

# 1. Gesundheits- und Sozialpolitik im Dialog

Die Freiberuflichkeit des Arztes und die freie Arztwahl des Patienten waren Sinnbild einer Gesundheitskultur, die dieses Land über Jahrzehnte geprägt hat. Die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre haben diese Kultur nachhaltig beschädigt. Systematisch und mit Unterstützung so mancher Rationierungsexperten wurde zunächst die Qualität ärztlicher Arbeit pauschal in Frage gestellt – wir erinnern uns an das Diktum von der „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ – und dann Elemente einer primär ökonomisch orientierten Programm-Medizin eingeführt. Das an sich fortschrittliche, von der Ärzteschaft selbst entwickelte Konzept einer leitliniengerechten Versorgung wurde durch die Disease-Management-Programme ad absurdum geführt. Die Programme dienten als Instrument zur Verteilung begrenzter finanzieller Ressourcen und bildeten den Rahmen für eine Schematisierung ärztlicher Tätigkeit.

Die Protagonisten dieser Programm-Medizin berücksichtigen dabei nicht, dass Ärzte kranke Menschen mit mehr oder weniger definierten Krankheiten behandeln und nicht Besitzer von Krankheiten, bei denen die entsprechenden Programme checklistenartig abzuarbeiten sind. Die für unsere Gesundheitskultur so prägende Individualität der Patientenbetreuung wird durch die Vorgaben der Politik immer wieder konkretisiert. Vielfältige gesetzliche Einflüsse haben mittlerweile zu einer verdeckten Rationierung in der Patientenversorgung geführt.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist dieser Weg konsequent weiter beschritten worden und wird so letztlich zu Wartelistenmedizin und Leistungsaus-schlüssen führen. Die Menschen spüren schon jetzt, dass die Versorgung stärker als früher einem ökonomischen Diktat unterworfen ist. Im Praxisalltag geht es immer häufiger um Effizienzreserven, die behoben werden müssen. Ärztinnen und Ärzte müssen dann ihren Patienten erklären, dass sie nicht alles bekommen können, was medizinisch sinnvoll ist. Patienten, die eine umfassende Versorgung brauchen, werden künftig mehr als heute selbst finanzieren müssen.

Patienten und Ärzte leiden gleichermaßen unter diesen Rahmenbedingungen. Der ärztliche Alltag wird heute bestimmt durch schlechte Arbeitsbedingungen, knappe Ressourcen für die Patientenbehandlung und eine Flut von Bürokratie. Staatlich vorgegebener Dokumentationswahn bindet Zeit, die für die Patientenbehandlung verloren geht. Der Arzt braucht aber die notwendige Zeit, um auf den einzelnen Patienten eingehen zu können.

Der einklagbare Anspruch auf eine qualitativ hoch stehende, dem wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse entsprechende medizinische Versorgung ist ein wesentliches Recht der Patienten. Nach wie vor vertrauen die Patienten darauf, dass wir Ärztinnen und Ärzte uns bei therapeutischen Entscheidungen von dem medizinisch Möglichen leiten lassen und eine individuell angepasste Behandlung vornehmen. Diese Freiheit zur Gestaltung einer individuellen Therapie ist in den vergangenen Jahren erheblich beschränkt worden.

Maßstab einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung muss deshalb wieder die ärztliche Professionalität sein.

Aus der Sicht so mancher Politiker aber ist der Arzt ein Kostenverursacher, der Beitragssätze nach oben treibt. Dass wir unentgeltliche Überstunden in Milliardenhöhe leisten, für Minderhonorare immer mehr Patienten behandeln und dann auch noch mit einer ausufernden Kassenbürokratie konfrontiert sind, wird von eben diesen Politikern gerne ausgeblendet.

Standardmedizin zu Billigpreisen – das ist es, was wohl einige aus der Politik von den Gesundheitsberufen erwarten. Im Rahmen der Pflegereform wurde auch noch versucht, die Pflege gegen die Ärzte auszuspielen. Dabei ist der eigentliche Skandal doch, dass weder die Ärzte noch die Pflegekräfte anständig bezahlt werden für die Arbeit, die sie tagtäglich leisten. Ein Flickenteppich von Kompetenzen, halbmedizinischen Ausbildungen und Heilkundekompetenzen dient weder der interprofessionellen Zusammenarbeit noch der Versorgung der Patienten. Notwendig sind hingegen berufsgruppenübergreifende Konzepte, insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung. Das ist begründet in den übergeordneten, gesellschaftlichen Veränderungsprozessen.

Der demographische Wandel, die Zunahme chronisch kranker, älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Patienten, das zunehmende Armutproblem unter Kindern und Jugendlichen und die Zunahme von Single-Haushalten sind wesentliche Aspekte für neue Versorgungsanforderungen im deutschen Gesundheitssystem. Darauf muss mit stärkerer vernetzter Versorgung und Gesundheitsförderung sowie partiell neuen Formen der Arbeitsteilung und stärkerer Profilierung von Berufen reagiert werden, die auch Entlastungseffekte zum Beispiel für den Arzt zur Folge haben könnten. Dabei müssen die Synergien der verschiedenen Kompetenzen im Vordergrund stehen.

In keiner Weise akzeptabel ist jedoch die Forderung mancher Gesundheitsfachberufe nach einer Übernahme ärztlicher Tätigkeiten und Kompetenzen. Im Interesse der Patientensicherheit und einer hohen Behandlungsqualität ist es unabdingbar, dass die therapeutische Gesamtverantwortung, die Diagnose- und Indikationsstellung und die Behandlungssteuerung alleinige ärztliche Kompetenz bleiben.

Nur wenn wir Ärztinnen und Ärzte unsere Gestaltungskraft behalten und überzeugende Zukunftslösungen entwickeln, werden wir als Ärzteschaft das Rückgrat des Arztberufes bleiben und einen Prozess der Deprofessionalisierung verhindern können. Wir bewegen uns nicht im luftleeren Raum, sondern wir haben uns mit den gesellschaftlichen Realitäten auseinanderzusetzen. Für die professionelle Autonomie, die traditionell und aus guten Gründen dem Arztberuf zugestanden wird, müssen wir immer wieder neu kämpfen.

## 1.1 Grundsatzpositionen

### 1.1.1 Programmatische Aussagen der deutschen Ärzteschaft zur gesundheitspolitischen Entwicklung

Grundlage für die politische Arbeit sowie für Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu wichtigen Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik ist das vom 97. Deutschen Ärztetag 1994 in Köln verabschiedete „Gesundheitspolitische Programm der deutschen Ärzteschaft“. Es ist die konsequente Fortentwicklung der erstmals im Jahre 1974 vom 77. Deutschen Ärztetag verabschiedeten „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“. Es hat somit den Charakter einer nachhaltigen Standortbestimmung der deutschen Ärzteschaft.

Zur weiteren Ausgestaltung dieser grundlegenden Positionierung hat der Vorstand der Bundesärztekammer seine beiden Klausursitzungen in den Jahren 2004 und 2005 u. a. dazu genutzt, „Kriterien der deutschen Ärzteschaft zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung“ und „Gesundheitspolitische Standpunkte des Vorstandes der Bundesärztekammer“ zu formulieren.

Die Weiterentwicklung der gesundheitspolitischen Positionsbildung der Ärzteschaft erfolgte im Jahre 2007 vor dem Hintergrund der Beschlusslage des 110. Deutschen Ärztetages unter dem TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik. Hier wurde die Bundesärztekammer aufgefordert, ein aktuelles gesundheitspolitisches Programm zu entwickeln, das dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm vorgelegt werden wird.

#### Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft

In 28 Kapiteln sind die Grundlagen eines bürgernahen Gesundheitswesens beschrieben. Vorangestellt sind dem Programm folgende Leitsätze, die nach wie vor ihre Gültigkeit haben:

*„(1.1) Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft.*

*Die Gesundheitspolitik muss optimale Voraussetzungen für Schutz, Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des einzelnen Menschen schaffen. Diese Aufgabe liegt im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft. Aufgaben des Staates müssen mit der persönlichen Verantwortung des einzelnen abgestimmt werden. Eine sinnvolle Gesundheitspolitik darf die persönliche Verantwortlichkeit und die Bereitschaft zur Eigenverantwortung des einzelnen für die eigene Lebensführung nicht abbauen, sondern muss diese fordern und fördern.*

*(1.2) Eigenständigkeit der Gesundheitspolitik*

*Wirtschaftliche und wirtschaftspolitische Rahmenbedingungen bestimmen immer noch maßgeblich die Gesundheitspolitik. Eine einseitige Unterordnung der Gesundheitspolitik unter primär finanzpolitischen Vorgaben aber kann ihrem Stellenwert nicht gerecht werden. Nur in Eigenständigkeit können von der Gesundheitspolitik Initiativen auf andere Politikbereiche ausgehen, wie beispielsweise auf die Arbeits-*

markt- und Bildungspolitik. Gesundheitspolitik muss daher Zusammenhänge zwischen Gesellschaftsstruktur, allgemeinen Arbeits- und Lebensbedingungen, Erkrankungen und Mortalitätsentwicklung beeinflussen. Nur so kann gesundheitspolitisches Handeln erfolgreich sein; eine einseitig fiskalisch ausgerichtete Betrachtungsweise wird dem nicht gerecht.

Bei allen weiteren Reformschritten müssen deshalb medizinische Prioritäten für die Gesundheitssicherung und die Krankenversorgung berücksichtigt werden.

Um den Interessen der Bürger gerecht werden zu können, müssen objektivierbare Daten – auch durch eine fundierte Gesundheitsberichterstattung – für eine Gesamtdarfsanalyse ermittelt werden. Dies gilt auch für die Abgrenzung des Leistungsangebotes von ambulanter und stationärer Versorgung, die hausärztliche und spezialärztliche Versorgung sowie für die Bildung neuer Kooperationsformen, die beide Leistungsbereiche verbinden können.

*(1.3) Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität als Kernprinzipien wirkungsvoller Gesundheitspolitik*

Die Grundsätze unseres sozialen Sicherungssystems – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität – sind angesichts der zukünftigen Herausforderungen neu gegeneinander abzuwägen.

Durch eine Rückbesinnung auf die Prinzipien Eigenverantwortung und Subsidiarität kann die Solidargemeinschaft entlastet und geschützt sowie für die großen Risiken erhalten werden. Statt immer mehr Reglementierung sind für die wirtschaftliche Erbringung von notwendigen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Anreize zu entwickeln. Zur Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten für seine Gesundheit sind sozial gestaltete, wirksame Selbstbeteiligungsregelungen geeignet.

Eigenverantwortung bedeutet Stärkung der Entscheidungsfreiheit und Unabhängigkeit des Bürgers. Die mit der Gesundheitsgesetzgebung bisher ständig zunehmende Regelungsdichte geht dagegen vom Menschenbild eines unmündigen Versicherten aus, der eine allumfassende Fürsorge der staatlichen Verwaltung benötigt. Mehr Eigenverantwortung entspricht den freiheitlichen Strukturen unserer Gesellschaft und fördert das individuelle gesundheitsbewusste Verhalten.

Subsidiarität im Gesundheitswesen bedeutet eine abgestufte Verantwortung des einzelnen vor der Verantwortlichkeit des Staates. Nicht jede Aufgabe, die das Vermögen des einzelnen übersteigt, ist sogleich eine Aufgabe des Staates. Zahlreiche Gemeinschaften und gesellschaftliche Gruppen – von der Familie bis zu kirchlichen Organisationen und Versichertengemeinschaften – müssen hier je nach ihren verschiedenen Aufgaben und Möglichkeiten wesentliche gesundheitspolitische Verantwortungsbereiche übernehmen.

Die Abstufung solcher Verantwortungsbereiche stellt sich dar in der

- persönlichen Verantwortung,
- sozialen, d.h. mitmenschlichen oder Gruppenverantwortung,
- staatlichen Verantwortung.

*Ziel der Gesundheitspolitik und der auf die Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit gerichteten Sozialpolitik muss es sein, den bestmöglichen Effekt durch rationellen Einsatz der Mittel zu erreichen.*

*Das Solidarprinzip muss das Fundament der sozialen Sicherung in Deutschland bleiben. In einem sozialen Rechtsstaat ist die Solidarität aller für alle immer dort eine ethische Verpflichtung, wo in Eigenverantwortung organisierte subsidiäre Hilfen überfordert sind.*

*(1.4) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung*

*Der Arzt wird aus seiner beruflichen Kompetenz heraus präventiv, kurativ und rehabilitativ sowohl für den Patienten als auch für die gesamte Bevölkerung tätig. Ärzte sind und bleiben die Interessenwahrer der gesunden und kranken Menschen. Sie setzen sich ihrem beruflichen Selbstverständnis gemäß dafür ein, ihre Patienten bestmöglich zu versorgen. Im Konflikt zwischen Patienten- und Gemeinschaftsinteresse muss der Arzt die Interessen des Patienten wahren und die Regeln der ärztlichen Kunst einhalten. Für eine optimale Patientenversorgung muss er auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage Entscheidungen über das medizinisch Notwendige treffen, auch – und gerade dann – wenn die Kluft zwischen medizinisch Sinnvollem, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem wächst.*

*Im Einzelfall hat der Arzt zwischen dem medizinisch Sinnvollen, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem zu entscheiden.*

*In die Freiheit dieser Entscheidung darf nicht durch politisch festgelegte Rationierung eingegriffen werden. Dies liefe sowohl dem Patienteninteresse wie dem der ganzen Bevölkerung zuwider und ist deshalb für die Ärzteschaft nicht akzeptabel.*

*(1.5) Selbstverwaltung stärken*

*Eigenverantwortung und Subsidiarität sind Voraussetzung für funktionierende Selbstverwaltungen. Staatliche Verwaltungen sind nachweislich weniger flexibel und „kunden“-fern. Selbstverwaltung muss durch gesetzliche Rahmenbedingungen befähigt sein, ihre ordnungspolitische Aufgabe ebenso fachkompetent und verantwortlich zu erfüllen wie die Wahrung aller Angelegenheiten ihrer Mitglieder. Selbstverwaltung bedeutet deshalb die Wahrung von Rechten und Pflichten im Interesse der Bürger.*

*Eingriffe des Gesetzgebers in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltungen, z. B. im Rahmen von Kostendämpfungsmaßnahmen führen zu Bürokratisierung und Reglementierung und stellen damit die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung in Frage.*

*(1.6) Qualität der medizinischen Versorgung sichern*

*Die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung ist ein herausragendes ärztliches Ziel zur bestmöglichen Versorgung der Patienten. Medizinische Standards, Richtlinien und Empfehlungen müssen weiterentwickelt werden. Dies wird dazu beitragen, im Patienteninteresse den hohen Stand der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.*

*Alle an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (Ärzteschaft, Krankenkassen, Krankenhausträger u.a.), müssen sich aktiv um Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Medizin bemühen.*

*Rationelle Untersuchungs- und Behandlungsabläufe können dabei auch die Wirtschaftlichkeit verbessern.*

*(1.7) Gesundheits- und Sozialpolitik international orientieren*

*Eine Standortbestimmung der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland muss auf der Grundlage aussagekräftiger Daten auch im Hinblick auf die europäische Integration in der europäischen Union erfolgen, um*

- das Zusammenwirken der nationalen Sicherungssysteme für die*
- Krankenversorgung unter Wahrung landesspezifischer Regelungen zu ermöglichen,*
- den freien Dienstleistungsverkehr zu realisieren,*
- Niederlassungsfreiheit zu gewährleisten und*
- einen einheitlichen Markt für Arzneimittel zu sichern.*

*Die nach Öffnung der Grenzen im Osten einsetzende freiheitliche Gestaltung der dortigen Gesundheits- und Sozialsysteme ist nach Kräften zu fördern.“*

*(Das gesundheitspolitische Programm kann bei der Bundesärztekammer angefordert werden.)*

### **1.1.2 Kriterien der deutschen Ärzteschaft zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung**

Vor dem Hintergrund der Diskussion um die langfristige Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme – Stichwort Bürgerversicherung vs. Gesundheitspauschale – hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer u. a. in seiner Klausursitzung vom 25.06.-27.06.2004 mit der Frage beschäftigt, nach welchen Prüfkriterien eine patientengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens gewährleistet werden kann. Dabei stand nicht die Entwicklung eines eigenständigen Finanzierungskonzeptes im Vordergrund; dies kann nicht Aufgabe der Ärzteschaft sein, sondern nur das Ergebnis eines gesellschaftlichen Diskurses. Vielmehr sollten die Kriterien beschrieben werden, die einen Rahmen schaffen für eine flächendeckende, medizinische Versorgung auf hohem Niveau und ein partnerschaftliche Patient-Arzt-Verhältnis. Die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens muss demnach geeignet sein, diese Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

#### **I. Motive, Ziele und Schwerpunkte einer Positionierung der deutschen Ärzteschaft in der Finanzierungsdiskussion um die gesetzliche Krankenversicherung**

1. Das Missverhältnis von leistungsrechtlichem Versorgungsanspruch und der erforderlichen Finanzkraft in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist trotz des behaupteten „Modernisierungs“-Schritts des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) weiter ein offenes Problem. Auch wenn Politik dieses Problem in einer

Mischung aus Kritik an der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Aufforderungen zu Beitragssatzsenkungen vor dem Hintergrund von Schuldenbergen der Krankenkassen in Milliardenhöhe verdrängen will, ist eine Zukunftsperspektive nicht erkennbar.

Dies ist alles nicht neu:

Schon seit Jahren ist eine Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung festzustellen. Um den sozialen Schutz für eine medizinisch notwendige Versorgung zu sichern, haben die Gesetzgeber der vergangenen Jahrzehnte vor allem „Kostendämpfungspolitik“ zu Lasten der Versorgungsaufgaben der Ärzte und Krankenhäuser (der sogenannten Leistungserbringer) betrieben. Ihr Ergebnis ist eine implizite Rationierung medizinischer Leistungen im Verhältnis zum anerkannten medizinischen Standard und ihrer zumutbaren Erreichbarkeit. Die stetig steigende Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Leistungen aufgrund des medizinischen Fortschritts bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung der Bevölkerung („Fortschritts-Alterungs-Spirale in der Medizin“) wird diese Finanzierungskrise verschärfen.

2. Dies beunruhigt die Ärzteschaft. Sie ist kraft Berufsauftrags Treuhänder einer patientengerechten Versorgung. Diese Versorgung ist ohne geeignete Anpassungen des Systems des sozialen Schutzes im Krankheitsfall an die feststellbaren Veränderungen und voraussehbaren Anforderungen gefährdet. Deshalb sieht sich die Ärzteschaft zu einer Positionsbestimmung aufgerufen. Diese kann nicht in der Vorlage einer „durchgerechneten“ Finanzierungslösung bestehen. Solches ist Aufgabe des Gesetzgebers, der dafür die Verantwortung hat. Ärzte sehen ihre Verantwortung in dem Auftrag, der Politik Kriterien vorzulegen, welche Maßstäbe für die Geeignetheit von Systementscheidungen unter der Anforderung chancengleicher, qualitativ hochstehender und individuell bedarfsgerechter sowie humaner Patientenversorgung anzulegen sind.
3. Verschiedene Lösungsmodelle werden derzeit diskutiert (vgl. IV.). Ihre Hauptkonzeption betrifft die Finanzierung einer künftigen gesetzlichen Krankenversicherung. Aus der Sicht der Ärzteschaft kann die Finanzierungstechnik indessen nur ein Mittel zum Zweck sein:

- Sicherung einer im Zugang chancengleichen und qualitativ hochstehenden Patientenversorgung.

Dies ist unser Maßstab, an dem wir die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen.

## II. Sozialer Schutz und individuelle Verantwortung

1. Es ist Aufgabe des Staates, die Art, den Umfang und das Niveau des sozialen Schutzes im Falle der Krankheit und ihrer Vorbeugung zu bestimmen. In Deutschland folgt dies aus den Grundrechten und dem Sozialstaatsgebot. Die Grundrechte und das Sozialstaatsgebot bestimmen Grundlagen und setzen zugleich Grenzen.



Eine wichtige Konsequenz der Deutung der Grundrechte des Grundgesetzes als einer auch objektiven Wertordnung ist die Begründung von Schutzpflichten. Eine eingehende Judikatur des Bundesverfassungsgerichts besteht insoweit vor allem zu den Grundrechten auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Danach folgt aus dem objektivrechtlichen Gehalt die Pflicht der staatlichen Organe, sich schützend und fördernd vor die in Artikel 2 Abs. 2 GG genannten Rechtsgüter zu stellen und sie insbesondere vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten anderer zu bewahren. Der Staat ist insoweit also nicht nur zur Unterlassung verpflichtet, sondern zum Handeln aufgefordert. Es ist daher davon auszugehen, dass der Gesetzgeber mit der Erhaltung der Existenz einer gesetzlichen Krankenversicherung auch seiner Pflicht zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit nachkommt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts räumt Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip einem Versicherten keinen subjektiven Anspruch auf die Gewährung konkreter Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung ein. Vielmehr ist dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum bei der Erfüllung seiner Schutzpflichten eingeräumt und der darauf gerichtete grundrechtliche Anspruch geht dahin, dass die öffentliche Gewalt Vorkehrungen zum Schutz des Grundrechts trifft, die nicht völlig ungeeignet oder völlig unzulänglich sind.

Auch das sogenannte Sozialstaatsprinzip erfordert zwar, ein Sozialsystem mit Mindestverbürgungen vorzusehen, es ist aber andererseits ein für konkrete Ausgestaltungen in hohem Maße fähiges und bedürftiges Prinzip, welches durch Gesetze verwirklicht wird. Es ist letztlich eine Zielprojektion, weil es derart allgemein ist, dass sich seine Konkretisierung und Individualisierung durch „einfache“ interpretative Subsumtion verbietet. Das Sozialstaatsprinzip ist ein Staatsziel, welches dem Staat die nicht-disponible Verantwortung für einen Mindeststandard effektiver sozialer Gerechtigkeit zuweist.

Aus all dem folgt, dass der Gesetzgeber ein System des sozialen Schutzes im Krankheitsfall anbieten muss, welches einen ausreichenden Gesundheitsschutz ermöglicht. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesverfassungsgericht seit mehreren Jahren betont, dass es sich bei der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung um einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang handelt.

Es hat jüngst in einer Entscheidung betont:

*„Die Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Selbstzweck. Die gesetzliche Krankenversicherung dient der Absicherung der als sozial schutzbedürftig angesehenen Versicherten vor den finanziellen Risiken einer Erkrankung. Dabei findet ein umfassender sozialer Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen statt. Um dies zu gewährleisten, kann der Gesetzgeber den Mitgliederkreis von Pflichtversicherungen so abgrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist ...“* (Beschluss vom 04.02.2004 – 1 BvR 1103/03 –).



2. Auch die Europäische Union verfolgt unter Beachtung der Kompetenz der Mitgliedstaaten auf dem Wege der sogenannten offenen Methode der Koordinierung eine Politik, welche unter der Zielsetzung „Modernisierung des Sozialschutzes“ steht (vgl. Mitteilung der Kommission vom 20.04.2004 – KOM[2004]304 endg. – „Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode“). Trotz der Beschränkung der Europäischen Union auf die Koordinierung sozialpolitischer und gesundheitspolitischer Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung unter Ausschluss einer Harmonisierung der Gesundheitsversorgungssysteme zeigen die Aktivitäten der letzten Jahre, dass die gemeinschaftsrechtlichen Bezüge beachtet werden müssen. Dies gilt vor allem auch für die Patientenfreizügigkeit innerhalb der Mitgliedstaaten. Die Rechtsprechung des EuGH befördert die Möglichkeiten einer europaweiten Patientenmigration durch Anerkennung von Kostenersatzansprüchen gegen das Herkunftssicherungssystem. Diese Möglichkeiten haben aber zugleich die Versorgungsunterschiede in den Mitgliedstaaten kenntlich gemacht. Insbesondere das sogenannte „Wartelisten-Problem“ ist transparent geworden. Auch im Rahmen der europäischen Dimension zeigt es sich, dass ärztliche und patientenorientierte Maßstäbe eine Rolle spielen müssen.

### III. Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag

1. Die Art des Schutzes und das Niveau und die Qualität der medizinischen Versorgung sind wechselbezüglich. Deshalb ist es Aufgabe der Ärzteschaft, Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung zu entwickeln, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss. Zugleich ist die Stellung des Patienten ein Mittelpunkt des zu bildenden Kreises solcher Kriterien. Dies bedeutet, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten für die Wahl seiner Gesundheitsversorgung ebenso wie seine Eigenverantwortung Ausgangspunkt der Zielsetzungen sein müssen. Dementsprechend ist der soziale Schutz das notwendige subsidiäre System, welches in dem Umfang wirksam werden muss – gegebenenfalls umfassend –, wie es die Chancengleichheit des Einzelnen im Zugang zur notwendigen gesundheitlichen Versorgung gebietet.
2. Der Behandlungsauftrag des Arztes und sein Berufsethos sind die Schnittstellen zum System des sozialen Schutzes. Die Regeln, welche die Deckung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung individuell, strukturell und qualitativ steuern, beeinflussen den Behandlungsauftrag des Arztes und die Heilungschancen des Patienten. Behandlungsbedarf des Patienten und Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung sind unter den Grundsätzen der Modelle des Sozialschutzes und seines Umfangs zu prüfen.

### IV. Kriterien

Die nachfolgenden Maßstäbe gehen von einem normativen Rahmen aus, der mindestens folgende Gestaltungsprinzipien des Schutzsystems erfordert:

- Eigenverantwortung des Patienten
- Subsidiarität des notwendigen sozialen Schutzes

- Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht zur Abdeckung mindestens der Grundbedürfnisse an sozialem Schutz
- Konzentration auf das Versicherungsprinzip (Abdeckung des Krankheitsrisikos) und Ausschluss insoweit versicherungsfremder sozialpolitisch motivierter Transferleistungen
- Garantie der Berufsfreiheit der „Leistungsbringer“ für den für die Patientenversorgung notwendigen professionellen Handlungsspielraum

In diesem Rahmen ist folgendes zu fordern:

### **1. Individualebene – Selbstbestimmung und Berufsfreiheit**

- Arztwahlfreiheit für den Patienten
- Therapiefreiheit für den Arzt in Verantwortung für den Patienten
- Erhalt der Entscheidungsfreiheit des Patienten bei ärztlichen Therapieoptionen
- Transparenz unvermeidlicher Rationierung
- „Zuwahl“-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz hinaus zur autonomen Bestimmung seiner Gesundheitsversorgung

Die Freiheit des Patienten, den Arzt seines Vertrauens zu wählen, sowie die Freiheit des Arztes – eingebettet in seine Professionalität und seine Verantwortung gegenüber den Patienten – sind die unerlässlichen Voraussetzungen, welche ein humanes Versorgungswesen auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts des Patienten charakterisieren. Gerade eine Veränderung des Umfangs des Gesundheitsschutzes muss transparent sein und Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten insofern nehmen, als er selbst über die notwendigen ärztlichen Leistungen in seinem individuellen Falle entscheiden können soll.

### **2. Strukturelle Ebene (Zugang zu den Gesundheitsleistungen)**

- Chancengleichheit zur Heilbehandlung (gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen)
- Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen
- Räumlich nahe hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung
- Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen

Chancengleichheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen darf durch versicherungsrechtliche Gestaltungen, insbesondere Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen nicht behindert werden. Chancengleichheit im Zugang besteht auch in der Herstellung einer gleichmäßigen Versorgungsstruktur. Hausärztliche Versorgung ist die unmittelbare Annäherung an die Patientenprobleme in individueller und lebensumfeldbezogener Realität. Für ein effektives und humanes Krankenversicherungssystem ist die Möglichkeit, diese Form der medizinischen Versorgung in Anspruch zu nehmen, essentiell. Die Wahlmöglichkeit, eine solche Versorgung unter Verzicht auf die unmittelbare Inanspruchnahme von spezialistischen Fachärzten zu wählen und zuvor den Hausarzt hinzuziehen, ist einzuräumen. Obligatorische Zuweisungsregularien sind indessen abzulehnen. Chancengleichheit im Zugang ergibt sich auch daraus, dass der Patient wählen darf, ob er eine personale Versorgung durch einen individuell gewählten Arzt oder eine Versorgung in einer medizinischen Einrichtung beanspruchen möchte.

Im übrigen ist zu fordern:

- Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für den Notfall ausgestattet sein. Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.

### 3. Versorgungsebene – Qualität und Professionalität

- Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung (u.a. durch Versorgungsleitlinien)
- Maßgebliche und verantwortliche Rolle der Ärzteschaft bei Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Wahrung der Professionalität durch Ausschluss von Fremdbestimmung

Ärztlich entwickelte evidenzbasierte Leitlinien und Therapieempfehlungen weisen den Korridor für individuelle Versorgungsentscheidungen. Qualitätsmanagement und Kompetenzförderung bringen eine stetige Entwicklung und Verbesserung der ärztlichen Behandlung, hierbei ist Motivation erfolversprechender als Zwang.

### 4. Vertragsebene

- Wettbewerbsgleichheit der Ärzte und Krankenhäuser im Zugang zu Versorgungsaufträgen zur Versorgung Versicherter
- Kompensatorische Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der Krankenkassen

Individuell bedarfsgerechte Patientenversorgung kann nicht auf dem Hintergrund eines Rechtssystems erfolgen, in welchem die Krankenkassen die Marktmacht entfalten, Ärzte ihrer Wahl zu Vertragspartnern zu machen. Ein solches System birgt die Gefahr indirekter Risikoselektion durch die Auswahl „ökonomisch orientierter“ Ärzte bei der Behandlung von Versicherten. Die rechtlichen Mechanismen für eine ausgewogene Balance in der Verantwortung der Ärzteschaft für ihre Patienten einerseits und den notwendigen Rücksichtnahmen auf krankenversicherungsrechtliche Regelungen andererseits kann nur durch die Aufrechterhaltung von kollektiven Vertragspartnern, wie sie die Kassenärztlichen Vereinigungen darstellen, hergestellt werden. Dies schließt nicht aus, dass Wettbewerbsstrukturen unter Qualitätsgesichtspunkten und bedarfsgerechten Versorgungszielen auch in einem solchen System entwickelt werden.

### 5. Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Versorgungssystems

- Modellhaftes Vorgehen muss ermöglicht werden
- Evaluation und Folgenabschätzung müssen systemimmanent werden
- Die Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe der Versicherten am medizinisch-technischen Fortschritts nachhaltig ermöglichen und auf die demographischen Herausforderungen reagieren.

Die Veränderungen der Lebenswelt und der Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung gebieten es, dass der soziale Schutz anpassungsfähig ist. Solche Anpassungsfähigkeit lassen bürokratisierte Systeme vermissen.

## V. Exkurs: Die „Modelle“

1. In der politischen Diskussion sind verschiedene Modelle, welche sich auf drei Grundmuster zurückführen lassen; lediglich diese Grundmuster sind derzeit bewertbar, da erkennbar auch verschiedene Varianten oder Kombinationen im Gespräch sind.

Es wurde vorgeschlagen:

- sogenannte „Bürgerversicherung“ (Rürup-Kommission)
- Kopfpauschalen-Modell (Rürup-Kommission)/Gesundheitsprämien-Modell (Herzog-Kommission)
- überarbeitetes Kopfpauschalen-Modell („Rürup II“)
- Versicherungspflicht mit freier Wahl des Versicherungsschutzes mit Anspruch auf Basisabsicherung, gegebenenfalls staatlicher Ausgleich, wenn die eigenen finanziellen Mittel nicht ausreichen (F.D.P.)

2. Die Ausgangslage für diese Vorschläge ist eine verbreitete Analyse der gegenwärtigen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung.

Danach dienen lohn- bzw. lohnersatzzentrierte Beiträge nach geltendem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung u.a. einer Einkommensverteilung von „oben“ nach „unten“. Das diesem Solidaritätsprinzip zu Grunde liegende Leistungsfähigkeitsprinzip wird jedoch heute mehrfach durchbrochen (veränderte Erwerbsbiographien, Bedeutungssteigerung anderer Einkunftsarten, Befreiungsmöglichkeiten von Gutverdienern aus der GKV etc.), was zu Verzerrungen und Verteilungsungerechtigkeiten führte. Angenommen wird auch, dass eine lohnzentrierte Beitragserhebung zu Abhängigkeiten der Krankenversicherung von der Arbeitsmarktentwicklung und aufgrund der damit verbundenen hohen Lohnnebenkosten zu negativen Anreizen für den Arbeitsmarkt (Arbeitslosigkeit, Schwarzarbeit) führe. Es ist allerdings höchst zweifelhaft, ob die relative Belastung allein aus der GKV den finanziellen Stellenwert hat, den die Politik der Lohnnebenkostenbelastung insgesamt zuweist. Zutreffend ist, dass aufgrund der demographischen Entwicklung (alternde, schrumpfende Bevölkerung) in Zusammenhang mit den sozio-ökonomischen Veränderungen die nachhaltige Finanzierbarkeit der Krankenversicherung in Frage gestellt ist. Zudem ist die gesetzliche Krankenversicherung unter diesen Rahmenbedingungen nicht in der Lage, medizinisch-technischen Fortschritt an ihre Versicherten weiterzugeben (entsprechende Kostensteigerungen können bei einer sinkenden Einnahmehasis und dem Grundsatz der Beitragsstabilität im Umlageverfahren nicht mehr getragen werden).

3. Die alternativen Konzepte der Rürup- bzw. Herzog-Kommission zur langfristigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung haben zum Ziel, Beschäftigungsfreundlichkeit und Nachhaltigkeit zu erreichen, ohne dabei das Solidaritätsprinzip aufzugeben. Von Seiten der Rürup-Kommission wurden dabei das Modell der Bürgerversicherung sowie das Gesundheitsprämienmodell umfassend disku-

tiert. Die Kommission hat im Rahmen ihres Y-Modells kein eindeutiges Votum für eine Weiterentwicklung der Krankenversicherung in die eine oder andere Richtung abgegeben, da dies eine Grundsatzentscheidung sei, die von der Politik getroffen werden müsse. Die Herzog-Kommission hat eindeutig für die Einführung pauschaler Kopfprämien votiert. Gemeinsam ist den Prämienmodellen auch die „Abkoppelung“ des Arbeitgeberbeitrags.

a) Die sogenannte Bürgerversicherung

Das Reformkonzept der Bürgerversicherung – in der Rürup-Kommission von Prof. Lauterbach vorgeschlagen – ist der Versuch einer konsequenten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems unter Belassung der Einkommensumverteilung innerhalb der Krankenversicherung. Bei der Finanzierung der Leistungen soll das Prinzip der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit durch Einbeziehung aller Einkunftsarten umfassend verwirklicht werden (Verteilungsgerechtigkeiten aufgrund der bisherigen Lohnbasierung der Beiträge zur GKV sollen vermieden werden). Durch Erweiterung des Versichertenkreises auf alle Bürger, Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die der Rentenversicherung (derzeit 5.100 Euro pro Monat) und Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze soll die Finanzierung auf eine breitere Basis gestellt werden. Langfristig soll es Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen sein, als Vollversicherungen das medizinisch Notwendige abzusichern. Die privaten Krankenversicherungen fungieren als Anbieter zusätzlicher Leistungen. Haushalte mit einem Brutto-Jahreseinkommen von unter 40.000 Euro werden den Berechnungen zufolge begünstigt, der Beitragssatz könnten kurzfristig auf 13,1 % und langfristig um weitere 0,7 % gesenkt werden. Dies läuft auf eine zusätzliche zweckgebundene Einkommensteuer hinaus.

b) Das Modell pauschaler Gesundheitsprämien

Das – in der Kommission von Prof. Rürup befürwortete – Konzept der pauschalen Gesundheitsprämien zielt auf eine Veränderung der bisherigen Strukturprinzipien der Krankenversicherung. Das System orientiert sich stärker am Äquivalenzprinzip und zielt auf eine völlige Entkoppelung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung vom Einkommen. Der Grundsatz der paritätischen Finanzierung wird aufgegeben, die bisherigen Arbeitgeberanteile werden steuerpflichtig ausbezahlt. Jeder (erwachsene) Versicherte zahlt zur Absicherung seines Krankenversicherungsschutzes eine einheitliche Prämie, die an den Durchschnittsausgaben im Versichertenkollektiv orientiert ist. Der bisher innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindende soziale Ausgleich wird zum größten Teil in das Steuer-Transfer-System übertragen (Kinder bleiben in der GKV weiterhin beitragsfrei), um zielgenauer wirken zu können. Zuschüsse werden gezahlt, sobald der Eigenanteil der Versicherten einen „zumutbaren Eigenanteil“ von z.B. 14 % des monatlichen Bruttoeinkommens übersteigt. Die Frage der Gegenfinanzierung bleibt zunächst offen. Die privaten Krankenversicherungen können erhalten bleiben, es soll ein verschärfter „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV entstehen. Die Kommission errechnet eine Prämie von 210 Euro im Monat. Haushalte mit einem Bruttojahreseinkommen von unter 10.000 Euro sowie über 40.000 Euro werden mit dem Modell entlastet. Im Bereich dazwischen werden sie gegenüber dem Status quo um 0,3 bis 0,5 % belastet.

### c) Das Modell "Rürup II"

Eine monatliche Kopfpauschale von 169 Euro, ein staatlich finanzierter Kinderbeitrag von 78 Euro im Monat und Steuererhöhungen zur Begleichung des Solidarausgleichs für sozial Schwache von 22,5 Milliarden Euro – das sind Kernpunkte einer Finanzreform der GKV. Demnach soll die GKV ihre Einnahmen künftig auf Basis einkommens-unabhängiger Pauschalen erhalten statt durch einkommensabhängige Beiträge ihrer 72 Mio. Versicherten. Das Modell nimmt für sich in Anspruch, einen „ökonomisch begründeten und politisch gangbaren Weg“ für eine GKV-Finanzreform aufzuzeigen.

#### aa) Privatversicherte:

Die rund acht Mio. privat versicherten Selbständigen, Beamten, Angehörigen freier Berufe und freiwillig Versicherte blieben außen vor. Anders als die Anhänger der Bürgerversicherung will das Modell Rürup II die private Krankenversicherung nicht abschaffen oder in ein einheitliches System integrieren. Gesetzlich Versicherten bliebe demnach bei Erreichen der Versicherungspflichtgrenze eine Wechselmöglichkeit zur privaten Versicherung.

#### bb) Einheitliche Pauschale:

Auf der Basis der GKV-Ausgaben 2004 wird eine Pauschale von 169 Euro je Erwachsenen und von 78 Euro je Kind errechnet. Die Höhe der Pauschale kann je nach Kasse differieren, wie heute der Beitragssatz. Die Pauschalen sollen von den Arbeitgebern, der Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit abgeführt werden. Das Krankengeld sollen die Versicherten mit 1,5 Prozent des Bruttoeinkommens allein absichern. Ab 2006 müssen sie schon nach heutiger Gesetzeslage dafür einen Sonderbeitrag zahlen.

#### cc) Arbeitgeberbeitrag entfällt:

Die hälftige Finanzierung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer entfällt. Stattdessen wird der Arbeitgeberanteil dem Lohn zugeschlagen.

#### dd) Zuschuss für Kinder:

Die Beiträge für Kinder (15,8 Milliarden Euro) sollen aus der zusätzlichen Einkommensteuer finanziert werden, die durch die Besteuerung des Arbeitgeberanteils anfallen (15,6 Milliarden Euro). Privat Versicherte erhalten den Ausgleich. Bisher müssen sie ihre Kinderversicherung alleine zahlen.

#### ee) Belastungsgrenze:

Das Modell schlägt eine Belastungsgrenze von 12,5 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen vor. Die umfassen das Arbeitseinkommen und sonstige Einkünfte wie Zinsen, Mieten und Pachten. Wer die Belastungsgrenze überschreitet, kann bei seiner Kassen den Zuschuss beantragen. Die bekommt das Geld vom Bundesversicherungsamt, das wiederum den GKV-Bundeszuschuss verwaltet. Dessen Höhe beläuft sich nach den Berechnungen auf jährlich 18,8 Milliarden Euro. Steuerausfälle, beispielsweise durch eine Vorsorgepauschale, in Höhe von 3,7 Milliarden Euro erhöhen den Finanzierungsbedarf auf 22,5 Milliarden Euro im Jahr.

## f) Drei Finanzierungsvarianten:

Am einfachsten würde der Finanzbedarf laut Rürup durch einen um 11,9 Prozentpunkte auf dann 17,4 Punkte erhöhten Solidarzuschlag auf die Einkommensteuer gedeckt. Damit würden alle Steuerbürger herangezogen; das Geld nur dem Bund zufließen. Alternativ erwägt Rürup eine um 2,5 Punkte auf 18,5 Prozent erhöhte Mehrwertsteuer – an deren Aufkommen allerdings die Länder beteiligt sind. Möglich wäre eine Finanzierung des Solidarausgleichs in der GKV auch über einen einkommensabhängigen Beitrag von 2,5 Prozentpunkten. Rürup hält das für die schlechteste Möglichkeit.

## d) Das Kopfpauschalen-Modell der Herzog-Kommission

Das Modell der Herzog-Kommission ist dem Rürup-Konzept relativ ähnlich, sieht aber einen Umstieg vom Umlageverfahren auf ein kapitalgedecktes System mit Integration von Altersrückstellungen für notwendig an. So soll in der gesetzlichen Krankenversicherung über einen Zeitraum von zehn Jahren ein Kapitalstock aus zusätzlichen Beiträgen der Versicherten gebildet werden, welcher danach aufgelöst und zur Subventionierung der versicherungsmathematisch berechneten individualisierten Altersrückstellungen der über 45-jährigen Versicherten eingesetzt wird. Nach dem Übergangszeitraum zahlt jeder Versicherte differenziert nach Eintrittsalter eine lebenslange GKV-Prämie, die für die 45-Jährigen und Älteren auf 264 Euro monatlich begrenzt ist. Der Arbeitgeberanteil wird auf 6,5 % festgeschrieben. 5,4 % davon sollen steuerfrei dem Lohn zugeschrieben werden, die Firmen tragen das Krankengeld komplett. Die Finanzierung des sozialen Ausgleichs könne etwa über die Einführung eines „Sozial-Solis“ in Höhe von 15 % auf die Einkommensteuer erreicht werden. Der soziale Ausgleich wird auf 27,3 Mrd. Euro geschätzt, die Zahlen werden jedoch nicht konkretisiert.

## e) Das FDP-Versicherungsmodell

Das Modell zielt auf die Umwandlung der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung durch Einstieg in ein kapitalgedecktes System mit Kostenerstattung und Wahlfreiheit im Versicherungsschutz. Nach Zwischenschritten (Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses als Lohnbestandteil, Reform der Familienmitversicherung, Reduzierung des GKV-Leistungskatalogs um Krankengeld und nicht-konservierend-chirurgische Zahnmedizin) sollen nachfolgende Ziele angestrebt werden:

- Die Versicherten können ihren Versicherungsschutz auf der Grundlage einer Pflicht zur Versicherung frei wählen. Sie haben mindestens den Anspruch auf eine Basisabsicherung. Für Kinder wird die Prämie über eine steuerfinanzierte Erhöhung des Kindergeldes durch alle Bürger gemäß ihrer Leistungsfähigkeit getragen.
- Alle Anbieter von Krankenversicherungen sind private Versicherungsunternehmen. Die gesetzlichen Krankenkassen heutiger Prägung werden zur Privatversicherern.
- Die Versicherten sind frei, den Umfang ihres Versicherungsschutzes den individuellen Bedürfnissen anzupassen; Wahlmöglichkeiten und Selbstbehalte sind vom Basisschutz bis zum Spitzenschutz möglich. Es herrscht freier Wettbewerb.



- Die Prämien werden versicherungstechnisch kalkuliert, wobei über Altersrückstellungen sichergestellt wird, dass die zu erwartenden Gesundheitskosten über den gesamten Lebenszeitraum hinweg gleichmäßiger verteilt werden.
- Jedes Versicherungsunternehmen muss darüber hinaus mit Kontrahierungszwang einen einheitlichen Tarif anbieten, der vom Leistungsangebot her Basisleistungen abdeckt, die in etwa dem heutigen um bestimmte zahnmedizinische und Krankengeldleistungen reduzierten Leistungsangebot entspricht. Er wird in Form einer weder nach dem Geschlecht, noch nach sonstigen Kriterien differenzierten Basisprämie kalkuliert. Risikoprüfungen und Risikozuschläge sind in diesem Tarif nicht zulässig.
- Jeder Bürger muss finanziell in der Lage sein, zumindest die Basisabsicherung zu finanzieren. Sollten die eigenen finanziellen Mittel hierfür nicht ausreichen, hat der Staat für einen entsprechenden Ausgleich zu sorgen.

## VI. Kritische Bewertung

1. Bürgerversicherung birgt die Perspektive der Einheitsversicherung. Einheitsversicherung bedeutet Entzug von Wahl- und Gestaltungsfreiheit und ist das Ende eines tatsächlich selbstverwalteten Sozialsystems. Unter dem Nachfragemonopol einer solchen Versicherung mit ihrer Tendenz zur Bürokratie wird die bedarfsgerechte Versorgung leiden.
2. Auch die Steuerfinanzierung des notwendigen sozialen Ausgleichs in den Prämienmodellen kann nur dann geeignet sein, wenn sie eine verlässliche Rahmenbedingung für den notwendigen Finanzaufwand darstellt und nicht im Tagesgeschäft kurzatmiger fiskalpolitischer Aktionen relativiert wird. Erfahrungen mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen im europäischen Ausland lassen erhebliche Zweifel aufkommen.
3. Werden die nachstehend formulierten Kriterien für ein chancengleiches und bedarfsgerechtes Versorgungssystem als Maßstab genommen, muss ernsthaft die Frage diskutiert werden, ob nicht eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung unter Rückbesinnung auf die Aufgabe als Versicherungssystem ohne gesellschaftspolitische Aufgaben (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen) und unter Berücksichtigung eines Lösungsprinzips, welches davon ausgeht, dass nicht jedes Gesundheitsrisiko solidarisch versichert sein muss, ein möglicher Weg ist.
4. Entscheidend ist dabei indessen, dass die bürokratisierte Versorgungsstruktur in der Beziehung von Krankenkassen und Ärzten in dem heutigen Vertragsarztrecht aufgelöst und wieder auf ihren Ursprung zurückgeführt wird: Es ging darum, eine freiheitliche Integration der Ärzteschaft unter Übernahme der Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der Beziehung zum GKV-System zu wählen. Die weithin anerkannte Lösung war ein echtes Verhandlungsmodell der Gleichberechtigten mit dem Ausschluss vertragloser Zustände. Die genossenschaftliche Verantwortung der Vertragsärzte in der kassenärztlichen Versorgung garantiert die flächendeckende, qualitätsorientierte, aber auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der Umbau dieses Modells in ein Versorgungsmodell

mit Behördencharakter, welches von der ursprünglichen Selbstverwaltung nur noch die Hülse übrig lässt, war ein falscher Weg.

5. Bürgerversicherungsmodelle mit ihrer zwingenden Tendenz zur Einheitsversicherung schaffen auch für den stationären Sektor ein Machtmonopol der Krankenkassen, welches eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung in Frage stellt.

## VII. Folgerungen

1. Werden die hier niedergelegten Kriterien der Bundesärztekammer beachtet, muss die künftige Finanzierung gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung so gestaltet sein, dass sie einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen individuellen Zustand des Patienten ermöglicht. Die Beschaffung der finanziellen Mittel muss auf die Eigenverantwortung der Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes Rücksicht nehmen.
2. Dies schließt daher ein, dass es über den durch das soziale Versicherungssystem abgedeckten notwendigen Schutz eine selbstbestimmte Option der Bürger als Patienten und Verbraucher für ärztliche Gesundheitsleistungen unterschiedlicher Art nach eigener Wahl geben muss. Dafür ist Informiertheit Voraussetzung. Dazu wird die Ärzteschaft ihren Beitrag leisten.
3. Wie die vorstehend skizzierten Modelle zeigen, geht es ihnen um einen mehr oder minder breiten Schutz der Bevölkerung im Falle der Krankheit und der damit verbundenen Folgen. Entscheidend ist die Niveaubestimmung des entsprechenden medizinischen Schutzes. Dafür trägt der Gesetzgeber allein die Verantwortung. Es erscheint im Hinblick auf das Modell der Bürgerversicherung unklar, wie – mit der von der Ärzteschaft geforderten Zielsetzung der individuell bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung des Kranken – eine entsprechende Versorgung ermöglicht werden soll. Es bedarf des Hinweises, dass individuell notwendig nicht lediglich eine statistisch begründete „angemessene“ Versorgung ist. Die gelegentlich in Anlehnung an Diskussionen über ausländische Versorgungssysteme ins Spiel gebrachte Terminologie der „angemessenen“ Versorgung („appropriate“) enthält rationierende Elemente, welche nach den von der Ärzteschaft befürworteten Maßstäben nicht akzeptabel sind. Die Ärzteschaft ist bereit, ihre Kompetenz zur Definition des medizinisch Notwendigen einzusetzen und dies auch durch Versorgungsforschung zu evaluieren.
4. Wenn die gesellschaftspolitische und gesetzgeberische Entscheidung einer Niveaubestimmung des sozialen Schutzes diejenige einer „Grundversorgung“ sein soll, ist es unausweichlich, dass die Bürgerinnen und Bürger auf der Grundlage ihres Rechts zur Selbstbestimmung ihrer Gesundheit ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können oder auch müssen, die über den sozialen Schutz hinausgehen. Ob eine sogenannte Basisversorgung noch dem Verfassungsauftrag eines sozialen Krankenversicherungsschutzes entspricht, muss hier ausdrücklich bezweifelt werden. Je flexibler das Finanzierungsmodell im Hinblick auf diese Möglichkeit ist, umso eher wird es den individuellen Bedürfnissen der Bürger gerecht. Ein mit impliziter Rationierung verbundenes Versicherungssystem, welches den Versicher-

ten vor die Wahl stellt, als Sachleistung die medizinische Versorgung des Versicherungssystems in Anspruch nehmen zu müssen oder ihrer verlustig zu gehen, wird der notwendigen Selbstbestimmung und der notwendigen Subsidiarität des sozialen Schutzes nicht gerecht.

5. Eine entscheidende Frage für die Bewertung der entsprechenden Modelle bleibt – was bisher weitestgehend undiskutiert ist –, in welcher Beziehung die Angehörigen der Gesundheitsberufe ihren Beruf unter den Bedingungen entsprechender Versicherungssysteme ausüben können. Analysiert man die Folgen der Bürgerversicherung in der Weise, dass die Folge ist, dass 100 % der Bevölkerung den sozialen Schutz genießen, bedeutet dies, dass Ärzte künftig ihren Beruf ausschließlich von den Bedingungen, welche das System der gesetzlichen Krankenversicherung definiert, abhängig machen müssen. Es bestehen – auch verfassungsrechtlich relevante – Zweifel, ob danach noch eine selbständige freiberufliche ärztliche Tätigkeit als niedergelassener Arzt ausübbar ist; dies gilt insbesondere dann, wenn der Gesetzgeber die Versorgung der Versicherten von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Ärzten abhängig machen würde. Damit würde die Aufnahme des Arztberufs von den Entscheidungen der Krankenkassen abhängig. Ein effektives System der Versorgung – wie es in den Maßstäben unter II. beschrieben ist – wäre auf dieser Grundlage wohl kaum möglich. Dasselbe gilt auch für die ärztliche Berufsausübung im Rahmen der Krankenhausversorgung. Der Monopolanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung würde die Patientenversorgung in eine „Programm-Medizin“ münden lassen.
6. Aus der Sicht der Ärzteschaft ist es deshalb – ohne dass sie die Finanzierungstechnik und das versicherungsrechtliche Niveau der Gesundheitsversorgung vorgeben will, weil dies Aufgabe des Gesetzgebers ist – im Interesse der individuell bedarfsgerechten Versorgung der Patienten erforderlich, dass Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten, Freiheit in der Wahl des Arztes und vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zugang zur Behandlung von Versicherten bestehen. Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr erfolversprechend; patientenorientierte und qualitätsgesicherte Sonderstrukturen wären damit nicht verbaut.

### **1.1.3 Gesundheitspolitische Standpunkte des Vorstandes der Bundesärztekammer**

Als Reaktion auf das Ergebnis der Landtagswahl am 22.05.2005 in Nordrhein-Westfalen hatte Bundeskanzler Schröder angekündigt, den Bundespräsidenten zu ersuchen, den 15. Deutschen Bundestag aufzulösen um vorzeitige Neuwahlen anzusetzen. Nachdem der Deutsche Bundestag dem Kanzler das Misstrauen ausgesprochen hatte, entsprach der Bundespräsident diesem Gesuch; am 18. September 2005 fanden Neuwahlen zum 16. Bundestag statt. Der Vorstand der Bundesärztekammer traf sich zu seiner Klausursitzung vom 10. - 12.06.2005 in Aerzen/Hamel; also zu einem Zeitpunkt, zu dem mit vorgezogenen Neuwahlen zu rechnen war.

Die Klausursitzung wurde u.a. dazu genutzt, Standpunkte zu erarbeiten und zu konsentieren, die dann in den darauf folgenden Wochen in die politischen Gespräche auf Bundes- und Länderebene eingebracht werden konnten.

Nachhaltige Erneuerung der Erfolgsfaktoren unseres Gesundheitswesens –  
Für eine Gesundheitspolitik mit klaren Zielen!

Gesundheitspolitische Standpunkte des Vorstandes der Bundesärztekammer  
Juni 2005

Das deutsche Gesundheitswesen gewährleistet im internationalen Vergleich eine Gesundheitsversorgung auf weit überdurchschnittlichem Niveau. Die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt stellen in der Zukunft das Versorgungssystem vor Herausforderungen, die besondere Anstrengungen erfordern, um seine Qualität und Finanzierbarkeit zu erhalten. Dies wird nicht ohne Veränderungen des Systems der Krankenversicherung möglich sein. Die Ärzteschaft setzt sich für eine gesundheitliche Versorgung ein, die sich allein am individuellen Behandlungsbedarf des Patienten und nicht an seinem sozialen Status orientiert.

Die deutsche Ärzteschaft formuliert deshalb die folgenden Standpunkte:

1. Maßstab einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung muss künftig wieder die ärztliche Professionalität sein. Das politisch verfolgte Leitbild gesundheitsökonomischer und administrativer Reglementierung des Arztberufes muss aufgegeben werden. Dies bedeutet vor allem den Verzicht auf rationierende Behandlungsleitlinien, auf weitere „Vernormung“ ärztlicher Tätigkeit sowie auf den Missbrauch der Chronikerprogramme im Finanzausgleich der Krankenkassen.
2. Ärzte brauchen wieder Anerkennung und Vertrauen von der Politik, die ihrem Engagement und ihrer Arbeit entsprechen, so wie sie ihnen von den Patienten entgegen gebracht werden. Enorme Arbeitsüberlastung, geringe Aufstiegschancen, mangelnde Anerkennung in der Politik, Unvereinbarkeit von Familie und Beruf sowie vor allem eine überbordende Bürokratie und eine unzureichende Bezahlung sind die Gründe, warum zunehmend mehr junge Ärzte nicht an der Patientenversorgung teilnehmen, ins Ausland gehen und ältere Ärzte frühzeitig ihren Beruf aufgeben. Die Überforderung und Demotivation der Ärzte müssen ein Ende haben. Sie geht zu Lasten der Patientenversorgung und ist mitursächlich für den Verlust an Berufszufriedenheit.
3. Die vielfältigen gesetzlichen Einflüsse, die zu einer schleichenden Rationierung in der Patientenversorgung geführt haben, müssen offengelegt werden. Intransparenz in der Leistungsgewährung zerstört nachhaltig das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Behandlung und bringt so den Arzt in einen grundlegenden berufsethischen Konflikt. Rationierung aber ist eine politische Entscheidung, welche der Gesetzgeber und die Gesellschaft zu verantworten haben. Die Rationierungsproblematik darf nicht auf dem Rücken der Ärzte ausgetragen werden.
4. Die notwendige Finanzierungsreform der Krankenversicherung muss in ihren Grundlagen und Folgen in einer breit angelegten öffentlichen Diskussion erörtert werden. Es ist geradezu irreführend, die fehlende Finanzausstattung der gesetz-

lichen Krankenversicherung durch eine Debatte über Versorgungsstrukturen zu ersetzen. Die Ärzteschaft stellt fest, dass der alleinige Lohnbezug als Finanzierungsbasis zu schmal und deswegen überholt ist. Versicherungsfremde Leistungen müssen über Steuern finanziert werden. Es ist eine politische Entscheidung, wer welche Leistungen in welchem Umfang solidarisch finanziert erhält. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren fachlichen Rat zur Verfügung zu stellen. Unabhängig welches Konzept letztendlich realisiert wird, ist für die Ärzteschaft allein maßgeblich, dass das Krankenversicherungssystem eine gute individuelle und bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglicht. Dies schließt eine angemessene finanzielle Beteiligung der Versicherten unter Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte nicht aus. Die Ärzteschaft hält eine leistungsfähige private Krankenversicherung für unverzichtbar.

5. Das Erfolgsmodell „ärztliche Selbstverwaltung“ muss für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung gestärkt werden. Allein die ärztliche Selbstverwaltung kann durch praxistaugliche Qualitätsnormen die Versorgungsstrukturen im Interesse der Patienten aufrechterhalten und weiterentwickeln. Nicht zuletzt die Handhabung von Disease Management Programmen und Integrierter Versorgung zeigt, wie notwendig eine qualitätsleitende Funktion der Ärztekammern ist; denn unzureichende Qualitätssicherung und mangelnde Evaluation stellen den medizinischen Mehrwert für den Patienten nachhaltig in Frage. Die Ärzteschaft fordert deshalb auch für diesen Bereich verpflichtende Qualitätsstandards.
6. Die Forderung nach mehr Wettbewerb kann sich nur auf Qualität beziehen. Wettbewerb um kostengünstige Versorgungsbeziehungen im so genannten Einkaufsmodell hingegen stellt weder dauerhafte noch flächendeckende Versorgungsstrukturen her. Eine Vielzahl unterschiedlicher Vertragsbeziehungen schafft noch kein durch Qualität geprägtes Versorgungssystem. Deshalb bedarf es nicht einer markt-, sondern einer patientenorientierten Strukturpolitik, die durch die Aufrechterhaltung bewährter kollektiver Steuerungskonzepte – unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung – eine verlässliche und bedarfsgerechte ambulante haus- und fachärztliche Versorgung auch in ländlichen Gebieten gewährleistet. Eine flächendeckende Versorgung muss weiterhin durch niedergelassene Haus- und Fachärzte – auch in geeigneten freiberuflichen Kooperationsformen – gewährleistet werden.
7. Die Ärzteschaft verlangt ein übergreifendes Bündnis für gesellschaftlich wie demografisch bedingte dringliche Versorgungsprobleme wie zum Beispiel Demenzerkrankungen und Depressionen. Die Ärzteschaft ist bereit, an der Definition entsprechender prioritärer Gesundheitsziele und der Entwicklung geeigneter Versorgungskonzepte mitzuwirken. Doch nicht nur die Ärzteschaft, auch weitere, in gesellschaftlicher Verantwortung stehende Gruppen müssen in eine ergänzende betreuende und pflegerische Versorgung einbezogen werden. Die künftige Gesundheitspolitik ist aufgefordert, dazu ihren Beitrag zu leisten.
8. Gesetzgebung in medizin-ethischen Bereichen ist nur dann zu verantworten, wenn sie unter Beachtung ärztlicher Folgenabschätzung für Würde und Selbstbestimmungsrecht des Patienten einerseits sowie der ethischen Selbstverpflichtung des ärztlichen Berufs andererseits erfolgt. Für die Unterscheidung des medizinisch

Möglichen vom ethisch Vertretbaren ist die Ärzteschaft ein verantwortungsvoller Ratgeber.

9. Immer noch wird unser Gesundheitswesen als Kostenfaktor und Standortnachteil für Deutschland dargestellt. Das Gesundheitswesen aber steht für Menschlichkeit und sozialen Frieden. Darüber hinaus arbeiten über 4,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen, deren Professionalität und Qualität auch bei ausländischen Patienten hoch anerkannt ist. Mit seinem umfangreichen Leistungsangebot auch außerhalb der Krankenversicherung sowie seinen vielfältigen Innovationen im pharmazeutisch und medizin-technischen Bereich ist der Gesundheitssektor auch ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor und schafft auch in Zukunft sichere „globalisierungsfeste“ Arbeitsplätze. Es ist Aufgabe der künftigen Politik, eine solche Dynamik durch Beseitigung der dirigistischen und bürokratischen Hemmnisse zu fördern.
10. Die ärztliche Berufsausübung bedarf Rechtssicherheit. Die Ärzteschaft fordert klare und eindeutige Regelungen mit strikter medizinischer Orientierung. Sie muss Grundlage für eine moderne Gebührenordnung sein, die den modernen Stand der Medizin berücksichtigt. Die seit 27 Jahren geltende Gebührenordnung führt derzeit zu Fehlinterpretationen, fehlerhaften Abrechnungen, Rechtsstreiten und unberechtigten Vorwürfen gegen die Ärzteschaft.
11. Bei allen Bestrebungen zur weiteren Einigung Europas und der Bedeutung des Beitrages, den europäische Gesundheitspolitik hierzu leisten kann, erwartet die Ärzteschaft von der Politik in Deutschland, dass sie sich mit Nachdruck einer Absenkung der Qualität ärztlicher Versorgung in Deutschland durch eine Harmonisierung auf Mindestniveau wie auch durch die Methode der offenen Koordination widersetzt.

#### **1.1.4 Beschlüsse des 110. Deutschen Ärztetages 2007 in Münster**

Nach 1982 fand 2007 der Deutsche Ärztetag zum zweiten Mal in Münster statt. Trotz monatelanger massiver Proteste der Ärzteschaft war zum 1. April 2007 die Gesundheitsreform – das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz – in Kraft getreten. Die Große Koalition hatte, vom Widerstand der Ärzteschaft und vieler weiterer Gesundheitsberufe unbeeindruckt, ihre parlamentarische Mehrheit dazu genutzt, um eine Weichenstellung im deutschen Gesundheitswesen zu vollziehen. Die Kritik an dieser Reform stand im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatten im Rahmen des 110. Deutschen Ärztetages. Dies spiegelt der Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer unter dem TOP Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik wieder, der einstimmig vom Plenum unterstützt wurde:

##### **Bewertungen nach Einführung des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes**

Die mit dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz beabsichtigte Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV kann keine dauerhafte Bereitstellung von finanziellen Mitteln für eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Gesundheitsversorgung

sichern. Die vorgeschlagenen Elemente künftiger Finanzierung (Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge, Ausschöpfung so genannter Wirtschaftlichkeitsreserven, Kassenfusionen, aber auch Insolvenzen) stellen eher ein Experiment mit unsicherem Ausgang dar, als dass sie Verlässlichkeit für die Zukunft bewirken.

- Die Finanzautonomie der Krankenkassen wird beseitigt. Durch Rechtsverordnung der Bundesregierung werden künftig Einheitsbeiträge für alle Krankenkassen festgesetzt. Sie werden über einen Gesundheitsfonds verteilt, über dessen Finanzausstattung mit dem Recht der Beitragsfestsetzung und zusätzlicher Steuerzahlungen der Staat entscheidet. Ob künftig die Mittel zur Finanzierung der am Patientenbedarf orientierten medizinischen Versorgung ausreichen, kann damit niemand voraussagen. Zusatzbeiträge, denen allerdings Grenzen gesetzt sind, sollen Krankenkassen in die Lage versetzen, bei unzureichender Finanzausstattung weitere Finanzmittel zu schöpfen. Auch dies dürfte eine kaum ausreichende Finanzierungsgrundlage für den wachsenden Leistungsbedarf des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sein, zumal neue Leistungen zusätzlich eingeführt werden sollen.
- Krankenkassen sollen bei unzureichender Finanzausstattung ihre Rettung in Fusionen oder Insolvenzen suchen. Sie werden aufgefordert, mit Leistungserbringern Sonderverträge abzuschließen, denen die Zielsetzung zugrunde liegt, Ausgaben einzusparen, was wiederum darauf hinausläuft, Leistungserbringern angemessene Vergütungen vorzuenthalten. Kassenfusionen werden mittelfristig nicht ausbleiben und zu einigen Großkassen in der Bundesrepublik Deutschland führen, welche als Monopolisten die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Leistungserbringer diktieren.
- Das Gesetz sieht eine weitere Aushöhlung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Förderung von besonderen selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und anderen vor. Der im Patienteninteresse notwendige Schutz zur Wahrung der beruflichen Unabhängigkeit der Angehörigen der Heilberufe geht auf diese Weise verloren. Die langsame Liquidation der Selbstverwaltungskörperschaften wird eingeleitet.
- Über Wahltarife und selektive Verträge entstehen unterschiedliche Sektoren der Patientenversorgung und eine Mehrklassenmedizin. Der vermeintliche Fortschritt, den dieses „Wettbewerbsmodell“ bringen soll, wird nicht eintreten: Die im Patienteninteresse gebotene Versorgungssicherheit und Gleichmäßigkeit der Versorgung in räumlicher Nähe und entsprechender Qualität wird auf diese Weise nicht bewirkt werden. Im Gegenteil: Die ärztliche Versorgung der Versicherten wird im Verhältnis zu den Krankenkassen bei nichtautonomer Finanzausstattung leiden. Wachsende Verwaltungsausgaben gehen zu Lasten der medizinischen Versorgung.
- Es erfolgt eine Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer teilweise mit hauptamtlichen Mitgliedern besetzten Exekutiv-Agentur zur verbindlichen Steuerung des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne verbindliche Mitwirkung der Betroffenen. Mit der Zuweisung umfassender Aufgaben im Bereich der Qualität, der Qualitätssicherung und der Fortbildung von Ärzten an den Gemeinsamen Bundesausschuss wird aus der bisher in der ärztlichen Profession durch Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder gesicherten Selbstbestimmung über die beruflichen Belange im Rah-



men der gesetzlichen Regelungen eine – auch verfassungsrechtlich höchst fragwürdige – Fremdbestimmung bis hin zum Ausschluss der Mitwirkung der Berufsangehörigen.

- Die Veränderung der Krankenkassenorganisation mit der Auflösung der bisherigen Vielfalt verschiedener Kassenarten und Verbände durch das Zusammenführen und die Pflichtmitgliedschaft aller Krankenkassen in einem so genannten Spitzenverband Bund, welchem Aufgaben in umfassender Weise als künftiger Vertragspartner der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Vergütungsbereich durch Mitwirkung bei der Vergütungsgestaltung über den Bewertungsausschuss zugewiesen werden, entsteht eine zusätzliche Zentralisierung für das Gesundheitssystem.
- Krankenkassen und ihre Verbände, Kassenärztliche Vereinigungen sowie die bisher mit Recht so genannte „gemeinsame Selbstverwaltung“ erleiden durch die Veränderungen einen Substanzverlust in ihrer demokratisch legitimierten Autonomie, der es rechtfertigt, von einer Aushöhlung der Selbstverwaltung zu sprechen. Dazu trägt auch die Auslagerung bisheriger Selbstverwaltungsentscheidungen in den Körperschaften in so genannte „professionalisierte Gremien“ (Institute u. ä.) bei. Die „Institutologie“ überlagert in demokratisch zweifelhafter Weise den Gedanken der Selbstverwaltung, der darauf beruht, dass die Beteiligten ihre Belange selbst gestalten dürfen.
- Durch verschiedene Regelungen wird bewirkt, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruht, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin gerät, die dazu beiträgt, dass die Gesundheitsversorgung nicht mehr den Patienteninteressen entspricht. Der jetzige Trend zur Staatsmedizin wird das nach unserer Verfassung und sozialen Erfahrung erwartbare Versorgungsniveau sichtbar und nachhaltig unterschreiten.
- Die Einführung des GKV-gleichen Basistarifs in die private Krankenversicherung ist ein weiterer Eingriff in die Entscheidungsfreiheit des Bürgers zur Absicherung im Krankheitsfall.

## Folgerungen

1. Die Einführung neuer und erweiterter leistungsrechtlicher Möglichkeiten (z. B. Palliativmedizin) ist teilweise an Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses geknüpft. Die Bundesärztekammer wird die Gelegenheit wahrnehmen, im Rahmen ihres Anhörungsrechts auf sachgerechte Ausgestaltung einzuwirken. Die Regelung des § 52 Abs. 2 SGB V sollte wegen der in ihr enthaltenen Einführung eines „Verursacher-Prinzips“ in die GKV politisch thematisiert werden. Ferner ist die kritische Begleitung der Regelung in § 62 SGB V über die Belastungsgrenze für Zuzahlungen für Chronischkranke (sie beträgt in der Regel 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) erforderlich, wonach u. a. jährliche Bescheinigungen über den Behandlungsfortgang bei chronischen Krankheiten vorzulegen sind und die jährliche Bescheinigung nur ausgestellt werden darf, „wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f [SGB V], feststellt ...“ Hier sollen Ärzte als „Therapiepolizei“ der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden.

Zu gegebener Zeit zu analysieren sind die Auswirkungen des so genannten Versorgungsmanagements nach § 11 SGB V an den Schnittstellen von ambulanter und Krankenhausversorgung im Hinblick auf die Anforderungen an die beteiligten Ärzte, soweit sie von den Krankenkassen ausgehen.

## 2. Vertragswettbewerb

Das Konzept des Vertragswettbewerbs ist ambivalent in seinen Wirkungen für Patienten und Ärzte. Es stellen sich darüber hinaus mittelbar Fragen der kritischen berufsrechtlichen Bedeutung unterschiedlicher besonderer vertraglicher Regelungen, in denen Ärzte im Wesentlichen durch finanzielle Anreize zu bestimmtem Verhalten (insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung) veranlasst werden sollen.

## 3. Arzneimittelversorgung

Bedeutsam ist die Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG (§ 35b SGB V) wegen ihrer Folgen für die Arzneimitteltherapie der Ärzte. Dazu wird das Einbringen von Standpunkten der Bundesärztekammer über das Anhörungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss notwendig.

Ferner bedeutsam ist die Zweitmeinung bei Verordnung besonderer Arzneimittel (§ 73d SGB V): eine grundsätzlich verfehlte Vorschrift.

Zunehmend werden die neuen Vorschriften über Preisvereinbarungen, Rabatte und damit verbundene Bonus-Malus-Folgen für die verordnenden Ärzte berufsrechtliche Konfliktlagen bewirken; die therapiegerechte Verordnung notwendiger Arzneimittel, welche der Arzt im Einzelfall für geboten erachtet, wird durch solche Vorgaben für die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass entsprechende Regelungen gegenüber den Versicherten nicht transparent werden, weil sie zu komplex sind.

## 4. Qualitätssicherung

Von entscheidender Bedeutung ist die Mitwirkung der Bundesärztekammer bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung:

- Ein im Vergabeverfahren zu findendes „fachlich unabhängiges Institut“ soll vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt werden mit der
- Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren,
- Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Dokumentation der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung.

Unerlässlich ist daher die Mitwirkung der Bundesärztekammer bei der Auswahl des Instituts und die Einflussnahme der Bundesärztekammer auf die Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren. Hierbei kommt es vor allem darauf an, den gegenüber dem bisherigen Recht festzustellenden Verlust der Beteiligung der Bundesärztekammer an den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung auch in Krankenhäusern im Rahmen eines Korrekturgesetzes rückgängig zu machen oder zumindest durch Einwirkung auf die Entwicklung der „Verfahren zur Messung und Darstellung der Versor-

gungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ durch die „fachlich unabhängige Institution“ des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137a SGB V zu kompensieren. Bei der Entwicklung der Inhalte dieser Verfahren, die in § 137a Abs. 2 SGB V näher beschrieben sind, ist nach Absatz 3 dieser Vorschrift die Bundesärztekammer (u. a.) zu beteiligen.

Die Bewertung der Auswirkungen der neuen Systematik auf die Rolle der Ärztekammern in der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung ist erforderlich. Hier geht es vor allem um den Fortbestand der bisherigen Qualitätssicherungsaufgaben bei den entsprechenden Stellen der Landesärztekammern sowie die Analyse eventueller Datenlieferungspflichten an die unabhängige Institution gemäß § 137a Abs. 2. Bestehende und bewährte Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Bund und Land sind dadurch gefährdet.

#### 5. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – Konvergenz der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Sämtliche Regelungen führen zu einer Schwächung bzw. zu einer Zerstörung der PKV. Entscheidend ist die Zahl der Versicherten, welche den Basistarif wählen oder in den Basistarif gezwungen werden. Je größer die Zahl, umso stärker die Belastung der Bestandsversicherten, da die Prämien des Basistarifs GKV-Höchstbeiträge nicht überschreiten dürfen, was zu einer mittelbaren Subventionierung führt. Das System ist zudem darauf angelegt, die Vergütungssysteme – Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) – mit dem Ziel der Nivellierung der Privathonorare anzugleichen.

Erodiert die PKV, bedeutet dies nicht nur einen Verlust für unser Gesundheitswesen durch den Wegfall des einzig nachhaltig finanzierten kapitalgedeckten Versicherungsmodells, einer Referenzgröße für die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern auch erhebliche Einnahmeverluste für die Ärzte in Krankenhaus und Praxis aus Privatbehandlung.

Die Ärzteschaft muss sich daher strategisch positionieren und dabei folgende Ziele verfolgen:

- Die Eigenständigkeit der GOÄ als Referenzgebührenordnung muss erhalten bleiben.
- Die Privatliquidation für wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus muss gewährleistet bleiben.
- Die Attraktivität der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung ist zu wahren.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert daher die Realisierung der Reform-Eckpunkte des 109. Deutschen Ärztetages zur Weiterentwicklung der GOÄ. Die Realisierung des GOÄ-Konzeptes der Bundesärztekammer auf dieser Basis muss zügig fortgesetzt werden mit dem Ziel, ein eigenständiges Konzept zur Sicherung einer angemessenen Vergütungsgrundlage für ärztliche Leistungen in Krankenhaus und Praxis.

Aus alledem folgt, dass in einigen Jahren das deutsche Gesundheitssystem vorherrschend Züge eines staatlichen Gesundheitsdienstes haben wird. Alle zuvor genannten Einzelelemente stellen ein legislatives Virenpogramm zur Zerstörung des frei-

heitlichen Betriebssystems unseres Gesundheitswesens dar. Es ist festzustellen, dass das durch die Grundrechte der Patienten angelegte Schutzprogramm zur Sorge im Krankheitsfall durch dieses zukünftige Gesundheitssystem nicht verwirklicht werden kann.

### **Weitere Tagesordnungspunkte des 110. Deutschen Ärztetages**

behandelten „Ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation“, Probleme der „Kindergesundheit in Deutschland“ sowie die „(Muster-)Weiterbildungsordnung“. (Die Dokumente, Beschlussprotokoll, Referate zu den Tagesordnungspunkten etc., sind unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) abrufbar.) Die Konsequenzen aus den an den Vorstand überwiesenen Anträgen des Ärztetages sind im Kapitel 13.2 Durchführung der Beschlüsse des 110. Deutschen Ärztetages aufgeführt.

### **Wahl des Präsidiums der Bundesärztekammer**

Neben der vielschichtigen gesundheits-, sozial-, gesellschaftspolitischen und ethischen Diskussion auf diesem Ärztetag, war der Münsteraner Ärztetag auch ein Wahlärztetag. Nach § 5 der Satzung der Bundesärztekammer findet im Abstand von vier Jahren die Wahl des Präsidenten und zwei Vizepräsidenten und zwei weiterer Ärztinnen/Ärzten statt; die Präsidenten der Landesärztekammern sind qua Amt Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer.

Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe wurde mit 202 von 241 gültigen Stimmen in seinem Amt als Präsident der Bundesärztekammer bestätigt. Zum neuen Vizepräsidenten wurde Dr. Frank Ulrich Montgomery, Hamburg, gewählt. In ihrem Amt als Vizepräsidentin wurde Dr. Cornelia Goesmann, Hannover, bestätigt. Als weitere zwei Ärzte wurden Rudolf Henke im Amt bestätigt und Dr. Max Kaplan gewählt.

## **1.2 Europäische Union**

### **1.2.1 Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union**

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

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

Die Komplexität der europäischen Gesetzgebung erfordert einen kontinuierlichen Informationsaustausch nicht nur mit Mitgliedern des Europäischen Parlaments, sondern auch mit Kommissionsbeamten, Akteuren des Ministerrates und Mitgliedern der ständigen Ausschüsse. Durch den zunehmenden Einfluss europäischer Maßnahmen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten erhöht sich auch der Druck, Entscheidungen der EU zu beeinflussen. Das kommt nicht zuletzt durch die Vielzahl von Lobbyisten in Brüssel zum Ausdruck. Es gibt kaum eine Interessensgruppe, die nicht repräsentiert wird und zumindest ein Ein-Mann-Büro im Brüsseler Europaviertel unterhält. Im Europäischen Parlament sind zur Zeit über 4.500 Personen akkreditiert. Schätzungen gehen aber davon aus, dass zwischen 15.000 und 20.000 hauptberufliche Lobbyisten in Brüssel tätig sind. Auch die Europäische Kommission vertritt die Auffassung, dass Lobbying in einem demokratischen System seine Berechtigung hat. Allerdings müsse für die Öffentlichkeit klar erkennbar sein, welchen Beitrag Lobbygruppen den europäischen Organen und Einrichtungen liefern, wen sie vertreten, welches Ziel sie verfolgen und wie sie finanziert werden. Daher hat sie eine Transparenzinitiative gestartet, bei der es u.a. um den Einfluss von Lobbygruppen auf Brüsseler Entscheidungsprozesse geht. Die Kommission schlägt vor, dass sich alle Lobbyisten registrieren lassen und ihre Finanzen und Auftraggeber offen legen. Ein solches Register soll im Frühjahr 2008 eingerichtet werden, wobei Einträge vorerst auf freiwilliger Basis geschehen sollen.

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

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

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

### **1.2.2 Europäische Gesundheitspolitik**

Rechtsgrundlage für Maßnahmen in der Gesundheitspolitik der Europäischen Union ist der mit dem Amsterdamer Vertrag eingeführte Art. 152 EG-Vertrag. Danach ist die Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft auf dem Gebiet des Gesundheitswesens begrenzt auf einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus. Die Europäische Gemeinschaft leistet ihren Beitrag auf zweierlei Weise: zum

einen dadurch, dass sie aufgrund der sogenannten Querschnittsklausel in Artikel 152 Abs. 1, Unterabsatz 1 EGV bei der Festlegung und Durchführung ihrer übrigen Politiken und Maßnahmen ein hohes Schutzniveau sicherstellt, d.h. ihr Handeln auf anderen Gebieten mit den Erfordernissen des Gesundheitsschutzes abstimmt. Zum anderen besteht der Beitrag darin, dass sie auf der Grundlage von Art. 152 EGV die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten auf gesundheitspolitischem Gebiet fördert, indem sie die Mitgliedstaaten darin unterstützt, ihre Politik auf diesem Gebiet zu koordinieren. Insoweit ist die Europäische Gemeinschaft ergänzend tätig. Daraus folgt, dass die Hauptverantwortung für die Gesundheitspolitik bei den Mitgliedstaaten liegt, was insbesondere durch Art. 152 Absatz 5 EGV unterstrichen wird. Danach berührt die ergänzende Tätigkeit der Europäischen Gemeinschaft in keiner Weise die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung.

Auch nach dem neuen EU-Reformvertrag, der bis Ende 2007 unterzeichnet werden soll, dürfen keine verbindlichen Rechtsakte mit dem Ziel der Harmonisierung nationaler Vorschriften erlassen werden. Das gilt insbesondere für den Bereich des Gesundheitswesens. In dem Entwurf des Reformvertrages heißt es hierzu:

*„Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel ...“*

Besonders fördern möchte die Europäische Union die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei Gesundheitsdiensten in Grenzgebieten. Ein entsprechender Passus soll neu in Artikel 152 EGV aufgenommen werden.

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

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

### **Offene Methode der Koordinierung (OMK)**

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

von Ausgrenzung und Diskriminierung sowie bei den Investitionen in mehr und bessere Arbeitsplätze vor. Seit 2005 gilt die OMK auch in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege.

### **High Level Group**

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

## **1.2.3 Begleitung von europäischen Gesetzesvorhaben und politischen Initiativen mit gesundheits- und sozialpolitischem Bezug**

### **Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie**

Nachdem die Gesundheitsdienstleistungen auf Forderung des Rates und des Europäischen Parlaments von der Dienstleistungsrichtlinie 123/2006/EG ausgenommen worden sind, wurde die Europäische Kommission aufgefordert, für die Erbringung und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen auf EU-Ebene für Rechtssicherheit und Klarheit zu sorgen. Nun wird die Kommission Ende des Jahres 2007 einen Richtlinienvorschlag für sichere, qualitativ-hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsdienste vorlegen. Diese Richtlinie basiert zum einen auf dem Konsultationsverfahren, das zu Beginn des Jahres 2007 abgeschlossen wurde und in dem die Bundesärztekammer eine umfassende Stellungnahme abgegeben hat. Zum anderen werden der Richtlinie die Schlussfolgerungen des Rates Gesundheit zugrunde liegen, in denen auf gemeinsame Werte und Prinzipien der Gesundheitssysteme Bezug genommen wird. Dazu gehören die Grundwerte Universalität, Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von guter Qualität, Gleichbehandlung und Solidarität. Schließlich wird sich die Richtlinie auch auf zwei Initiativberichte des Europäischen Parlaments (EP) stützen, die im Jahr 2007 vom Ausschuss Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebenssicherheit (ENVI) und vom Ausschuss Binnenmarkt und Verbraucherschutz (IMCO) vorgelegt und vom EP angenommen wurden. Darin fordert das EP eine Kodifizierung der geltenden Rechtsprechung zur Erstattung der Kosten von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen, um die ordnungsgemäße Anwendung der Rechtsprechung durch sämtliche Mitgliedstaaten sicherzustellen und die den Patienten, nationalen Krankenversicherungssystemen und Erbringern von Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehenden Informationen zu verbessern, ohne dabei zusätzliche lästige bürokratische Hürden für die Mitgliedstaaten zu schaffen.



Ursprünglich sollte der Richtlinienentwurf der Europäischen Kommission bereits im November 2007 veröffentlicht werden. Da sich aber eine Einigung innerhalb der Kommission und hier insbesondere zwischen den Generaldirektionen Gesundheit und Binnenmarkt als sehr schwierig gestaltet, wird der Entwurf voraussichtlich erst im Anfang 2008 publiziert. Mit dem Entwurf der Richtlinie wird das Gesetzgebungsverfahren in Gang gesetzt. Die Bundesärztekammer wird zu der Richtlinie wiederum eine Stellungnahme erarbeiten.

### **Organspende und -transplantation: Maßnahmen auf EU-Ebene**

Die Kommission hat am 30. Mai 2007 in Form einer Mitteilung einen Aktionsplan für eine engere Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten beim Thema Organspende und Transplantation vorgeschlagen und für das Jahr 2008 eine Richtlinie zur Qualität und Sicherheit von Organspenden angekündigt.

Laut Kommissionsmitteilung liegt das Hauptproblem der Transplantation im Mangel an Spenderorganen: Täglich sterben in Europa etwa 10 Menschen, die auf ein Spenderorgan warten; etwa 40.000 Patienten in Europa stehen gegenwärtig auf Wartelisten für ein Spenderorgan.

Um auf die hauptsächlich politischen Herausforderungen in Bezug auf die Organspende und -transplantation zu reagieren, plant die Kommission die Sicherstellung der Qualität und Sicherheit von Organen, die Erhöhung der Spendenbereitschaft und die Bekämpfung des Organhandels. Erreichen möchte sie diese Ziele zum einen mit einem Aktionsplan zur verstärkten Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten. Zum anderen soll eine EU-Richtlinie über Qualität und Sicherheit von Organspende und -transplantation folgende Maßnahmen umschließen:

- die Errichtung einer oder mehrerer einzelstaatlicher Aufsichtsbehörden zur Umsetzung der Vorschriften der Richtlinie;
- gemeinsame Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Zulassung von Einrichtungen und Programmen für Organspende und -beschaffung sowie für angemessene Konservierung und Beförderung der Organe;
- die Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit und die Meldung etwaiger schwerer unerwünschter Zwischenfälle und Reaktionen;
- die Einrichtung von Inspektionsstrukturen und Kontrollmaßnahmen
- sowie die Sicherstellung einer vollständigen Merkmalbeschreibung des Organs, damit das Transplantationsteam eine angemessene Risikobewertung vornehmen kann.

Die Mitteilung ist das Ergebnis einer im September 2006 abgeschlossenen öffentlichen Konsultation, in der die interessierten Parteien aufgefordert wurden, zu möglichen Konzepten auf EU-Ebene Stellung zu beziehen. Die Bundesärztekammer hat auf die Mitteilung unverzüglich reagiert (vgl. [http://bundesaeztekammer.de/downloads/STN\\_EU\\_Organspende.pdf](http://bundesaeztekammer.de/downloads/STN_EU_Organspende.pdf)). Sie hat zunächst in einer Stellungnahme grundsätzlich die Absicht der EU-Kommission begrüßt, die Arbeit zur Förderung der Transplantationsmedizin im Rahmen verschiedener Gemeinschaftsprogramme fortzusetzen und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in diesem Bereich mit dem Ziel der Schaffung eines EU-einheitlichen Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung

zu fördern. Gleichzeitig wird angesichts der weitreichenden Regelungsansprüche die rechtliche Legitimation in Frage gestellt, da Artikel 152 Absatz 5 EG-Vertrag vorsieht, dass „die einzelstaatlichen Regelungen über die medizinische Verwendung von Organen und Blut“ von der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung unberührt lässt. Die geplanten Maßnahmen der Europäischen Kommission würden aber weit in einzelstaatliche Regelungen über die Spende oder die Verwendung von Organen zur Transplantation eingreifen. Ferner wird sich ein Organmangel aus Sicht der Bundesärztekammer nicht durch einen internationalen Organ austausch verringern. Die Bundesärztekammer schlägt daher vor, erst einmal innerhalb der EU eine für alle Patienten vergleichbare transplantationsmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Zu diesem Entwicklungsziel könnte die Europäische Kommission u.a. durch begleitende Maßnahmen zur Angleichung der transplantationsmedizinischen Versorgungsbedingungen beitragen, beispielsweise durch Förderung der Entwicklung einer leistungsfähigen Transplantationsmedizin insbesondere in den Mitgliedstaaten ohne etablierte Organtransplantation.

Neben der Stellungnahme hat die Bundesärztekammer zu dem Thema Ende Oktober 2007 eine Abendveranstaltung im Rahmen des Besuchs der EU-AG der Gesundheitsministerkonferenz in Brüssel durchgeführt. Teilnehmer waren neben den Mitgliedern der EU-AG auch die Referenten des Arbeitskreises Gesundheit der Landesvertretungen sowie die beiden zuständigen Vertreter für diesen Bereich in der Europäischen Kommission. In dieser Veranstaltung ist es gelungen, den Kommissionsvertretern die geschlossene Haltung der deutschen Ärzteschaft sowie der Ländervertreter zu übermitteln. Diese waren gezwungen sich mit den Argumenten auseinander zu setzen und Stellung zu beziehen.

Schließlich fanden Gespräche mit den zuständigen Abgeordneten des Europäischen Parlaments aus dem Gesundheitsausschuss statt, um auch diese über die Auffassung der Bundesärztekammer zu der Mitteilung der Europäischen Kommission zu informieren.

Damit ist es gelungen, den Entscheidungsträgern von Ministerrat, Europäischer Kommission und Europäischem Parlament frühzeitig die Positionen der Bundesärztekammer zu übermitteln.

### **Gesundheitsstrategie**

Um die Gesundheit der EU-Bürger langfristig zu verbessern, hat die Europäische Kommission im Oktober 2007 das Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit“ vorgelegt.

Darin legt sie gesundheitspolitische Strategien fest, die für die Gemeinschaftsmaßnahmen im Gesundheitsbereich richtungweisend sein sollen. Ziel dieser Strategie ist es, in allen Mitgliedstaaten eine flächendeckende, für alle zugängliche qualitativ hochwertige Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität zu erreichen. Gestützt auf die besten wissenschaftlichen Erkenntnisse, die die Kommission aus den einzelnen Ländern zusammenziehen will, sollen die gesundheitlichen Benachteiligungen zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten verringert werden. Die Kommission stellt heraus, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung bei guter Gesundheit ein Schlüs-

selfaktor für das Wirtschaftswachstum sei. Deshalb will sie mit ihrer Strategie die hohe Zahl der krankheitsbedingt arbeitsunfähigen Menschen in den Mitgliedstaaten senken. Die Ausgaben im Gesundheitswesen sollen darüber hinaus durch Investitionen in die Prävention, den Schutz und die Verbesserung der allgemeinen körperlichen und seelischen Gesundheit der Bevölkerung flankiert werden. Eine verstärkte Zusammenarbeit sei auch wegen des veränderten Altersaufbaus der EU-Bevölkerung notwendig. Die Folge des demografischen Wandels sei eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl der Beschäftigten. Die Ausgaben im Gesundheitswesen könnten dadurch bis zum Jahr 2050 um ein bis zwei Prozent des Bruttoinlandsproduktes ansteigen. Dieser Anstieg könne jedoch halbiert werden, wenn die Menschen bei höherer Lebenserwartung länger gesund bleiben. Um dieses Ziel zu erreichen, müssten während der gesamten Lebensspanne Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen unterstützt werden. Darüber hinaus müsse die Weiterentwicklung der geriatrischen Medizin aktiv gefördert und Krankheiten wie Alzheimer besser untersucht werden, fordert die Kommission.

In ihrem Weißbuch kündigt die Kommission an, neue Mechanismen der strukturierten Zusammenarbeit auf EG-Ebene vorzuschlagen, die die Koordinierung zwischen den Mitgliedstaaten fördern sollen. Ziel dieser Neuerungen ist es, Prioritäten zu nennen, Leitlinien und Empfehlungen zu erarbeiten und den Austausch bewährter Verfahren zu fördern.

### **Gesundheitsprogramm 2008 – 2013**

Das Europäische Parlament, die Kommission und der Rat Wirtschaft und Finanzen haben das 2. Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008 – 2013) auf den Weg gebracht. Für die Durchführung des Programms steht ein Finanzbudget von 321,5 Mio. Euro zur Verfügung. Mit dem Aktionsprogramm werden drei Ziele verfolgt: besserer Gesundheitsschutz der Bürger, Gesundheitsförderung sowie die Schaffung und Verbreitung von Informationen und Wissen zu Gesundheitsfragen.

Das Ziel eines besseren Gesundheitsschutzes soll durch Maßnahmen unter anderem im Bereich von Prävention, der Erarbeitung von Risikomanagementverfahren bei Gesundheitsnotfällen, Hilfe bei der Verbesserung der Sicherheit von Organen, Substanzen menschlichen Ursprungs, Blut und Blutderivaten sowie die Förderung von Patientensicherheit erreicht werden. Die Gesundheitsförderung sieht Maßnahmen zur Verringerung von Ungleichheiten vor. Im Rahmen des dritten Ziels wird der Austausch von Wissen und bewährten Verfahren gefördert, bei denen die Gemeinschaft einen echten Zusatznutzen bieten kann, wie etwa bei seltenen Krankheiten.

Das Programm tritt ein Jahr später als geplant in Kraft, da es ursprünglich mit einem Programm für den Verbraucherschutz kombiniert war. Dieses war vom EP abgelehnt worden mit der Begründung, dass die Prioritäten im Bereich der Gesundheit mit einem spezifischen Programm aufgegriffen werden müssten.

## Neuartige Therapien

Eine Einigung unter deutscher Ratspräsidentschaft wurde über die Verordnung über Arzneimittel für neuartige Therapien erzielt. Ziel der Verordnung ist es, einen einzigen europäischen Rechtsrahmen für alle neuartigen Therapien zu schaffen. Gerade für Produkte aus Gewebezüchtungen existieren derzeit keine Rechtsvorschriften auf EU-Ebene, so dass dies zu unterschiedlichen nationalen Rechtsvorschriften und Zulassungsbestimmungen führte. Die wichtigsten Aspekte der Verordnung sind:

- ein zentralisiertes Zulassungsverfahren, um von der Zusammenführung des Fachwissens auf europäischer Ebene profitieren zu können und ein direkter Zugang zum EU-Markt;
- ein neuer und multidisziplinärer Sachverständigenausschuss (Ausschuss für neuartige Therapien) innerhalb des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP), um neuartige Therapien zu bewerten und die wissenschaftlichen Entwicklungen auf diesem Gebiet zu verfolgen;
- maßgeschneiderte technische Anforderungen, die den speziellen Merkmalen dieser Produkte angepasst sind
- sowie höhere Anforderungen an Risikomanagement und Rückverfolgbarkeit.

## Weißbuch zur Ernährung

Am 30. Mai 2007 hat die Kommission ein Weißbuch mit dem Titel: „Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa“ angenommen. Sie macht darin Vorschläge, wie die EU die mit ungesunder Ernährung, Übergewicht und Adipositas zusammenhängenden Gesundheitsprobleme angehen könnte. Laut Weißbuch hat sich die Häufigkeit der Adipositas in vielen europäischen Ländern seit den 80iger Jahren verdreifacht. Besonders besorgniserregend sei die Adipositas bei Kindern. Schätzungsweise drei Millionen europäische Schulkinder seien heute adipös.

Als Handlungsmöglichkeiten schlägt die Kommission die Überarbeitung der Nährwertkennzeichnung sowie Programme zur Förderung des Obst- und Gemüseverzehrs vor. Eine Untersuchung soll darüber hinaus zeigen, inwieweit eine Änderung der Zusammensetzung von Lebensmittelprodukten zu einer besseren Ernährung beitragen könnte.

## Alkoholbekämpfungsstrategie

Die Institutionen der EU haben sich auf eine gemeinsame „Alkoholbekämpfungsstrategie“ geeinigt, um auf die alarmierenden gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Alkoholkonsums in Europa zu reagieren.

Ca. 55 Millionen Erwachsene in der EU gefährden ihre Gesundheit durch riskanten Alkoholkonsum. Schätzungsweise 195.000 Menschen in der EU sterben jährlich an den Auswirkungen überhöhten Alkoholkonsums. In der Altersgruppe der 10–25-Jährigen hängt die Sterblichkeit junger Frauen zu mehr als 10 % mit riskantem Alkoholkonsum zusammen, bei den Männern sogar bis zu 25 %. Alkoholmissbrauch ist in 16 % der Fälle Ursache für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Etwa jeder vierte Unfall lässt sich auf Alkoholkonsum zurückführen, und etwa 10.000 Menschen

sterben jedes Jahr in der EU bei alkoholbedingten Straßenverkehrsunfällen. Insgesamt rangiert der Alkohol als Ursache für vorzeitige Todesfälle auf Platz drei – hinter Bluthochdruck und Tabakkonsum. Nach einer europaweiten Erhebung der EU-Kommission aus dem Jahre 2003 resultiert daraus ein volkswirtschaftlicher Schaden in Höhe von 125 Milliarden Euro. Deshalb hat die Kommission eine Strategie zur Verringerung alkoholbedingter Schäden ausgearbeitet, mit der sie die Mitgliedstaaten unterstützen will. Die Zuständigkeit für die einzelstaatliche Alkoholpolitik liegt hauptsächlich bei den Mitgliedstaaten. Daher beabsichtigt die Kommission auch keine Gesetzgebungsakte auf europäischer Ebene, sondern setzt den Schwerpunkt auf Aufklärung und europaweite Koordination.

Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Verminderung des alkoholbedingten Schadens sollen erfasst werden, um die Verbreitung bewährter Verfahren wie z. B. die Verbesserung der Verbraucherinformationen und die bessere Durchsetzung der Altersbeschränkungen für den Alkoholverkauf und –ausschank in der gesamten EU erleichtern zu können.

Geplant sind ferner Programme zur Aufklärung junger Menschen und ihrer Eltern sowie die Einführung einer niedrigen oder Nullgrenze der Blutalkoholkonzentration für junge oder unerfahrene Fahrer sowie für Berufskraftfahrer.

Schließlich hat die Kommission im Jahre 2007 ein „Forum für Alkohol und Gesundheit“ eingerichtet, mit dem die dargelegte Strategie unterstützt werden soll; das Forum wird sich auf Themen wie Forschung, Informations- und Datenerhebung sowie Aufklärung konzentrieren.

#### **1.2.4 Ständige Konferenz Europäische Angelegenheiten**

Die Ständige Konferenz Europäische Angelegenheiten tagte unter Vorsitz von Dr. med. Klaus-Dieter Wurche im Mai 2007. Hauptthemen waren die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und die aktuelle Gesetzgebung der Europäischen Union. Einen Schwerpunkt der Beratungen bildete die Umsetzung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG in Bundes-, Landes- und Satzungsrecht, die nach Einbindung betroffener Gremien und mit Unterstützung der Arbeitsgruppe „Berufsanerkennungsrichtlinie“ Ende 2007 weitestgehend abgeschlossen ist (s. Kapitel 2.4.1, S. 78). Den anderen Schwerpunkt bildete die mit einem Konsultationsverfahren eingeleitete Initiative der Europäischen Kommission über Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen. Die Bundesärztekammer hat diesbezüglich Anfang 2007 eine Stellungnahme gegenüber der Europäischen Kommission abgegeben. Für Anfang 2008 wird ein Richtlinienvorschlag über die Schaffung eines Gemeinschaftsrahmens für Gesundheitsdienstleistungen erwartet, zu dem die Bundesärztekammer ebenfalls Stellung nehmen wird.

### 1.2.5 Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

Der „Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte“ (Comité Permanent des Médecins Européens – CPME) koordiniert und vertritt die Interessen der Ärztinnen und Ärzte der EU-Mitgliedstaaten, des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz. Die Mitgliedsorganisationen im CPME sind die repräsentativen nationalen Ärzteorganisationen. Das CPME stimmt auf vielen Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik die Auffassungen der einzelnen nationalen Ärzteschaften aufeinander ab, um somit als „Stimme der Ärzte Europas“ die Interessen der europäischen Ärzteschaft vor den europäischen Institutionen zu vertreten. Über hundert Veranstaltungen beziehungsweise Treffen und Kontakte wurden von Seiten des CPME Präsidenten, der Vizepräsidenten, der Generalsekretärin und der CPME-Mitarbeiter im Jahr 2007 wahrgenommen.

Dr. Daniel Mart aus Luxemburg führte im Jahr 2007 den Vorsitz im CPME, den er mit Beginn des Jahres 2006 für die Amtsperiode 2006/2007 übernahm. Ab 2008 wird Dr. Michael Wilks aus dem Vereinigten Königreich die Präsidentschaft für die nächsten zwei Jahre übernehmen. Das Büro des CPME in Brüssel leitet als Generalsekretärin die Juristin Frau Lisette Tiddens-Engwirda aus den Niederlanden.

Dr. Klaus-Dieter Wurche, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer ist Leiter der deutschen Delegation. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery ist Mitglied im Vorstand des CPME.

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

In der ersten Generalversammlung des Jahres 2007 wurden die Mitglieder des CPME Exekutivausschusses für die nächsten zwei Jahre unter britischer Präsidentschaft gewählt. Dem Ausschuss gehören der CPME Präsident, vier gewählte Vize Präsidenten und der Schatzmeister an. Dr. Frank Ulrich Montgomery wurde mit der größten Anzahl an Stimmen zum ersten Vizepräsidenten gewählt und wird somit Stellvertreter des Präsidenten Dr. Michael Wilks. Da jedes Land nur jeweils einen offiziellen CPME Posten mit Vertretern besetzen kann, wird Dr. Frank Ulrich Montgomery den Vorsitz im CPME Ausschuss „Systeme der gesundheitlichen Versorgung, der sozialen Sicherheit, der Gesundheitsökonomie und der pharmazeutischen Industrie“ abgeben. Diese Aufgabe wird gemäß des Beschlusses der CPME Generalversammlung im Oktober 2007 Dr. Daniel Mart aus Luxemburg übernehmen. Die Vorsitzenden der vier CPME Ausschüsse und ihre Stellvertreter im Jahr 2007 während der luxemburgischen Präsidentschaft waren Vertreter aus Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich, Portugal, Spanien, Vereinigtes Königreich und Ungarn.

Die Europäische Ärzteschaft ist zunehmend gefordert, die Vorschläge und Entwürfe der Europäischen Kommission für Richtlinien in den frühestmöglichen Stadien zu beobachten und sorgfältig zu prüfen, damit rechtzeitig die Interessen der europäischen Ärztinnen und Ärzte eingebracht werden können. Die Bundesärztekammer ist als aktives Mitglied im CPME stets bei den Beratungen sowie der Vorbereitung von Stellungnahmen engagiert. So wurde zum Beispiel bei der Diskussion um eine EU-Richtlinie zur Organtransplantation die offizielle Stellungnahme der Bundesärzte-

kammer an alle CPME Mitglieder versandt und als Vorlage für ein offizielles CPME Papier vorgestellt. Das Thema wird auch auf Vorschlag der Bundesärztekammer im CPME Ethikausschuss im März 2008 beraten. Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer und Delegierte der Bundesärztekammer im CPME sind außerdem in den vier offiziellen CPME Ausschüssen und in verschiedenen CPME Arbeitsgruppen aktiv, so zum Beispiel in der Arbeitsgruppe „Alkohol und Gesundheit“ und der Arbeitsgruppe „Prävention“. In diesen Gremien können die Interessen der deutschen Ärzteschaft sehr effektiv vom Beginn des Beratungsprozesses an eingebracht und berücksichtigt werden.

Dr. Frank Ulrich Montgomery und Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer gehörten als deutsche Vertreter einer CPME Arbeitsgruppe an, die eine CPME Stellungnahme im Rahmen des Konsultationsprozesses zur geplanten EU-Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie vorbereitet hat. Das Ergebnis der Beratungen wurde allen nationalen Ärzteorganisationen im CPME mit der Bitte um Prüfung übersandt und anschließend als CPME Stellungnahme am 31. Januar 2007 im Namen der Europäischen Ärzteschaft an die zuständigen Stellen in der Europäischen Kommission weitergeleitet. Im September 2007 wurde ein erster Entwurf der Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie von der Europäischen Kommission vorgelegt, der in den folgenden Wochen mehrmals kommissionsintern überarbeitet wurde. Anfang 2008 wird sowohl die Bundesärztekammer als auch das CPME über die bis dahin erwartete endgültige Version beraten und Stellung nehmen.

Immer mehr Mitglieder im CPME sehen sich in ihren jeweiligen Ländern mit der Gefährdung der Unabhängigkeit und Selbstverwaltung des ärztlichen Berufs durch staatliche Neuregelungen konfrontiert. Die ungarischen Kolleginnen und Kollegen haben bereits trotz massiven Widerstands und internationaler Unterstützung die Pflichtmitgliedschaft und einige andere Privilegien in der Ärztekammer aufgeben müssen (s. Kapitel 1.3.2, S. 53). In der Tschechischen Republik brachte im September 2007 eine Gruppe von 22 Mitgliedern der stärksten politischen Partei im tschechischen Parlament einen Vorschlag für eine grundlegende Änderung des Kammergesetzes ähnlich der ungarischen Neuregelung ein. Das CPME reagierte mit einer einstimmig verabschiedeten gemeinsamen Erklärung, in der die ausdrückliche Solidarität der europäischen Ärzte bekundet wurde. Die Bundesärztekammer bot in einem Schreiben von Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe an den Präsidenten der tschechischen Ärztekammer ihre aktive Hilfe und Unterstützung an. Im Dezember 2007 wurde durch Einsatz der Kolleginnen und Kollegen in der Tschechischen Republik und auf internationalen Druck hin der eingebrachte Vorschlag für die Regelungsänderung zunächst zurückgezogen. Da ähnliche Entwicklungen in Richtung einer Einschränkung der ärztlichen Selbstverwaltung in einigen anderen Ländern zu erwarten sind, ist die fortlaufende Unterstützung durch das CPME und etablierte Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung wie der Bundesärztekammer unverzichtbar und sehr geschätzt.



### 1.2.6 Zusammenarbeit in der Europäischen Union

Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer engagiert sich auf EU-Ebene neben seinen Aktivitäten im Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME) (s. Kapitel 1.2.5, S. 49f.) auch in verschiedenen anderen Gremien und Arbeitsgruppen, um die Interessen der deutschen Ärzteschaft möglichst schnell und effizient in verschiedenen internationalen Organisationen und Institutionen einbringen zu können. So ist die Bundesärztekammer zum Beispiel regelmäßig in der „Conférence Européenne des Ordres et des Organismes d'Attributions Similaires“ (CEOM) vertreten. Diese europäische Konferenz der Ärztekammern und ärztlichen Organisationen der EU-Länder, die kammerähnliche Aufgaben wahrnehmen, zielt auf die Koordinierung der Verfahren in den EU-Mitgliedstaaten ab, die im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Richtlinie über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen beziehungsweise der Diplome der Ärzte Anwendung finden. Die einzige Sitzung im Jahr 2007 fand am 30. November 2007 auf Einladung der französischen Ärztekammer „Conseil National de l'Ordre des Médecins“ statt. Beraten wurde unter anderem über die „Health Care Professional Crossing Borders“ Initiative (s. Kapitel 2.4.2, S. 78f.), die vom britischen General Medical Council (GMC) vorgestellt wurde. Als Vertreter der Bundesärztekammer nahm Dr. Parsa-Parsi außerdem die Gelegenheit wahr, die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur geplanten EU-Richtlinie zur Organtransplantation ausführlich vorzustellen (s. Kapitel 1.2.3, S. 44) und eine entsprechende Diskussion anzuregen.

Die Vertreter der ärztlichen Berufsorganisationen aus dem deutschsprachigen Raum treffen sich einmal jährlich zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch über die Entwicklungen der Sozial-, Gesundheits- und Berufspolitik in den einzelnen Ländern. Die 53. Konsultativtagung fand vom 5. bis 7. Juli 2007 auf Einladung der Bundesärztekammer in Berlin statt. Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe nahmen an den Sitzungen neben Vertretern aus Deutschland Delegierte aus Österreich, der Schweiz, Liechtenstein, Südtirol und Luxemburg teil. Die Schwerpunktthemen waren Qualitätsmanagement und Zertifizierung im deutschen Gesundheitswesen, Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich in Österreich, und Visitationen der Weiterbildungsstätten in der Schweiz. Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Cornelia Goesmann, berichtete über die Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte. Herr Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, referierte über den Einfluss des DRG-Finanzierungssystems auf das ärztliche Berufsbild. Außerdem wurde das Thema Telematik und die elektronische Gesundheitskarte im deutschen Gesundheitssystem behandelt. Während der einzelnen Länderberichte konnte über die spezifische Situation und einzelne Problempunkte der vertretenen Ärzteorganisationen beraten werden. Die ständigen Arbeitsgruppen „Gesundheit und Umwelt“ sowie „Weiterbildung und Fortbildung“ trafen sich bereits einen Tag vor dem offiziellen Beginn der Konsultativtagung.

Die Konsultativtagung bietet den Vertretern der Bundesärztekammer außerdem eine hervorragende Gelegenheit zum Austausch mit den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen in Vorbereitung auf die Sitzungen des CPME und anderer Gremien.

Gastgeber der 54. Konsultativtagung im Jahr 2008 wird Südtirol sein. Die Tagung wird voraussichtlich vom 3. bis 5. Juli 2008 in Meran stattfinden.

## 1.3 Internationale Angelegenheiten

### 1.3.1 Ausschuss Internationale Angelegenheiten (AIA)

Im Berichtszeitraum trat der Ausschuss Internationale Angelegenheiten der Bundesärztekammer zur ersten ordentlichen Sitzung in der Wahlperiode 2007/2011 am 22.11.2007 in Berlin zusammen.

Der Ausschuss befasste sich mit Projekten und Angelegenheiten, die der Auslandsdienst der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit verschiedenen internationalen Organisationen bearbeitet: Weltärztebund – WMA (s. Kapitel 1.3.3, S. 53ff.), Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte – CPME (s. Kapitel 1.2.5, S. 49f.), Europäisches Forum der Ärzteorganisationen/WHO (s. Kapitel 1.3.4, S. 55f.) und das Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärzteorganisationen – ZEVA (s. Kapitel 1.3.2, S. 52f.).

Die Mitglieder berieten außerdem über die Betreuung der internationalen Gäste während des Deutschen Ärztetages. Wie bereits während des 110. Deutschen Ärztetages 2007 in Münster sehr erfolgreich getestet, ist auch für den Ärztetag 2008 in Ulm wieder eine simultane Verdolmetschung vom Deutschen ins Englische für die ersten zwei Tage vorgesehen. Damit wird allen interessierten internationalen Gästen die Teilnahme an den Veranstaltungen des Deutschen Ärztetages ermöglicht. Während des Ärztetages 2007 in Münster nutzten die Präsidenten der American Medical Association, Dr. William Plested, und des Weltärztebundes, Dr. Nachiappan Arumugam aus Malaysia, diesen Service. Die Möglichkeit, Themen und Verfahrensweisen des Deutschen Ärztetages auch international aktiv bekannt zu machen und zu vermitteln, ist für die Deutsche Ärzteschaft von großem Vorteil und erleichtert die Arbeit in internationalen Gremien.

Der Ausschuss Internationale Angelegenheiten unterstützt die Bemühungen des Auslandsdienstes beim Aufbau der Ärzteorganisation in der Ukraine und die geplanten Aktivitäten in Serbien sowie Bosnien und Herzegowina (s. Kapitel 1.3.2, S. 53). Eine zukünftige verstärkte Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der französischen Ärztekammer wurde von den Mitgliedern des Ausschusses befürwortet und wird im Jahre 2008 mit einem geplanten bilateralen Treffen vom Auslandsdienst aktiv gefördert.

### 1.3.2 Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA)

Das Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA) bietet der Bundesärztekammer die Möglichkeit zur Kontaktpflege mit den Ärztekammern der osteuropäischen Nachbarn sowie zum Erfahrungsaustausch. Das 14. Symposium fand am 12. und 13. Oktober 2007 auf Einladung der österreichischen Ärztekammer in Salzburg statt. Neben Österreich und Deutschland nahmen Vertreter der polnischen, tschechischen, ungarischen, slowenischen, rumänischen, bulgarischen, albanischen,

kroatischen, mazedonischen und griechischen Ärzteorganisationen teil. Zum ersten Mal waren außerdem die neu gegründeten Kammern aus Serbien und Bosnien und Herzegowina vertreten.

Dr. Parsa-Parsi führte in das Thema „Aktive Sterbebegleitung und ärztlich assistierter Suizid“ sowie der damit verbundenen Patientenmigration in Europa ein. Hierbei wurde neben einer allgemeinen Einführung und der Klärung der Terminologie auch die Situation und rechtliche Lage in den Niederlanden, Belgien, den USA, der Schweiz und Deutschland vorgestellt. In einigen Ländern der ZEVA-Teilnehmer ist das Problem bereits thematisiert und wird in der Öffentlichkeit diskutiert. In der Tschechischen Republik liegt sogar ein Antrag zur baldigen Abstimmung im Parlament vor auf eine teilweise Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids. In einigen anderen Ländern ist das Thema allerdings noch gar nicht aktiv diskutiert worden und die eher ablehnende Einstellung der Bevölkerung unterstützt die ebenfalls ablehnende Haltung der Ärzteschaft. Dies ist besonders in Ländern der Fall, in denen religiöse Überzeugungen eine wichtige Rolle spielen. Grundsätzlich wurde die Thematisierung dieser Problematik während der ZEVA-Tagung von allen Vertretern sehr begrüßt, da sich alle Länder früher oder später mit der Auseinandersetzung dieses Themas konfrontiert sehen.

Dr. Klaus Dieter Wurche, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer, gab außerdem eine Präsentation zur Qualitätsverbesserung in der Weiterbildung und stellte dazu erste Ergebnisse einer Umfrage vor. Aus den Berichten der Vertreter der anderen Länder ist vor allem die Situation der ungarischen Ärztekammer erwähnenswert. Die ungarischen Kolleginnen und Kollegen sahen sich durch eine staatliche Neuregelung – trotz massiven Widerstands und internationaler Unterstützung – zur Aufgabe der Pflichtmitgliedschaft in der ungarischen Ärztekammer gezwungen. Erfreulich ist allerdings, dass trotz dieser Veränderung mehr als 80 % der Ärztinnen und Ärzte eine freiwillige Mitgliedschaft in der ungarischen Ärztekammer beibehalten haben.

Die Entwicklung der beiden neu gegründeten ärztlichen Organisationen in Serbien sowie Bosnien und Herzegowina wurde von allen Teilnehmern als sehr viel versprechend gewertet. Die Bundesärztekammer bot den Vertretern dieser beiden Länder ihre aktive Hilfe und Unterstützung beim weiteren Aufbau ihrer Strukturen an. Der besondere Einsatz des Auslandsdienstes in den Ländern Osteuropas für die Unterstützung und Förderung von stabilen und gut funktionierenden ärztlichen Selbstverwaltungen wird von den europäischen Kollegen seit Jahren sehr geschätzt. Die kontinuierlichen Bemühungen der Bundesärztekammer unterstützten das Bestreben der deutschen und europäischen Ärzteschaft, die Autonomie und Freiheit des ärztlichen Berufes sicherzustellen.

Die nächste ZEVA-Tagung 2008 wird entweder in Rumänien oder in Serbien stattfinden.

### **1.3.3 Weltärztebund (World Medical Association)**

Die deutsche Ärzteschaft ist durch die Bundesärztekammer im Weltärztebund (World Medical Association – WMA) vertreten. Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe und Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar wurden von der Bundesärztekammer als Mitglieder im Vorstand des WMA

ernannt. Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe wurde außerdem in diesem Jahr in seinem Amt als Schatzmeister bestätigt. Vom 10. bis 12. Mai 2007 fand die 176. Vorstandssitzung des Weltärztebundes auf Einladung der Bundesärztekammer in Berlin statt. Mit über 100 Teilnehmern war dies die bisher zahlenmäßig größte Vorstandssitzung. Die Mitglieder des Vorstands, alle anderen Teilnehmer sowie das WMA Generalsekretariat würdigten die Veranstaltung in Berlin als überaus erfolgreich und hervorragend organisiert.

Die WMA vertritt die Interessen der internationalen Ärzteschaft, verfasst regelmäßig Stellungnahmen zu sozialen und gesellschaftlichen Fragen im Bereich Medizin und Gesundheit und ist insbesondere aktiv involviert in die Erarbeitung eines globalen Konsenses über ärztliche Ethik. Die „Deklaration von Helsinki“ (s. Kapitel 4.1.5, S. 176f.) aus dem Jahre 1964 hat zum Beispiel in ihrer überarbeiteten Version den internationalen Maßstab für die Durchführung von klinischen Versuchen am Menschen gesetzt und somit auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mitgeprägt. Um die zeitgemäße Gültigkeit zu gewährleisten, wird die Deklaration von Helsinki derzeit nochmals gründlich überarbeitet. Vertreter der Bundesärztekammer sind in der WMA-Arbeitsgruppe, die mit dieser Aufgabe betraut wurde, vertreten. Eine internationale Konsensuskonferenz wird im März 2008 in Helsinki stattfinden. Zwei Vertreter der Bundesärztekammer werden an dieser Konferenz teilnehmen, über den ersten Neuentwurf der Arbeitsgruppe soll dann beraten werden.

Die 58. WMA-Generalversammlung fand auf Einladung der dänischen Ärzteorganisation im Oktober 2007 in Kopenhagen statt. Dr. Nachiappan Arumugam aus Malaysia präsierte die Sitzung. Ihm ist Dr. Johann Snaedal aus Island für die Amtsperiode 2007/2008 gefolgt. Zum Präsidenten für die nächste Amtsperiode 2008/2009 wurde Dr. Yoram Blachar aus Israel gewählt. Er wird sein Amt mit der nächsten Generalversammlung in Seoul, Südkorea, im Oktober 2008 einnehmen. Verabschiedet wurden während der 58. Generalversammlung insgesamt sieben Erklärungen, darunter zwei Dokumente, die von der Bundesärztekammer vorbereitet wurden: Die Erklärung des Weltärztebundes zur „Umweltbelastung durch Lärm“ und die Erklärung des Weltärztebundes zu „Menschlichem Gewebe für Transplantationen“. Vertreter der Bundesärztekammer arbeiten zurzeit außerdem in einer Arbeitsgruppe zur Erstellung einer Erklärung des WMA zur Stammzellforschung mit. Die Sammlung aller Erklärungen und Deklarationen sowie das „Handbuch der medizinischen Ethik“ stehen in original englischer Version sowie in deutscher Sprache auch elektronisch über den Internetauftritt der Bundesärztekammer zur Verfügung. Im Frühjahr 2008 wird eine aktualisierte Fassung des deutschen Handbuchs, das alle während der WMA-Generalversammlung in Kopenhagen verabschiedeten Dokumente enthält, in gebundener Form veröffentlicht.

Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer koordiniert für die WMA die Entwicklung eines Online-Trainingskurses für Ärzte zur Behandlung multi-resistenter Tuberkulose (Online MDR-TB Course for Physicians). Dieser Kurs wurde inhaltlich von der südafrikanischen Ärzteorganisation vorbereitet und von der norwegischen Ärzteorganisation in das elektronische Format übertragen. Ein erstes Pilotprojekt zum Testen des Formats und des Inhalts fand im Sommer 2007 in Südafrika statt. Seit November 2007 steht der Kurs über das Internet weltweit allen Ärztinnen und Ärzten zur Fortbildung kostenlos zur Verfügung. Die englische Originalversion soll im Jahr 2008 in wei-

tere Sprachen übersetzt werden. Bisher sind spanische, chinesische und russische Übersetzungen geplant.

Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer haben in verschiedenen anderen WMA Arbeitsgruppen Aufgaben und Funktionen übernommen. So ist die Bundesärztekammer aktiv bei der Neugestaltung des „World Medical Journals (WMJ)“ beteiligt. Im kommenden Jahr wird ein komplett neues Konzept für das WMJ des Weltärztebundes vorgestellt. Vertreter der Bundesärztekammer nahmen an den Konzept- und Strategiesitzungen teil und konnten somit die Vorstellungen und Interessen des Deutschen Ärzteverlages, dem bisherigen Herausgeber des WMJ, und der Bundesärztekammer aktiv vertreten.

Gemeinsam mit Vertretern der American Medical Association entwickelt die Bundesärztekammer eine „Anti-Tabak“ Strategie für den WMA. Ein entsprechender Vorschlag wurde in einer explizit zu diesem Thema einberufenen Sitzung im August 2007 erarbeitet und während der Generalversammlung in Kopenhagen vorgestellt. Bestandteil der Strategie sind auch einzelne Projekte, die noch vom WMA bezüglich der Finanzierung geprüft werden.

### **1.3.4 European Forum of Medical Associations and WHO (EFMA/WHO)**

Das „European Forum of Medical Associations and WHO (EFMA/WHO)“ dient als Verbindungsglied zwischen den nationalen europäischen Ärzteorganisationen und dem Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) in Kopenhagen. Dr. Parsa-Parsi, Dezernent im Auslandsdienst der Bundesärztekammer, wurde in diesem Jahr vom EFMA/WHO als Mitglied im EFMA-WHO-Liaison-Komitee bestätigt. Das Liaison-Komitee entwirft auch das Programm des jährlich stattfindenden Forums, das im Jahr 2007 am 13. und 14. April auf Einladung der portugiesischen Ärztekammer in Lissabon, Portugal veranstaltet wurde. Als eines der Programmpunkte stellte Dr. Parsa-Parsi während des Jahrestreffens in Lissabon die aktuellen Reformen im deutschen Gesundheitssystem vor und erläuterte den europäischen Kolleginnen und Kollegen den Standpunkt der Bundesärztekammer.

Die Zusammenarbeit mit Vertretern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf dieser Ebene bietet der Bundesärztekammer eine einzigartige Plattform, um über aktuelle Themen zu beraten, wichtige Kontakte zu schließen und Netzwerke aufzubauen. Der Erfahrungsaustausch mit europäischen Ärzteverbänden von Staaten außerhalb der Europäischen Union ist ein weiterer sehr wertvoller Aspekt in der Zusammenarbeit mit dem EFMA. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer konnte die über das EFMA geschlossenen Kontakte und Erfahrungen häufig in seiner Arbeit bei verschiedenen anderen Projekten auf internationaler Ebene nutzen und gezielt aktuelle und relevante Informationen an andere Dezernate in der Bundesärztekammer weiterleiten. Der besondere Wert von EFMA wird auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Kommission geschätzt. Als ein Zeichen hierfür kann die Teilnahme des Direktors des WHO-Büros Europa, Dr. Marc Danzon und des Prä-

sidenten der Europäischen Kommission, José Manuel Barroso, am Forum in Lissabon gedeutet werden.

Das EFMA-Liaison-Komitee wird Anfang 2008 das Programm des nächsten Forums, das am 10. und 11. April 2008 in Tel Aviv (Israel) stattfinden wird, vorbereiten. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer wird die Programmpunkte „Ärztlich assistierter Suizid“ (Physician Assisted Suicide) und „Tabakprävention“ (Tobacco Prevention) federführend betreuen.

### 1.3.5 Internationale Zusammenarbeit

Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer arbeitet aktiv und erfolgreich an einer guten und effektiven Zusammenarbeit mit den verschiedenen internationalen Ärztevereinigungen und Gesundheitsorganisationen

Im Berichtszeitraum wurden Delegationen aus China, den USA, Norwegen, Pakistan, Taiwan, Griechenland und den Philippinen in der Bundesärztekammer betreut. Den Delegationen wurden die Aufgaben und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vorgestellt und eine Einführung in das deutsche Gesundheitssystem gegeben. Darüber hinaus wurde die Einstellung der Bundesärztekammer zu verschiedenen aktuellen gesundheitspolitischen Themen erklärt. Auf spezifische Fragen der internationalen Gäste wurde im Einzelnen eingegangen. Im Jahr 2007 waren die deutschen Gesundheitsreformen von besonderem Interesse für die Delegierten der verschiedenen Länder. Der Auslandsdienst initiierte außerdem regelmäßige informelle Zusammenkünfte während internationaler Tagungen mit verschiedenen Delegationen. Besonders hervorzuheben sind die freundschaftlichen Beziehungen mit den amerikanischen, kanadischen und japanischen Ärzteorganisationen, die 2007 intensiviert wurden.

Der erstmalige Besuch eines amtierenden sowie des zukünftigen Präsidenten der amerikanischen Ärzteorganisation (American Medical Association – AMA) in der Bundesärztekammer stellte 2007 ein besonders erwähnenswertes Ereignis dar. Während der bilateralen Gespräche wurde neben allgemeinen Abkommen ein konkretes Projekt auf dem Gebiet der Tabakprävention beschlossen. Die AMA und die Bundesärztekammer werden für den Weltärztebund eine umfassende Tabakstrategie entwerfen und verschiedene entsprechende Einzelprojekte fördern (s. Kapitel 1.3.3, S. 55). Die intensivierte und freundschaftliche Zusammenarbeit mit der AMA bietet der Bundesärztekammer neben dem wertvollen Erfahrungsaustausch auch die Möglichkeit zu direkteren und einfacheren Absprachen während diverser internationaler Sitzungen und damit eine effektivere Einflussnahme auf internationaler Ebene im Interesse der Deutschen Ärzteschaft. Vertreter der Bundesärztekammer beteiligten sich an einer während der jährlichen AMA-Tagung im Juni 2007 in Chicago entstandenen Initiative, die sich mit der „Deprofessionalisierung“ des Arztberufes befasst. Auf Einladung von Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe nahm der amerikanische Ärztepräsident Dr. William Plested als Gast am 110. Deutschen Ärztetag in Münster teil.

Gemeinsam mit der finnischen Ärzteorganisation (Finnish Medical Association – FMA) unterstützt die Bundesärztekammer aktiv den Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in der Ukraine. Bei ersten Gesprächen im September in Kiew wurde auch mit Vertretern des ukrainischen Gesundheitsministeriums und des Gesundheitsausschusses des Parlaments über die Entwicklung der „Ukrainian Medical Association (UMA)“ beraten. Die UMA ist an einer Umgestaltung ihrer Strukturen nach dem Vorbild der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland interessiert. Das Modell der finnischen Ärzteorganisation wäre eine Alternativ- oder Übergangsmöglichkeit. Eine Delegation von vier Vertretern der UMA wird im März 2008 an einem intensiven Workshop in der Bundesärztekammer in Berlin teilnehmen. Während des Arbeitstreffens soll ein guter Einblick in alle Aufgabenbereiche und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vermittelt werden. Die Bundesärztekammer unterstützt außerdem die Aufnahme der UMA als Vollmitglied beim WMA, beim EFMA und als Beobachter beim CPME. Die Übersetzung des WMA-Handbuches aus dem englischen Original in die ukrainische Sprache wird ebenfalls unterstützt und anteilig finanziert.

## 1.4 Beauftragter für Menschenrechte

### 1.4.1 Mitwirkung von Ärzten bei der Rückführung von Ausländern

Die Mitwirkung von Ärzten bei der Rückführung von Ausländern führt immer wieder zu Konflikten zwischen Ärzten und den zuständigen Behörden. Die Probleme kulminierten in dem Verlangen der Länder bzw. einiger Länderbehörden, abzuschiebende Personen lediglich auf den Umstand der Flugtauglichkeit zu untersuchen, wodurch sich Ärzte als Gehilfen einer Abschiebung sahen, die die Patienten unter Umständen in eine aus ärztlicher Sicht unverantwortliche Situation brachten. Solche Konflikte entstanden beispielsweise dann, wenn eine Behandlung am Zielort der Rückführung für den Patienten nicht möglich war oder gar diese Rückführung selber bei psychisch traumatisierten Patienten zu einer Retraumatisierung führen könnte.

Nach einer Einigung zwischen dem damaligen Vorsitzenden der Innenministerkonferenz, Trautvetter, sowie dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe, wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit der Zielsetzung gegründet, festzustellen, ob ein Verfahren der ärztlichen Begutachtung von rückzuführenden Ausländern gefunden werden kann, welches sowohl den gesetzlichen Anforderungen als auch den Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht gerecht würde. Als Ausgangspunkt für die Beratung der gemeinsamen Arbeitsgruppe diente ein bereits bestehender Erlass des Innenministeriums Nordrhein-Westfalen.

Das Bemühen der ärztlichen Vertreter als Teilnehmer der gemeinsamen Arbeitsgruppe Länderministerien/Ärztekammern war es, Verständnis dafür zu wecken, dass Ärzte die Pflicht haben, darauf hinzuweisen, dass eine Abschiebung bzw. Rückführung zu einer Gefahr für Leib und Leben der zu begutachtenden Personen führen kann, unabhängig davon, ob diese im engeren Sinne flugtauglich sind.



Die von der Arbeitsgruppe überarbeitete Handreichung des Innenministeriums Nordrhein-Westfalen wird sowohl den Bestimmungen des Ausländerrechts als auch dem ärztlichen Verlangen gerecht, stets im Sinne des Patienten sorgfältig handeln zu können. Das Papier stellt fest, dass es zu verschiedenen Zeiten des Verfahrens verschiedene Fragestellungen an medizinische Gutachter gibt, erlaubt aber auf der anderen Seite dem Arzt zu jedem Zeitpunkt, auch auf noch nicht entdeckte bzw. noch nicht ausreichend abgeklärte Gesundheitsprobleme hinzuweisen und damit das Verfahren der Prüfung der zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse erneut anzustoßen

Die Arbeitsgruppe hatte sich darauf verständigt, dass die Handreichung sowohl der Innenministerkonferenz der Länder als auch dem Vorstand der Bundesärztekammer mit dem Ziel der zustimmenden Kenntnisnahme vorgelegt wurde. Während der Vorstand der Bundesärztekammer den Entwurf zustimmend zur Kenntnis genommen hat, hat sich die Konferenz der Innenminister auf keine einstimmige Äußerung einigen können.

Mit Wirkung vom 16.12.2004 wurde der Informations- und Kriterienkatalog per Erlass durch das Innenministerium Nordrhein-Westfalens umgesetzt. Auf Ebene der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder – kurz Innenministerkonferenz (IMK) – wurde vereinbart, die Erfahrungen NRWs mit dem Informations- und Kriterienkatalog nach Ablauf eines Jahres auszuwerten, um dann über eine Empfehlung hinsichtlich einer bundesweiten Umsetzung des Kataloges zu beraten.

Die Evaluation der Erfahrungen in NRW dauert an.

Seitens der Bundesärztekammer wurde ein Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“ erarbeitet und den Landesärztekammern als Grundlage für Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung gestellt. Mehrere Landesärztekammern haben inzwischen eine Reihe solcher Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Zielsetzung hierbei ist es, zum einen Ärztinnen und Ärzte auf die speziellen Anforderungen der Begutachtung zu qualifizieren. Darüber hinaus sollen so den zuständigen Ausländerbehörden Listen qualifizierter Gutachter zu Verfügung gestellt werden, um die Qualität der Gutachten zu steigern.

#### **1.4.2 Verbesserung der medizinischen Situation von Ausländern ohne Aufenthaltsstatus**

Im Juni 2006 wurde die Bundesärztekammer um Stellungnahme zu zwei Gesetzentwürfen, die den Bereich der Menschenrechte betreffen, gebeten:

Es handelte sich hierbei zum einen um den seitens der Fraktion BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegten „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der sozialen Situation von Ausländerinnen und Ausländern, die ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben“ und zum anderen um einen Antrag der Fraktion DIE LINKE „Für eine unbeschränkte Geltung der Menschenrechte in Deutschland“. Als Sachverständige stellte

die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, in Vertretung von Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe, die Position der Ärzteschaft im Rahmen der Anhörung dar.

Sie machte hierbei deutlich, dass die bestehende Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG (und § 11 AsylbLG) für öffentliche Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter) an die Ausländerbehörde im ärztlichen Behandlungsfall aufgehoben werden sollte. Mit einer solchen Änderung wäre sichergestellt, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus Ärzte und Krankenhäuser rechtzeitig aufsuchen und Anträge zur Kostenübernahme bei den zuständigen Behörden gestellt werden. Weiterhin besteht die Bundesärztekammer darauf, dass die medizinische Hilfe durch Ärzte und medizinisches Personal nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zur illegalen Einreise und zum illegalen Aufenthalt im Sinne des § 96 AufenthG fallen darf. Mit dieser Änderung würde Rechtssicherheit für Ärzte und medizinisches Personal geschaffen, die Menschen ohne Aufenthaltsstatus behandeln. Das parlamentarische Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Im laufenden Gesetzgebungsverfahren wurden diese Forderungen der Ärzteschaft nicht berücksichtigt. Bundesinnenminister Schäuble jedoch hat in seinem Brief vom 10. August 2007 an den Präsidenten der Bundesärztekammer Folgendes erklärt:

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

Diese Klarstellung ist zu begrüßen, auch wenn sie nicht zu einer entsprechenden Korrektur gesetzlicher Vorschriften geführt hat.

### 1.4.3 Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern

Am 6. Dezember 2007 kamen die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern zu ihrem jährlichen Treffen zusammen. Schwerpunkt dieser Sitzung stellte die Diskussion der Situation pflegebedürftiger Menschen unter menschenrechtsrelevanten Gesichtspunkten dar. Grundlage der Diskussion bot die Studie des Deutschen Instituts für Menschenrechte „Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege“.

