

1. Gesundheits- und Sozialpolitik im Diskurs

Die Menschen in unserem Land vertrauen ihren Ärztinnen und Ärzten. Nach einer jahrzehntelang verfehlten Gesundheitspolitik können sie dieses Vertrauen aber nicht mehr der Politik entgegenbringen. Im Kern lassen sich so die Ergebnisse einer Befragung von Patienten und Ärzten durch die Bundesärztekammer zusammenfassen, die im vergangenen November der Öffentlichkeit vorgestellt wurden. Man muss konstatieren, dass auch die schwarz-gelbe Bundesregierung in den ersten Monaten nach dem Regierungswechsel das Misstrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Gesundheitspolitik nicht abbauen konnte. Denn viel zu lange waren Union und FDP im Streit über ein Prämiensystem für die Krankenkassen mit sich selbst beschäftigt, als dass sie wichtige andere Großprojekte ihrer gesundheitspolitischen Agenda hätten bearbeiten können.

Schließlich verabschiedete die Koalition mehrere Spargesetze, um die nach der Wirtschaftskrise völlig aus den fugen geratenen Krankenkassenfinanzen kurzfristig zu stabilisieren. Dazu haben vor allem die Ärztinnen und Ärzte einen wesentlichen Beitrag geleistet, der mit zum Teil schmerzhaften Einschnitten verbunden war. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler aber zeigte im Gegensatz zu seinen Vorgängern den Willen, sowohl die Finanzierung des Gesundheitswesens als auch die Versorgungsstrukturen zukunftsfest zu gestalten. So soll, nachdem ihm mit dem GKV-Finanzierungsgesetz zumindest ein Einstieg in ein neues Finanzierungssystem für die gesetzliche Krankenversicherung gelungen ist, 2011 ein umfangreiches Versorgungsgesetz zur Bekämpfung des Ärztemangels folgen.

Das ist richtig und wichtig, doch darf sich das Gesetz nicht allein in der Reform der Bedarfsplanung erschöpfen. Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung und zur Förderung von Medizinstudierenden sind ebenso notwendig wie Anreize und Hilfen zur Förderung von Niederlassungsmöglichkeiten in unterversorgten Gebieten. Längst überfällig ist zudem eine Klarstellung des Gesetzgebers, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) vorrangig in die Hände von Ärzten und nur nachrangig auch von Krankenhäusern gehören. Medizinische Versorgungszentren dürfen keine Spekulationsobjekte von Kapitalfirmen und ausschließlich gewinnorientierten Investoren sein. Erste Vorüberlegungen der Koalition für das Versorgungsgesetz lassen hoffen, dass die Regierung entsprechende Forderungen aus der Ärzteschaft in ihren Beratungen mit berücksichtigt.

Das Gesetz muss nun den Durchbruch bringen, damit wir in Deutschland auch in Zukunft noch eine gute Patientenversorgung erhalten können – und zwar nicht mehr zu Lasten der Ärzte. Die Koalition steht hierfür schon allein deshalb in der Pflicht, weil sie für 2011 auch ein eigenständiges Patientenrechtegesetz angekündigt hat. Unstrittig ist, dass Patienten das Recht auf eine qualifizierte medizinische Behandlung haben. Das ist durch die ärztliche Berufsordnung und die Rechtsprechung in Deutschland eindeutig definiert. Bei der Debatte um Patientenrechte kann es aber nicht allein um sogenannte individuelle Patientenrechte gehen, die im Behandlungsvertrag definiert sowie durch Richterrecht und ärztliches Berufsrecht gesichert sind. Diskutiert werden müssen auch die kollektiven Rechte der Patienten in gesundheitsrechtlichen und gesundheitspolitischen Fragen. Denn Patientenrechte müssen vor allem eine öffentliche Schutzfunktion entfalten. Aus diesem Verständnis heraus begründet sich auch der Anspruch auf Teilhabe an einer angemessenen medizinischen Versorgung. Das Patientenrechtegesetz be-

dingt deshalb ein umfassendes Versorgungsgesetz, das für alle Bürgerinnen und Bürger einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf medizinisch angemessenem Niveau sichert.

Bei aller Dringlichkeit dieser Fragen müssen die Konzepte zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen mit der gebotenen Sorgfalt entwickelt werden. Andere Probleme dulden jedoch keinen Aufschub mehr, wie die dringend notwendige Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte, für die die Bundesärztekammer bereits ausgearbeitete Vorschläge unterbreitet hat. Das Konzept der Ärzteschaft sieht vor, die bisherige Gebührentaxe auf eine gerechte, kalkulatorisch saubere betriebswirtschaftliche Basis zu stellen, wovon Patienten, Ärzte und Privatversicherer gleichsam profitieren würden.

Nicht nur die Vorarbeit der Bundesärztekammer für die GOÄ-Novelle verdeutlicht, dass die Politik bei der Bewältigung der vor ihr liegenden Herausforderungen nicht alleine ist. In gemeinsamen Expertengruppen entwickeln Ärzteschaft und Bundesgesundheitsministerium für wichtige Zukunftsaufgaben tragfähige Konzepte, unter anderem, um die Rahmenbedingungen für die tägliche Arbeit der Ärzte zu verbessern. Die politische Umsetzung dieser Konzepte ist Sache des Gesetzgebers. Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit, diese mit Leben zu erfüllen.

1.1 Programmatische Aussagen des 113. Deutschen Ärztetages 2010 zur gesundheitspolitischen Entwicklung

Der 113. Deutsche Ärztetag hat vom 11. bis 14. Mai 2010 in Dresden getagt. Die Delegierten begrüßten die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigte neue Dialogkultur für das Gesundheitswesen und den seitdem stattfindenden kontinuierlichen Austausch zwischen Politik und Ärzteschaft. Positiv bewertete das Ärzteparlament die von der neuen Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung angekündigte Ausrichtung auf eine individuelle, an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Gesundheitsversorgung, auf die Stärkung des freien Arztberufs und des Selbstverwaltungsprinzips sowie auf die Erhaltung eines pluralistisch geprägten, solidarisch finanzierten, gegliederten Krankenversicherungssystems.

Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Aussprache des Ärzteparlaments stand die Frage, wie in einer älter werdenden Gesellschaft mit steigendem Versorgungs- und Finanzierungsbedarf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung noch auf Dauer sichergestellt werden kann. Im Leitantrag des 113. Deutschen Ärztetages wurden Lösungswege zu dringendsten Aufgaben für die verbleibende Legislaturperiode aufgezeigt, die sich insbesondere auf folgende Bereiche beziehen:

- Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen,
- Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit,
- Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung,
- Stärkung der Patientensouveränität und Eigenverantwortung der Versicherten und
- demografiefeste Sanierung der GKV-Finanzierung.

Vor dem Hintergrund der seit Jahren zu verzeichnenden Abwanderung junger Medizinabsolventen in andere Berufsfelder muss nach Ansicht des Ärztetages die Attraktivität

des Arztberufes gesteigert werden. Entsprechende Weichenstellungen müssen bereits bei der Organisation des Medizinstudiums vorgenommen werden. So sollten Studierende frühzeitig mit Patienten arbeiten und verstärkt in Kommunikations- und Teamfähigkeit geschult werden. Der Ärztetag stellte zudem klar, dass der wissenschaftliche Anspruch an das Medizinstudium und die gestiegenen Anforderungen an ein komplexes Krankheitsverständnis und multimodale Therapiekonzepte mit einer eventuellen Umstellung auf eine Bachelor-Master-Struktur nicht vereinbar sind.

Weiterhin sprach sich der 113. Deutsche Ärztetag für eine sektorenübergreifende und populationsbezogene Neuausrichtung der Bedarfsplanung aus. Konkret befürworteten die Delegierten zur besseren Koordination der Versorgungsplanung die Gründung von Regionalverbänden, bestehend aus Vertretern der Landesärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesministerien und der Landeskrankenhausgesellschaften, unter Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Patientenvertreter. Das Ärzteparlament griff damit im Grundsatz einen Vorschlag auf, den zuvor die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterbreitet hatte.

Das Ärzteparlament kritisierte die gesetzlichen Regelungen für die ambulante Behandlung an Krankenhäusern, die dazu führen könnten, dass Kliniken breit und undifferenziert ambulante Leistungen anbieten. Deshalb sollten die Planungsbehörden der Länder – in Zusammenarbeit mit der ärztlichen Selbstverwaltung – die bestehende Versorgungssituation analysieren. Die Öffnung eines Krankenhauses nach § 116b SGB V dürfte nach Meinung der Delegierten nur dann möglich sein, wenn die Ermächtigung eines geeigneten Krankenhausarztes ausgeschlossen ist. Sollte es zu einer Öffnung kommen, muss die Klinik regelmäßig die benötigten Facharztqualifikationen nachweisen. Der Katalog erbringbarer Leistungen nach § 116b muss zudem im Einvernehmen mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt und regelmäßig überprüft werden.

Darüber hinaus begrüßte der Deutsche Ärztetag, dass laut Koalitionsvertrag die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) künftig Ärzten zustehen sollen. Auch forderten die Delegierten, dass diese Ärzte im Medizinischen Versorgungszentrum auch beruflich tätig sind.

Korrekturen sind nach Ansicht des Ärzteparlaments auch im vertragsärztlichen Vergütungssystem nötig, um den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten endlich einen Ausstieg aus dem Hamsterrad der Fließbandmedizin zu ermöglichen. Für den privatärztlichen Bereich forderten die Ärztetagsdelegierten, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu überarbeiten. Die Bundesärztekammer hat dazu einen Vorschlag für eine Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums und dessen Bewertung entwickelt (vgl. Kapitel 9.3).

Darauf aufbauend diskutierte der Ärztetag das Thema „Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft“. Hintergrund der Beratung war u. a. das von der Bundesregierung angekündigte Patientenrechtegesetz. Der 113. Deutsche Ärztetag befürwortete zwar eine Kodifikation der Patientenrechte, hielt aber eine eigenständige neue Gesetzgebung im Kern nicht für notwendig, da bereits jetzt die Patientenrechte in Deutschland in mehreren Gesetzen, in den Berufsordnungen der Ärztinnen und Ärzte sowie in der Rechtsprechung entwickelt worden sind. Vielmehr appellierten die Delegierten des Ärztetages an den Gesetzgeber, eine finanzierungsbedingte sozialrechtliche Leistungs-

einschränkung transparent zu machen und auch zu verantworten, da bereits mit der aktuellen Gesetzeslage jeder Patient das Recht auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung hat.

Der Ärztetag konstatierte zudem, dass eine zunehmende Europäisierung der Patientenrechtefragen unverkennbar ist.

Die Ärzteschaft forderte deshalb als Grundlage jeder Diskussion über ein Patientenrechtgesetz die Beachtung folgender Eckpunkte:

- Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung.
- Der Patient hat Anspruch auf die freie Arztwahl.
- Der Patient hat Anspruch auf Transparenz.
- Der Patient hat Anspruch auf Wahrung des Patientengeheimnisses.
- Der Patient hat Anspruch auf die Solidarität der Versicherten.
- Der Patient hat Anspruch auf eine solidarische Krankenversicherung, die diesen Namen verdient.
- Der Patient hat Anspruch auf ein bürgernahes Gesundheitswesen.
- Der Patient erwartet Fürsorge und Zuwendung von den im Gesundheitswesen Tätigen.

Wie das Versorgungsgeschehen in Deutschland in Zeiten knapper finanzieller und personeller Ressourcen tatsächlich aussieht, untersucht die Bundesärztekammer seit dem Jahr 2005 im Rahmen ihres Förderprogramms Versorgungsforschung, das bis zum Jahr 2011 läuft (vgl. Kapitel 5.6). Die Delegierten haben auf dem 113. Deutschen Ärztetag einen Überblick über die bisherige Arbeit des Programms bekommen. Schon jetzt steht fest, dass die Ärzteschaft mit ihrer Förderinitiative eine wichtige Initialzündung für die Versorgungsforschung geleistet hat. So hat das Bundesforschungsministerium angekündigt, die Versorgungsforschung in Deutschland mit 54 Millionen Euro unterstützen zu wollen. Das Ärzteparlament hat sich daher dafür ausgesprochen, dass die Bundesärztekammer auch in Zukunft wissenschaftliche Arbeiten fördert, die die alltägliche medizinische Versorgung von Patienten in Krankenhäusern und Arztpraxen untersuchen.

Mit Interesse haben die Ärztetagsdelegierten die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung beraten (vgl. Kapitel 2.2.4). Laut der Umfrage sind die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland grundsätzlich mit den Möglichkeiten und Angeboten ihrer Facharzt-Weiterbildung zufrieden. Sie beklagen aber, dass hohe Arbeitsbelastung, Bürokratie und Überstunden ihren Berufsalltag prägen. Das Ärzteparlament konstatierte, dass der ökonomische Druck den Berufsalltag der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zunehmend bestimmt. Marathondienste, unbezahlte Überstunden und Arbeitsverdichtung sind bei gleichzeitigem Anwachsen nichtärztlicher organisatorischer und administrativer Tätigkeiten an der Tagesordnung. Die Delegierten befürchteten, dass die dadurch verschwendete Zeit bei den Weiterbildern und den Weiterzubildenden weder für die Patientenversorgung noch für die Weiterbildung zur Verfügung stehen.

Der 113. Deutsche Ärztetag hat seine Ablehnung der Pläne für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der derzeitigen Form bekräftigt und stattdessen gefordert, den Datenaustausch zum Nutzen der Patienten zu verbessern. Die Delegierten stellten klar, dass elektronische Patientenakten in die Hand des Hausarztes, des Patien-

ten und gegebenenfalls des behandelnden Arztes in Klinik und Praxis gehören und vor dem Zugriff der Kostenträger geschützt werden müssen. Auch wird die Speicherung auf einem Zentralserver abgelehnt. Außerdem wendete sich das Parlament der Ärzte entschieden gegen die Verwandlung der Arztpraxen in Außenstellen der Krankenkassen durch Verlagerung des Versichertendatenmanagements in die Praxen. Zugleich forderte der Deutsche Ärztetag für zukünftige Telemedizinprojekte eine bundeseinheitliche, diskriminierungsfreie Telematikinfrastruktur als technische und datenschutzrechtliche Grundlage.

Beim künftigen bundeseinheitlichen Verfahren der vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser hat der 113. Deutsche Ärztetag erhebliche Schwächen moniert. Diese Aufgabe wurde im Jahr 2010 vom AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH übernommen. Die Delegierten kritisierten an dem Methodenpapier des Instituts u. a., dass kein erkennbares Gesamtkonzept zum Kernauftrag der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung vorliegt. Angesichts der Startschwierigkeiten mahnten die Delegierten das Bundesgesundheitsministerium, die weitere Entwicklung sorgfältig zu beobachten. Um eine bessere Nutzung mit den auf Landesebene geschaffenen Strukturen für die Qualitätssicherung und eine bessere Harmonisierung zwischen Bundes- und Landesebene herbeizuführen, forderte der Ärztetag zudem ein Stimmrecht der Bundesärztekammer im Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. In einem Forderungskatalog zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung beanstandete der Ärztetag zudem die Überregulierung der Qualitätssicherung. Die Vorschriften sollten sich stattdessen auf Formulierungen übergeordneter Qualitätsziele und Rahmenbedingungen für ein „lernendes System“ konzentrieren.

Daneben beriet der 113. Deutsche Ärztetag die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Die Delegierten kritisierten nach wie vor die Zugangsbarrieren für diese Personen. Begrüßt wurde ausdrücklich, dass die Bundesregierung die vor 18 Jahren abgegebene Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention zurückgenommen hat, sodass minderjährige Asylbewerber und auch Kinder von Eltern ohne legalen Aufenthaltsstatus jetzt die gleichen Rechte wie deutsche Kinder und Jugendliche genießen.

Die Delegierten des 113. Deutschen Ärztetags haben die konsequente Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland gefordert. Sie befürworteten daher das Vorhaben der Bundesregierung, einen Aktionsplan zu erarbeiten und sich mit den am Umsetzungsprozess beteiligten Organisationen und Institutionen austauschen zu wollen. Dieser sollte sich an den hervorgehobenen Bereichen der Stellungnahme zur UN-Konvention der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer orientieren. Die Delegierten begrüßten die Erarbeitung eines Positionspapiers „Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung“.

Die Beschlüsse des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden können unter www.bundesaeztekammer.de oder im veröffentlichten Wortprotokoll vertieft werden. Die Konsequenzen aus den an den Vorstand überwiesenen Anträgen des Ärztetags sind im Kapitel 13.2 aufgeführt.

1.2 Zusammenarbeit mit der Politik auf nationaler Ebene

1.2.1 Interessenvertretung gegenüber der Politik

Als Vertretung der Ärzteschaft in Deutschland ist es für die Bundesärztekammer unerlässlich, am Regierungssitz mit einer eigenen Interessenvertretung präsent zu sein. Denn mit fast allen Fachbereichen des Gesundheitsministeriums, aber auch mit anderen Ressorts – beispielsweise Bildung und Forschung, Inneres, Wirtschaft oder Justiz – ist die Bundesärztekammer regelmäßig in Kontakt. Von einer Vielzahl parlamentarischer Entscheidungsprozesse ist die Bundesärztekammer direkt oder indirekt betroffen. Ein kontinuierlicher fachlicher Austausch mit Regierung, Parlament und der Ministerialebene ist daher unabdingbar. Angesichts der Komplexität der politischen Inhalte ist die Politik im Bund darauf angewiesen, zur Meinungsbildung externen Sachverständigen von fachlicher Seite einzuholen und sich mit Verbänden und Organisationen aus dem Gesundheitswesen über Problemlösungen auszutauschen. Dennoch hängt insbesondere der Gesundheitspolitik der Ruf an, von sogenannten Lobbyinteressen und damit Partikularinteressen stark dominiert zu sein. Deutschland wird zum Teil sogar als „der Verbändestaat“ titulierte. Lobbying und die Beeinflussung der Entscheidungsträger durch Lobbyisten und Verbände werden teilweise als Macht- oder Bedeutungseinbuße der Parlamente bis hin zur „Entparlamentarisierung“ angesehen. Diese Abwertung der Interessenvertretung durch gesundheitspolitische Verbände und Institutionen soll häufig nur verschleiern, dass der Sachverständigen der Beteiligten und Betroffenen machtpolitischen Erwägungen entgegensteht. Die Politik wäre ohne den regelmäßigen Dialog mit externen Experten nur sehr eingeschränkt in der Lage, sachgerechte Entscheidungen zu treffen. Daher trägt die Interessenvertretung zum einem zur demokratischen Willensbildung bei und zum anderen gleicht sie Informationsdefizite der Politik aus.

Umso größer ist die Verantwortung auch der Bundesärztekammer, gegenüber den Entscheidungsträgern und der Ministerialbürokratie zu vermitteln, dass sie in ihrer Interessenwahrnehmung von dem Bestreben geleitet wird, die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten und bessere Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu erreichen. Hier ist eine verlässliche, seriöse und glaubwürdige Interessenvertretung gefordert, die auf einen kontinuierlichen und vertrauensvollen Informationsaustausch mit den Entscheidungsträgern der Regierung und den Fraktionen des Deutschen Bundestages, des Bundesrates sowie der Ministerialbürokratie der Ministerien und des Kanzleramtes setzt. Regelmäßige Kommunikation auf allen Ebenen der politischen Entscheidungsprozesse, ein stetiges Monitoring der politischen Abläufe von Regierung und Parlament sowie Informationsgewinnung und -auswertung sind Grundlagen dieser Tätigkeit.

1.2.2 Gesetzgebung im Jahr 2010

Die Gesetzgebung des Gesundheitsressorts war im ersten Jahr der christlich-liberalen Koalition von den unterschiedlichsten Reformen geprägt. So wurden u. a. das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG), das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄG) verabschiedet.

Schon zu Zeiten der Großen Koalition hatte es Pläne für ein neues Kinderschutzgesetz gegeben, die jedoch vor den anstehenden Bundestagswahlen im September 2009 mangels Einigung nicht umgesetzt werden konnten. Nun hat die christlich-liberale Koalition ein Bundeskinderschutzgesetz vorgelegt. Bei der Anhörung zum Referentenentwurf im Jahr 2011 wird die Bundesärztekammer Stellung beziehen.

Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

Der Bundestag hatte Mitte November 2010 dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zugestimmt. Mit einem geänderten Zulassungsverfahren und einer neuen Preisgestaltung bei Arzneimitteln im AMNOG soll die gesetzliche Krankenversicherung künftig rund zwei Milliarden Euro einsparen. Die Bundesärztekammer hatte zu dem Gesetzesentwurf schriftlich sowie mündlich Stellung genommen. Der Gesetzgeber hatte die geäußerte Kritik der Bundesärztekammer am Sonderstatus der Arzneimittel für seltene Erkrankungen ernst genommen und noch einmal nachgebessert. Die sogenannten Orphan Drugs sollten nach Ansicht der Regierungskoalition ursprünglich von einer Nutzenbewertung ausgenommen werden, da es für sie keine Alternative gebe und ihr Zusatznutzen bereits durch die Zulassung belegt worden sei. Dies wurde seitens der Bundesärztekammer als unzutreffend bemängelt. Nach einer Änderung der entsprechenden Passage ist nunmehr niedergelegt: dass für Orphan Drugs, die mehr als 50 Millionen Euro Umsatz im Kalenderjahr erzielen, wieder eine frühe Nutzenbewertung durchgeführt werden muss. Zudem wurden die Kompetenzen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ausgeweitet. Nunmehr kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) „im Benehmen“ mit der Arzneimittelkommission und den Bundesoberbehörden ergänzende Studien von Pharmaherstellern zur Bewertung der Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels einfordern.

In einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Rösler hat die Bundesärztekammer zudem auf Gefahren hingewiesen, die die in dem Entwurf für das AMNOG vorgesehene Beteiligung von pharmazeutischen Unternehmen und Medizinprodukteherstellern an Verträgen der integrierten Versorgung mit sich bringen könnten. Die Bundesärztekammer hatte eine Streichung dieser Regelung gefordert. Im Zuge eines Änderungsantrages wurde, zumindest was die medizinischen Versorgungszentren angeht, nachgebessert. So wurde § 140b Abs. 1 SGB V durch einen weiteren Satz ergänzt. In einem Antwortschreiben an die Bundesärztekammer betonte Rösler, die Einbeziehung von pharmazeutischen Unternehmen und Herstellern von Medizinprodukten bedeute nicht, dass diese zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums nach § 95 Abs. 1 SGB V berechtigt seien. So heißt es in § 140b Abs. 1 Satz 2 SGB V: „Für pharmazeutische Unternehmen und Hersteller von Medizinprodukten nach den Nummern 8 und 9 gilt § 95 Absatz 2 Satz 6 zweiter Teilsatz nicht“.

GKV-Finanzierungsgesetz

Nach monatelangem Streit hat der Bundestag ebenfalls Mitte November 2010 das GKV-FinG verabschiedet. Mit der Verabschiedung des Gesetzes steigen die Beitragssätze für die GKV im Jahr 2011 von 14,9 auf 15,5 Prozent. Davon entfallen 8,2 Prozent auf die Arbeitnehmer, die Arbeitgeber tragen 7,3 Prozent, ihr Anteil wird auf diesem Stand eingefroren. Außerdem können die Krankenkassen künftig Zusatzbeiträge in unbegrenzter

Höhe erheben, die allein von den Versicherten zu zahlen sind. Für Menschen mit geringerem Einkommen soll es einen Sozialausgleich geben. Der Abstimmung vorausgegangen war eine zum Teil sehr heftige Debatte, in der die Opposition der Koalition vorwarf, sich vom Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verabschieden. Die Koalition wiederum kritisierte die Oppositionsfraktionen; sie hätten keine eigenen Konzepte vorgelegt. Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) sagte, anders als die Opposition wolle die schwarz-gelbe Koalition „aus planwirtschaftlichen Strukturen“ im Gesundheitswesen heraus. Die Bundesärztekammer hatte zu dem Gesetzesentwurf ebenfalls Stellung genommen. Sie begrüßte, dass die schwarz-gelbe Bundesregierung mit dem Gesetz und dem darin enthaltenen Einstieg in ein neues Finanzierungssystem für die gesetzliche Krankenversicherung einen ersten Schritt gegangen ist, um das deutsche Gesundheitswesen für die Zukunft stabil aufzustellen.

Hauptgutachten der Monopolkommission

In ihrem 18. Hauptgutachten sprach sich die Monopolkommission, ein Beratungsgremium der Bundesregierung, unter anderem dafür aus, verstärkt Marktmechanismen im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu implementieren. So schlägt die Kommission vor, im Sozialgesetzbuch V ein neues Leitbild für die Kassen zu verankern. Danach soll der Wettbewerb der Kassen untereinander die Regel sein. Die Bundesärztekammer führte in ihrer Stellungnahme zum Hauptgutachten aus, dass die Forderung der Monopolkommission, Kollektivverträge massiv zurückzudrängen, zu einer deutlichen Einschränkung der Wahlfreiheit führen würde. Gerade die Wahlfreiheit der Versicherten, den behandelnden Arzt oder das betreuende Krankenhaus frei wählen zu können, werde jedoch in der Bevölkerung sehr geschätzt. In ihrer Stellungnahme betonte die Bundesärztekammer, dass das Gesundheitswesen im Gegensatz zur Einschätzung der Kommission nicht mit einem „klassischen Markt“ gleichgesetzt werden könne, wie er beispielsweise für den Bereich Telekommunikation oder Energiewirtschaft postuliert werde. Die Versicherten und Patienten befänden sich im Vergleich zu klassischen Märkten in einer deutlich anderen Ausgangsposition. Diese sei nicht mit der Konsumentenrolle in anderen Wirtschaftsbeziehungen vergleichbar. Auch die Stellungnahme der Bundesregierung zum Hauptgutachten folgte nicht der von der Monopolkommission ausgesprochenen Forderung im Bereich Gesundheit, mehr Wettbewerbselemente zu implementieren. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass es auch künftig ein geregeltes Miteinander der kollektivvertraglichen und der über Selektivverträge gesicherten Versorgung geben muss.

GMK-Beschluss sieht Stärkung der Länder bei Bedarfsplanung vor

Die Gesundheitsminister der Länder hatten sich Ende Oktober 2010 auf einer Sondersitzung in Berlin für eine Neuordnung der Bedarfsplanung ausgesprochen. Ein einstimmig gefasster Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) sieht eine Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung vor. Im Kern sollen die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien durch ein sektorenübergreifendes Gremium ersetzt werden. Nach dem GMK-Beschluss können die Länder zum Zweck der sektorenübergreifenden Planung der gesundheitlichen Versorgung einen gemeinsamen Landesausschuss bilden. „In ihm sind mindestens vertreten die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände

der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, die Landeskrankenhausesellschaft und das Land. Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt“, heißt es in dem GMK-Beschluss. Ziel ist es, die Bedarfsplanung für die medizinische Versorgung kleinräumig und sektorenübergreifend zu gestalten. Dabei sollen auch die Demografie- und die Morbiditätsentwicklung berücksichtigt werden. Damit soll sich die Bedarfslage am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren.

Im Vorfeld der Sonder-GMK hatte Bundesgesundheitsminister Rösler die Einsetzung einer Expertenkommission zur Bekämpfung des Ärztemangels angekündigt. Der Gesundheitsminister sagte, mit dieser Kommission sollten alle Beteiligten „an Bord geholt werden“, darunter die Länder, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer. Der Beschluss der GMK sowie die Ergebnisse der Expertenkommission sollen in die Beratungen für ein sogenanntes Versorgungsgesetz einfließen. Rösler kündigte an, einen entsprechenden Entwurf bereits im ersten Halbjahr 2011 vorlegen zu wollen. In einem Schreiben an die Mitglieder der Gesundheitsministerkonferenz warb die Bundesärztekammer mit Nachdruck dafür, die Landesärztekammern als stimmberechtigtes Mitglied in die durch die Änderung des SGB V geplanten neu zu schaffenden sektorenübergreifenden Gremien auf Landesebene einzubinden. Bereits in der von der Amtschefkonferenz der GMK durchgeführten Anhörung zum Thema „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung“ hatte die Bundesärztekammer Gelegenheit, ihre Vorstellung zu dieser Thematik darzustellen. Nunmehr legte der Vorsitzende der AG Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion, Jens Spahn (CDU), 14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland vor. Auf der jeweiligen KV-Ebene soll ein regionaler sektorenübergreifender Versorgungsausschuss zur ärztlichen Versorgungsplanung eingerichtet werden. Diesem sollen jeweils Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesärztekammern, der Landeskrankenhausesellschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und des für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Landesministeriums angehören. Inwieweit die Vorschläge in das Versorgungsgesetz miteinfließen, bleibt abzuwarten.

GKV-Änderungsgesetz

Mitte Juni beschloss der Bundestag den Gesetzesentwurf zum GKV-ÄG. Die Bundesärztekammer hat schriftlich sowie mündlich hierzu Stellung genommen. Zentraler Punkt des Gesetzes, das darüber hinaus eine Vielzahl von Neuregelungen etwa für den Datenschutz im Gesundheitsbereich umfasst, ist die Anhebung des Herstellerrabatts für neue Arzneimittel. Die Pharmabranche ist nunmehr dazu verpflichtet, den gesetzlichen Krankenkassen einen Zwangsrabatt in Höhe von 16 Prozent einzuräumen. Damit sollen die Kassen 1,15 Milliarden Euro einsparen können. Darüber hinaus beinhaltet das GKV-ÄG Anpassungen und Klarstellungen hinsichtlich der Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes, der Insolvenzsicherung von Wertguthaben für Altersteilzeit der Krankenkassenbeschäftigten, der Aufteilung der Kosten der Prüfdienste sowie der nach dem Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz geschaffenen Möglichkeit der Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung. Außerdem wurden einige Straf- und Bußgeldvorschriften konkretisiert und berufszulassungsrechtliche Regelungen der Apotheker, Ärzte, Zahnärzte, Berufe in der Krankenpflege sowie Hebammen europarechtskonform ausgestaltet. Letzteres betraf die Umsetzung der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

(2005/36/EG). In ihrer Stellungnahme begrüßte die Bundesärztekammer die Klarstellung im Gesetz, dass ein Finanzierungsanspruch zur Verbesserung der Personalbesetzung seitens der Kostenträger nicht mehr bestritten werden kann, wenn trotz niedrigerer tatsächlicher Personalbesetzung für den Stichtag eine Vereinbarung zur vollständigen Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung getroffen wurde. Die Bundesärztekammer wies jedoch darauf hin, dass weitergehender Änderungsbedarf im Hinblick auf § 17d KHG bestehe. Insbesondere sei eine Fristverlängerung für die vorgesehene Vereinbarung der ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen erforderlich. Eine Änderung erfolgte jedoch nicht. Zwischenzeitlich wurde die Bundesärztekammer vom Bundesministerium für Gesundheit gebeten, ihre Vorstellungen zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG aufzuzeigen. In ihrer Stellungnahme betonte die Bundesärztekammer zudem, dass sie zwar im Grundsatz den Ausschluss der Möglichkeit der Erteilung einer Erlaubnis für EU-, EWR- und Vertragsstaat-Antragsteller begrüße, sie wies jedoch darauf hin, dass die Erteilung einer Erlaubnis zwecks Überbrückung der Verfahrensdauer für die Erteilung einer Approbation im Interesse der Antragsteller sein dürfte.

Gespräche mit der Politik und Anhörungen im Bundestag

Das Jahr 2010 bot der Ärzteschaft eine Vielzahl von Möglichkeiten, auch neben vielen Einzelgesprächen mit Abgeordneten, wissenschaftlichen Mitarbeitern und Referenten der Fraktionen, sich aktiv an der politischen Willensbildung im Bundestag zu beteiligen. Die Bundesärztekammer war u. a. bei allen wichtigen Anhörungen, zu denen der Gesundheitsausschuss 2010 eingeladen hatte, durch ihre Fachexperten vertreten. Die Spannweite der Themen reichte vom GKV-Änderungsgesetz über das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz bis hin zum Antrag „Patientenrechte stärken“ der SPD. In den Anhörungen konnte die Bundesärztekammer gezielt ihre Ansichten zum Ausdruck bringen und Einfluss auf Anträge und Gesetzesentwürfe nehmen. So machte die Bundesärztekammer in der Anhörung zum GKV-ÄG deutlich, dass die Aufhebung der Berufserlaubnis möglicherweise eine Einschränkung für Ärztinnen und Ärzte aus EU-, EWR- und Vertragsstaaten bedeuten könnte. In der Anhörung zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz bekräftigte die Bundesärztekammer ihre bereits in der schriftlichen Stellungnahme geäußerte Kritik an der weiterhin bestehenden Einjahresfrist, in der die Industrie den Preis für innovative Präparate frei festlegen kann. Sie machte deutlich, dass sehr viel früher eine Nutzenprognose möglich sei und auf dieser Basis daher auch früher in Preisverhandlungen eingetreten werden könne, um einen vernünftigen, am tatsächlich zu diesem Zeitpunkt belegten Nutzen orientierten Preis zu vereinbaren. Hervorgehoben wurde des Weiteren, dass die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin von zentraler Bedeutung sind, um die Flut der klinischen Studien auf ihre Aussagekraft hin zu überprüfen.

Zu dem nunmehr FDP-geführten Bundesgesundheitsministerium konnte die Bundesärztekammer in der 17. Legislaturperiode eine besondere Beziehung aufbauen. So wurden gemeinsame Arbeitsgruppen zu den Themen „Studienzugang“ und „Studienbegleitung und Berufsausübung“ sowie eine Arbeitsgruppe „Versorgungssteuerung und Delegation“ eingerichtet, um Lösungswege und konkrete Maßnahmen auf den Weg zu bringen. Eine gemeinsame BÄK-BMG-Arbeitsgruppe „Prävention“ wird im Jahr 2011 ihre Arbeit aufnehmen. Im Zuge der anstehenden Novellierung der Amtlichen Gebüh-

renordnung für Ärzte (GOÄ) hat die Bundesärztekammer mehrfach mit Ministern, Staatssekretären und Abgeordneten auf Bundes- wie Landesebene gesprochen und auf die wichtigen Punkte hingewiesen. In mehreren Schreiben wies die Bundesärztekammer auf die Problematik der anstehenden Novellierung hin und warnte deutlich vor der Einführung der sogenannten Öffnungsklausel, die Separatvereinbarungen zwischen Ärzten und PKV ermöglichen würde, über die ärztliche Leistungen pauschaliert und außerhalb der GOÄ abgerechnet werden würden.

Gesetzesvorschläge zu § 116b und § 95 SGB V

Zu der im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP angekündigten kritischen Überprüfung und eventuellen Präzisierung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V hat die Bundesärztekammer der Bundesregierung einen Gesetzesvorschlag unterbreitet. Ziel des Vorschlages ist die eindeutige Beschränkung der ambulanten Angebote von Krankenhäusern auf hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.

Auch zu der im Koalitionsvertrag angekündigten beschränkten Zulassung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hat die Bundesärztekammer einen Gesetzesvorschlag entworfen. In dem Gesetzesentwurf wird die Bundesregierung aufgefordert, klare Regelungen für das Primat der ärztlichen Leitung von MVZ zu treffen sowie die Gründung von MVZ durch reine Kapitalgesellschaften und den Einfluss von Fremdkapital bzw. Fremdkapitalgebern auf ärztliche Entscheidungen zu unterbinden. Auch sollen die Mehrheitsverhältnisse hinsichtlich der Gesellschafteranteile und der Stimmrechte zugunsten der in der Gesellschaft tätigen Ärzte bestimmt sowie Gewinnabführungsverträge mit Minderheitsgesellschaften oder mit Dritten ausgeschlossen werden.

1.2.3 Monitoring – Information über politische Vorgänge

Neben der oben beschriebenen Interessenwahrnehmung gegenüber den politischen Entscheidungsebenen ist die kontinuierliche Information über die politischen Abläufe bei Regierung, Parlament und Ministerien gegenüber dem Vorstand der Bundesärztekammer, den Landesärztekammern und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer ein wichtiges Element der Tätigkeit im Rahmen der politischen Arbeit. Mit dem E-Mail-Informationsdienst *berlin aktuell* wird auf verschiedenen Ebenen über die politischen Ereignisse in Berlin informiert. *Berlin aktuell Dokumentation* enthält Berichte über aktuelle Entwicklungen und politisch relevante – meist auch informelle – Papiere. So wurden beispielsweise Arbeitsentwürfe zur Gesundheitsreform schnellstmöglich kommentiert und als Anlage verschickt. Mit *berlin aktuell Analyse* wird den relevanten Themen tiefer auf den Grund gegangen. Über aktuelle Ereignisse aus Parlament und Ländern berichtet *berlin aktuell „Aus Bundestag und Bundesrat“*. Die Publikation wird durch einen monatlich erscheinenden *Parlamentarischen Kalender* ergänzt. Dieser bietet einen umfassenden Überblick über alle gesundheitspolitisch relevanten Vorgänge. Dazu zählen laufende und geplante Gesetzesinitiativen der Bundesregierung sowie Anfragen und Initiativen der Opposition. Die Originaldokumente sind als Hyperlink gekennzeichnet und können in einem internen Bereich des Internetauftritts der Bundesärztekammer abgerufen werden.

1.3 Europäische Union

1.3.1 Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union

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

Bedingt durch den zunehmenden Einfluss europäischer Maßnahmen auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten erhöht sich auch der Druck, Entscheidungen der EU zu beeinflussen. Primäre Aufgabe des Brüsseler Büros der deutschen Ärzteschaft ist deshalb die Beobachtung, Beschreibung und Begleitung der gesundheits- und sozialpolitisch relevanten Vorhaben der EU. Ein bedeutender Teil der Arbeit besteht in der Analyse und Auswertung von politischen Entwicklungen, um mögliche Initiativen oder Gesetzesvorschläge zu antizipieren und um die Diskussion auf EU-Ebene frühzeitig mit gestalten zu können.

Die Komplexität der europäischen Gesetzgebung erfordert einen kontinuierlichen Informationsaustausch nicht nur mit Mitgliedern des Europäischen Parlaments, sondern auch mit Kommissionsbeamten, Akteuren des Ministerrates und Mitgliedern der ständigen Ausschüsse. Darüber hinaus ist der Informationsaustausch mit den Gesundheitsreferenten der Bundesländer und anderer Organisationen im Gesundheitswesen bei informellen Treffen wichtiger denn je geworden, um die eigene Position in die Diskussion auf europäischer Ebene einzubringen.

Die deutsche Ärzteschaft bringt ihre spezifischen Belange gegenüber den entscheidenden Stellen durch das Brüsseler Büro in den europäischen Gremien direkt ein. Dazu gehört eine enge und gut funktionierende Zusammenarbeit mit der Berliner Koordinationsstelle der Bundesärztekammer für Parlaments- und Regierungsangelegenheiten, um gemeinsame Vorgehensweisen abzustimmen. Erfolgreiche Lobbyarbeit in Brüssel ist nur in enger Abstimmung mit der Geschäftsführung und den Gremien der Bundesärztekammer möglich. Dies wird durch einen beständigen Informationsaustausch zwischen Brüssel und Berlin gewährleistet. Vor allem der Austausch von Fachinformationen mit den Experten der Bundesärztekammer konnte durch informelle Treffen – beispielsweise zum Thema elektronische Gesundheitsdienste – im Jahr 2010 noch verstärkt werden.

Darüber hinaus wird im „EU-Bulletin“ in regelmäßigen Abständen über neueste Gesetzgebungsinitiativen, Konsultationen und Entscheidungen aus Brüssel berichtet. Der In-

formationsdienst wurde von der Pressestelle in Zusammenarbeit mit dem Brüsseler Büro entwickelt. Um möglichst zeitnah über die Entwicklungen auf europäischer Ebene zu informieren, wurde zudem der Informationsdienst „Brüssel aktuell“ konzipiert.

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

So hat die Bundesärztekammer ihre Zusammenarbeit unter anderem mit den Europaabgeordneten Dr. Peter Liese (CDU), Dr. Anja Weisgerber (CSU) und Dr. Thomas Ulmer (CDU) im Jahr 2010 intensivieren können. Zahlreiche Gespräche wurden beispielsweise zu den Verordnungs- und Richtlinienentwürfen der EU-Kommission zur Patienteninformation, Pharmakovigilanz und zu Organspenden geführt sowie Stellungnahmen und Änderungsanträge übermittelt. Eine engere Zusammenarbeit konnte zudem durch die Beantwortung zahlreicher Fachfragen aufgebaut werden. Auch wurde ein intensiver Austausch mit Beamten der EU-Kommission wie beispielsweise dem Head of Unit und verantwortlichen Kommissionsbeamten für den Bereich Berufsqualifikationen, Jürgen Tiedje, sowie der Referentin und verantwortlichen Kommissionsbeamtin für die Berufsankennung von Ärzten, An Baeyens, bei der Debatte über die geplante Änderung der Berufsankennungsrichtlinie (2005/36/EG) erreicht. Ferner hat die Bundesärztekammer mit dem stellvertretenden Kabinettschef des EU-Kommissars John Dalli für Gesundheit und Verbraucherschutz, Nils Behrndt, über aktuelle Themen in der Sozial- und Gesundheitspolitik diskutiert.

1.3.2 Europäische Gesundheitspolitik

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

Gleichwohl übt die europäische Ebene durch die Binnenmarktregelungen und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auch auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland aus. Die vielfältigen Aktivitäten der EU-Kommission wie beispielsweise

Grünbücher, Weißbücher, sogenannte Mitteilungen, Verordnungen und Richtlinien betreffen 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 nach wie vor eine Tendenz hin zu einer schleichenden Kompetenzerweiterung und Harmonisierung der Gesundheitssysteme feststellen.

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

Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Die bis Ende 2009 amtierende EU-Kommissarin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Androulla Vassiliou, hatte vor gut drei Jahren den Richtlinienvorschlag über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung [KOM (2008) 414] vorgelegt. Die Arbeiten an der Richtlinie wurden von Vassiliou's Nachfolger John Dalli seit seinem Amtsantritt als EU-Gesundheitskommissar im Frühjahr 2010 fortgeführt.

Der Vorschlag sieht in erster Linie vor, gemeinsame Grundsätze in allen EU-Gesundheitssystemen und einen speziellen Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung festzulegen sowie die europäische Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Patienten in Europa soll es fortan möglich sein zu entscheiden, in welchem Land sie sich behandeln lassen wollen. Finales Ziel der Richtlinie soll die Stärkung der Patientenrechte in Europa sein.

Nachdem die Abgeordneten des Europäischen Parlaments den ursprünglichen Richtlinienvorschlag der EU-Kommission durch zahlreiche Änderungsanträge überarbeitet hatten, konnte dieser im April 2009 in erster Lesung das Plenum passieren und wurde dem zuständigen EU-Gesundheitsministerrat übermittelt. Trotz monatelanger Diskussionen über zusätzliche Änderungen des Richtlinienvorschlags blieben die Verhandlungen der Gesundheitsminister ergebnislos. Erst im Sommer 2010 gelang es den Ministern, sich auf einen Richtlinienentwurf zu verständigen. Da sich dieser jedoch nach wie vor erheblich von dem Richtlinienvorschlag des Parlaments unterschied, ging das Gesetzgebungsverfahren im Oktober 2010 in die zweite Lesung.

EU-Gesundheitsministerrat

Die Gesundheitsminister der 27 Mitgliedstaaten einigten sich im Juni 2010 zunächst auf eine abweichende Kostenerstattung für im Ausland lebende Pensionäre. Insbesondere Spanien hatte diese Regelung gefordert. Die Regierung Zapatero hatte befürchtet, dass die hohe Zahl der in ihrem Land lebenden Pensionäre aus anderen Ländern die Stabilität des spanischen Gesundheitssystems gefährden könnte. Nach der von den Gesundheitsministern vorgeschlagenen Kostenerstattungsregelung soll deshalb die zuständige Krankenkasse des Herkunftslandes der Pensionäre gemäß der EU-Verordnung zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme [883/2004] künftig für diese Personengruppe die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung übernehmen – gegebenenfalls auch mittels der Pauschalerstattung. Auch bei der Behandlung der Patienten im Herkunftsstaat müsse die zuständige Krankenkasse die Kosten tragen.

Um ferner einen Ausgleich zwischen der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und den Kompetenzen der Mitgliedstaaten im Gesundheitsbereich zu erreichen, einigten sich die Gesundheitsminister auf zwei Artikel als Rechtsgrundlage für den Richtlinienvorschlag: Artikel 114 des AEUV über die Angleichung der Rechtsvorschriften sowie Artikel 168 des AEUV über das Gesundheitswesen. Auch verständigten sie sich darüber, dass Vorabgenehmigungen nur in den Fällen erteilt werden könnten, in denen mindestens eine Übernachtung in einem Krankenhaus erforderlich ist, eine hochspezialisierte und kostenintensive medizinische Ausrüstung verlangt wird oder die Behandlung ein erhöhtes Risiko für den Patienten oder die Bevölkerung darstellt.

Bei den elektronischen Gesundheitsdiensten sprach sich die Mehrheit der Gesundheitsminister dafür aus, dass die gesamte Gesetzgebungskompetenz im Bereich E-Health bei den Mitgliedstaaten bleiben müsse. Ursprünglich hatte der von der in der ersten Hälfte 2010 amtierenden spanischen Ratspräsidentschaft abgeänderte Richtlinienvorschlag vorgesehen, der EU-Kommission die Befugnis einzuräumen, eine Liste der Patientendaten zu erstellen, die auch auf der elektronischen deutschen Gesundheitskarte hätte verzeichnet werden müssen.

Europäisches Parlament

Der Richtlinienentwurf zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung war Anfang 2009 im Europäischen Parlament behandelt und anschließend in erster Lesung angenommen worden. Berichterstatter war der britische Abgeordnete John Bowis (EVP). Da er seit den Parlamentswahlen im Sommer 2009 nicht mehr im EU-Parlament vertreten ist, übernahm die französische Abgeordnete Françoise Grossetête (EVP) die Aufgabe, einen ersten Berichtsentwurf für die zweite Lesung vorzulegen. Während der parlamentarischen Debatten über den Grossetête-Bericht bekräftigte das Parlament größtenteils seine Forderungen aus der ersten Lesung. So betonten sie, dass Patienten die Kosten für die Behandlung von seltenen Krankheiten in einem anderen EU-Mitgliedstaat erstattet bekommen müssten – auch wenn diese nicht im Leistungskatalog des Heimatstaates enthalten seien.

Im Gegensatz zu der Position des Gesundheitsministerrates sprachen sich die Abgeordneten auch für ein sogenanntes Gutscheinsystem (Voucher) aus, das an das deutsche Sachleistungsprinzip angelehnt ist. Die zuständige Krankenversicherung würde demnach die Kosten direkt an die Leistungserbringer erstatten. Damit soll vermieden werden, dass Patienten in Vorleistung treten müssen, da diese andernfalls davon abgeschreckt würden, sich in einem anderen europäischen Land medizinisch behandeln zu lassen.

Bei einem möglichen Vorabgenehmigungssystem sprachen sich die EU-Abgeordneten – entgegen der Ansicht des Rates – für eine stärkere Einschränkung aus. Während die EU-Gesundheitsminister die Fälle, in denen eine Vorabgenehmigung möglich sei, nicht festlegen und damit den Mitgliedstaaten einen Entscheidungsspielraum einräumen wollen, forderten die Europaabgeordneten eine verbindliche Liste, in der die Fälle, für die eine Vorabgenehmigung gestattet ist, definiert sind.

Bemerkenswert ist, dass der Bereich der elektronischen Gesundheitsdienstleistungen (E-Health) künftig stärker geregelt werden soll. Beispielsweise darf die EU-Kommission nach dem sogenannten Komitologieverfahren die erforderlichen Maßnahmen zur Interoperabilität der IKT-Systeme erlassen – vorausgesetzt die Datenschutzvorschriften der

Mitgliedstaaten werden umfassend beachtet. Aufgrund dieser Regelungen hatten sich die Verhandlungen im Rat monatelang verzögert.

Die Bundesärztekammer hat sich im Rahmen der Verhandlungen über den Richtlinienvorschlag in zweiter Lesung im EU-Parlament an zahlreichen Diskussionen über Änderungen beteiligt. Sie wies die Abgeordneten unter anderem auf die Gefahren einer Ausweitung der Kompetenzen im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienstleistungen (E-Health) auf die EU-Kommission hin. Die Entwicklung dieses Bereiches in den einzelnen Mitgliedstaaten liege nach wie vor zu weit auseinander, sodass eine Angleichung nicht möglich sei.

Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer die Europaabgeordneten in inhaltlichen Fragen beraten und über diese Änderungsanträge eingebracht. So ist es beispielsweise gelungen, darauf hinzuweisen, dass die Definition von Gesundheitsdienstleistungen in dem Richtlinienvorschlag zu unpräzise formuliert worden sei. Bei einer heilkundigen Behandlung sei es maßgebend, dass ausschließlich reglementierte Gesundheitsberufe dazu befugt seien. Ferner hat die Bundesärztekammer in Änderungsanträgen betont, dass die Herausgabe von Patientendaten strengen Datenschutzregeln zu unterliegen habe. Die in den Mitgliedstaaten geltenden Datenschutzregelungen müssten berücksichtigt werden.

Mit den oben genannten Änderungsanträgen der Europaabgeordneten hat der federführende Gesundheitsausschuss des Parlaments im Oktober 2010 den Richtlinienvorschlag in zweiter Lesung angenommen. Anschließend wurde dieser an den EU-Gesundheitsministerrat weitergeleitet, der sich nun gemeinsam mit Vertretern des EU-Parlaments sowie der EU-Kommission – im Rahmen eines sogenannten Trilogs – auf eine endgültige Richtlinienfassung verständigen soll. Sollte eine solche Einigung gelingen, könnte die Richtlinie noch in der ersten Hälfte des Jahres 2011 in Kraft treten.

Pharmapaket

Eine der umstrittensten Gesetzesinitiativen stellt das sogenannte Pharmapaket dar. Dieses war im Dezember 2008 von dem damaligen EU-Kommissar Günter Verheugen für Industrie und Unternehmen auf den Weg gebracht worden. Es setzt sich aus insgesamt fünf Einzeldossiers zusammen – darunter unter anderem die Bereiche Pharmakovigilanz und Patienteninformation. Da das europäische Arzneimittelrecht Ende 2009 auf die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz übertragen wurde, wird das Pharmapaket seit seinem Amtsantritt im Februar 2010 vom EU-Gesundheitskommissar John Dalli betreut.

Dossier Pharmakovigilanz

Von der Mehrheit der politischen Akteure auf europäischer Ebene wie auch von der Bundesärztekammer wurde der Vorschlag für eine Verordnung und eine Richtlinie zur Pharmakovigilanz [KOM (2008) 664 und 665] begrüßt. Mit diesen soll künftig die Überwachung von zugelassenen Arzneimitteln verbessert und das Pharmakovigilanz-System in Europa gestärkt werden. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die in der EU auf den Markt gebracht werden, sollen erfasst, bewertet und nach Möglichkeit vermieden werden. Darüber hinaus soll das Dossier dazu beitragen, Medikamente, die ein erhöhtes Risiko aufzeigen, zeitnah vom Markt nehmen zu können.

Die Bundesärztekammer hat die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des EU-Parlaments durch die Beantwortung von fachlichen Fragen zu diesem Thema unterstützt und gemeinsam mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Änderungsanträge eingereicht. Diese wurden teilweise in die Richtlinie zur Pharmakovigilanz eingebaut.

Nachdem das EU-Parlament im September 2010 das Dossier zur Pharmakovigilanz angenommen hatte, stimmte auch der Ministerrat im November 2010 für die beiden Rechtsakte.

Dossier Patienteninformation über verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

Die EU-Kommission hatte ursprünglich vorgeschlagen, dass Pharmahersteller sich direkt an die Patienten wenden dürfen, um diese über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu informieren. Auch sollten sich Interessierte im Internet und in Printmedien über Preise, Anwendungsgebiete, Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten informieren können. Während die Pharmaindustrie den Vorschlag begrüßte, warnte die Bundesärztekammer gemeinsam mit anderen Gesundheitsexperten vor einer solchen Regelung, da mit dieser das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel umgangen werden könnte. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft wies darauf hin, dass in dem Kommissionsvorschlag eine deutliche Differenzierung zwischen Werbung und Information fehle. Sollten Patienten künftig tatsächlich über verschreibungspflichtige Arzneimittel informiert werden, müssten diese strengen Kontrollen durch die Mitgliedstaaten unterliegen.

Um die Abgeordneten des EU-Parlaments auf die Problematik aufmerksam zu machen und mit ihnen darüber zu diskutieren, hatte die Bundesärztekammer Ende Januar 2010 zu einem parlamentarischen Abend geladen. Dieser wurde gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände sowie Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen abgehalten. Mit zahlreichen Statements der Gesundheitsexperten gelang es, die anwesenden Europaabgeordneten von einer Änderung der ursprünglichen Änderungsvorschläge des Parlaments zu überzeugen. So wurde unter anderem verdeutlicht, dass die von der Kommission vorgeschlagene Lockerung des Werbeverbots die Sicherheit der Patienten gefährden könnte. Die Bundesärztekammer appellierte an die Abgeordneten, dass eine solche Regelung nicht dazu führen dürfe, das Arzt-Patienten-Verhältnis negativ zu beeinflussen. Arzt und Apotheker müssten die ersten Ansprechpartner für Patienten bleiben, wenn sich diese über rezeptpflichtige Arzneimittel informieren wollen.

Im Anschluss an die Veranstaltung führte die Bundesärztekammer den Dialog mit den EU-Parlamentariern fort und unterstützte sie bei der Überarbeitung des Richtlinienvorschlags mit Stellungnahmen zu verschiedenen Themen. Zudem brachte die Bundesärz-

tekammer über Abgeordnete zahlreiche Änderungsanträge im EU-Parlament ein. In diesen wurde vorgeschlagen, lediglich die von den Zulassungsbehörden genehmigten Packungsbeilagen und zusammengefassten Merkmale eines Arzneimittels im Internet zur Verfügung zustellen. Sämtliche darüber hinaus gehende Informationen, die nicht durch die Behörden vorab genehmigt wurden, seien dagegen abzulehnen. Ferner hat sich die Bundesärztekammer in den Änderungsanträgen für eine sogenannte Drug Facts Box in der Packungsbeilage ausgesprochen. Anhand dieser sollen Patienten Informationen über erwünschte und unerwünschte Arzneimittelwirkungen erhalten – vorausgesetzt, diese basieren auf wissenschaftlichen und transparenten Qualitätsstandards.

Ihren Standpunkt zu dem Dossier Patienteninformation hatte die Bundesärztekammer Mitte September 2010 bei einem gemeinsamen parlamentarischen Frühstück mit Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, und der Europaabgeordneten Dr. Anja Weisgerber (CSU) noch einmal bekräftigen können: Sollte sich die Pharmaindustrie künftig direkt an Patienten wenden können, um diese über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu informieren, könnten Patienten nicht mehr sicher sein, ob es sich um eine rein sachliche und von unabhängigen Experten geprüfte Information handelt. Die Bundesärztekammer plädierte deshalb für neutrale und unabhängige Informationsquellen – andernfalls würden Patienten fortwährend offener und versteckter Werbung ausgesetzt sein. Im Rahmen eines Pressefrühstücks, das im Anschluss an die Diskussionsveranstaltung stattfand, ist es gelungen, auch den anwesenden Journalisten den Standpunkt der Bundesärztekammer zu diesem Thema darzulegen.

Das EU-Parlament stimmte Ende November 2010 mit großer Mehrheit für das überarbeitete Dossier zur Patienteninformation, in dem ein Großteil der Vorschläge der Bundesärztekammer Berücksichtigung fand. Während der Abstimmung sprachen sich die Abgeordneten des EU-Parlaments deutlich für die Beibehaltung des Werbeverbots für rezeptpflichtige Arzneimittel aus und stimmten für die Einführung nationaler Gesundheitsportale im Internet. Auf den Portalen können sich Patienten über verschreibungspflichtige Medikamente, über die Krankheit selbst und andere Therapiemöglichkeiten informieren. Auch werden dort in Zukunft die Beipackzettel in jeder Nationalsprache der EU erhältlich sein. Bevor jedoch Informationen veröffentlicht werden dürfen, sind die zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten dazu verpflichtet, diese zu kontrollieren. Auch sprachen sich die Abgeordneten dafür aus, dass die auf diesen Arzneimittelsicherheitsportalen veröffentlichten Beipackzettel in jeder Nationalsprache der EU erhältlich sein müssten. Die Beipackzettel sollen zudem kundenfreundlicher und übersichtlicher gestaltet werden. So sollten diese die wichtigsten Merkmale und Anwendungshinweise des Arzneimittels – ohne schwer verständliche medizinische Fachbegriffe – zusammenfassen.

Im Anschluss an die Abstimmung wurde der geänderte Richtlinienvorschlag dem Ministerrat übermittelt, der das Thema im Rahmen der Tagung des Gesundheitsministerats im Dezember 2010 auf die Agenda setzte. EU-Gesundheitskommissar John Dalli hat bereits angekündigt, dass die Kommission den Vorschlag für die Verordnung sowie die Richtlinie zurücknehmen und 2011 einen geänderten Entwurf vorlegen will, der sich an den Änderungsvorschlägen des EU-Parlaments orientieren wird.

Die Bundesärztekammer wird die Verhandlung zur Patienteninformation auch künftig weiterverfolgen und ihren Beitrag zu einer Verbesserung des Dossiers leisten.

Organtransplantation

Mit der Richtlinie 2010/45/EU des Europäischen Parlaments und des Ministerrats vom 7. Juli 2010 über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte Organe [KOM (2008) 818] und dem Aktionsplan im Bereich Organspende und -transplantation [KOM (2008) 819] sollen europaweit Qualitäts- und Sicherheitsstandards eingeführt werden, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen und den grenzüberschreitenden Austausch von Spendeorganen zu fördern. Die Überwachung von Organspenden und -transplantationen erfolgt durch öffentliche oder private gemeinnützige Einrichtungen – ähnlich der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

Die Bundesärztekammer wies im Vorfeld der Abstimmung des EU-Parlaments darauf hin, dass mit der flächendeckenden Einführung von Transplantationsbeauftragten in Krankenhäusern verhindert werden könne, dass Organspenden mitunter ungenutzt blieben, obgleich Patienten einen Organspendeausweis besitzen oder die Angehörigen von Verstorbenen bereit wären, einer Spende zuzustimmen. Der 110. Deutsche Ärztetag in Münster hatte schon vor drei Jahren gefordert, Transplantationsbeauftragte in Kliniken zu etablieren.

Bereits während der Überarbeitung der ursprünglichen Kommissionsvorschläge durch die Abgeordneten des Parlaments hatte die Bundesärztekammer diese mit einer Stellungnahme und zahlreichen Änderungsanträgen unterstützt, die in die Abstimmung im Plenum eingeflossen sind. Zudem fand im Vorfeld der Abstimmung ein Gespräch zwischen der Bundesärztekammer und Miroslav Mikolášik, dem Berichterstatter für den Richtlinienvorschlag, statt. Über die Änderungsanträge gelang es der Bundesärztekammer, auf fehlende Definitionen, Regelungslücken und unangemessen detailliert gefasste Vorschriften hinzuweisen.

Verbraucherrechte

Die EU-Kommission hat bereits im Oktober 2008 einen Richtlinienentwurf [KOM (2008) 614] vorgelegt, mit dem vier bislang separate Richtlinien in einem einheitlichen Regelwerk zusammengeführt werden sollen. Dabei handelt es sich um die Richtlinien über Haustür- und Fernabsatzgeschäfte, allgemeine Geschäftsbedingungen und den Verbrauchsgüterkauf. Durch die geplante Richtlinie würden in ihrem Anwendungsbereich für alle Verbraucher europaweit die gleichen Regelungen gelten. Da das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz befürchtet, dass damit nationale Verbraucherschutzregeln, die über die EU-Vorgaben hinausgehen, nicht mehr aufrechterhalten werden könnten, lehnt die Bundesregierung die von der Kommission angestrebte „Vollharmonisierung“ der Verbraucherrechte in Europa ab.

Kritik an dem Kommissionsvorschlag kommt auch von Seiten des EU-Parlaments, wo Anfang 2010 die Debatten über den Richtlinienentwurf begonnen haben. So hatte der deutsche Europaabgeordnete und Berichterstatter des EU-Parlaments für diesen Vorschlag, Dr. Andreas Schwab, bereits in einem Arbeitspapier festgestellt, dass eine Vollharmonisierung der Verbraucherrechte nur in bestimmten Bereichen durchsetzbar sei.

Da dem Richtlinienvorschlag der Kommission zufolge auch sämtliche Behandlungsverträge, die Ärzte mit ihren Patienten abschließen, als Dienstleistungsverträge zwischen Gewerbetreibenden und Verbrauchern unter die Vorschriften der Richtlinie fallen wür-

den und so dem Berufsrecht für Ärzte in Deutschland – demzufolge der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist – widersprechen, hatte sich die Bundesärztekammer an den Abgeordneten Dr. Andreas Schwab sowie andere Europaabgeordnete gewendet, um mit einer Stellungnahme und Änderungsanträgen auf diese Problematik aufmerksam zu machen. Gemeinsam mit dem Bundesverband der Freien Berufe setzte sich die Bundesärztekammer dafür ein, dass der Begriff Gewerbetreibender in „Unternehmer“ umgewandelt wird.

Auch plädierte die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme und verschiedenen Änderungsanträgen dafür, die Betreuung und Behandlung von Patienten außerhalb der Arztpraxis – wie etwa Hausbesuche oder Notfälle vor Ort – von den Informationspflichten und dem Widerrufsrecht der geplanten Richtlinie auszunehmen, da sich eine ärztliche Behandlung ihrem Wesen nach der Definition marktbezogener Dienstleistungen, in denen sich Unternehmer und Verbraucher geschäftsmäßig gegenüberstehen, entziehe. Der Änderungsantrag wurde von den Abgeordneten des EU-Parlaments in die Abstimmung eingebracht.

Da der federführende Binnenmarktausschuss des Parlaments voraussichtlich Anfang 2011 über den Richtlinienvorschlag abstimmen wird, ist es wahrscheinlich, dass auch das Plenum zeitnah über die Richtlinie entscheiden wird. Die politische Einigung im Rat wird ebenfalls im Jahr 2011 erwartet. Die Bundesärztekammer wird auch künftig den weiteren Verlauf der Verhandlungen in den EU-Institutionen verfolgen und sich an den Diskussionen über den Inhalt der Richtlinie beteiligen.

EU-Arbeitszeitrichtlinie

Vor mehr als sechs Jahren hatte die Europäische Kommission einen Vorschlag zur Änderung der Richtlinie über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung (2003/88/EG) vorgelegt. Da sich der Rat und das Parlament trotz zweier Lesungen und der Einberufung eines Vermittlungsverfahrens nicht auf einen Kompromiss bei der Arbeitszeitrichtlinie einigen konnten, scheiterte der Kommissionsvorschlag schließlich im April 2009. Einige Mitgliedstaaten hatten Zweifel geäußert, inwieweit die nationalen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten mit EU-Recht vereinbar seien.

Da der EU-Kommissar für Beschäftigung, Soziales und Integration, László Andor, jedoch nach wie vor eine Überarbeitung der Richtlinie für notwendig hielt, leitete er im März 2010 einen Dialog der Sozialpartner über die EU-Arbeitszeitvorschriften ein. In der ersten Phase dieser Anhörung sollten die Vertreter von Arbeitnehmern und Arbeitgebern der Kommission ihren Standpunkt mitteilen. Darüber hinaus waren ihnen Fragen zur durchschnittlichen Arbeitszeit, zu Bereitschaftsdienstzeiten sowie zur Flexibilität bei der Berechnung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit und der Bestimmung des Zeitpunkts der täglichen und wöchentlichen Ruhezeit vorgelegt worden.

Die Bundesärztekammer begrüßte die Aufnahme der Verhandlungen zwischen den Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern. Die Arbeitszeitrichtlinie sei ein wichtiges Dokument, um den Arbeitsschutz für Arbeitnehmer in Europa zu erhöhen. Doch müsse auch in Zukunft das Aufweichen des Arbeitsschutzes von Ärzten und Krankenschwestern vermieden und die Versorgungsqualität und die Sicherheit der Patienten gefördert werden. So plädierte die Bundesärztekammer dafür, Bereitschaftsdienste vollständig auf die wöchentliche Arbeitszeit anzurechnen. Darüber hinaus sei es notwendig, die derzeit in der

Arbeitszeitrichtlinie bestehende Opt-Out-Klausel – also die Möglichkeit, die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden kraft einzelvertraglicher Vereinbarungen zu überschreiten – abzuschaffen.

Im Rahmen der ersten Phase der Anhörung sprachen sich Mitte 2010 die Vertreter von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mehrheitlich für eine Überarbeitung der Arbeitszeitrichtlinie aus. In Folge dessen hat die EU-Kommission Ende Dezember 2010 die zweite Phase der Anhörung der Sozialpartner eingeleitet. In dieser Phase werden insbesondere die umstrittenen Themen wie Bereitschaftsdienstzeiten, Zeitpunkt der Mindestruhezeiten und der Umgang mit übermäßig langen Arbeitszeiten diskutiert. Die Ergebnisse der Anhörung sollen im Laufe des Jahres 2011 veröffentlicht werden. Die Bundesärztekammer wird auch künftig das Gesetzgebungsverfahren aufmerksam verfolgen.

Evaluierung der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

Nach europäischem Recht müssen EU-Bürger in jedem Mitgliedstaat ohne Probleme arbeiten können. Um dies zu gewährleisten, gilt seit Oktober 2007 die EU-Richtlinie für die Anerkennung von Berufsqualifikationen [KOM (2005) 36]. Seitdem sind nunmehr drei Jahre vergangen, und auf europäischer Ebene wird eine erste Bilanz zur Umsetzung der Richtlinie gezogen: Die Europäische Kommission hat Anfang 2010 mit der Evaluierung der Richtlinie begonnen und mit Vertretern der berufsständischen Organisationen diskutiert.

Gemeinsam mit Ärzteorganisationen aus den Mitgliedstaaten hat auch die Bundesärztekammer an dem Evaluierungsprozess teilgenommen und mit Vertretern der EU-Kommission den Umsetzungsstand erörtert. Im Rahmen der Gespräche wurde vor allem auf die Funktionsfähigkeit des Binnenmarkt-Informationssystems (IMI) eingegangen. Dabei handelt es sich um ein elektronisches System, das die Kommunikation und die Zusammenarbeit der nationalen Verwaltungen bei der Umsetzung der Binnenmarktvorschriften verbessern soll. Diskutiert wurde darüber hinaus, ein solches System für sämtliche Behörden in den Mitgliedstaaten verpflichtend einzuführen. Die Bundesärztekammer hat sich für ein Frühwarnsystem ausgesprochen, bei dem die zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten darüber informiert werden sollen, wenn Ärzte ohne Zulassung grenzüberschreitend tätig werden wollen. Neben Sprachtests für die Dienstleistungserbringer wird es von den Mitgliedstaaten auch als notwendig angesehen, die Anhänge zu überarbeiten, die die Auflistung der Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung in der Richtlinie enthalten.

Im Anschluss an die Gespräche zwischen der Bundesärztekammer, anderen Ärztekammern in Europa und den Vertretern der EU-Kommission wurde im September 2010 bei der Bundesärztekammer in Berlin das sogenannte „Berlin-Statement“ vorgestellt. In diesem zeigten die Vertreter der europäischen Ärzteschaft Vorschläge auf, wie die Berufsankennungsrichtlinie ihrer Ansicht nach überarbeitet und somit verbessert werden könnte. Die Bundesärztekammer hat das „Berlin-Statement“ an wichtige Vertreter der EU-Kommission, Abgeordnete des EU-Parlaments, die Gesundheitsreferenten der Bundesländer sowie an Vertreter der nationalen Parlamente in Brüssel weitergeleitet. Damit soll bereits im Vorfeld des zu erwartenden Evaluationsberichts zum Umsetzungsstand der Berufsankennungsrichtlinie des EU-Parlaments auf die aktuelle Lage in den Mitgliedstaaten aufmerksam gemacht werden.

Der Evaluierungsbericht der EU-Kommission wird voraussichtlich 2011 veröffentlicht. Bislang ist eine mögliche Änderung der Richtlinie noch nicht absehbar. Dennoch wird die Bundesärztekammer auch weiterhin die Überarbeitung der Berufsanerkenntnisrichtlinie intensiv verfolgen und sich in weiteren Gesprächen mit den relevanten Akteuren auf europäischer Ebene an der Diskussion beteiligen.

1.3.4 Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“

Die Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ unter Vorsitz von Dr. Klaus-Dieter Wurche tagte im Februar 2010. Einen Schwerpunkt der Beratungen bildete der Richtlinienvorschlag über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM (2008) 414. Mit der Richtlinie soll ein einheitlicher Rechtsrahmen zur Kostenerstattung bei grenzüberschreitenden Behandlungen geschaffen werden. Der EU-Gesundheitsministerrat (EPSCO) konnte am 1. Dezember 2009 keine Einigung über den Richtlinienvorschlag erzielen. Hauptkritikpunkte waren u. a. die Frage der Einbeziehung vertraglich nichtgebundener Dienstleistungsanbieter in den Anwendungsbereich der Richtlinie sowie die Definition des Versicherungsmitgliedstaats. In Deutschland ist die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs bezüglich der Kostenerstattung bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen weitgehend umgesetzt. In vielen anderen Mitgliedstaaten ist dies hingegen nicht der Fall. Zu den weiteren Entwicklungen siehe Kapitel 1.3.2/1.3.3.

Einen weiteren Beratungsschwerpunkt bildeten die Berufsanerkenntnisrichtlinie und ihre Umsetzung in den Kammergebieten. Der Binnenmarktausschuss des Europäischen Parlaments hatte im November 2009 eine Anhörung durchgeführt. Anlass für die Anhörung gab die im September 2009 vorgestellte Studie des Binnenmarktausschusses des Europäischen Parlaments, die auf die in vielen Fällen verzögerte Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG hinweist. Diese wirke sich letztlich auf die Durchsetzung der Richtlinie in allen Mitgliedstaaten aus. In Folge hat die Europäische Kommission einen Evaluationsprozess eingeleitet. Im Zuge der Evaluation hat die Europäische Kommission als ersten Schritt die zuständigen Behörden und die nationalen Koordinatoren der Richtlinie kontaktiert und sie aufgefordert, ihre Erfahrungen mit dem Acquis in Bezug auf Berufsqualifikationen wiederzugeben. Im Zuge der Erstellung des Erfahrungsberichtes sind Anregungen der Landesärztekammern für Nachbesserungen in den Evaluationsprozess der Berufsanerkenntnisrichtlinie eingeflossen (siehe Kapitel 2.4.1).

Darüber hinaus wurde über aktuelle Entwicklungen in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, über die Arbeit des CPME, über das Pharmapaket, den Richtlinienentwurf über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe, den Vorschlag für eine Verbraucherrechterichtlinie, das Europäische Vertragsrecht und über das Konsultationsverfahren zu den Arbeitskräften im Gesundheitswesen berichtet.

1.3.5 Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)

Der „Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte“ (CPME – Standing Committee of European Doctors) koordiniert und vertritt die Interessen der Ärztinnen und Ärzte der EU-Mitgliedstaaten, des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz. Die Mitgliedsorganisationen im CPME sind die repräsentativen nationalen Ärztevereinigungen. Der CPME stimmt auf vielen Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik die Auffassungen der einzelnen nationalen Ärztevereinigungen aufeinander ab, um somit als „Stimme der Ärzte Europas“ die Interessen der europäischen Ärzteschaft gegenüber den europäischen Institutionen zu vertreten. Außerdem bietet der CPME die Möglichkeit, Positionen und nationale Entwicklungen auszutauschen und europäische Absprachen im Interesse der nationalen Ärzteschaften zu fördern.

Seit dem 1. Januar 2010 ist Dr. Konstanty Radziwill aus Polen Präsident des CPME. Seine Stellvertreter sind Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Roland Lemye aus Belgien, Dr. Milan Kubek aus der Tschechischen Republik und Dr. Jörg Pruckner aus Österreich. Schatzmeisterin ist die Isländerin Dr. Katrin Fjelstedt. Die bisherige Generalsekretärin Lisette Tiddens-Engwirda aus den Niederlanden, die nach achtjähriger Tätigkeit für den CPME neue berufliche Wege einschlägt, wurde im Juni verabschiedet. Neue Generalsekretärin des Ständigen Ausschusses ist die deutsche Rechtsanwältin Birgit Beger.

Dr. Klaus-Dieter Wurche, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer, ist Leiter der deutschen Delegation. Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer, der Leiter der gemeinsamen Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer, hat den Vorsitz im Ausschuss „Juristen“ und berät den Vorstand des CPME in Rechtsfragen.

Die derzeitige interne Aufstellung des CPME ist gekennzeichnet durch ein Repräsentativitäts- und Einnahmenproblem, ausgelöst durch zwei kritische Entwicklungen: Zum einen sind mit Frankreich, Italien und Spanien drei mitgliederstarke nationale Ärzteorganisationen 2009 aus dem CPME ausgetreten. Einer der Hauptgründe für die Austritte ist die umstrittene Forderung nach einem gewichteten Stimmrecht bei politischen Entscheidungen. Die Ärztekammern Portugals und Sloweniens haben ihre Mitgliedschaft im CPME lediglich um ein Jahr verlängert, während die Ärzteorganisation Rumäniens ihre weitere Mitgliedschaft von einer teilweisen Beitragsbefreiung abhängig gemacht hat. Zum anderen untergräbt das Auftreten anderer europäischer Ärzteorganisationen als Vertreter von Partikularinteressen den Anspruch des CPME, Stimme aller Ärzte in Europa zu sein.

Mit dem Ziel, die Zukunft des CPME zu beraten und eine gemeinsame Erklärung der nationalen Mitgliedsverbände über das strategische Vorgehen zu beschließen, lud die Bundesärztekammer die Präsidenten der CPME-Mitgliederorganisationen zu einem Treffen am 14. Februar 2010 nach Berlin ein. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer organisierte das Treffen, zu dem Ärztepräsidenten und Geschäftsführer aus insgesamt 23 Ländern anreisten. Die Teilnehmer des Treffens verabschiedeten eine Erklärung, in der sie den CPME und die anderen europäischen Ärzteorganisationen auffordern, einen Konsens darüber zu erzielen, wie die europäischen Ärzte eine starke, einheitliche und effektive Lobby organisieren und die Interessen aller europäischen Ärzte vertreten können. Ein weiteres Treffen fand vier Monate später auf Einladung der

portugiesischen Ärztekammer in Lissabon statt, das allerdings ohne Ergebnisse blieb. Die Generalversammlung hat in ihrer Sitzung am 27. November 2010 schließlich die Tür für eine Rückkehr der drei ehemaligen Mitgliedsverbände geöffnet, indem sie eine Satzungsänderung beschloss, die die Einführung eines gewichteten Stimmrechts vorsieht. Als Ausgleich für kleinere Mitgliedsverbände enthält die neue Satzung die Möglichkeit einer Sperrminorität von sechs Mitgliedsverbänden. Zudem wurde die Amtszeit des Präsidenten um ein Jahr auf nunmehr drei Jahre verlängert.

Die Reformvorschläge für eine kostengünstigere und effizientere Arbeitsweise des CPME, die von einer zu diesem Zweck eingerichteten Arbeitsgruppe unterbreitet und von der Generalversammlung des CPME am 24. Oktober 2009 in Winchester angenommen worden waren, wurden im Jahr 2010 umgesetzt. Seither tagt der CPME nur noch zweimal jährlich, die bisherige Arbeitsstruktur in fünf Unterausschüssen wurde durch zahlreiche Arbeitsgruppen, die dem Exekutivausschuss des CPME berichten, abgelöst. Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer und Delegierte der Bundesärztekammer im CPME sind mit einer Ausnahme in sämtlichen Arbeitsgruppen aktiv und brachten dort regelmäßig die Positionen der Bundesärztekammer ein.

Die Vertretung der Bundesärztekammer in den Gremien des CPME wird für die deutsche Ärzteschaft bei der Durchsetzung der Ziele im Sinne der Patienten weiterhin unabdingbar sein, da die europäische Ebene in zunehmendem Maße im Bereich der Gesundheitspolitik aktiv ist. Um die Interessen der europäischen Ärztinnen und Ärzte zielgerichtet einzubringen, werden die Aktivitäten der Europäischen Kommission, sei es durch Mitteilungen, Richtlinien, Grün- oder Weißbücher, sorgfältig beobachtet. Zugleich gilt die Aufmerksamkeit des CPME dem Europäischen Parlament, dessen Position durch die Mitentscheidung im Gesetzgebungsprozess erheblich gestärkt wurde.

Als Mitglied im CPME wirkt die Bundesärztekammer bei den Beratungen sowie der Vorbereitung von Stellungnahmen aktiv mit. Im Jahr 2010 wurden durch den CPME Stellungnahmen zu bereits laufenden Gesetzgebungsverfahren, etwa zur Richtlinie über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe, zur Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung oder zu den Richtlinien des sogenannten Pharmapakets eingebracht. Zudem hat der CPME bereits zu einem frühen Zeitpunkt neue Gesetzgebungsinitiativen der Kommission zur Revision bestehender Richtlinien, etwa der Arbeitszeit- oder der Berufsanerkennungsrichtlinie verfolgt und eigene Aktivitäten unternommen. Für die für 2012 vorgesehene Überarbeitung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG hat sich der CPME in der Sitzung des Vorstands am 27. November 2010 auf eine Unterstützung des sogenannten „Berlin Statement“ verständigt, das durch das informelle Netzwerk der zuständigen Behörden für die Berufsanerkennung von Ärzten unter Teilnahme der Bundesärztekammer erarbeitet wurde. Darüber hinaus hat sich der CPME zum Verhältnis zu anderen Gesundheitsberufen positioniert. In all diesen Fällen ergänzte der CPME durch seine Stellungnahmen und anderen Aktivitäten die Positionierung der Bundesärztekammer.

Im Jahr 2011 werden die Arbeit des CPME und die Mitwirkung der Bundesärztekammer zum einen dadurch bestimmt werden, wie sich die neuen Arbeitsstrukturen des CPME in der Praxis bewähren. Zum anderen wird zu beobachten sein, wie sich die Statutenänderungen auswirken, die durch die Generalversammlung des CPME am 27. November 2010 beschlossen wurden. Mit Einführung eines gewichteten Stimmrechts in Abstim-

mungen des CPME wird nicht nur das Prinzip der Verhältnismäßigkeit beachtet. Zudem kann die Zusammenarbeit mit den Ärzteverbänden aus Frankreich, Italien und Spanien sowie den anderen europäischen Ärzteorganisationen aufgrund der Statutenänderung neu geregelt werden.

1.3.6 Zusammenarbeit in der Europäischen Union

Um die Interessen der deutschen Ärzteschaft zu wahren und ihre Position möglichst effizient im europäischen Kontext einzubringen, beteiligt sich die Bundesärztekammer durch den Auslandsdienst auf der Ebene der Europäischen Union in verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen.

Die Europäische Konferenz der Ärztekammern und Organisationen mit entsprechenden Aufgaben (CEOM – Conseil Européen des Ordres des Médecins) durchläuft derzeit tiefgreifende Veränderungen. Aus einem informellen Zusammenschluss der europäischen Ärztekammern hervorgegangen, hatte die Arbeit der CEOM seither die Koordinierung der Verfahren in den EU-Mitgliedstaaten zum Gegenstand, die im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Richtlinie über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen bzw. der Diplome der Ärztinnen und Ärzte Anwendung finden. Zudem bereitet die CEOM eine Neufassung ihres deontologischen Kodexes vor. Das Bestreben, die bislang informell organisierte Zusammenarbeit im CEOM vermehrt zu strukturieren, wird von der Bundesärztekammer kontinuierlich beobachtet und nach Bedarf beratend und kritisch begleitet. Sie war mit zwei Teilnehmern bei den Treffen der CEOM in Lissabon am 11. Juni 2010 und in Paris am 3. Dezember 2010 vertreten.

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 56. Konsultativtagung fand vom 1. bis 3. Juli 2010 auf Einladung der Österreichischen Ärztekammer in Pörschach, Kärnten, statt. Neben Vertretern aus Österreich nahmen Delegierte aus der Schweiz, Südtirol, Luxemburg und Deutschland teil. Die Schwerpunktthemen waren: Qualität in der Fortbildung, Aus- und Weiterbildung von Ärzten – Evaluierung und Harmonisierung, Sanktionsfreie Fehlermelde- und Lernsysteme einschließlich Haftungsfragen – Vergleich bestehender Systeme in der Schweiz, Deutschland und Österreich sowie die proaktive grenzüberschreitende Informationsweitergabe bei der Migration von Ärzten. Von österreichischer Seite wurde der Wunsch geäußert, die Diskussion über Rückkehrmaßnahmen im Falle von Berufsunterbrechungen auch in zukünftigen Konsultativtagungen fortzuführen.

Anhand der einzelnen Länderberichte konnte über die spezifische Situation und einzelne Problempunkte der vertretenen Organisationen beraten werden.

Die ständigen Arbeitsgruppen „Gesundheit und Umwelt“ sowie „Weiterbildung und Fortbildung“ trafen sich bereits einen Tag vor dem offiziellen Beginn des Treffens. Die Konsultativtagung bietet den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesärztekammer auch eine hervorragende Gelegenheit zum Austausch mit den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen in Vorbereitung auf die Sitzungen des CPME und anderer Gremien.

Gastgeber der 57. Konsultativtagung im Jahre 2011 wird der Ärzte- und Zahnärztekund des Großherzogtums Luxemburg sein. Die Tagung wird vom 7. bis 9. Juli 2011 in Luxemburg stattfinden.

Auf der guten Zusammenarbeit im Rahmen der Konsultativtagung aufbauend lud die Ärztekammer Bozen die Bundesärztekammer und die Österreichische Ärztekammer zu einem trilateralen Treffen zum Thema „Österreich – Deutschland – Italien: Aus-, Weiter- und Fortbildung im Vergleich“ am 17. und 18. September 2010 in Bozen ein, bei dem die Potentiale einer Zusammenarbeit der deutschsprachigen Ärztekammern im Bereich Fortbildung erörtert wurden. Die Bundesärztekammer wurde in Bozen durch Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, und Dr. Franz-Joseph Bartmann, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer, vertreten. Die Delegation bestand ferner aus Mitarbeitern des Auslandsdienstes und des Dezernats für Weiterbildung. Zum Abschluss des trilateralen Treffens konnte die Einleitung eines engeren Austauschprozesses vereinbart werden, der zur Anerkennung in den Unterzeichnerländern erworbener Fortbildungspunkte führen kann. Der Prozess soll zunächst auf Fachebene, etwa im Rahmen der jährlichen Konsultativtagung, eingeleitet und vorbereitet werden. Nach erfolgreichen Beratungen wird ein erneutes Treffen mit dem Ziel einer trilateralen Vereinbarung angestrebt.

Eine enge europäische Zusammenarbeit besteht schließlich auch im Bereich der Berufs- anerkennung. Im Zuge der durch die Europäische Kommission für das Jahr 2012 angekündigten Überarbeitung der Richtlinie 2005/36/EG hat sich die Bundesärztekammer am informellen Netzwerk aktiv beteiligt, in dem sich 28 zuständige Behörden aus 23 Mitgliedstaaten zusammengeschlossen haben, um Erfahrungen über die Umsetzung der Richtlinie und Probleme in der Anwendung auszutauschen. Gemeinsam mit dem französischen Conseil National de l'Ordre des Médecins und dem britischen General Medical Council (GMC) wurde die Bundesärztekammer durch die Kommission um die Steuerung des informellen Netzwerks für Ärzte gebeten. Die Bundesärztekammer war am 13. September 2010 Gastgeber der letzten Sitzung des Netzwerks, die mit dem sogenannten „Berlin Statement“ eine gemeinsame Schlussklärung von 25 Behörden aus 23 Mitgliedstaaten hervorgebracht hat (siehe Kapitel 2.4.1).

Die mögliche Überarbeitung der Berufs- anerkennungsrichtlinie und ihre möglichen Auswirkungen für migrierende Angehörige der Heilberufe war auch Gegenstand des diesjährigen Treffens der Initiative Health Professionals Crossing Borders am 29. November 2010 in Budapest. Die Bundesärztekammer trug durch eine Zusammenfassung der Ergebnisse des informellen Netzwerks zuständiger Behörden für den Arztberuf zur Veranstaltung bei (siehe Kapitel 2.4.2).

1.4 Internationale Angelegenheiten

1.4.1 Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“

Im Berichtszeitraum trat der Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“ der Bundesärztekammer zur vierten ordentlichen Sitzung in der Wahlperiode 2007/2011 am 18.11.2010 in Berlin zusammen.

Der Ausschuss befasste sich mit Projekten und Angelegenheiten, in die der Auslandsdienst der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund (siehe Kapitel 1.4.3), dem Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (siehe Kapitel 1.3.5), dem Europäischen Forum der Ärzteorganisationen in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (siehe Kapitel 1.4.4) und dem Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärztekammern (siehe Kapitel 1.4.2) eingebunden ist. Neben dem Austausch über die Arbeit der Bundesärztekammer in internationalen Gremien und regelmäßigen Zusammenkünften waren auch einzelne binationale und internationale Projekte Gegenstand der Diskussion (siehe Kapitel 1.3.5 und 1.4.5). Der Ausschuss befasste sich vor allem mit den Aktivitäten der Bundesärztekammer in Südosteuropa sowie der Zusammenarbeit mit den dortigen Ärztinnen und Ärzten und betonte, dass diese zunehmend als ein wichtiger Beitrag zur Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung in Europa wahrgenommen werden. Der Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“ unterstützt deshalb weiterhin die Bemühungen des Auslandsdienstes in diesen Ländern.

Besonderes Augenmerk wurde im zurückliegenden Jahr auf den Beginn und die Zukunft der Aktivitäten in Kosovo gelegt. Vertreter des Auslandsdienstes reisten zu Sondierungsgesprächen nach Kosovo. Seitens der Regierung in Pristina wurde der Wunsch geäußert, aktiv den Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung zu gestalten. Der Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“ begrüßte die Bitte des kosovarischen Gesundheitsministeriums als Ausdruck des Vertrauens und beauftragte den Auslandsdienst, den genauen Bedarf der Unterstützung zu eruieren und einen konkreten Projektentwurf auszuarbeiten (siehe Kapitel 1.4.5).

Auch im Jahr 2010 unternahm der Auslandsdienst vermehrt Anstrengungen für eine verstärkte Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der europäischen Ärzteorganisationen, die aus dem CPME ausgetreten sind. Eine Kontaktaufnahme zur spanischen Ärzteorganisation und die Vorbereitung einer gemeinsamen Konsultation wurden als notwendige Schritte befürwortet. In diesem Zusammenhang begrüßte der Ausschuss „Internationale Angelegenheiten“ die Einladung des Präsidenten der französischen Ärzteorganisation zu einer binationalen Konsultation nach Paris. Der Ausschuss befürwortet insgesamt die Rolle der Bundesärztekammer als aktives Bindeglied zwischen den verschiedenen Ärzteorganisationen in Europa. Dieser Aufgabe wurde die Bundesärztekammer auch im informellen Netzwerk der für die Berufsankennung zuständigen Regulierungsbehörden gemeinsam mit der französischen Ärzteorganisation und dem britischen General Medical Council 2010 gerecht. Das Resultat war das sogenannte „Berlin Statement“, in dem die Regulierungsbehörden ihre Stellungnahme zur Bewertung der EU-Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG formuliert haben (siehe Kapitel 1.3.6 und 2.4.1). Der Ausschuss diskutierte außerdem Themenvorschläge für die nächste Konsultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen, die vom 7. bis 9. Juli 2011 in Luxemburg stattfinden wird. Vorgeschlagen wurde, im

Rahmen der Konsultativtagung die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu thematisieren (siehe Kapitel 1.3.6).

1.4.2 Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA)

Das Symposium der Zentral- und Osteuropäischen Ärztekammern (ZEVA) bietet der Bundesärztekammer die Möglichkeit zur Kontaktpflege und zum Erfahrungsaustausch mit den Ärztekammern in den Nachbarländern Mittel- und Osteuropas. Das 17. Symposium fand vom 30. September bis zum 2. Oktober 2010 auf Einladung der mazedonischen Ärztekammer in Skopje statt. Die deutsche Ärzteschaft war neben der mazedonischen ebenso vertreten wie die Ärztekammern aus Österreich, Polen, Albanien, Kroatien, Serbien, der Slowakei, Rumänien und Tschechien. Außerdem nahmen Vertreter der bosnisch-herzegowinischen Ärztekammern aus den Kantonen Sarajevo und Zenica-Doboj sowie der Republik Srpska teil.

Auch in diesem Jahr wurde das ZEVA mit inhaltlicher und personeller Unterstützung des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer organisiert (siehe Kapitel 1.4.5).

In einem umfassenden Eröffnungsvortrag legte der Generalsekretär des Weltärztebundes, Dr. Otmar Kloiber, zunächst die Entwicklungen der ärztlichen Selbstverwaltung im internationalen Kontext dar.

Das weitere Programm des Symposiums konzentrierte sich auf das Schwerpunktthema „Patientensicherheit und Qualität in der Medizin“. Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Cornelia Goesmann, vermittelte einen Überblick über die Maßnahmen der deutschen Ärzteschaft in diesem Bereich. Sie appellierte unter anderem an die zentral- und osteuropäischen Ärztekammern, das Thema Patientensicherheit als eine natürliche Domäne der Ärzteschaft anzunehmen und gegenüber ihren Regierungen stärker als Akteure auf diesem Gebiet aufzutreten. Neben der deutschen Perspektive waren Österreich und das Gastgeberland Mazedonien im Zentrum der Betrachtung. Der Präsident der mazedonischen Ärztekammer, Dr. Vladimir Borozanov, beschrieb die Entwicklungen der Patientensicherheit in seinem Land und verwies in dem Zusammenhang auf die oftmals noch schlechten technischen Bedingungen bei der Gesundheitsversorgung. Diese seien nach wie vor die Hauptursache für medizinische Fehler.

Die Länderberichte orientierten sich in diesem Jahr ebenfalls am Schwerpunktthema Patientensicherheit. Außerdem wurde das Verhältnis zwischen Arzt, Patient und Krankenversicherungen diskutiert.

Ein weiteres Thema waren die ärztliche Weiter- und Fortbildung. Dr. Klaus-Dieter Wurche, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Bremen, stellte dazu die ersten Ergebnisse der Evaluierung der Weiterbildung in Deutschland vor.

Gegenstand der Diskussion waren darüber hinaus die Entwicklungen im Bereich Gesundheit in der Europäischen Union. Der Präsident des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (siehe Kapitel 1.3.5), Dr. Konstanty Radziwill, umriss die Themenfelder und ging in diesem Zusammenhang auch auf die Aktivitäten seiner Organisation ein.

Das Symposium hat sich erneut als geeigneter Rahmen herausgestellt, um spezifische Probleme der Ärztekammern zu thematisieren, sich auszutauschen und die ärztliche Selbstverwaltung nachhaltig zu stärken.

Der besondere Einsatz des Auslandsdienstes in den Ländern Mittel- und Osteuropas für die Unterstützung und Förderung von stabilen und funktionierenden ärztlichen Selbstverwaltungen wird von den europäischen Kollegen seit Jahren sehr geschätzt. Die kontinuierlichen Bemühungen der Bundesärztekammer unterstützen das Bestreben der deutschen und europäischen Ärzteschaft, die Autonomie und Freiheit des ärztlichen Berufes sicherzustellen. Starke Partner in anderen europäischen Ländern stärken auch die Position der Bundesärztekammer auf europäischer Ebene.

Die Präsidentin der serbischen Ärztekammer, Dr. Tatjana Radosavljević, berichtete vom nachhaltigen Erfolg des letztjährigen ZEVA-Symposiums, das in Belgrad stattgefunden hatte. Mit dem großen Erfolg des Symposiums und dem einhergehenden beachtlichen Medieninteresse hat die serbische Ärztekammer als Ansprechpartnerin bei der Regierung an Gewicht gewonnen.

Für das 18. ZEVA-Symposium im Jahr 2011 hat die polnische Ärztekammer eine Einladung ausgesprochen.

1.4.3 Weltärztebund (World Medical Association)

Die deutsche Ärzteschaft ist durch die Bundesärztekammer im Weltärztebund (World Medical Association – WMA) vertreten. Professor Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe und Dr. Frank Ulrich Montgomery waren im Jahre 2010 Mitglieder im Vorstand des WMA, Professor Hoppe ist zudem Schatzmeister.

Der WMA vertritt die Interessen der internationalen Ärzteschaft, verfasst regelmäßige Stellungnahmen zu sozialen und gesellschaftlichen Fragen im Bereich Medizin und Gesundheit und ist insbesondere an der Erarbeitung eines globalen Konsenses über ärztliche Ethik aktiv beteiligt. So hat etwa die „Deklaration von Helsinki“ aus dem Jahre 1964 in ihrer überarbeiteten Fassung den internationalen Maßstab für die Durchführung von klinischen Studien am Menschen gesetzt und somit auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mitgeprägt. Um einen zeitgemäßen Forschungsstand zu gewährleisten, wurde die Deklaration von Helsinki 2008 gründlich überarbeitet. In Vorbereitung auf eine zukünftige erneut anstehende Überprüfung hat die „WMA-Placebo-Arbeitsgruppe“ unter dem Vorsitz der Bundesärztekammer im Jahr 2010 bereits die Überarbeitung einzelner Paragraphen mit inhaltlichem Bezug zur Nutzung von Placebos in klinischen Studien in die Wege geleitet.

Dr. Dana Hanson aus Kanada präsierte im Oktober 2010 die 61. WMA-Generalversammlung im kanadischen Vancouver. Da der 2009 in Neu-Delhi gewählte Präsident für das Jahr 2010/2011, Dr. Ketan Desai aus Indien, sein Amt nicht antreten konnte, wählte die Generalversammlung im ersten Wahlgang Dr. Wonchat Subhachaturas aus Thailand zum Präsidenten. Er nahm mit der Wahl unmittelbar sein Amt auf. Für die Amtsperiode 2011/2012 erhielt Dr. Jose Luiz Gomes do Amaral aus Brasilien das Vertrauen der WMA-Generalversammlung. Er wird sein Amt als Präsident mit der nächsten Generalversammlung in Montevideo in Uruguay im Oktober 2011 antreten. Der Schwerpunkt der

wissenschaftlichen Veranstaltung Gesundheit und Umwelt wurde von dem gastgebenden kanadischen Ärztenbund ausgewählt und ist auf sein jahrelanges Engagement zu diesem Thema im WMA zurückzuführen. Als neue Mitglieder wurden die serbische Ärztekammer und der Ärztenbund Mosambiks in den Weltärztenbund aufgenommen. Damit hat der WMA nunmehr 97 Mitglieder.

Die Generalversammlung verabschiedete sechs Dokumente, darunter eine Erklärung zum Verhältnis von Ärzten und Pharmazeuten und eine Erklärung zur Verordnung von Arzneimitteln. Nach einer kontrovers geführten Diskussion konnte die Bundesärztekammer ihr Anliegen, den Arztvorbehalt bei der Verschreibung von Arzneimitteln zu bewahren, weitestgehend in beiden Dokumenten verankern. Außerdem wurde eine Erklärung zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern, eine Erklärung zur Umweltzerstörung sowie Erklärungen zur Gewalt in Familien und zu Gewalt gegenüber Frauen und Mädchen verabschiedet. Des Weiteren genehmigte die Generalversammlung die völlig neu strukturierten und komplett überarbeiteten Fassungen von Satzung und Geschäftsordnung der WMA.

Vertreter des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer haben in verschiedenen WMA-Arbeitsgruppen Aufgaben übernommen und unterstützen zudem mehrere vom WMA koordinierte Projekte. Als Mitglied in der „WMA-Effizienzgruppe“ nahm die Bundesärztekammer zum Beispiel verstärkten Einfluss auf die Gestaltung, Terminierung und inhaltliche Vorbereitung der WMA-Sitzungen.

Die Arbeitsgruppe, die nach der 2008 verabschiedeten neuen Fassung der Deklaration von Helsinki aufgrund der kontrovers diskutierten Fragen um den Einsatz von Placebos in der klinischen Forschung unter dem Vorsitz der Bundesärztekammer eingesetzt worden war, konnte vom 1. bis zum 3. Februar 2010 eine erfolgreiche Expertenkonferenz in Sao Paulo in Brasilien durchführen. Während der Konferenz wurden die Konfliktlinien herausgearbeitet und mögliche Kompromisse formuliert. Aufgrund des großen Erfolges der Veranstaltung und der weiterhin offenen Fragen soll, erneut unter Vorsitz der Bundesärztekammer, eine Folgeveranstaltung im Juli 2011 im japanischen Tokio stattfinden. Das Ziel wird dann sein, einen internationalen Konsens für die Neuformulierung des Paragraphen 32 der Deklaration von Helsinki zum Thema Placebo zu erreichen. Der Schwerpunkt der Veranstaltung wird bei der Ethik der Nutzung von Placebos in klinischen Studien in Entwicklungsländern liegen. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer stimmt sich bei der Vorbereitung der Konferenzen und der inhaltlichen Diskussion in der Arbeitsgruppe eng mit dem Vorsitzenden der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, ab.

Die Bundesärztekammer beteiligt sich darüber hinaus sowohl an der Arbeitsgruppe „Palliativmedizin“, die eine entsprechende Resolution des WMA erarbeitet, als auch an der Arbeitsgruppe, die für die Vorbereitung einer internationalen Konferenz zum Thema „medizinische Grundversorgung“ gegründet wurde.

Bei der WMA-Konferenz zum Thema „Die Finanzkrise und die Auswirkungen auf das Gesundheitswesen“ am 10. und 11. September im lettischen Riga konnte sich die Bundesärztekammer zudem mit einem Vertreter des Auslandsdienstes einbringen und vor allem den Kontakt zu den WMA-Mitgliedern aus Ostmitteleuropa und Russland vertiefen.

Der WMA plant außerdem ein stärkeres Engagement in Ländern des arabischen Raums, um die Präsenz arabischer Länder in der ärztlichen Weltgemeinschaft zu fördern und zu

stärken. Auf diese Weise wäre eine globale Berücksichtigung von WMA-Erklärungen und -Stellungnahmen zu gewährleisten. Die Bundesärztekammer koordiniert deshalb gemeinsam mit der norwegischen Ärzteorganisation Bemühungen des WMA, lokale Partner für gemeinsame Projekte in der Golfregion zu finden. Im Jahr 2011 soll eine internationale Expertenkonferenz in Zusammenarbeit mit ärztlichen Vertretern vor Ort stattfinden.

1.4.4 Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

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

Das European Forum of Medical Associations (EFMA) dient als Verbindungsglied zwischen den nationalen europäischen Ärzteorganisationen und dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation – WHO) in Kopenhagen, Dänemark. Die Bundesärztekammer ist offizielles Mitglied im EFMA/WHO-Liaison-Komitee. Das Komitee entwirft unter anderem das Programm des jährlich stattfindenden Forums, das im Jahr 2010 vom 19. bis 21. September auf Einladung der Russischen Medizinischen Gesellschaft in St. Petersburg in Russland veranstaltet wurde. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer bereitete in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) den Programmpunkt „Critical Incident Reporting System“ als einen eigenen Workshop und als Zusammenfassung für die Hauptveranstaltung vor. Weitere Workshops wurden zu den Themen „Soziale Ungleichheiten bei der medizinischen Versorgung“ und „Informationsmanagementsysteme im Gesundheitsbereich“ abgehalten. Das Hauptprogramm beschäftigte sich unter anderem mit Ärztemigration, Organisationsstrukturen in der Notfallmedizin, aktuellen Herausforderungen bezüglich verschiedener übertragbarer und nicht übertragbarer Krankheiten sowie einzelnen Länderberichten.

Die Zusammenarbeit mit Vertretern der WHO auf dieser Ebene bietet der Bundesärztekammer eine einzigartige Plattform, um über aktuelle Themen zu beraten, wichtige Kontakte zu schließen und internationale Netzwerke aufzubauen. Der Erfahrungsaustausch mit europäischen Ärzteverbänden von Staaten außerhalb der Europäischen Union ist ein weiterer wertvoller Aspekt in der Zusammenarbeit des EFMA. Der Auslandsdienst der Bundesärztekammer konnte die über das EFMA geknüpften Kontakte und Erfahrungen häufig in seiner Arbeit bei anderen Projekten auf internationaler Ebene nutzen und somit gezielt und zeitnah relevante Informationen an die einzelnen Fachdezernate in der Bundesärztekammer weiterleiten. Der besondere Wert des EFMA wird auch von der WHO geschätzt. Als Zeichen hierfür kann die frühe Kontaktaufnahme der neu gewählten Direktorin des WHO-Regionalbüros Europa, Dr. Zsuzsanna Jakab aus Ungarn, mit EFMA-Vertreterinnen und -vertretern gedeutet werden. Ein Vertreter der Bundesärztekammer wurde gemeinsam mit drei Kollegen aus dem EFMA-Koordinierungsausschuss direkt zu Beginn der Amtszeit von Dr. Jakab im Frühjahr 2010 im WHO-Europabüro in Kopenhagen zu Gesprächen empfangen. In den Beratungen wurde festgehalten, dass Vertreterinnen und Vertreter von ärztlichen Organisationen in Zukunft frühzeitig bei der Strategie- und Projektentwicklung der WHO mit einbezogen werden. Somit wird die Bundesärztekammer die Möglichkeit haben, in diesem Rahmen über die Mitwirkung im EFMA-Koordinierungsausschuss verstärkt Akzente zu setzen.

Im September 2010 wurden zudem zwei Arbeitsgruppen ins Leben gerufen, denen ärztliche Vertreter aus ganz Europa sowie WHO-Experten angehören. Die Arbeitsgruppen werden sich mit den Themen „Antibiotikaresistenzen“ sowie „Immunisierung“ beschäftigen. Die Bundesärztekammer wird in beiden Arbeitsgruppen aktiv mitarbeiten. Erste Ergebnisse sollen während des nächsten Forums präsentiert werden.

Der EFMA-Koordinierungsausschuss tagt Anfang 2011 in der belgischen Ärztekammer in Brüssel, um unter anderem die Vorbereitungen und das Programm für das Forum 2011, das vom 23. bis 25. Juni ebenfalls in Brüssel stattfinden wird, abzuschließen.

1.4.5 Internationale Zusammenarbeit

Im Berichtszeitraum empfing der Auslandsdienst Delegationen und Besucher aus China, Japan, Korea, Serbien, Russland, der Mongolei und Ungarn in der Bundesärztekammer. Den Ärztinnen und Ärzten sowie Gesundheitsexpertinnen und -experten wurden die Aufgaben und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland vorgestellt, eine Einführung in das deutsche Gesundheitssystem gegeben und die Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu verschiedenen aktuellen gesundheitspolitischen Themen dargelegt. Darüber hinaus wurde im Einzelfall auf die spezifischen Fragen und Themenwünsche der Delegationen eingegangen. Besonders angefragte Themen waren im Jahr 2010 Vorträge zu den Reformen des deutschen Gesundheitssystems der letzten zehn Jahre sowie Krankenhausmanagement und Patientensicherheit. Der Auslandsdienst initiierte außerdem regelmäßig informelle Zusammenkünfte und bilaterale Gespräche mit internationalen Partnern am Rande verschiedener internationaler Veranstaltungen.

Zum 34. Interdisziplinären Forum im Januar 2010 begrüßte der Auslandsdienst ärztliche Kolleginnen und Kollegen aus Bosnien-Herzegowina, Lettland, Rumänien, der Schweiz, Serbien und der Slowakei als Gäste (siehe Kapitel 2.3.4).

Während des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden betreute das Team des Auslandsdienstes insgesamt 80 internationale Gäste mit Vertretern aus Albanien, Belgien, Brasilien, Bosnien-Herzegowina, Frankreich, Italien, Israel, Japan, Kroatien, Kanada, Lettland, Malta, Mazedonien, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, der Schweiz, Serbien, der Slowakischen Republik, Slowenien, der Tschechischen Republik, der Ukraine, Ungarn, den USA und Nordkorea. Damit zeigten so viele internationale Teilnehmer Interesse am Deutschen Ärztetag wie nie zuvor.

In diesem Rahmen fand auch eine Sitzung von Ländervertretern statt, die am ZEVA-Symposium teilnehmen (siehe Kapitel 1.4.2). Die mazedonische Ärztekammer stellte als Gastgeberin des Symposiums ihr Konzept vor und diskutierte mit den Kolleginnen und Kollegen das geplante inhaltliche Programm. Ähnlich der Zusammenarbeit mit den durchführenden Ärztekammern in den Jahren zuvor unterstützte der Auslandsdienst der Bundesärztekammer die Veranstalter organisatorisch und inhaltlich. Somit lag ein Länderschwerpunkt der Bundesärztekammer im Jahr 2010 bei Mazedonien, verbunden mit einem entsprechend regen Austausch mit der mazedonischen Ärztekammer. Bei einem Treffen mit dem Kammervorstand in Skopje konnten Vertreter des Auslandsdienstes zudem viele Fragen zur ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland beantworten und Impulse zur Weiterentwicklung der relativ jungen Strukturen in Mazedonien geben.

Fortgeführt wurde auch die gute Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft Serbiens. Mit finanzieller Unterstützung der Hans-Neuffer-Stiftung besuchte eine siebenköpfige Delegation der serbischen Ärztekammer die Bundesärztekammer und informierte sich im Rahmen einer dreitägigen Studienreise über die Strukturen und Gremien der deutschen Ärzteschaft. Das Programm wurde vom Auslandsdienst der Bundesärztekammer vorbereitet und durchgeführt. In Kooperation mit der Ärztekammer Berlin konnte dem Anliegen der serbischen Gäste, mehr über Mitgliederverwaltung und Mitgliederkommunikation zu erfahren, entsprochen werden. Das Besuchsprogramm umfasste einen Besuch bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Zudem informierten eine Vertreterin der gemeinsamen Rechtsabteilung der KBV und Bundesärztekammer sowie der Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftungsrecht der norddeutschen Ärztekammern über das Arzthaftungsrecht in Deutschland. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) stellte schließlich die Arbeit des Instituts vor und erläuterte die Maßnahmen der deutschen Ärzteschaft im Bereich Patientensicherheit und Qualität in der Medizin. Die Ausführungen zum Thema Patientensicherheit im Gesundheitswesen sowie die Notwendigkeit einer entsprechenden Positionierung der serbischen Ärzteschaft zum besagten Thema stießen bei der serbischen Delegation auf große Resonanz. Die Studienreise wurde von der serbischen Kammerpräsidentin äußerst positiv bewertet, auch hinsichtlich zukünftiger Beratungen mit der serbischen Regierung.

Im Anschluss an die Aktivitäten in 2009 wurden auch im Berichtsjahr die Kontakte zu den kantonalen Ärztekammern in Bosnien-Herzegowina gepflegt. Um die bisherigen Bemühungen der Bundesärztekammer beim Aufbau gemeinsamer Strukturen der organisierten Ärzteschaft des gesamten Landes weiterzuführen, ist für 2011 eine zusammenführende und im Idealfall konstituierende Sitzung der zehn kantonalen Kammern geplant.

Bei den Aktivitäten der Bundesärztekammer im südosteuropäischen Raum wurden die fehlenden ärztlichen Organisationsstrukturen im Kosovo deutlich, wobei auch sehr schwer konkrete Ansprechpartner für ärztliche Belange zu identifizieren waren. Gleichzeitig häuften sich Anfragen bei den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer zur Einschätzung von ärztlichen Diplomen aus dem Kosovo. Um mehr über die medizinische Versorgung, über die Situation der Ärztinnen und Ärzte sowie über die Aus-, Weiter- und Fortbildung im Kosovo zu erfahren, trafen Vertreter des Auslandsdienstes im September 2010 in Pristina engagierte Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreter der kosovarischen Regierung. Unterstützt wurde das Projekt von der Hans-Neuffer-Stiftung und Dr. Salih Berisha, der mit dem Universitätsklinikum Mannheim regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen im Kosovo durchführt. Bei allen Gesprächen wurde der konkrete Wunsch nach einem stärkeren Engagement der Bundesärztekammer beim Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung des Landes formuliert. Dieser Wunsch wurde auch durch ein offizielles Schreiben des kosovarischen Gesundheitsministeriums an die Bundesärztekammer unterstrichen. Der Auslandsdienst wird für 2011 Maßnahmen prüfen, die einen Beitrag zum Aufbau von Kammerstrukturen sowie zur Weiterentwicklung der Fort- und Weiterbildung im Kosovo leisten können.

Am 29. und 30. Oktober 2010 fand auf Einladung der Ärztekammer der südrussischen Region ein deutsch-russisches Symposium in Sotschi in Russland statt. Eingeladen waren neben dem Präsidenten der neugegründeten nationalen Ärztekammer Russlands, Dr. Leonid Roshal, auch Repräsentanten verschiedener anderer russischer Ärzteorganisationen sowie hochrangige Regierungsvertreter. Die Veranstaltung wurde auf

Wunsch der russischen Kolleginnen und Kollegen vom Auslandsdienst der Bundesärztekammer gemeinsam mit Dr. Anatol Resnikov, einem russischstämmigen Arzt in Deutschland, koordiniert. Das Zusammentreffen sollte der russischen Ärzteschaft gezielte Impulse zum Umbau der ärztlichen Organisationsstrukturen geben, konkrete Unterstützung wurde dabei angeboten. Die Bundesärztekammer hat für die russischen Ärztevertreter eine Modellfunktion. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, stellte die ärztliche Berufsordnung sowie das System der Gutachter- und Schlichtungsstellen vor. Außerdem trugen Vertreter des Auslandsdienstes und der KBV mit Präsentationen über die ärztliche Selbstverwaltung in Deutschland zum Programm bei. Die Vertreter der Bundesärztekammer boten der russischen Seite an, auch in Zukunft als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

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

Angesichts vergleichbarer Herausforderungen für die Ärzteschaft europa- und weltweit ist die Förderung und Stabilisierung der Selbstverwaltung in Ländern mit ähnlichen Strukturen im Interesse der deutschen Ärztinnen und Ärzte. Die Bundesärztekammer wird die ärztliche Selbstverwaltung in Europa weiter stärken und den Aufbau neuer entsprechender Strukturen unterstützen. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Migration von Ärztinnen und Ärzten, verbunden mit Fragen zur Berufsankennung und Qualitätsprüfung, ist dies auch hilfreich für die Arbeit der Landesärztekammern im Zusammenhang mit der Einschätzung von Aus-, Weiter- und Fortbildungen aus Europa.

Ein besonders enger Erfahrungsaustausch mit Ländern außerhalb der Europäischen Union besteht seit Jahren mit ärztlichen Vertretern Israels, Japans und der USA. In Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund wird der Auslandsdienst im Jahr 2011 auch verstärkt Aktivitäten in Ländern des arabischen Raums unterstützen. Diese Region ist in den internationalen ärztlichen Gremien bislang noch stark unterrepräsentiert (siehe Kapitel 1.4.3).

1.5 Beauftragter für Menschenrechte

1.5.1 Medizinische Situation von Ausländerinnen und Ausländern ohne legalen Aufenthaltsstatus – Faltblatt der Bundesärztekammer

Nach wie vor ist die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland mit faktischen Zugangsbarrieren verbunden. Da seitens der Betroffenen die Befürchtung besteht, dass ihr illegaler Aufenthaltsstatus durch die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe aufgedeckt wird, werden Arztbesuche selbst in dringenden Notfällen zu spät oder gar nicht durchgeführt. Dadurch verschlechtert sich die individuelle gesundheitliche Situation des Einzelnen teilweise gravierend; auch sind Folgen hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit bspw. durch Infektionskrankheiten zu befürchten. Ärzte, die medizinische Hilfe bei dieser Personengruppe leisten, fühlen sich

häufig wegen des im Raume stehenden Vorwurfs der Beihilfe zum illegalen Aufenthalt kriminalisiert. Verschiedene Bundesregierungen haben diesen Missstand nicht grundsätzlich aufgehoben, sondern vielmehr in kleinen Schritten entschärft. So z. B. in einem Schreiben des damaligen Bundesinnenministers Dr. Schäuble an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, vom 10. August 2007 (siehe Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 2008, S. 44) oder auch im Rahmen untergesetzlicher Normen, wie in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 27. Juli 2009. Diese Vorschrift konkretisiert das Handeln der betroffenen Behörden in der Ausführung des Aufenthaltsgesetzes. Sie stellt fest, dass sich Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht strafbar machen, wenn sich ihre Handlungen objektiv auf die Erfüllung ihrer beruflichen Pflichten beschränken. Unsicherheiten gab es in den letzten Jahren auch hinsichtlich einer (vermeintlichen) Meldepflicht der behandelnden Ärzte, wenn sie im Zuge der medizinischen Behandlungen eines Menschen von seinem fehlenden Aufenthaltsstatus Kenntnis bekamen. Auch hier stellt die Allgemeine Verwaltungsvorschrift klar, dass Ärztinnen und Ärzte und sogenannte „berufsmäßige Gehilfen“ der Schweigepflicht unterliegen. Hierzu zählen neben dem medizinischen Personal auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal von Krankenhäusern und Arztpraxen. Diese Personen dürfen keine Angaben über Menschen, die sich illegal in Deutschland aufhalten, an die Polizei oder die Ausländerbehörden weitergeben. Die Klarstellungen in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 27. Juli 2009 zum „verlängerten Geheimnisschutz“ gewährleisten somit die durchgängige Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bis in öffentliche Stellen hinein.

Die Bundesärztekammer hat in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin unter Mitwirkung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe das Falblatt „Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Klinik und Praxis“ entwickelt. Zielgruppe des Falblattes sind Ärztinnen und Ärzte. Das Falblatt in gedruckter Form erfreute sich hoher Nachfrage; eine zweite Auflage wurde zum Ende des Berichtszeitraums in Auftrag gegeben. Den Ärztekammern wird eine elektronische Version zur Verfügung gestellt, damit diese an die regionalen Besonderheiten angepasst werden kann. Das Falblatt ist unter http://baek.de/downloads/Flyer_Menschen_ohne_Papiere.pdf abrufbar.

1.5.2 Rücknahme der Vorbehaltserklärung der Bundesregierung zur UN-Kinderrechtskonvention

Am 03.05.2010 hat das Bundeskabinett angekündigt, die seit 18 Jahren geltende Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention, die die Bundesregierung seiner Zeit erklärt hatte, zurückzunehmen. Ein Beschluss des 113. Deutschen Ärztetages 2010 hat diese Entscheidung zur Rücknahme begrüßt und den Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene gebeten, entsprechende Anpassungen im Asyl-, Aufenthalts- und Sozialrecht vorzunehmen. Die Bundesregierung scheint jedoch der Auffassung zu sein, dass sich aus der Rücknahme kein gesetzlicher Handlungsbedarf ergibt. Eine Reihe von Initiativen der Oppositionsparteien im Deutschen Bundestag forderte – bislang vergeblich – die Bundesregierung auf, den vorliegenden Handlungsbedarf gesetzestechisch umzusetzen. Über den Berichtszeitraum hinaus wird die Bundesärztekammer versuchen, der Beschlusslage des 110. Deutschen Ärztetages 2007 Nachdruck zu verleihen.

1.5.3 Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern

Am 15. Dezember 2010 kamen die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern zu ihrem jährlichen Treffen in Berlin zusammen. Dabei wurden unterschiedliche Themenbereiche diskutiert: die Rücknahme der Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention, die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstatus, das Faltblatt „Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis“, eine Anfrage von Ärzte der Welt e. V. zur Unterzeichnung der „Europäische[n] Erklärung Freier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne Papiere“, eine Anfrage von TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e. V. zu einer Unterschriftenaktion „Von Genitalverstümmelung betroffene Frauen haben ein Recht auf medizinische Versorgung!“ sowie Fragen zur ärztlichen Untersuchung auf Flugreisefähigkeit bei abzuschiebenden Personen.