMD)  
29, rue de Vianden  
L-2680 Luxembourg  
Tel.: 00352 444033-1  
Fax: 00352 458349

- Niederlande: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst  
Postbus 200 51  
Lomalaan 103  
NL-3502 LB Utrecht  
Tel.: 0031-30 28 23 319  
Fax: 0031-30 28 23 326  
e-mail: [secretariaat@fed.knmg.nl](mailto:secretariaat@fed.knmg.nl)
- Norwegen: Den Norske Lægeforening  
(Norwegian Medical Association)  
Postboks 1152 sentrum  
Legenes hus, Akersgt. 2  
N-0107 Oslo  
Tel.: 0047 23 10 90 00  
Fax: 0047 23 10 90 10  
e-mail: [legeforeningen@legeforeningen.no](mailto:legeforeningen@legeforeningen.no)
- Österreich: Österreichische Ärztekammer  
Auslandsbüro  
Weihburggasse 10-12  
A-1010 Wien  
Tel.: 0043-1 51 40 69 30  
Fax: 0043-1 51 40 69 33  
<http://www.aek.or.at/>
- Portugal: Ordem dos Médicos  
Av. Gago Coutinho, 151  
P-1700 Lisboa  
Tel.: 00351 21 842 71 11  
Fax: 00351 21 842 71 01  
e-mail: [ordemmedicos@mail.telepac.pt](mailto:ordemmedicos@mail.telepac.pt)  
<http://www.ordemosmedicos.pt>
- Schweden: Sveriges Läkareförbund  
(Swedish Medical Association)  
P.O. Box 5610  
S-114 86 Stockholm  
Tel.: 0046 87 90 33 00  
Fax: 0046 87 20 57 18  
e-mail: [info@slf.se](mailto:info@slf.se)  
<http://www.lakarforbundet.se>
- Spanien: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España  
Villanueva 11  
E-28001 Madrid  
Tel.: 0034-9 14 31 77 80  
Fax: 0034-9 15 76 43 88



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

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

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

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

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

Da sich zahlreiche andere Europäische Einrichtungen mit denselben Komplexen befassen, wurde in der Mitgliederversammlung am 19. Juli 2003 in Köln einstimmig beschlossen, den Verein „Europäische Akademie für ärztliche Fortbildung“ gemäß §10, Abs. 1 der Satzung der Europäischen Akademie aufzulösen. Ferner wurde einstimmig beschlossen, das Vermögen einschließlich des Namens „Europäische Akademie für ärztliche Fortbildung“ mit den offiziellen fremdsprachlichen Übersetzungen der von der Bundesärztekammer gegründeten Hans-Neuffer-Stiftung mit der Verpflichtung zu übertragen, sie unmittelbar und ausschließlich für Fortbildungsveranstaltungen der Ärzteschaften in Europa zu verwenden.

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

# Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben

Die Ärztekammern und die ärztlichen Organisationen der EG-Länder, die kammerähnliche Aufgaben wahrzunehmen haben, schlossen sich - als 1971 abzusehen war, dass die „Richtlinie über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung der Diplome“ durch den EG-Ministerrat verabschiedet werden würde - zu einer „Internationalen Konferenz“ zusammen. Das Ziel dieses Gremiums ist es, in den EU-Staaten die Verfahren zu koordinieren, die im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Richtlinie für Ärzte anzuwenden sind. Den Vorsitz führte von Dezember 1992 bis Juli 2001 Herr Prof. Bernard Glorion, Präsident der nationalen Ärztekammer Frankreichs. Sein Nachfolger im Amt war Prof. Jean Langlois, Chirurg und ehemaliger Vorsitzender der Ärztekammer Paris, der im Juli des vergangenen Jahres von Dr. Michel Ducloux ebenfalls Chirurg, durch Wahl abgelöst wurde.

Die Internationale Konferenz, die endgültig im Dezember des vergangenen Jahres in Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben CEOM (Conférence Européennes des Ordres et des organismes d'attributions similaires) umbenannt wurde, ist in der Europäischen Union zum wichtigsten Informationsorgan über den jeweiligen Stand der Freizügigkeit der ärztlichen Berufsausübung geworden. Seit 1995 entsenden auch die Schweiz und Polen und seit 2001 Rumänien regelmäßig Beobachter zu den Beratungen der Konferenz.

## **Migrationsstatistik**

Zu Beginn einer jeden Sitzung berichten die Delegationen über den jeweiligen Stand der Migration in ihrem Land. Aufgrund exakter Unterlagen, die jeweils von den zuständigen Dienststellen bzw. Behörden erstellt werden, welche die Berufserlaubnis für ihr Land erteilen, kann eine Übersicht darüber gewonnen werden, wie groß die Wanderungsbewegung in den einzelnen Ländern ist. Während einige Staaten bis ins einzelne (sogar unter Namensnennung und Angabe der Gebietsbezeichnung) aufgeschlüsselte Übersichten zur Verfügung stellen, sind die zuständigen Behörden der Bundesrepublik Deutschland und der Niederlande hierzu bisher nicht in der Lage gewesen. Die Statistiken können daher nur aufgrund der Ergebnisse jeweils verfügbarer nationaler Erhebungen erstellt werden.

## **Migration und Berufsordnung**

Gemäß einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 30. April 1986 darf von Ärzten, die Staatsbürger eines EU-Landes sind, die Austragung aus dem Arztregister des bisherigen EU-Landes nicht mehr verlangt werden. Ärzte aus einem EU-Land, die in ein

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

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

### **Kodex für ärztliche Werbebestimmungen, Verhaltenskodex auf Gemeinschaftsebene**

Die Richtlinie 2000/31/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs im Binnenmarkt (Kurzform:

Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr) wurde am 08.06.2000 verabschiedet. Für Dienstleistungen innerhalb der EU wird vom Bestimmungsprinzip auf das „Herkunftslandprinzip“ umgestellt. Der Anbieter einer elektronischen Dienstleistung braucht daher nur noch die Bestimmungen jenes Staates zu beachten, in dem er niedergelassen ist und nicht mehr die Rechtsordnungen der anderen EU-Mitgliedsstaaten.

Da die Umsetzung der Richtlinie für das Jahr 2002 vorgesehen war, wurde die Internationale Konferenz der Ärztekammer und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben von ihren Mitgliedern und dem Ständigen Ausschuss der europäischen Ärzte beauftragt, einen Verhaltenskodex auf Gemeinschaftsebene aufzustellen. Auf der Basis eines bereits vor Jahren erarbeiteten Kodexes für ärztliche Werbebestimmungen (siehe auch Tätigkeitsbericht 1996) soll ein Text erarbeitet werden, der ein einheitliches Vorgehen im Bereich der elektronischen Werbung innerhalb der Europäischen Union gewährleistet. (Siehe hierzu auch das Kapitel „Bericht Ständiger Ausschuss“ in diesem Tätigkeitsbericht). In der Dezember Sitzung 2001 wurde ein Text verabschiedet, der zur Approbation auch an den Ständigen Ausschuss weitergeleitet wurde (siehe auch Bericht zum Ständigen Ausschuss).

## **Datenbank für Disziplinarmaßnahmen**

### **Disziplinarstrafen in Europa: Einrichtung einer kammerübergreifenden Datenbank**

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

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

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

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

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

Zunächst wird es darum gehen, die rechtlichen und technischen Probleme in den einzelnen Mitgliedstaaten zu prüfen.

Bisher jedoch liegen keine weiteren Ergebnisse dieser Bemühungen vor.

### **Altersversorgung der Ärzteschaft**

Im Jahre 2003 befasste sich die Europäische Konferenz der Ärztekammern mit Fragen der Altersversorgung der Ärzteschaft. Für Deutschland wurde die Beantwortung von der Arbeitsgemeinschaft „Berufsständiger Versorgungswerke“ vorgenommen. Eine Auswertung der Antworten war für die Dezember-Sitzung 2002 vorgesehen, wurde aber nicht ausgeführt da noch nicht alle Mitgliedsorganisationen der CEOM geantwortet hatten.

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

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

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

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

Die 6. Internationale Konferenz der IAMRA wird im April 2004 in Dublin stattfinden und sich mit den folgenden vier Themen befassen:

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

Die Konferenz in Dublin soll zeigen, wie unerlässlich internationale Kooperation ist und Wege und Möglichkeiten aufzeigen, wie diese intensiviert werden kann.

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

### **Bewertung der Arztzahlen in der Europäischen Union**

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

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

Eine Auswertung wird wahrscheinlich Ende dieses Jahres vorliegen.

# 49. Konsultativtagung 10. Juli bis 12. Juli 2003 in Graz/Steiermark

## **Beratungen der Ärzte deutschsprachiger Länder**

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

Die 49. Konsultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen fand vom 10. bis 12. Juli auf Einladung der Ärztekammer Österreichs in Graz statt.

Traditionell tagen am ersten Tag die ständigen Arbeitsgruppen „Fort- und Weiterbildung“ sowie „Gesundheit und Umwelt“.

Eine Fortbildungspflicht besteht inzwischen in der Schweiz, Südtirol, Österreich und kürzlich auch in Deutschland. In allen diesen Ländern können innerhalb von 3 Jahren insgesamt 150 sogenannte Credits erworben werden. Sanktionen bei nicht erfolgter Fortbildung wurden bislang in keinem der angesprochenen Länder erhoben. Die Akkreditierung der Fortbildungsveranstaltungen wird jeweils von den Ärztekammern durchgeführt, wobei in Deutschland und der Schweiz die Veranstaltungen selber akkreditiert werden, in Südtirol und Österreich dagegen die Anbieter der Veranstaltungen.

Hauptthemen im Ausschuss für Gesundheit und Umwelt waren die Gefahren durch den Mobilfunk, Windkraftwerke (niedrigfrequente Geräusche und Schatten als Hauptprobleme), die Trinkwasserqualität, Wetterfühligkeit (spherics) und der Transitverkehr.

Tagungsthema der eigentlichen Konsultativtagung, über das der Präsident der Akademie der Ärzte und 2. Vizepräsident der Steirischen Ärztekammer, Herr Routil, aus Österreich berichtete, war die Schnittstellenproblematik und sektorenübergreifende Versorgung. Die Vergleichbarkeit von ambulanten und stationären Leistungen wird in Österreich vor allem durch unterschiedliche Finanzierungskonzepte und Dokumentationsformen verhindert. Als Vorschläge zur verbesserten Zusammenarbeit wurden die Einführung von gemeinsamen Besprechungen und Fortbildungen sowie gegenseitige Hospitationen im ambulanten und stationären Sektor angeführt. Eine weitere Idee war, Trialogzirkel einzuführen, in denen Ärztekammern mit ambulant und stationär tätigen Ärzten Erfahrungen austauschen und aktuelle Problemfälle besprechen können. Die Einführung so genannter Gesundheitsfonds wird abgelehnt, da sie nur zu Verschiebeeffekten führen würden. Ziel soll der Aufbau einer integrierten Versorgung sein, die jedoch nicht in Form einer weiteren Struktur gedacht ist, sondern als Umsetzung eines gemeinsamen Versorgungsprogramms.

Der Justitiar der Bundesärztekammer, Herr Rechtsanwalt Schirmer, erläuterte die unterschiedlichen Arten von Gesellschaften zur Ausübung der Heilkunde. Genannt wurden vor

allem die Heilkunde-Gesellschaft als Form von Gesundheitszentren sowie die Managementgesellschaften, eine „Terra incognita“ aus rechtlicher Sicht.

Ein Modell der funktionierenden Vernetzung - zumindest auf regionaler Ebene - wurde von Herrn Dr. Oesingmann in Form des „Integrierten Versorgungsmodells Prosper“ der Bundesknappschaft vorgestellt. Dabei wurde auch betont, dass es sich um ein Sondermodell handelt und die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Versorgungstypen zu übertragen sind. Kritisiert wurde, dass es sich dabei um ein Einkaufsmodell handelt, das die Ärzteschaft grundsätzlich ablehnt.

Ein zweiter Teil der Tagung wurde traditionellerweise den Länderberichten gewidmet:

In Luxemburg wird das Hausarztmodell als Pilotprojekt von den Krankenkassen unterstützt eingeführt. Ziel ist der Übergang ins Sachleistungsprinzip. Aufgrund eines innerhalb des letzten Jahres niedriger ausgefallenen Überschusses der Krankenkassen wird in dem kleinsten der deutschsprachigen Länder erstmals auch die Einführung von Sparmaßnahmen erwogen, auch wenn erst einmal beschlossen wurde, dass das ärztliche Honorar um 6,7% aufgestockt werden soll.

Aus der Schweiz wurde über die aktuell anstehenden Veränderungen im Gesundheitssystem berichtet. Neben dem Rückgang der staatlichen Subventionen wird derzeit die Auflösung des Kontrahierungszwanges erwogen. Ein Antrag der SVP, das besonders bei Familien unbeliebte Kopfpauschalenmodell abzuschaffen, war von der Bevölkerung im März 2003 abgelehnt worden. (Wohl u. a. auch deshalb, weil statt dessen eine massive Mehrwertsteuererhöhung anstand, die dann wiederum gerade die Familien belastet hätte.) Im Juli 2002 trat ein Zulassungsstopp für 3 Jahre in Kraft, der jedoch kantonale administrativ umgesetzt wird. Aktuelle Probleme sind die Reduktion der ‚work force‘ aufgrund der veränderten Lebensentwürfe - in zunehmendem Maße wird auch von Ärzten freie Zeit für die Familie oder das eigene Leben verlangt - sowie die Arbeitszeitverkürzungen in den Spitälern. Eine der daraus folgenden Konsequenzen war es, sogenannte Spitalärzte einzuführen.

Herr Dr. Widmann, Ärztekammer Südtirol, klagte über einen zunehmenden Beschnitt in der Autonomie der Selbstverwaltung. Unter anderem führte dies in letzter Zeit zu einer sich deutlich verschlechternden Patientenfreundlichkeit in Richtung Verstaatlichung („statalismo“). Das neu eingeführte Hausarztssystem wird dagegen gut akzeptiert. Ein großes Problem stellt die hohe Arbeitslosigkeit unter den Ärzten dar.

Auch die Österreichische Ärztekammer klagt über eine zunehmende staatliche Reglementierung, insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung. Ein neues Gesundheitsgesetz ist in Planung, Richtlinien zur Nachfolgeregelung von Praxen wurden bereits aufgestellt. Nur wenige Wochen vor der Konsultativtagung hatten in der Österreichischen Ärztekammer Wahlen stattgefunden. Zum neuen Präsident wurde Herr Dr. Rainer Brettenthaler, (auch Präsident des CPME (2002/2003)), gewählt. Vizepräsidenten wurden die Herren Dr. Hesse, Dr. Dorner und Dr. Beyer.

Abschließend wurde aus Deutschland ausführlich über die gesundheitspolitische Lage berichtet und detailliert auf das sich abzeichnende Reformgesetz (später „GMG“) eingegangen.

# Weltärztebund

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

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

Wenn der Weltärztebund sich auch primär als internationale Berufsvertretung versteht, so hat doch das Patienten-Arzt-Verhältnis und insbesondere der Patientenschutz stets einen breiten Raum in seinen Verhandlungen eingenommen. Das 1948 verfasste „Genfer Gelöbnis“ ist Bestandteil der deutschen ärztlichen Berufsordnung geworden und die „Deklaration von Helsinki“ (1964) hatte in der Fassung von Tokio 1975 den Maßstab für die Durchführung von klinischen Versuchen am Menschen gesetzt und auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mitgeprägt. Diese Kerndeclarationen zu ethischen Grundsätzen ärztlichen Handelns wurden auf verschiedenen Generalversammlungen um Stellungnahmen zu Organtransplantation, In-vitro-Fertilisation, Gentherapie, Gentechnologie und Sterbehilfe fortgeschrieben und ergänzt. Die Sammlung der Erklärungen und Deklarationen des Weltärztebundes (<http://www.bundesaeztekammer.de>) umfasst das weite Feld ethischer und sozialer Themen aus dem ärztlichen Berufsfeld und reicht von Beiträgen über die Definition des Todeszeitpunkts, den Schwangerschaftsabbruch, das Verbot der Mitwirkung an körperlichen Bestrafungen, die Erklärung zum Gebrauch und Missbrauch psychotroper Medikamente, die Erklärungen zum Risiko des Tabakkonsums bis zu Beiträgen über die Probleme der Umwelt und Demographie und immer wieder einzelnen Resolutionen zu Menschenrechtsverletzungen in verschiedenen Ländern dieser Welt.

## 54. Generalversammlung, Helsinki, Finnland

Die 54. Generalversammlung fand auf Einladung des finnischen Ärzteverbandes im September 2003 in Helsinki statt. Dr. James Appleyard, der sein Amt als Präsident in Helsinki antrat, war entsprechend den Statuten des Weltärztebundes bereits im Jahr zuvor in Washington für die Amtsperiode 2003/2004 gewählt worden. Für die darauf folgende Periode 2004/2005 wählte der Weltärztebund den Amerikaner Dr. Yank Coble zum Präsidenten.

Neu in den Weltärztebund aufgenommen wurden die Ärzteorganisationen

- der Bahamas
- Kasachstans



- der Volksrepublik Bangladesch und
- Armeniens.

Die Wissenschaftliche Sitzung des Weltärztebundes, die jeweils der Generalversammlung vorangeht, beschäftigt sich in diesem Jahr zum einen mit der Deklaration von Helsinki und zum anderen mit Fragen der Patientensicherheit.

Neben historischen Exkursen zur Entstehung und Entwicklung der Deklaration von Helsinki konzentrierte sich die Diskussion besonders auf die Auslegung und Wirkung der Fassung von 2000. Die wesentliche Kritik und Streitpunkte wurden dann in der Generalversammlung diskutiert (s. u.). Zur Frage der Patientensicherheit wurden verschiedene Ansätze, teilweise von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, teilweise interprofessionell diskutiert. Entscheidend scheint aber zu sein, dass es gelingt, für die Erfassung, Auswertung und Vermeidung von Fehlern eine No-blame-culture zu entwickeln. Fehler werden nur dann ausreichend kommuniziert, wenn die betroffene Person dies angstfrei tun kann. Die gegenwärtigen, meist mit einer drohenden Strafe verbundenen Systeme sind daher weitgehend ungeeignet, Fehler rechtzeitig zu finden und zukünftig zu vermeiden. Im Rahmen der Generalversammlung wurden folgende Dokumente verabschiedet:

### **Ethische Richtlinien für die internationale Rekrutierung von Ärzten**

Der Weltärztebund sieht in der Migration von Ärzten eine wichtige Quelle für den Informations- und Fähigkeitentransfer in der Medizin. Aus sachlichen, aber auch aus Gründen der individuellen Freiheit sollte die Migration nicht behindert werden. Gleichzeitig muss der Weltärztebund aber auch feststellen, dass Migrationsbewegungen von Ärzten einzelne Länder oder Regionen in eine regelrechte Unterversorgung treiben können.

In der Analyse der Situation wird festgestellt, dass nicht nur die besseren Arbeits- und Lebensbedingungen in anderen Ländern die Ärzte zum Verlassen des eigenen Landes bewegen, sondern auch die meist schlechten Bedingungen im eigenen Land, die es deshalb zu verändern gilt.

Freiheit der Migration, Fairness gegenüber den Migranten, internationale Kooperation und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte in den Emigrationsgebieten sind daher die wesentlichen Angriffspunkte für eine Verbesserung der Situation, die der Weltärztebund in einer Erklärung zusammenfasst.

### **Gewalt und Gesundheit**

Gewalt ist nach wie vor eine der wichtigsten Krankheitsursachen. Ärzte sind in fast allen Tätigkeitsbereichen mit den Folgen der Gewalt konfrontiert, egal ob als Hausarzt, Traumatologe, Psychiater oder im öffentlichen Gesundheitswesen. Der Weltärztebund rät in einer neuen Erklärung zu einem stärkeren Engagement der Ärzte gegen die Gewalt auf allen Ebenen und in allen Formen. Um Gewalt zurückdrängen zu können, sind allerdings neben

- dem Engagement auch
- eine verbesserte Datenerfassung gesundheitlicher Daten über Störungen durch Gewalt,
- die Thematisierung von Gewalt und Gesundheit in der Ausbildung,
- eine verbesserte Prävention,
- die Koordination der Hilfe für Gewaltopfer und
- klare Forderungen für eine gewaltfreie Politik nötig.

### **Nichtkommerzialisierung von menschlichem Reproduktionsmaterial**

Der Weltärztebund fordert in seiner Entschließung die Mitgliedsorganisationen auf, sich durch Berufs- oder Vereinsrecht gegen den Verkauf von Ova, Spermien oder Embryonen zu wenden und gleiches auch von den nationalen Gesetzgebern zu verlangen.

### **Verantwortung von Ärzten bei der Verurteilung von Folterakten oder grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlungen, die ihnen zur Kenntnis gelangt sind**

Zu verschiedenen Anlässen hat sich der Weltärztebund bereits mit dem Thema Folter befasst und die Teilnahme an Folter bzw. deren Ermöglichung verboten. Dieses Verbot und die moralische Verpflichtung zur Unterstützung derer, die Folteropfer behandeln, wurden als ärztliches Prinzip festgeschrieben. Nunmehr hält der Weltärztebund fest, dass es zur ärztlichen Aufgabe gehört, Folter anzuzeigen und mit Nicht-Regierungsorganisationen, welche die Folter bekämpfen, und internationalen Strafverfolgungsbehörden zusammen zu arbeiten. Freilich muss der Arzt dabei beachten, dass weder sein Opfer noch er selbst oder Dritte dadurch in weitere Gefahr gebracht werden.

### **Tag der ärztlichen Ethik**

In seiner Entschließung stellt der Weltärztebund fest: *„In Anbetracht der Tatsache, dass die ärztliche Ethik seit der ersten Generalversammlung am 18. September 1947 ein Haupttätigkeitsbereich des Weltärztebundes ist, wird beschlossen, die nationalen Ärzteorganisationen darin zu bestärken, alljährlich den 18. September als „Tag der ärztlichen Ethik“ zu feiern.“*

### **Patientenverfügungen ('Patiententestamente')**

Die Wahrung des Patientenwillens ist immer dann besonders schwierig, wenn er nicht bekannt ist. Patientenverfügungen können, insbesondere am Lebensende, Klarheit schaffen, wenn sie dem Arzt verbindlich, sicher und eindeutig den aktuellen Willen des Patienten darlegen können. Damit dies so ist, sind aber bei der Verfassung und Instandhaltung der Patientenverfügung verschiedene kritische Punkte zu beachten, die der Weltärztebund in seiner neuen Erklärung anspricht:

So empfiehlt der Weltärztebund,

- die Rechtsverbindlichkeit der Verfügung durch Beachten der entsprechenden Vorschriften z. B. der Form und der Zeugen herzustellen,
- die Verfügung regelmäßig zu überprüfen und
- Familienmitglieder, eine Ethikkommission oder wenigsten Kollegen zu konsultieren, bevor eine lebensverlängernde Maßnahme eingestellt wird.

### **Forensische Untersuchungen von Vermissten**

In den gewaltsam ausgetragenen Konflikten der letzten Jahre sind Gerichtsmediziner bei der Suche nach Vermissten immer mehr zu Aufklärungsorganen der internationalen Gemeinschaft, aber auch zur letzten Hoffnung von Angehörigen geworden, die Klarheit über das Geschehene haben wollen. Solche forensischen Missionen sind oft von massivem politischem Druck, nicht selten auch von großen Feindseligkeiten begleitet.

Der Weltärztebund rät in seiner Erklärung dazu, darauf hinzuwirken, dass Entsendungen nur nach den Maßgaben des Internationalen Komitees des Roten Kreuzes erfolgen sollen und

dass unter rechtlichen und Sicherheitsgarantien für die ordnungsgemäße und sichere Durchführung gerichtsmedizinischer Arbeit gesorgt werden muss. Weiterhin muss sichergestellt sein, dass die Erkenntnisse ungehindert an die relevanten Gerichte und die Angehörigen gelangen.

### **Schweres Akutes Atemnotsyndrom**

Die SARS-(Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom) Epidemie „*unterstrich die Notwendigkeit globaler Strategien zur Bekämpfung von Epidemien und offenbarte einige grundlegende Schwächen in den Systemen der öffentlichen Gesundheit*“, stellte der Weltärztebund in seiner Erklärung zur SARS-Epidemie im Jahre 2003 fest.

Der Weltärztebund unterstützt die Weltgesundheitsorganisation dabei, ihr Katastrophenschutzprogramm auszubauen, damit weltweit eine rasche und effektive Einbeziehung der Ärzte gewährleistet wird. Er fordert außerdem die rasche Bereitstellung von Informationen, Ausrüstung und Hilfsmitteln, die für die Sicherheit der medizinischen Helfer und ihrer Patienten notwendig sind.

### **Diskussion über die „Ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen“ (Deklaration von Helsinki)**

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

Bereits im letzten Jahr hatte die Generalversammlung des Weltärztebundes die strengen Vorstellungen der Deklaration gegen die Anwendung von Placebos in Kontrollversuchen neu diskutiert. In einer Klarstellung als Ergänzung zur Deklaration von Helsinki in der Fassung von 2000 wurde die Notwendigkeit des Placebo-Einsatzes in bestimmten wissenschaftlich begründbaren Fällen anstelle eines etablierten Verfahrens genauso wie bei leichten Befindlichkeitsstörungen oder leichten Belastungen für die Behandlung von Kontrollgruppen akzeptiert. Dabei dürfen die Probanden aber keinen zusätzlichen Risiken ausgesetzt werden. Die Klarstellung wurde der Deklaration von Helsinki beigelegt.

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

nicht zulässig wäre. Dieses hatte zur strengen Ablehnung von Placebos in Kontrollgruppen geführt (s.o.) Um dieser Ausbeutung vorzubeugen, sollte der Studienbetreiber deshalb auch grundsätzlich für die Fortsetzung der Behandlung verantwortlich sein.

Diese Vorschrift sei, so die Kritiker, unrealistisch, da

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

Zur Lösung des Konfliktes wurden drei Strategien diskutiert:

- Die Streichung oder Neufassung des Punktes 30, in der Annahme, dass die Verantwortung für die Weiterbehandlung bei den jeweiligen Gesundheitssystemen liege – gleichwohl unter Feststellung der moralischen Verantwortung der Studienbetreiber für die betroffene Population. Eine Position, die auch von Diskussionspartnern aus der Reihe der Industrie vertreten wurde.
- Eine Klarstellung über Sinn und Zweck des Punktes 30, ohne den eigentlichen Punkt der Deklaration zu ändern.
- Die Belassung des Punktes 30, der, obwohl sachlich inkorrekt, in seinen ideellen Zielen klar sei und deshalb nur in böswilliger Interpretation zum Forschungshemmnis werden könne.

Der Weltärztebund entschied sich für die 3. Strategie, beauftragte aber eine Arbeitsgruppe, das weitere Vorgehen zu überdenken und neue Vorschläge zu entwickeln.

## Weltgesundheitsorganisation (WHO)

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

Über das Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO 2003 in Berlin wurde im Tätigkeitsbericht 2002/2003 ausführlich berichtet. Das Forum 2004 findet nach Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichtes statt.

# Beauftragter für Menschenrechte

Im April 1996 hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, das Amt eines Beauftragten für Menschenrechte beim Vorstand der Bundesärztekammer einzurichten. Zum Menschenrechtsbeauftragten wurde Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg, berufen. Diese Berufung wurde 1999 durch den Vorstand der Bundesärztekammer für die Amtsperiode 1999 -2003 bestätigt. Dr. Montgomery trat im Oktober 2002 von diesem Amt zurück, der Vorstand der Bundesärztekammer berief Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zum neuen Menschenrechtsbeauftragten der Bundesärztekammer. Die Geschäftsführung betreut Dr. Otmar Kloiber, Dezent in der Bundesärztekammer.

Das Tätigkeitsfeld des Menschenrechtsbeauftragten wurde folgendermaßen definiert:

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

## Rückführung von Flüchtlingen/Abschiebung von abgelehnten Asylbewerbern

In der großen Zahl der oft zwangsweise rückgeführten Flüchtlinge befinden sich einige in einem gesundheitlich kritischen Zustand. In einigen Fällen stand zu befürchten, dass die Abschiebung in ein Herkunftsland mit ungenügender medizinischer Versorgung das Leben der betreffenden Person gefährden würde. In diesen Fällen konnte der Auslandsdienst der Bundesärztekammer gegenüber den zuständigen Behörden Hinweise über den Stand des Gesundheitswesens und über die damit verbundenen Konsequenzen in den Herkunftsländern geben. In einigen Fällen hat sich der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer auch persönlich gegen die Abschiebung von einzelnen Patienten eingesetzt. Leider wird vermehrt darüber berichtet, dass Ärzte von Behörden bedrängt werden, die Reisefähigkeit von abzuschiebenden Personen zu bestätigen.

Sicherheit kann in diesem Feld durch Fortbildungsmaßnahmen zum Thema „Reisefähigkeit“ geschaffen werden. Dabei kommt es in diesem Zusammenhang nicht nur auf die komplexe Beurteilung der Reisefähigkeit an, sondern auch auf die medizinische

Situation im Zielland, wofür aber gesicherte Informationen meist fehlen. Eine entsprechende Veranstaltung war von der Ärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführt worden.

Die Ärztekammer Hessens hat Grundsätze für das Verhalten von Ärzten bei der Prüfung der Transportfähigkeit von abzuschiebenden Ausländern im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht und damit einen ersten Schritt zur Standardisierung des Begutachtungsverfahrens von Flüchtlingen gemacht.

Ebenfalls in Hessen konnte durch Gespräche des Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammer mit dem Bundesgrenzschutz die Situation bei Abschiebungen am Frankfurter Flughafen entspannt werden.

In Baden-Württemberg hatten Proteste der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammer über die Behandlung der Personen, die über den Stuttgarter Flughafen abgeschoben werden, Erfolg: Die Beschwerden führten zu einer Reorganisation des Verfahrens und zu einer baulichen Anpassung, so dass nun – zumindest was die äußeren Umstände angeht – für eine menschenwürdige Unterbringung und Behandlung der abzuschiebenden Personen gesorgt ist.

## **Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund**

Unter Führung des Weltärztebundes hat die Bundesärztekammer sich an Interventionen zu Menschenrechtsfragen, die mit ärztlichem Handeln in Verbindung stehen, beteiligt. Dabei geht es dem Menschenrechtsbeauftragten vor allem um eine Koordination der internationalen Bemühungen. Neben Problemen aus anderen Ländern wurde auch im Berichtszeitraum weiterhin aus der Türkei über Repressalien gegen Ärzte berichtet, die Folteropfer behandelt hatten. Mit Hilfe von Interventionen und Prozessbegleitungen durch Vertreter des Weltärztebundes wird versucht, einen positiven Einfluss auf zum Teil laufende Gerichtsverhandlungen zu nehmen. Im letzten Jahr hat sich gezeigt, dass die türkische Regierung besonders auf die ärztlichen Mitarbeiter der Menschenrechtsstiftung in Diyarbakir Druck ausübt, offenbar um die Behandlung von Folteropfern in den Einrichtungen der Stiftung zu unterbinden.

## **Zwangswise Verabreichung von Brechmitteln an Drogenkuriere**

Die (nicht nur) in Hamburg geübte Praxis, Brechmittel bei Drogenkurieren, die vermutlich Drogen verschluckt haben, unter Zwang anzuwenden, ist nach einem Todesfall, der diese Praxis rufbar gemacht hat, heftig kritisiert worden. Die Ärztekammer Hamburg wies in einer Resolution ihrer Kammerversammlung darauf hin, dass die Beteiligung von Ärzten an der zwangsweisen Verabreichung von Brechmitteln nicht im ärztlichen Heilauftrag sei. „*Ärzte beteiligen sich an der Gewaltanwendung nicht*“. Bei einem ersten Gespräch zwischen dem Vorsitzenden der Innenministerkonferenz der Länder, Minister Trautvetter, hat Prof. Hoppe im Frühjahr 2003 die Haltung der Ärzteschaft dargestellt. Minister Trautvetter sagte zu, dies mit den Innenministern zu diskutieren.

## Gespräche mit der Konferenz der Innenminister der Länder

Die Innenministerkonferenz hat sich in ihrer Sitzung am 06.12.2002 mit der Mitwirkung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen befasst (s.o.). Offenbar wurden dort auch die zuvor publizierte Haltung der Bundesärztekammer und Richtlinien der Hessischen Ärztekammer zur Begutachtung der Transportfähigkeit von abzuschiebenden Ausländern diskutiert. Die Innenminister beauftragten den Vorsitzenden der Innenministerkonferenz, das Gespräch mit der Bundesärztekammer zu suchen. Im Frühjahr 2003 trafen sich der Vorsitzende der Konferenz der Innenminister der Länder, Herr Minister Trautvetter, und Prof. Hoppe, und sie verständigten sich, eine gemeinsame Arbeitsgruppe zwischen der zuständigen Arbeitsgruppe der Innenministerkonferenz und den Menschenrechtsbeauftragten der Ärztekammern einzurichten.

Für die Seite der Ärztekammern wurden Frau Dr. Wirtgen, München, Frau Hirthammer, Düsseldorf, Herr Dr. Girth, Frankfurt, und Herr Dr. Kloiber, Köln, beauftragt, in dieser Arbeitsgruppe mitzuwirken. Bisher fanden zwei Gespräche im Sommer und Herbst 2003 mit der Arbeitsgruppe „Rückführung“ der Innenministerkonferenz der Länder in Düsseldorf statt.

Die Gespräche konzentrieren sich auf zwei Themen: Erstens das posttraumatische Belastungssyndrom (PTSB) und die so genannte Flugtauglichkeitsprüfung vor einer Abschiebung. Aus Sicht der Ministerialbeamten stellt sich die Problemlage wie folgt dar: Bei abgelehnten Asylbewerbern sind im Laufe des Verfahrens, beginnend bei der Ankunft in Deutschland über die Prüfung des Asylantrages und das Verfahren der Abschiebung, alle inlands- und ziellandsbezogenen Abschiebungshindernisse geprüft und aus der Sicht der Beamten ausgeschlossen worden.

Auf Grund von schwerwiegenden Zwischenfällen in der Vergangenheit verlangt der Bundesgrenzschutz ein ärztliches Flugtauglichkeitszeugnis, bevor Personen von den Ländern an den Bundesgrenzschutz zur aktuellen Abschiebung überstellt werden. Bei der Erstellung dieser Gutachten ist es öfters vorgekommen, dass Ärzte Abschiebungshindernisse erkannt und attestiert haben, die bisher im Verfahren nicht aufgedeckt worden waren. Dabei handelt es sich meist um Fälle des posttraumatischen Belastungssyndroms, die bis dahin von den Patienten nicht vorgetragen worden waren, gelegentlich aber auch um die Frage der Behandlungsmöglichkeit im Zielland, die nach Auffassung der Ärzte oft nicht oder nicht richtig geprüft worden ist. Von ministerieller Seite ist man der Meinung, dass die Ärzte damit ihren Gutachterauftrag überschritten und zu derartigen Äußerungen nicht berechtigt seien bzw. solche Äußerungen separat und nicht im Gutachten zur Flugtauglichkeit machen sollten.

Die Seite der Menschenrechtsbeauftragten hält dies für eine unzulässige Einschränkung eines Gutachterauftrages, die eigentlich zur Rückgabe des Gutachterauftrags führen müsste, da die derart eingeschränkte Ausführung nicht mit der ärztlichen Sorgfaltspflicht, wie sie von der Berufsordnung vorgesehen ist, vereinbar ist.

Damit wird die eigentlich von beiden Seiten als in den meisten Fällen überflüssig empfundene Flugtauglichkeitsprüfung in vielen Fällen zur einzigen tatsächlichen Prüfmöglichkeit für das Vorhandensein von innen- oder auslandsbezogenen Abschiebungshindernissen. Von ärztlicher Seite wird nämlich auch bemängelt, dass sowohl ziel- als auch inlandsbezogene

Abschiebungshindernisse durch das Verfahren im Asylprüfungsprozess zwar gefunden, nicht aber mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Die Tatsache, dass posttraumatische Belastungsstörungen in diesem Prozess oft erst sehr spät erkannt oder angegeben werden, hat nichts mit einem böartigen Verschweigen zu tun, sondern liegt vielmehr in der Psychologie bzw. Pathopsychologie dieser traumatischen Störung begründet. Dabei führt das späte Auftreten von Symptomen oder aber auch das späte Verbalisieren von Belastungen bei den mit der Prüfung befassten Beamten offenbar zum Verdacht der Simulation und die staatlichen Stellen in eine Oppositionshaltung sowohl zu den betreffenden Personen als auch zu den sie behandelnden Ärzten.

Derzeit haben sich beide Seiten darauf verständigt, weitere Detailfragen zu klären und Vorschläge zur Veränderung der Durchführung der Abschiebeverfahren zu diskutieren.