

11. Zusammenarbeit mit der Politik

11.1 Interessenvertretung gegenüber der Politik in Berlin

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

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

Das Jahr 2006 war von einem außerordentlich intensiven Austausch der Bundesärztekammer mit der politischen Ebene geprägt. Bei allen gesundheitspolitischen Prozessen – insbesondere aber der Gesundheitsreform – fand ein regelmäßiger Meinungsaustausch mit dem Kanzleramt, dem Gesundheitsministerium, den Entscheidungsträgern der Fraktionen und auch der Länderebene statt. In der heißen Gesetzgebungsphase der

Gesundheitsreform war die Bundesärztekammer oft gefordert, auf Abruf Empfehlungen auszusprechen und verlässliche Argumente zu liefern. So konnte die Bundesärztekammer auf verschiedenen Ebenen die Politik für ihre Sorgen um die möglichen Auswirkungen des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz auf die medizinische Versorgung sensibilisieren und auf Korrekturen des Gesetzentwurfes hinwirken.

11.1.1 Gesetzgebung im Jahr 2006

Das Jahr 2006 war ein gesundheitspolitisch äußerst ereignisreiches Jahr. Die Verhandlungen zum GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG), Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz, zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und zum Gewebegesetz waren besonders große Herausforderungen für die politische Interessenvertretung der Bundesärztekammer. Aber auch die noch vor der Sommerpause verabschiedete Föderalismusreform hatte erhebliche Auswirkungen für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen; zuvor noch als zustimmungspflichtig deklarierte Gesetzentwürfe – wie beispielsweise das Gewebegesetz oder das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – wurden nach Inkrafttreten der Föderalismusreform zu einfachen Einspruchsgesetzen, d.h. ein Veto des Bundesrates hatte lediglich aufschiebende Wirkung. Die folgenden Ausführungen geben einen kurzen Überblick über die wichtigsten Entwicklungen im politischen Prozess, haben aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz

Die Bundesregierung hatte sich gleich zu Beginn der Legislaturperiode zum Ziel gesetzt, schnellstmöglich in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit den Beratungen zu einer Gesundheitsreform zu beginnen. Geprägt von den stark divergierenden Vorstellungen einer Finanzreform (Bürgerversicherung vs. Prämienmodell) begann eine mühsame Konsensbildung, die am 4.7.2006 in ausformulierten Eckpunkten mündete. Der Kompromiss bei der Finanzreform sah die Einführung eines sogenannten Gesundheitsfonds vor. In einer Stellungnahme an die politischen Entscheidungsträger der Koalition (28.07.2006) äußerte die Bundesärztekammer die Sorge, dass mit den Eckpunkten die Finanzierungsproblematik in der GKV nicht gelöst werde. Vielmehr sei zu befürchten, dass der Weg in die Staatsmedizin beschritten und die Private Krankenversicherung existenziell gefährdet werden solle. Die Einbringung eines ausformulierten Gesetzentwurfes in das parlamentarische Verfahren verzögerte sich bis in den Herbst 2006 hinein. Vorausgegangen waren vier sogenannte nicht-abgestimmte Arbeitsentwürfe sowie ein Referentenentwurf, zur der die Bundesärztekammer schriftlich Stellung nahm, dessen Anhörung die Bundesärztekammer jedoch gemeinsam mit den weiteren großen Verbänden des Gesundheitswesens auf Grund der engen Fristsetzung von zwei Werktagen aus Protest fern blieb. Von der Absicht, das Gesetz zum 1. Januar 2007 in Kraft treten zu lassen, nahm die Regierung im Laufe der Zeit Abstand, so dass die parlamentarischen Beratungen im Jahr 2006 nicht abgeschlossen werden konnten. Ein Anhörungsmarathon im Deutschen Bundestag Ende Oktober/Anfang November 2006 gab den betroffenen Verbänden die Möglichkeit, ihre Argumente gegen die Reform vorzutragen (siehe Dokumentation Kapitel 14, S. 713ff.). Die Bundesärztekammer äußerte sich sowohl ausführlich schriftlich als auch während der

viertägigen Anhörung mündlich. Zu einer Vielzahl von Einzelregelungen des Gesetzentwurfs konnten die Vertreter der Bundesärztekammer ihre Einwände vorbringen und damit neue Nachdenklichkeit in der Politik erzeugen. Parallel zu diesen Bewertungen in den Ausschüssen des Bundestages fanden in der gesamten Phase der Beratungen Gespräche mit den politisch Verantwortlichen im Bund und in den Ländern statt. In persönlichen Gesprächen mit Bundeskanzlerin Angela Merkel und Ministerpräsidenten der Länder warb der Präsident der Bundesärztekammer für einen Neustart des Reformvorhabens, um ein besseres Konzept mit den Beteiligten und Betroffenen im Gesundheitswesen zu entwickeln. Der Politik wurden zugleich aber auch konkrete Forderungen zur Änderung des Gesetzentwurfs unterbreitet, um mögliche viele der negativen Folgen der Reform abzumildern. In enger Zusammenarbeit mit der KBV und den freien ärztlichen Verbänden und anderen Organisationen der Leistungserbringer wurde der Druck auf die Politik erhöht, die Reform zu überdenken. Ein erster Erfolg dieser Aktivitäten zeichnete sich bei den Beratungen des Bundesrates ab, der am 15. Dezember 2006 über 100 Änderungsanträge zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschloss.

Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)

Dem Anstieg der Arzneimittelkosten beabsichtigte die Bundesregierung direkt zu Beginn der Legislaturperiode mit dem sogenannten Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz zu begegnen. Ziel war es, den Anstieg bei den Arzneimittelkosten durch kurzfristige Maßnahmen einzudämmen. Die Bundesärztekammer nahm zu dem Gesetzentwurf schriftlich Stellung und kritisierte insbesondere die vorgesehene Bonus-Malus-Regelung, durch die das Ordnungsverhalten der Ärzte beeinflusst werden sollte. Im Rahmen der Beratung im Deutschen Bundestag fand am 18. Januar 2006 eine öffentliche Anhörung statt, zu der auch die Bundesärztekammer geladen war. Ungeachtet der vielfach geäußerten Kritik an dem Gesetzentwurf stimmte die Koalition dem AVWG zu. Am 17. Februar 2006 verabschiedete der Bundestag das Gesetz. Der Bundesrat verzögerte noch durch Anrufung des Vermittlungsausschusses die Inkraftsetzung um einen Monat. Die Bundesärztekammer legte auch gegenüber den Mitgliedern des Vermittlungsausschusses schriftlich dar, warum das Gesetz eine falsche Richtung einschlägt und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährde. Der Vermittlungsausschuss entschied jedoch – auch aus Gründen des Machterhalts der Koalition – dem Gesetzentwurf in der Fassung des Beschlusses des Bundestages am 7. April 2006 zuzustimmen, so dass das Gesetz am 1. Mai 2006 in Kraft treten konnte.

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG)

Mitten in den Verhandlungen zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform legte das Gesundheitsministerium im Frühjahr bereits einen Referentenentwurf zur umfassenden Liberalisierung des Vertragsarztwesens vor, zum dem die Bundesärztekammer schriftlich und mündlich im Rahmen einer Anhörung Stellung nahm. Grundsätzlich begrüßte sie das Gesetzesvorhaben, forderte jedoch in einigen Bereichen Korrekturen. Insbesondere kritisierte sie das mit dem Gesetzentwurf angestrebte Vorhaben, das Vertragsrecht vom ärztlichen Berufsrecht abzukoppeln. Während zunächst noch beabsichtigt war, die Beratungen mit denen zur Gesundheitsreform parallel abschließen zu lassen, wurde von diesem Vorhaben Abstand genommen, als zu erkennen war, dass die

Verhandlungen zur Gesundheitsreform sich weiter verzögern würden. Der Bundesrat schloss noch vor der parlamentarischen Sommerpause den ersten Durchgang seiner Beratung ab, der Bundestag fasste sich im Herbst mit dem Gesetzentwurf. Die Bundesärztekammer war bei der Anhörung des Gesundheitsausschusses am 18. Oktober 2006 vertreten. Zuvor hatte sie schon schriftlich Stellung genommen und Änderungen gefordert, die auch der Bundesrat als notwendig ansah. Allerdings bestand nach der Föderalismusreform keine Zustimmungspflicht seitens der Länderkammer mehr. So passierte das Gesetz den Bundestag in 2./3. Lesung am 27. Oktober 2006 und den Bundesrat am 24. November 2006 ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses. Das Gesetz trat zum 1. Januar 2007 in Kraft. Positiv bewertet die Ärzteschaft vor allem die Abschaffung des Ostabschlags in der privatärztlichen Vergütung.

Gewebegesetz

Ebenfalls noch während der Verhandlungen zur Gesundheitsreform legte das Bundesministerium für Gesundheit im April 2006 einen umfassenden Referententwurf eines Gewebegesetzes vor. Die Bundesärztekammer hatte schriftlich seine umfassende Kritik zum Ausdruck gebracht, insbesondere an der Zielsetzung des Entwurfs, Gewebe undifferenziert dem Arzneimittelgesetz zuzuordnen. Darüber hinaus appellierte die Bundesärztekammer gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft an die Bundesregierung, den Entwurf grundsätzlich zu überarbeiten. Ungeachtet dieser massiven Bedenken beschloss das Bundeskabinett den Entwurf am 9. August 2006. Viele Landesregierungen stimmten den Bedenken der Bundesärztekammer zu. Am 13. Oktober 2006 beschloss der Bundesrat mit großer Mehrheit eine Vielzahl von Änderungsanträgen, die zum Teil eine Generalkritik an dem Gesetzentwurf beinhalteten. Die weiteren Beratungen im Bundestag sollen erst nach Abschluss der Gesundheitsreform fortgeführt werden. Die Mitglieder aller Fraktionen auf Spitzenebene und Fachpolitikerebene wurden wiederholt für die Problematik des Gesetzesvorhabens sensibilisiert. Zugleich schlug die BÄK alternative Lösungswege vor.

Tabakwerbeverbot

Nach jahrelangem, zähem Ringen hat sich die Große Koalition Mitte 2006 dazu entschlossen, die Tabakwerberichtlinie der EU in nationales Recht umzusetzen. Die Bundesärztekammer hatte wiederholt und mit Nachdruck auch gegenüber Verbraucherschutzminister Horst Seehofer auf die Umsetzung gedrängt. Das parlamentarische Verfahren verlief schließlich nach dem entsprechenden EuGH-Urteil und der Einbringung des Gesetzentwurfs geräuschlos und ohne jeder Verzögerung. Das Tabakwerbeverbot ist daher seit Beginn des Jahres 2007 in Kraft.

Spätabbruch

Die Bundesärztekammer setzt sich seit Jahren für eine gesetzliche Neureglung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation ein. Mit Beginn der neuen Legislaturperiode unternahm sie den Vorstoß, einen im Jahr 2005 ausformulierten und vom Vorstand konsentierten Gesetzentwurf „Vorschlag zur Ergänzung des Schwangerschaftsabbruchsrechts aus medizinischer Indikation“ politischen Entscheidungsträgern der Regierung und der Regierungsfractionen vorzustellen. Da auch der Koalitions-

vertrag die Absicht festhält, eine Neuregelung beim späten Schwangerschaftsabbruch zu finden, stieß der Vorschlag in Regierungskreisen auf hohes Interesse. Eine speziell zu diesem Thema eingerichtete Arbeitsgruppe der CDU/CSU-Fraktion und der SPD-Fraktion konnte sich jedoch nicht auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen. Gleichwohl äußerte die CDU/CSU-Fraktion die Absicht, den Entwurf der Bundesärztekammer gegebenenfalls als Gruppenantrag zu übernehmen.

Aus der Opposition

Die Oppositionsfraktionen haben es in Zeiten Großer Koalitionen bekanntlich schwer, mit ihren Positionen politisch Gehör zu finden. Allerdings zeichnen sich alle drei kleinen Fraktionen in der Gesundheitspolitik durch geschicktes parlamentarisches Agieren aus, um die Regierung in verschiedensten Themenfelder herauszufordern. So forderte beispielsweise die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken, wissend, dass die SPD dem Vorschlag nicht abgeneigt ist, die Fraktion „DIE LINKE“ das Vorziehen des Morbi-RSA und die FDP, „den Ausgleich für neue Arbeitsmodelle in Krankenhäusern vorzuziehen“. Zu diesem Antrag hatte die Bundesärztekammer auch eine schriftliche Stellungnahme abgegeben. Sie begrüßte die Absicht der FDP-Fraktion, die erst für 2009 vorgesehene Kompensation in Höhe von 700 Millionen Euro für die zur Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie entstehenden Kosten schon ab 2007 den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Dies bekräftigte die Bundesärztekammer auch noch einmal in einer öffentlichen Anhörung des Ausschusses am 20. September 2006.

Initiativen des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer fanden ebenfalls ihren Niederschlag in der Oppositionsarbeit. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN brachte einen Antrag in den Bundestag ein, der die Verbesserung der soziale Situation von Ausländerinnen und Ausländern, die ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, zum Ziel hatte. In der Begründung wird auf den Beschluss des 107. Deutschen Ärztetages von 2004 Bezug genommen, der ebenfalls den Zugang zur medizinischen Versorgung der Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus zum Gesundheitswesen fordert. Auch wenn die Beratungen noch nicht abgeschlossen sind, ist eine parlamentarische Mehrheit für diese Forderung nicht zu erwarten. Aber durch die Initiative der Oppositionsfraktion konnte die Problematik immerhin in einer öffentlichen Sachverständigenanhörung am 26. Juni 2006 intensiv beraten werden. Auch die Bundesärztekammer war hierzu geladen.

Mit der Problematik der Genitalverstümmelung wird sich der Deutsche Bundestag im Jahr 2007 beschäftigen, da noch im Jahr 2006 hierzu Anträge von den Grünen und der FDP eingebracht wurden. Auch diesen Anträgen liegen Initiativen der BÄK zugrunde. Die Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung waren für die Oppositionsparteien Anlass, das Thema aufzugreifen.

11.1.2 Monitoring – Information über politische Vorgänge

Im Jahr 2006 wurde das Berichtswesen der Bundesärztekammer über die politischen Ereignisse in Berlin deutlich erweitert. Neben der oben beschriebenen Interessenwahrnehmung gegenüber den politischen Entscheidungsebenen ist die kontinuierliche Information über die politischen Abläufe bei Regierung, Parlament und Ministerien gegenüber dem Vor-

stand der Bundesärztekammer, den Landesärztekammern und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer ein wichtiges Element der Tätigkeit im Rahmen der politischen Arbeit. Der neue E-MAIL-Informationssdienst *berlin aktuell* informiert auf verschiedenen Ebenen über die politischen Ereignisse Berlins. *berlin aktuell Dokumentation* enthält Berichte über aktuelle Entwicklungen und politisch relevante – meist auch informelle – Papiere. So wurden beispielsweise Arbeitsentwürfe zur Gesundheitsreform schnellstmöglich kommentiert und als Anlage verschickt. Mit *berlin aktuell Analyse* wird den relevanten Themen tiefer auf den Grund gegangen. Über aktuelle Ereignisse der beiden Parlamente berichtet *berlin aktuell* „Aus Bundestag und Bundesrat“. Plenarreden und Beschlüsse werden schnellstmöglich aufgearbeitet und versandt. Die Publikation wird durch einen monatlich erscheinenden *Parlamentarischen Kalender* ergänzt. Dieser bietet einen umfassenden Überblick über alle gesundheitspolitisch relevanten Vorgänge. Dazu zählen laufende und geplante Gesetzesinitiativen der Bundesregierung sowie Anfragen und Initiativen der Opposition. Die Originaldokumente sind als Hyperlink gekennzeichnet und können in einem internen Bereich des Internetauftritts der Bundesärztekammer abgerufen werden.

berlin aktuell



Dokumentation 30.06.2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt erhalten Sie das Eckpunktepapier der Arbeitsgruppe, das am Sonntagabend als Grundlage für die Entscheidung des Koalitionsausschusses für die anstehende Gesundheitsreform dienen soll.

[Das Eckpunktepapier](#)

Auf einige Punkte möchte wir Sie besonders aufmerksam machen, eine ausführliche Bewertung erfolgt in der nächsten Woche.

- Die Arbeitsgruppe schlägt ein **neues Vergütungssystem** für Ärzte vor, das unter anderem gekennzeichnet ist durch Abschaffung der Budgets, Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung, basierend auf Pauschalvergütungen, die Einzelleistungsvergütungen kombiniert sowie Abstufungsregelungen vorsieht. Das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen übertragen.
- Der **Sicherstellungsauftrag bleibt ausdrücklich zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung**. Allerdings werden „die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert, Vereinbarungen mit Ärzten zu treffen, die von den einheitlich und gemeinsam beschlossenen Kollektivvereinbarungen abweichen oder darüber hinausgehen können“ heißt es.
- Für **vergleichbare Leistungen in GKV und PKV** soll ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen geschaffen werden, das inhaltsgleich auch Grundlage der privatärztlichen Gebührenordnung werden soll. Abweichungen innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens sollen aber weiterhin möglich bleiben.
- Eine **Sonder-GMK** soll Vorschläge für die Gestaltung eines **ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung** nach Auslaufen der Konvergenzphase im Jahr 2008 erarbeiten. Unter anderem soll der Umstieg von einer dualen zu einer monistischen Finanzierung geklärt werden.
- Im Arzneimittelbereich wird vorgeschlagen, die **Arzneimittelpreisverordnung auf eine Höchstpreisverordnung**

Impressum

berlin aktuell

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft
Verena Hoppe
Alexander Dückers
Hans-Jörg Freese

Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin
Tel. (030) 40 04 36-338 · Fax -707
presse@baek.de · www.baek.de

11.2 Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der EU in Brüssel

11.2.1 Europäische Gesundheitspolitik

Rechtsgrundlage für Maßnahmen in der Gesundheitspolitik der Europäischen Union ist der mit dem Amsterdamer Vertrag eingeführte Art. 152 EG-Vertrag. Darin ist vorgesehen, dass die EU ihr Handeln auf die Verhütung von Krankheiten, die Verbesserung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sowie die Beseitigung der Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit ausrichtet.

Dass eine solche koordinierende Gesundheitspolitik im Interesse aller Mitgliedstaaten ist, hat die BSE-Krise sowie das Auftreten von Erkrankungen wie SARS oder auch die Vogelgrippe gezeigt.

Eine Harmonisierung der unterschiedlichen Gesundheitssysteme ist aber aufgrund der Heterogenität weder politisch gewünscht noch ökonomisch sinnvoll. Deshalb sieht auch der Entwurf des europäischen Verfassungsvertrages keine Änderung der nationalen Zuständigkeiten vor. Gleichwohl übt die europäische Ebene durch die Binnenmarktregelungen und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auf die gesetzliche Krankenversicherung aus.

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

Patientenmobilität

Bis zu der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) über die Anwendbarkeit der Binnenmarktvorschriften auf die gesundheitliche Versorgung im Jahre 1998 beruhte die – nicht privat bezahlte – Behandlung von Patienten im Ausland auf den EU-Verordnungen über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme, insbesondere auf den Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72. Nach diesen Verordnungen und den entsprechenden Novellierungen haben Patienten, deren Behandlung im Ausland erforderlich wird, Anspruch auf die gleichen Leistungen wie Patienten, die im Gastland versichert sind, wenn sie die Europäische Krankenversicherungskarte verwenden. Sie regeln auch die Übernahme der Kosten für geplante Behandlungen, sofern eine vorherige Genehmigung eingeholt wird und der Finanzausgleich zwischen dem Heimat- und dem Gaststaat geregelt ist.

Mit seinen wegweisenden Entscheidungen im Jahr 1998 stellte der EuGH klar, dass Gesundheitsdienstleistungen, wenn sie gegen Entgelt erbracht werden, als Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrags anzusehen sind. Daher sind die entsprechenden

Bestimmungen über den freien Verkehr von Dienstleistungen anwendbar. Damit kann jegliche ambulante Versorgung, zu der der Bürger in seinem Mitgliedstaat berechtigt ist, ohne vorherige Genehmigung auch in einem anderen Mitgliedstaat im Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden. Die Kosten dieser Versorgung müssen bis zu der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land erstattet würde. Stationäre Leistungen bedürfen vor Inanspruchnahme der Genehmigung der Krankenversicherung. Die Genehmigung muss erteilt werden, wenn das eigene Gesundheitssystem die Versorgung nicht innerhalb der entsprechend der Erkrankung medizinisch notwendigen Frist sicherstellen kann.

Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Die OMK ist ein Instrument zur Konvergenz der verschiedenen Sozialversicherungssysteme der Mitgliedstaaten. Sie ist insbesondere für die Politikbereiche von Bedeutung, für die die Europäische Union bisher nur eingeschränkt Gesetzgebungsbefugnisse hat. Anhand von vereinbarten Zielen und daraus abgeleiteten Indikatoren werden die Fortschritte in den verschiedenen Bereichen der sozialen Sicherung beobachtet und die einzelnen Mitgliedstaaten durch den Austausch von Know-how bei der schrittweisen Entwicklung eigener Strategien unterstützt. Für die Bereiche „soziale Eingliederung und Bekämpfung der Armut“, „Renten“ und „bessere Arbeitsplätze“ wird das Instrument bereits angewandt. Auch die Einbeziehung des Bereichs „Gesundheit und Langzeitpflege“ wurde beschlossen und befindet sich ebenso in der Konzeptionsphase wie die Zusammenführung der verschiedenen Anwendungsbereiche in dem gemeinsamen Sozialschutzbericht.

High level group

Ausgehend vom Lissabon-Prozess wurde im Jahr 2002 eine sogenannte „hochrangige Arbeitsgruppe“ („high level group“) für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung eingesetzt. Diese Gruppe führt Experten aus allen Mitgliedstaaten zusammen und wird in den Bereichen grenzübergreifende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Referenzzentren, Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen, Information und Gesundheitstelematik, Health Impact Assessment sowie Gesundheitssysteme und Patientensicherheit tätig. Ziel ist es, einen Reflexionsprozess über Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der EU anzustoßen.

11.2.2 Lobbying auf europäischer Ebene

70 Prozent der jeweiligen nationalen Gesetze werden in Brüssel, der eigentlichen Hauptstadt der Europäischen Union, geprägt. Fast alles, was dort geboren, geformt und verabschiedet wird, schlägt sich auf nationaler Ebene nieder. So bedürfen europäische Richtlinien der anschließenden Umsetzung in nationales Recht. Grundsätzliche Entscheidungen treffen aber nach wie vor die Staats- und Regierungschefs im Europäischen Rat.

Die Brüsseler Gesetzgebung hat Einfluss auf derzeit 27 Mitgliedstaaten. Die von den Verbänden wahrzunehmenden Interessen sind in Brüssel breiter und vielschichtiger als auf nationaler Ebene. Die Komplexität der europäischen Gesetzgebung erfordert einen kontinuierlichen Informationsaustausch nicht nur mit Mitgliedern des Europäischen Parlaments, sondern auch mit Kommissionsbeamten, Akteuren des Ministerrates und Mitgliedern der ständigen Ausschüsse. Durch den zunehmenden Einfluss europäischer Maßnahmen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten erhöht sich der Druck, Entscheidungen der EU zu beeinflussen. Daher ist es wichtig, dass die deutsche Ärzteschaft durch das Brüsseler Büro ihre spezifischen Belange gegenüber den entscheidenden Stellen in den europäischen Gremien auch direkt vorbringen kann. Dazu gehört aber auch eine enge und gut funktionierende Zusammenarbeit mit der Berliner Koordinationsstelle der Bundesärztekammer für Parlaments- und Regierungsangelegenheiten, um gemeinsame Vorgehensweisen abzustimmen. Erfolgreiche Lobbyarbeit in Brüssel ist nur in enger Abstimmung mit den Gremien der Bundesärztekammer möglich. Dies wird durch einen beständigen Informationsaustausch zwischen Brüssel und Berlin gewährleistet.

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

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

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

Konsultationsverfahren zu Gesundheitsdienstleistungen

Nachdem die Gesundheitsdienstleistungen auf Forderung des Rates und des Europäischen Parlaments von der Dienstleistungsrichtlinie ausgenommen worden sind, ist es nun Ziel der Europäischen Kommission zu identifizieren, welches Instrumentarium am besten geeignet sein könnte, um bei der Erbringung und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen auf EU-Ebene für Rechtssicherheit und Klarheit zu sorgen. Daher hat die Europäische Kommission im September einen Konsultationsprozess zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen eröffnet. Die Kommission möchte sich mit der Konsultation einen Überblick über den Regelungsbedarf verschaffen, um zu entscheiden, welche Maßnahmen künftig in Form einer EU-Gesetzgebung und welche in Form von Kooperationen zwischen den Mitgliedstaaten geregelt werden können.

Die Bundesärztekammer hat im Rahmen einer Stellungnahme, die sie Ende Januar 2007 an die Europäische Kommission übermittelt hat, den Aufbau eines Gemeinschaftsrahmens für sichere hochwertige und effiziente Gesundheitsdienste durch Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und Herstellung von Klarheit und Sicherheit in der Anwendung des Gemeinschaftsrechts begrüßt. Zur Gewährleistung des Patientenschutzes und einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist es aber unabdingbar, Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung im Regelungsbe- reich der einzelnen Mitgliedstaaten zu belassen. Nur in den bewährten nationalen Systeme- nen, wozu insbesondere die ärztliche Selbstverwaltung zu zählen ist, können sich Ärzte für eine sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung ihrer Patienten ein- setzen. Die Bundesärztekammer spricht sich daher ausdrücklich gegen einen Prozess der Harmonisierung in Bereichen des Gesundheitswesens aus, die aufgrund von Artikel 152 EG-Vertrag der Kompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten unterliegen.

Im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen erachtet es die Bundesärztekammer nicht als geboten, neben den bestehenden Politiken, Initiativen, Regelungen und neben der ein- schlägigen Rechtsprechung weitere legislative Mittel einzuführen. Zwar besteht im Bereich der Patientenmobilität und des Informationszugangs für Ärzte und Patienten sicherlich rechtlicher Klärungsbedarf, beispielsweise eine rechtsichere Definition des Begriffs „Gesundheitsdienstleistung“ und die Konkretisierung der Begriffe „ambulante und statio- näre Behandlung“ sowie der in der Rechtsprechung des EuGH in Zusammenhang mit der Patientenmobilität geprägten Begriffe „vertretbarer zeitlicher Rahmen“. Dies kann nach Auffassung der Bundesärztekammer in einer entsprechenden Mitteilung der Kommission geklärt werden. Ein darüber hinausgehender Regelungsbedarf besteht dagegen nicht.

Revision der EU-Arbeitszeitrichtlinie

Trotz eines Sondertreffens der Arbeitsminister im November 2006 konnte eine Einigung über die Arbeitszeitrichtlinie im Ministerrat im Berichtszeitraum nicht erzielt werden.

Hintergrund der Richtlinie ist die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs in den Rechtssachen SIMAP/Jaeger, nach der Bereitschaftszeiten in vollem Umfang als Arbeitszeit anzuerkennen sind. Der Vorschlag der Kommission und auch der Kompromisstext der finnischen Präsidentschaft sahen vor, inaktive Zeiten

des Bereitschaftsdienstes nicht als Arbeitszeit, aktive Zeiten hingegen als Arbeitszeit im Sinne der Richtlinie zu definieren.

Gescheitert ist eine Einigung bisher an der Frage des so genannten Opt out, d.h. der mitgliedstaatlich gebilligten Möglichkeit der Verlängerung der Arbeitszeit über die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 48 Stunden hinaus mit Zustimmung des Arbeitnehmers.

Chemikalien-Richtlinie REACH

Das Europäische Parlament verabschiedete im Dezember 2006 die Verordnung über die Registrierung, Bewertung und Zulassung von Chemikalien (REACH). Damit werden nun ca. 30.000 bislang nicht erfasste Chemikalien in einer zentralen Datenbank bei einer neu gegründeten Agentur für chemische Stoffe mit Sitz in Helsinki registriert.

REACH fasst die 40 bisherigen Rechtstexte zum Chemikalienrecht in einer einzigen Verordnung zusammen.

Ziel der Verordnung ist es, ein hohes Schutzniveau für Gesundheit und Umwelt sicherzustellen, indem besorgniserregende Stoffe möglichst durch weniger gefährliche Stoffe oder Technologien ersetzt werden. Eine Zulassung wird nur dann erteilt, wenn sich die Risiken bei der Verwendung „angemessen beherrschen“ lassen oder die Verwendung aus „sozioökonomischen Gründen“ gerechtfertigt ist und keine geeigneten Alternativen zur Verfügung stehen, die wirtschaftlich und technisch tragfähig sind. Ein weiteres Ziel von REACH ist es, die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit der europäischen Chemieindustrie sowie die Entwicklung alternativer Beurteilungsmethoden für Gefahren von Stoffen zu fördern.

Die Bundesärztekammer hatte in ihrer viel beachteten Stellungnahme zu dem Richtlinienentwurf kritisiert, dass der Kompromiss zwischen Rat und Parlament in wesentlichen Punkten deutlich hinter die 2001 von der EU in ihrem „White Paper on a Strategy for a Future Chemical Policy“ formulierten Grundsätze einer neuen europäischen Chemikalienpolitik zurückfällt, sowohl was den Gesundheits- und Verbraucher- als auch den Umweltschutz betrifft.

EU-weites Tabakwerbeverbot

Der Europäische Gerichtshof bestätigte mit seiner Entscheidung vom 12. Dezember 2006 zum Tabakwerbeverbot, dass die entsprechende Richtlinie der EU die Voraussetzungen erfüllt, unter denen Maßnahmen im Hinblick auf die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes erlassen werden können.

Deutschland hatte beim EuGH Klage auf Nichtigerklärung zweier Artikel der Richtlinie 2003/33/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen in anderen Medien als dem Fernsehen erhoben. Diese Artikel verbieten die Werbung für Tabakerzeugnisse in der Presse und anderen gedruckten Veröffentlichungen, in Diensten der Informationsgesellschaft und in Rundfunkprogrammen sowie das Sponsoring von Rundfunkprogrammen durch Tabakunternehmen. Entgegen der von Deutschland geäußerten Begründung, erfüllt Artikel 95 EG-Vertrag die Voraussetzungen als Rechtsgrundlage. Nach dieser Bestimmung ist die Gemeinschaft zum Erlass von Maßnahmen zur Angleichung nationaler Vorschriften ermächtigt, die die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes zum Gegenstand haben. Der EuGH wies darauf hin, dass beim Erlass der Richtlinie Unterschiede zwischen den nationalen Regelungen über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen bestanden, die ein Tätigwerden des Gemeinschaftsgesetzgebers rechtfertigten. Diese Unterschiede waren geeignet, den freien Dienstleistungsverkehr zu behindern. Sie führten auch zu einer beträchtlichen Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen, hieß es in der Urteilsbegründung.

Der EuGH erinnerte ferner daran, dass die Gemeinschaft nach dem EG-Vertrag verpflichtet ist, ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu gewährleisten. Der ausdrückliche Ausschluss jeder Harmonisierung der in diesem Bereich bestehenden Vorschriften der Mitgliedstaaten bedeute nicht, dass eine auf einer anderen Grundlage erlassene Har-

monisierungsmaßnahme keine Auswirkungen auf den Schutz der menschlichen Gesundheit haben dürfe.

Die Bundesärztekammer begrüßte die Entscheidung des EuGH und forderte die Bundesregierung erneut mit Nachdruck auf, die EU-Richtlinie in Deutschland umzusetzen.

Deutsche EU-Ratspräsidentschaft ab Januar 2007

Am 1. Januar 2007 hat Deutschland turnusgemäß den Vorsitz des Rates übernommen. Die gesundheitspolitischen Schwerpunkte liegen in den Bereichen Innovation, Prävention und dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen.

Das im Jahr 2006 vorbereitete Arbeitsprogramm der deutschen EU-Ratspräsidentschaft sieht die Verhandlungen von Kommissionsvorschlägen im Rat vor. Dabei werden zum einen Vorhaben übernommen, die bereits unter den Vorgängerpräsidentschaften im Rat verhandelt wurden. Vor allem der Erlass von Richtlinien und Verordnungen zu komplexen Regelungsmaterien kann in der Regel nicht binnen eines halben Jahres zu Ende gebracht werden. So übernimmt der deutsche Vorsitz von der finnischen Präsidentschaft die Verhandlungen zur Verordnung „Neuartige Therapien“ und zur Novellierung der Medizinprodukterichtlinie.

Den Vorschlag für eine Verordnung über Arzneimittel für neuartige Therapien will die Bundesregierung vorantreiben und möglichst bald abschließen, damit EU-weite Regeln zur Gen-, Zell- und Gewebetherapie in Kraft treten können.

Auch zur Novellierung der Medizinprodukterichtlinie strebt der deutsche Vorsitz eine Einigung im Rat an. Dieses Vorhaben enthält u.a. neue Regelungen zur Aufrechterhaltung eines hohen Sicherheitsstandards von Medizinprodukten, z.B. durch präzisere Anforderungen an die klinische Prüfung.

Der zweite Teil des Arbeitsprogramms beinhaltet neue Vorschläge der Kommission, die nun im Rat besprochen werden sollen. So hat die Kommission für die Zeit der deutschen Präsidentschaft unter anderem die Veröffentlichung einer Publikation zur psychischen Gesundheit in der EU und ein Grünbuch zum Nichtraucherschutz angekündigt.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Diskussion über den Gemeinschaftsrahmen für sichere und hochwertige Gesundheitsdienste. Ziel ist es, größere Rechtssicherheit bei der Auslegung und Anwendung der Binnenmarktvorschriften im Bereich der Gesundheitspolitik zu erhalten.

Vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von HIV-Neuinfektionen bei gleichzeitig abnehmendem Problembewusstsein in der Bevölkerung will der deutsche Vorsitz die Präventionspolitik in dem Bereich HIV/AIDS durch eine Konferenz auf Ministerebene wieder mehr in den Mittelpunkt rücken. Die Bundesärztekammer wird sich, soweit möglich und erforderlich, mit Vorschlägen in die unter deutscher Ratspräsidentschaft behandelten Diskussionsprozesse einbringen.