



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge

75. Sitzung (öffentlich)

29. September 2004

Düsseldorf - Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 12:40 Uhr

Vorsitz: Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim (CDU)

Stenografin: Simona Roeßgen

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

Seite

1 Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes (HeilBerG)

1

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 13/5739
Vorlage 13/3003

Fachgespräch mit Expertinnen und Experten gemäß § 31 der Geschäftsordnung (*siehe auch nächste Seite*)

Institution	Redner/-in	Zuschrift	Seite
Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern des Landes NRW	Dr. Peter Engel (Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern und der Zahnärztekammer Nordrhein)	13/4324	4, 19, 20
Ärztekammer Nordrhein	Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu, Dr. med. Robert Schäfer	13/4350 (nachgereicht)	5, 19 7, 15, 21, 24
Ärztekammer Westfalen-Lippe	Christoph Kuhlmann	13/4326	9, 17, 19
Psychotherapeutenkammer NRW	Monika Konitzer (Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW) Dr. Martin Stellpflug	-	11, 19 12
Tierärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe	Dr. med. vet. Rainer Mertens (Präsident der Tierärztekammer Nordrhein)	13/4322	12
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe	Michael Schulte Westenberg	vergleiche 13/4324	13

weitere Zuschrift	
PD Dr. med. Vera John-Mikolajewski	13/4327

- 2 Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)** 26
- Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 13/5959
- Der Ausschuss kommt überein, hierzu eine öffentliche Anhörung durchzuführen (*von den Obleuten dafür festgelegter Termin: 17. November 2004*)
- 3 Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen; Festlegung konkretisierter Rahmenvorgaben für den Ausbildungsstätten- und Ausbildungsplatzbedarf der Ausbildungen nach § 2 Nr. 1 a KHG gemäß Planungsgrundsatz 12 (Ausbildungsstätten)** 27
- Vorlage 13/2987
- Der Ausschuss wird gemäß § 14 ABS. 2 KHG NRW angehört. Einwendungen werden nicht erhoben.
- 4 "Besorgnis erregende Zunahme von bakteriellen Infektionen in Krankenhäusern und Pflegeheimen"** 28
- StS'in Prüfer-Storcks (MGSFF) gibt hierzu einen Sachstandsbericht ab und beantwortet gemeinsam mit MR Dr. Siebertz (MGSFF) Fragen aus dem Ausschuss.
- 5 Entwurf eines Gesetzes zur Ausführung des Zweiten Buches des Sozialgesetzbuches für das Land Nordrhein-Westfalen** 32
- Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 13/5953
- Der Ausschuss kommt überein, hierzu eine öffentliche Anhörung durchzuführen (*von den Obleuten dafür festgelegter Termin: 17. November 2004*)

6 Antidiskriminierung in NRW: Mobbing in Behörden und Verwaltung präventiv begegnen 33

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 13/5669

Der Ausschuss kommt überein, sich an der vom federführenden Ausschuss für Innere Verwaltung und Verwaltungsstrukturreform geplanten Anhörung nachrichtlich zu beteiligen.

7 Für eine neue Esskultur - gegen Strafsteuern und staatliche Ernährungsdiktatur 34

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 13/5671

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von SPD, CDU und Grünen gegen die Stimmen der Fraktion der FDP ab.

8 Verschiedenes 35

Die für den 3. November 2004 vorgesehene AGS-Sitzung entfällt. Voraussichtlich findet am 1. Dezember 2004 eine AGS-Sitzung statt.

Aus der Diskussion

Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich begrüße Sie zur 75. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge. Die gesamte Sitzung ist öffentlich. Daher begrüße ich neben den Vertreterinnen und Vertretern der Landesregierung sowie den für die heutige Sitzung geladenen Expertinnen und Experten auch die Zuschauerinnen und Zuschauer.

Ich rufe auf:

1 Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes (HeilBerG)

Gesetzentwurf der Landesregierung

Drucksache 13/5739

Vorlage 13/3003

Dieser Gesetzentwurf wurde durch das Plenum am 23. September 2004 zur federführenden Beratung an unseren Ausschuss und zur Mitberatung an den Ausschuss für Kommunalpolitik überwiesen. Wir haben uns bereits in unserer letzten Sitzung, da die Überweisung des Gesetzentwurfs absehbar war, darauf verständigt, heute ein Fachgespräch mit Expertinnen und Experten zu führen. Gleichzeitig haben wir das Gesundheitsministerium gebeten, uns zum Themenkreis „Haftung für Entscheidungen der Ethikkommissionen“ in der heutigen Sitzung vorab zu berichten. Hierzu hat uns die Vorlage 13/3003 erreicht. - Frau Prüfer-Storcks, möchten Sie diese Vorlage seitens des Ministeriums noch mündlich ergänzen?

StS'in Prüfer-Storcks (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie):

Frau Vorsitzende, ich würde den Bericht nur ergänzen, wenn dazu Nachfragen gestellt werden. Ansonsten möchte ich gern zum Heilberufsgesetz einführen und eventuelle Nachfragen zu dieser Problematik beantworten.

Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim: Dann gebe ich Ihnen nun das Wort für einen einführenden Bericht.

StS'in Prüfer-Storcks (MGSFF): Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Mit dem Ihnen vorliegenden Gesetzentwurf soll das Heilberufsgesetz an neue Entwicklungen und neue Aufgaben der Heilberufskammern angepasst werden.

Einer der Auslöser der Novellierung ist ein von der Europäischen Kommission gegen die Bundesrepublik Deutschland eingeleitetes Vertragsverletzungsverfahren, das die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin betrifft. Nach geltendem Recht gibt es in der Bundesrepublik - in Nordrhein-Westfalen wie in den anderen Bundesländern - zwei unterschiedliche Weiterbildungen in der Allgemeinmedizin: zum einen die fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, zum anderen die EU-weit existierende mindestens dreijährige spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin, die in

Deutschland zum Führen der Bezeichnung „praktischer Arzt“ bzw. „praktische Ärztin“ berechtigt, jedoch nicht zum Führen der Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“. Nach Auffassung der Europäischen Kommission ist es nicht zulässig, neben der spezifischen Ausbildung eine weitere Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin vorzuhalten und Absolventen der spezifischen dreijährigen Ausbildung das Recht zum Führen der Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu verwehren.

Um ein entsprechendes Verfahren zu vermeiden, haben sich die Länder mit der Bundesregierung auf eine Neuregelung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung verständigt, damit diese Weiterbildung mindestens den Anforderungen der EU-Richtlinie entspricht. Die Novellierung gewährleistet, dass gemeinschaftsangehörige Ärztinnen und Ärzte mit einer nach EU-Recht abgeschlossenen allgemeinmedizinischen Weiterbildung - also der dreijährigen spezifischen - künftig einen Anspruch auf das Führen der Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ haben. Ferner wird die Zweigleisigkeit der allgemeinmedizinischen Weiterbildung abgeschafft, indem die Inhalte der spezifischen Ausbildung in die von den Kammern vorgesehene Facharztweiterbildung integriert werden.

Zum Zweiten schafft die Gesetzesnovelle die Voraussetzungen dafür, die vom Deutschen Ärztetag 2003 beschlossene Musterweiterbildungsordnung durch die Landesärztekammern in Satzungsrecht umzusetzen. Die Kammern erhalten damit mehr Spielraum zur Bildung bestimmter weiterbildungsrechtlicher Ausnahmen und können Weiterbildung in Zukunft eingeschränkt auch selbst betreiben.

Sämtliche durch Weiterbildung erworbene Qualifikationen sollen von den Ärztinnen und Ärzten künftig angekündigt werden dürfen, wenn sie vorher von der Ärztekammer überprüft worden sind. Es muss darüber hinaus gewährleistet sein, dass Qualifikationen, die außerhalb eines förmlichen Weiterbildungsganges, also in der Regel ohne Prüfung erworben wurden, z. B. bestimmte Tätigkeitsschwerpunkte, nur dann beispielsweise auf dem Praxisschild geführt werden dürfen, wenn nachweisbar besondere Kenntnisse und Fähigkeiten vorliegen, die nachhaltig praktisch umgesetzt werden. Wir wollen damit eine bessere Abgrenzung zwischen zulässiger und berufswidriger Werbung erreichen.

Drittens geht es um die Liberalisierung der ambulanten Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte. Das schafft Erleichterungen bei der Wahl neuer Berufsausübungsformen. Künftig wird es den Ärztinnen und Ärzten möglich sein, in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts tätig zu sein. Damit wird eine Forderung des Deutschen Ärztetages vom Mai 2004 umgesetzt. Hintergrund dieser Neuregelung ist auch, gleiche Chancen für niedergelassene Berufsangehörige und neue Versorgungsformen zu schaffen, z. B. Versorgungszentren, die mit der Gesundheitsreform eingeführt worden sind.

Was die bisherige grundsätzliche Bindung der ambulanten Tätigkeit an die Niederlassung in eigener Praxis betrifft, sind gewisse Lockerungen vorgesehen. Zwar soll nach wie vor Voraussetzung sein, dass die Tätigkeit an einem Praxissitz ausgeübt wird, um zu verhindern, dass die heilkundliche Berufsausübung in nicht praxisgerechten Räumen oder im Umherziehen stattfindet. Es muss aber nicht die eigene Praxis sein. Das heißt, wir eröffnen die Möglichkeit zu neuen Kooperationsformen, um damit auch niedergelassenen Kammerangehörigen eine möglichst flexible Berufsausübung zu ermöglichen.

Viertens werden die Aufgaben und Zuständigkeiten der Heilberufskammern präzisiert. Wir stellen Befugnisse klar und erweitern die Kompetenzen. Beispiele hierfür sind:

- die Zuständigkeit für die Ausstellung des elektronischen Heilberufsausweises
- die Zuständigkeit für die Zulassung stationärer Einrichtungen als Weiterbildungsstätten; bisher lag die Zuständigkeit bei den Bezirksregierungen, künftig bei den Ärztekammern
- die Zuständigkeit der Ärztekammern für die Überprüfung der Einhaltung festgelegter Qualitätsstandards; das spielt z. B. bei der Zertifizierung von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen eine Rolle.

Zur Rechtssicherheit und Rechtsklarheit sollen auch die Änderungen bei den Regelungen zu Ethikkommissionen, die bei den Ärztekammern angesiedelt sind, beitragen. Aufgrund der Novelle des Arzneimittelgesetzes ändert sich die Rolle der Ethikkommissionen im Rahmen klinischer Prüfungen. Bisher waren die Ethikkommissionen berufsrechtliches Beratungsgremium für Kammerangehörige. Zukünftig werden sie in diesem Verfahren die Aufgaben einer Patientenschutzorganisation mit Behördencharakter einnehmen.

Mit der Abgabe ihres Votums bestimmen die Ethikkommissionen darüber, ob mit einer klinischen Prüfung begonnen werden darf oder nicht. Der Bundesgesetzgeber hat es den Landesgesetzgebern überlassen, Bildung, Zusammensetzung und Finanzierung der Ethikkommissionen zu regeln. Daher musste das in die Novellierung des Heilberufsgesetzes aufgenommen werden.

Bisher nicht abschließend geklärt ist die Haftungsfrage für Mitglieder der Ethikkommissionen. Dazu liegt Ihnen ein schriftlicher Bericht vor. Sie können ihm entnehmen, dass sich die Landesregierung für eine versicherungsrechtliche Lösung ausspricht, wie sie im Moment auch bei den im Rahmen des Medizinproduktegesetzes zuständigen Stellen Praxis ist, die eine ähnliche Funktion haben. Ich gehe davon aus, dass, wenn es zu einer solchen Lösung kommt, keine Änderung des Gesetzentwurfs zur Änderung des Heilberufsgesetzes notwendig ist. Wir versuchen, eine bundesweit einheitliche Lösung herbeizuführen, und sind im Gespräch mit den anderen Ländern, auch mit den Ärztekammern im Land, der Bundesärztekammer und dem Bundesministerium. Wir hoffen, dass wir hier im Oktober/November zu einer Klärung kommen.

Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim: Gibt es Nachfragen aus dem Ausschuss? - Herr Henke.

Rudolf Henke (CDU): Ich habe nichts dagegen, halte es aber für zweckmäßiger, uns erst im Anschluss an das Expertengespräch Gelegenheit zu Nachfragen zu geben. Das ein oder andere wird vielleicht schon durch die Stellungnahmen der Expertinnen und Experten geklärt.

Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim: Ich schlage vor, kurze Fragen sofort zu klären. Bei größerem Diskussionsbedarf sollten allerdings zunächst die Ausführungen der Expertinnen und Experten abgewartet werden. - Herr Bischoff.

Rainer Bischoff (SPD): Ich schließe mich Herrn Henkes Ansicht an. Wir sollten zuerst das Expertengespräch führen.

Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim: Gut, dann haben wir in diesem Punkt eine große Einigkeit und können zu unserer Expertenrunde übergehen.

Bevor wir beginnen, möchte ich Ihnen, den Expertinnen und Experten, ausdrücklich dafür danken, dass Sie kurzfristig bereit und in der Lage waren, heute Morgen in unseren Ausschuss zu kommen. Wir danken Ihnen auch für die schriftlichen Stellungnahmen, die uns zugegangen sind und nun vervielfältigt hier ausliegen.

Wir haben ein Tableau erstellt, nach dem ich die Expertinnen und Experten aufrufen werde, wenn es von Ihrer Seite keine Wünsche zur Änderung der vorgesehenen Reihenfolge gibt. - Ich sehe keinen Widerspruch und bitte Sie, Herr Dr. Engel, Ihre Stellungnahme abzugeben.

Dr. Peter Engel (Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern des Landes NRW): Frau Prüfer-Storcks, Frau Monheim, als Erstes möchte ich mich bei Herrn Champignon als Vorsitzendem und bei Ihnen, Frau Monheim, als Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge für die Einladung zu diesem Expertengespräch bedanken.

Wir hatten Gelegenheit, zu dem vom Gesundheitsministerium intern abgestimmten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Heilberufsgesetzes im Mai dieses Jahres Stellung zu nehmen. Die Gründe für die Änderung des Heilberufsgesetzes sind von der Frau Staatssekretärin bereits erläutert worden. Gestatten Sie mir, einen Punkt herauszugreifen.

Natürlich musste im Heilberufsgesetz auf die im GKV-Modernisierungsgesetz neu geschaffenen Versorgungsstrukturen reagiert werden; denn zwischen den Versorgungsstrukturen und den freiberuflich tätigen, niedergelassenen Kollegen bestanden keine gleich langen „Spieße“ - so will ich es einmal nennen. Es war eine massive Wettbewerbsverschiebung zugunsten der Versorgungszentren zu erkennen. Ich bin dankbar, dass dies im Gesetzentwurf geändert werden konnte. Hervorheben möchte ich hier besonders die Formulierung: „... die Tätigkeit eigenverantwortlich, unabhängig und nicht gewerblich“, die das Positive der freiberuflichen Tätigkeit ausdrückt.

Zu den Punkten, die die Wünsche der Arge betreffen, werden sicher die einzelnen Professionen im Anschluss an mein kurzes Statement Stellung nehmen.

Unsere eigenen Vorschläge zur Novellierung des Heilberufsgesetzes sind in den geschäftsführenden Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern weitgehend an Sie weitergeleitet worden. Gestatten Sie mir darüber hinaus einige kurze Bemerkungen.

Faszinierend für mich ist: Obwohl sich das Gesundheitssystem nun einmal in nationaler Hoheit befindet, normiert das EU-Recht mit den entsprechenden Richtlinien die Profession hinsichtlich ihrer Qualifikation, wenn es auch nicht in die medizinische Versorgungsart und -form eingreift. Faszinierend ist für mich ferner, dass das EU-Recht hier am Staat vorbei in landesrechtliche Strukturen eingreift, und das 16 Mal. Damit wird nicht mehr landeshoheitlich geregelt, sondern es greifen externe Faktoren, und dies trotz föderaler Strukturen und eigener Verantwortlichkeiten.

So ist dies beim EU-Recht, aber - das ist für mich viel verwunderlicher und bizarrer - es geschieht auch beim Sozialgesetzbuch. Es findet eine Verwässerung der Landesbefugnisse statt, die - da bin ich mir ganz sicher - auch in Ihren Kreisen kritisch diskutiert werden. Es fragt sich, ob die Bundesgesetzgebungskompetenz für alle Teile des GKV-Modernisierungsgesetzes gilt, zumal über § 95 SGB V eine Mitregelung von ärztlichem Berufsrecht stattfindet. Sie wissen vielleicht, dass wir innerhalb des ärztlichen Berufsrechts drei Formen kennen: die Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit der Gemeinschaftspraxis und der Praxisgemeinschaft, die Einzelpraxis und die Partnerschaftsgesellschaft. Über das SGB V und über die Landeskompetenzen hinaus werden jetzt Versorgungsstrukturen und -formen geschaffen, die mit dem derzeitigen Berufsrecht in keiner Weise kompatibel sind. Diese Regelungen unterliegen eigentlich ausschließlich der Länderkompetenz.

Zu den Fragen der spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin und der Ethikkommissionen verweise ich auf die Statements der ärztlichen Professionen, von Frau Hirthammer und Herrn Schäfer.

Über die Zuständigkeit der Kammern für die Überprüfung der Einhaltung festgelegter Qualitätsstandards kann ich mich nur positiv äußern - wenn, ja wenn sie allein der medizinisch-ethischen Verpflichtung dient. Wenn sie allerdings mit der Durchsetzung sozialversicherungsökonomischer Auflagen verbunden ist, dann habe ich ein Problem. Solange das Individuum Patient im Mittelpunkt steht: unbedingt ja! Solange es aber nur um die Rettung des Systems mit dem Patienten als effizienzstörendem Faktor geht, bin ich demgegenüber sehr ablehnend eingestellt.

Abschließend möchte ich noch einmal deutlich machen, dass es nach unserer Auffassung rechtssystematisch widersprüchlich ist, in das Heilberufsgesetz Regelungen zu übernehmen, die aus Normen des SGB V entspringen und von daher nur eine Bindungswirkung gegenüber der vertragszahnärztlichen oder vertragsärztlichen Tätigkeit entfalten können. - Dabei möchte ich es zunächst belassen. Vielen herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu (Ärztammer Nordrhein): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Für die Einladung zum heutigen Expertengespräch möchte auch ich mich sehr herzlich bedanken. Der Dank, den ich auch im Namen der Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern aussprechen möchte, gilt insbesondere unserem Gesundheitsministerium für die vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Die Heilberufskammern haben dem Ministerium im August vergangenen Jahres Anregungen für das anstehende Novellierungsverfahren gegeben, die weitgehend berück-

sichtigt wurden. Verblieben sind allerdings kleine Unschärfen, die meines Erachtens nach der Anhörung der Arbeitsgemeinschaft im Mai dieses Jahres entstanden sind. Diese können aber unseres Erachtens noch klargestellt werden, da wir davon ausgehen, dass unserem Anliegen Rechnung getragen werden sollte.

Ich verweise insoweit auf § 6 Abs. 5 der Entwurfsfassung des Gesetzes, der das Anliegen der Kammern aufnimmt, eine Rechtsgrundlage für die Erhebung von Beiträgen zu schaffen. Ich verweise insoweit auch auf die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern vom gestrigen Tag, die hierzu einen Abänderungsvorschlag unterbreitet hat, sowie auf das Schreiben der Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern an das Gesundheitsministerium vom 7. August 2003, in dem wir seinerzeit einen konkreten Formulierungsvorschlag unterbreitet haben.

Ergänzend möchte ich noch ausführen, dass die Aufgaben der Kammern in § 6, aber auch in einzelnen weiteren Normen teilweise allgemein umschrieben, teilweise detailliert geregelt sind. Der Katalog des § 6 bestimmt den für den Selbstverwaltungsbereich maßgeblichen Rahmen der Aufgaben und Befugnisse der Kammern. Insoweit wollte das Ministerium unserem Anliegen nachkommen. Da aber die Beitrags- und Gebührenerhebung für die Kammern und die Kammermitglieder grundrechtsrelevant ist, ist sie meiner Meinung nach rechtfertigungsbedürftig. Es muss eindeutig geregelt werden, dass Beiträge für den gesamten zu finanzierenden Verwaltungsaufwand für die zu erledigenden Aufgaben erhoben werden dürfen. Wenn konkrete Aufgaben an anderer Stelle als in § 6 des Gesetzes angesprochen sind und den Kammern übertragen werden, muss meiner Meinung nach die Bezugnahme darauf erhalten bleiben. Das geht nur, indem die Beitragsregelung allgemein gültig ist und nicht ausschließlich auf § 6 Abs. 1 verwiesen wird.

Darüber hinaus ist ein tatsächlicher und rechtlicher Klärungsbedarf noch bei § 7 der Entwurfsfassung auszumachen, der die Ethikkommissionen betrifft. Hierzu wird Dr. Schäfer weitergehende Ausführungen machen. Von meiner Seite nur so viel: Gegenüber der ursprünglichen Intention der Kammern, § 7 neu zu regeln, haben sich bei der jetzigen Rechtslage die Rolle, die Funktion und die Verantwortung der Ethikkommissionen geändert. Ursprünglich ging es nämlich darum, die Ethikkommissionen der Kammern als öffentlich-rechtliche Ethikkommissionen anzuerkennen, denen nach Bundes- oder Landesrecht Aufgaben zugewiesen werden können. Bisläng blieb es der Selbstverwaltung überlassen, die Aufgaben zu bestimmen. Es gibt dazu eine Entscheidung des VGH Baden-Württemberg. Da ging es um die Anerkennung einer Entscheidung einer privaten Freiburger Ethikkommission. Die hatte es notwendig gemacht, eine Differenzierung vorzunehmen.

Über diesen Punkt sind wir aber jetzt hinweg, denn die Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 30. Juli führte zu einer Veränderung der den Ethikkommissionen zugewiesenen Aufgaben. Diese können unseres Erachtens nun nicht mehr als Selbstverwaltungsaufgaben wahrgenommen werden, da Aufgaben zur Selbstverwaltung nur dann übertragen werden können, wenn die Adressaten der Maßnahmen die eigenen Betroffenen sind, sprich: die Kammerangehörigen. Im Verfahren nach dem AMG sind aber nicht mehr die Ärztinnen und Ärzte Antragsteller, sondern die Sponsoren, d. h. Dritte.

Darüber hinaus sind wir der Auffassung, dass die von der Kammer übernommene Aufgabe eine Aufgabe der staatlichen Gefahrenabwehr ist, sodass die staatliche Haftung greifen muss.

Abschließend möchte ich als Mitarbeiterin der Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern darauf hinweisen, dass wir diese Novelle im Einvernehmen mit dem Gesundheitsministerium als eine kleine Novelle aufgefasst haben und dass mittelfristig weitere Änderungen anstehen. Insbesondere wird die Stellung der Selbstverwaltung im Rahmen der Entwicklungen auf europäischer Ebene - da denke ich zunächst an den Entwurf der Europäischen Kommission zur Richtlinie Binnenmarkt -, aber auch im Rahmen der nationalen Gesundheitswirtschaft und nicht zuletzt ihr Verhältnis zu ihren Mitgliedern in Zukunft neu zu bestimmen sein. - Vielen Dank.

Dr. med. Robert Schäfer (Ärzttekammer Nordrhein): Vielen Dank für die Gelegenheit, hier vortragen zu dürfen. Ich will drei Themenfelder ansprechen.

Eines ist das eingangs zitierte Vertragsverletzungsverfahren als Ausgangspunkt für die weiterbildungsrechtlichen Änderungen, die im Heilberufsgesetz ihren Niederschlag gefunden haben. In Ergänzung zu den Ausführungen von Herrn Dr. Engel erlaube ich mir, darauf hinzuweisen, dass die Souveränität der Mitglieder der EU in der Tat schon seit 1975 in dem Punkt eingeschränkt ist, dass Rechtsakte, die der Zusammenführung der einzelnen Staaten dienen, nicht mehr uneingeschränkt der Autonomie unterliegen. Wir begleiten hier einen Prozess, der die Voraussetzungen für die freie Migration schaffen soll. Wir sehen, dass diese Migration stattfindet und begrüßen sie auch. Insoweit ist es gut, dass die Rechtssetzung Gestalt angenommen hat und damit die Voraussetzungen für die Verwirklichung eines gemeinsamen Europas geschaffen worden sind.

Dabei ist festzustellen, dass das Land NRW an dem Vertragsverletzungsverfahren eigentlich nicht beteiligt war. Das Land NRW hat die Rechtsakte umgesetzt. Es sind drei andere Bundesländer gewesen, die die Vorgabe der Richtlinie in nicht ausreichender Weise umgesetzt und damit Anlass zum Vertragsverletzungsverfahren geboten haben. Interessanterweise ist dabei das BMG in Brüssel vertreten; die Länder haben nur bedingt Möglichkeit, darauf einzuwirken. Das führt dazu, wie Herr Dr. Engel schon ausgeführt hat, dass die Aufteilung der Zuständigkeit zwischen Land und Bund insoweit aufgehoben ist, als dass Brüssel diese föderale Differenzierung nicht kennt, und wir uns quasi auf eine Entföderalisierung dieses Themenbereiches einstellen müssen. Sobald sich Brüssel hier zu einer Regelung durchgerungen hat, die im Rahmen dessen ist, was die Verträge vorsehen, ist sie rechtswirksam, und zwar unmittelbar für alle Bundesländer gleichermaßen.

Davon getrennt zu sehen ist die Frage, ob sich der Bundesgesetzgeber mithilfe des SGB V der Landeszuständigkeit bedienen darf - ein Thema, das einer vertieften Auseinandersetzung bedürfte. Nach einem uns hierzu vorliegenden Gutachten hat der Bundesgesetzgeber im Rahmen des SGB V - vielleicht im Hinblick darauf, dass er die Zustimmung des Bundesrates eingeholt hat - angenommen, dass er sich einer landesgesetzlichen Kompetenz bedienen dürfte. Dem ist aber nicht so. In diesem Punkt muss er wahrscheinlich auf ein Verfahren warten, in dem das Verfassungsgericht klärt, ob das

Vorgehen auf diesem Sektor stimmig ist. Ich denke, dass diese Anmerkungen eine Klärung erfordern.

Für die Kammern ist es natürlich wichtig, dass Sie die Landesgesetzgebungskompetenz betonen, soweit sie nicht EU-rechtlich abgesichert ist. Soweit aber der Bundesgesetzgeber zuständig wird, müssen verfassungsrechtliche Bedenken irgendwann einmal konkretisiert werden: sei es, dass es durch eine entsprechende Verfassungsänderung zu einer Klärung kommt, sei es, dass die klare Grenzziehung zwischen Landes- und Bundesrecht durch einen entsprechenden Entscheid eines hierfür zuständigen Gerichts vorgenommen wird.

Was das Thema Ethikkommissionen angeht haben wir die eigentümliche Entwicklung, dass die Bundesregierung das Gesetz, das schon länger vorlag und bekannt war, sehr zeitverzögert erst im August dieses Jahres umgesetzt hat. Wir haben also noch keinen Monat der Rechtssetzung hinter uns. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens angebrachte Bedenken bezüglich der der bisherigen Spruchpraxis der Ethikkommissionen wesensfremden Elemente haben offensichtlich nicht gegriffen, sodass das Thema Haftung, das schon bei der Diskussion auf Bundesebene aufgebracht worden war, gewissermaßen auf die Landesebene heruntergereicht worden ist.

Wer die Begründung zum AMG liest, wird finden, dass das Thema insbesondere im Vermittlungsausschuss angesprochen worden ist. Dort ist die Frage, ob der Bundesgesetzgeber oder die Landesgesetzgeber für eine Haftungsbefreiung, soweit sie notwendig ist, zuständig sind, unklar geblieben, sodass das Problem jetzt durchgereicht worden ist. Leider - deswegen müssen wir bei diesem Punkt sehr dezidiert vortragen - ist das Arzneimittelgesetz für eine Entwicklung des Heilberufsgesetzes ursächlich geworden, die spätestens jetzt einer Klärung zugeführt werden muss: sei es hier auf landesgesetzlicher Ebene, was nach unserer Auffassung möglich zu sein scheint, sei es gegebenenfalls durch eine - wie schon von Frau Prüfer-Storcks angedeutete - einheitliche Klarstellung aller Länder als Ersatz für eine Bundesregelung.

Die entscheidende Differenz gegenüber der bisherigen Praxis der Ethikkommissionen sollte noch einmal klargestellt werden. Bis jetzt haben die Ethikkommissionen bei den Kammern als Patientenschutz dafür Sorge getragen, dass klinische Versuche, deren Konzeption ärztlich nicht vertretbar war, nicht durchgeführt wurden - so § 42 AMG. Wir blicken hier auf eine mehr als 20-jährige Praxis zurück, die eine - ich darf wohl sagen - relativ problemlose Abwicklung dieser Aufgabe dokumentiert. Der entscheidende Unterschied ist, dass - wie bereits ausgeführt - der Normadressat der Regelung jetzt nicht mehr der Arzt oder die Ärztin ist. Vielmehr wird durch die EU-Richtlinie der Sponsor zum Adressaten; sein Antrag an die Ethikkommission wird beschieden.

Unsere Zuständigkeit als Kammer war in der Vergangenheit auf die Mitglieder gerichtet. Das heißt, in der Vergangenheit stellten Ärzte, die einen klinischen Versuch planten, einen Antrag an uns. Wir teilten ihnen mit, ob die Vorgehensweise aus ärztlicher Sicht stimmig war. Das gestattete auch die bis dahin geltende Fassung des Bundesrechts. Nun müssen wir uns mit dem Sponsor auseinander setzen. Dadurch, dass wir mit dem Sponsor zu tun haben, werden wir in eine Haftungsproblematik einbezogen. Sofern die Frage bejaht wird, dass wir einen Verwaltungsakt auslösen, was allerdings strittig sein kann, können wir in haftungsrechtliche Probleme ganz großer Art hineingebracht wer-

den, wenn gegebenenfalls durch einen fehlerhaften Entscheid einer Ethikkommission Umsatzeinbußen eines Konzerns zum Gegenstand einer Haftungsklage gemacht werden.

Ich sehe einen Ausweg u. a. in der bereits praktizierten Form, dass die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassene freie Ethikkommission in Freiburg registriert und damit als zulässige Kommission für das Medizinproduktegesetz angesehen wird und gleichzeitig als GmbH organisiert ist. Durch die Organisation als GmbH wird faktisch anerkannt, dass sie nur im Rahmen dessen haftet, was eine GmbH haftungsrechtlich zu verantworten hat. Das ist eine Regelung, die nach meinem Dafürhalten einen Weg aufzeigt, der innerhalb des nationalen Rechtes zulässig wäre, zumal er klarstellte, dass jemand, der einen Antrag an eine solche Kommission richtet, nicht mit mehr Haftungsvolumen rechnen kann, als eine GmbH üblicherweise zu gewähren in der Lage ist. - Vielleicht ist dies ein Gedanke, der zur Auflösung des anstehenden Haftungsproblems beiträgt. Mit dieser Ausführung möchte ich zunächst enden. Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

Christoph Kuhlmann (Ärzttekammer Westfalen-Lippe): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Ebenso wie meine Vorredner bedanke auch ich mich für die Möglichkeit, zu den vorgesehenen Änderungen des Heilberufsgesetzes Stellung nehmen zu können.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe begrüßt den Großteil der Änderungen, da diese an vielen Stellen die berechtigten Wünsche und Anregungen der Ärzteschaft aufgreifen. Ich möchte in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Änderungen hinweisen, die eine Novellierung der Berufsordnung ermöglichen werden.

Problematisch ist für die Ärztekammer Westfalen-Lippe die in § 7 vorgesehene Gesetzesänderung und die sich daraus ergebende Haftungsproblematik für die Ärztekammer als Trägerin der Ethikkommission. Die Thematik ist bereits durch meine Vorredner angesprochen worden. Lassen Sie mich dazu dennoch einiges aus spezifisch westfälisch-lippischer Sicht ausführen.

Im Kern geht es darum, dass sich durch das im Sommer geänderte Arzneimittelgesetz die Rolle und die Rechtsstellung der Ethikkommission ändern. Bisher hatte die Ethikkommission lediglich beratende Funktion. Sie wandelt sich nach unserer Auffassung nunmehr zu einer echten Behörde. Dies ist durch den Gesetzgeber auch offenkundig so gewollt. Ich zitiere aus der Begründung zur Novelle des Heilberufsgesetzes:

Die Rolle der Ethikkommission im Rahmen klinischer Prüfungen von Arzneimitteln ändert sich vom berufsrechtlichen Beratungsgremium zu einer Patientenschutzorganisation mit Behördencharakter.

So findet man es auch in der Begründung zum AMG.

Diese rechtliche Neuausrichtung der Ethikkommission hat nicht nur erhebliche Auswirkungen auf die praktische Arbeit der Kommission; sie verändert vor allem auch die Haftungssituation, und zwar sowohl für die Mitglieder der Ethikkommission als auch für die Ärztekammer Westfalen-Lippe als Trägerkörperschaft. Dabei besteht im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe die Besonderheit, dass die Ärztekammer zusammen mit

der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster seit vielen Jahren eine gemeinsame Ethikkommission unterhält, die seit dem Jahr 1978 sehr erfolgreich arbeitet. Gerade mit Blick darauf wird die jetzt erfolgte gesetzliche Normierung des Aufgabenfeldes der Ethikkommission ausdrücklich begrüßt, weil hier eine Präzisierung und damit eine bessere rechtliche Absicherung erfolgen.

Die an sich gute und ausdrücklich gewünschte Regelung in § 7 zieht aber seit der jetzt erfolgten Änderung eine doch erhebliche Gefahr für die Ärztekammer nach sich. Sowohl aus dem neuen Arzneimittelgesetz als auch aus der zwischenzeitlich erlassenen Rechtsverordnung ergibt sich nach unserer Einschätzung zweifelsfrei, dass die Ethikkommission, wenn sie zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln angerufen und - wie es das Gesetz vorsieht - um Zustimmung gebeten wird, ihre Entscheidungen in Form von Verwaltungsakten erlässt. - Ich darf an dieser Stelle darauf hinweisen, dass dies im Wesentlichen auch der Einschätzung der Landesärztekammern - so in den Protokollen nachzulesen - und der Vorsitzenden der Ethikkommissionen entspricht. - Dies hat zur Folge, dass es gegen Entscheidungen der Ethikkommission Rechtsschutz geben muss. Hierzu gehört selbstverständlich auch die gerichtliche Überprüfung.

Konsequent weitergedacht muss die Ärztekammer für von der Ethikkommission zu vertretende Fehler haften, jedenfalls dann, wenn sich daraus Schäden ergeben. Das Risiko, von einem pharmazeutischen Unternehmen wegen eines Verfahrensfehlers, wegen nicht rechtzeitiger Zustimmung oder wegen falscher Verweigerung der Zustimmung auf Schadensersatz in Anspruch genommen zu werden, besteht, und zwar nach seriöser Einschätzung in nicht unerheblichem Umfang.

Die sich daraus möglicherweise ergebenden Haftungssummen können, ohne dass dies einer besonderen Vorstellungskraft bedarf, immens sein. Die Ärztekammer müsste für den Fall, dass der geltend gemachte Schaden auf einer Amtspflichtverletzung der Ethikkommission beruht, Schadensersatz leisten, und zwar im Einzelfall in einer Höhe, die sich seriös nicht vorkalkulieren lässt.

Bleiben wir bei dem eingangs erwähnten Beispiel, dass einem pharmazeutischen Unternehmen die Zustimmung zur Durchführung der klinischen Prüfung nicht rechtzeitig erteilt oder sogar unberechtigterweise versagt wurde: Dieses könnte nicht nur die Entwicklungskosten des Medikamentes und den voraussichtlich entgangenen Gewinn, sondern möglicherweise sogar Marktanteile u. Ä. als Schadensersatz geltend machen.

Gerade vor diesem Hintergrund ist das nahe liegende Argument, dass wir auch heute Morgen gehört haben, dass sich die Ärztekammern gegen Schadensersatzansprüche versichern könnten, nicht wirklich tragfähig. Zum einen wird angesichts der geschilderten Sachlage kein Versicherungsunternehmen auf eine Haftungsobergrenze verzichten, was zur Folge hat, dass für den Fall, dass über die Haftungssumme hinaus ein Schaden entsteht, die Ärztekammer, wenn Sie so wollen, persönlich haftet. Zum anderen ist es fraglich, ob ein Versicherungsunternehmen bei dieser Situation überhaupt bereit ist, das Risiko zu übernehmen.

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass das Vermögen der Ärztekammern hier in Nordrhein-Westfalen auch das des berufsständischen Versorgungswerkes umfasst. Es besteht also die reale Möglichkeit, dass im Falle eines Fehlers der Ethikkommission die Altersversorgung von Zehntausenden von Ärzten gefährdet wird. Dass dann sogar die Funk-

tionsfähigkeit der Ärztekammern aufhören würde zu existieren, liegt auf der Hand. Dass eine solche Situation weder für die Ärztekammern noch für das Land Nordrhein-Westfalen tragbar ist, bedarf aus meiner Sicht keiner näheren Erläuterung.

Es ist völlig klar, dass sich die behördliche Stellung der Ethikkommission in Verfahren, in denen es um die Genehmigung klinischer Prüfungen bei Arzneimitteln geht, jetzt, nachdem das AMG in Kraft getreten ist, nicht mehr vermeiden lässt. Dies muss den weiteren Überlegungen zugrunde gelegt werden.

Es geht aber auch kein Weg daran vorbei, die bestehende Haftungssituation zu entschärfen. Der Vorschlag und der Appell der Ärztekammer Westfalen-Lippe gehen deshalb dahin, § 7 so zu ergänzen, dass das Land im Haftungsfall der Tätigkeit der Ethikkommission in die Haftung der Ärztekammern eintritt. Derartige gesetzlich übernommene Haftungseintritte gibt es auch an anderer Stelle in unserer Rechtsordnung; ich verweise in diesem Zusammenhang auf die Regelung im Infektionsschutzgesetz. Diese Lösung bietet sich aus westfälisch-lippischer Sicht auch wegen der besonderen Konstellation der Ethikkommission an, und zwar gerade deswegen, weil für den Bereich der Universität ohnehin die Staatshaftung gilt.

Darüber hinaus ist überlegenswert, die Haftung der Ethikkommission auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu beschränken und möglicherweise auch Haftungsobergrenzen einzuführen.

Ich hoffe, die begründete Sorge der Ärztekammer Westfalen-Lippe dargelegt zu haben und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Monika Konitzer (Psychotherapeutenkammer NRW): Vielen Dank auch von mir für die Gelegenheit, hier Stellung zu nehmen. Es ist für uns als neue Kammer die erste Gelegenheit, uns hier im Ausschuss zu äußern.

Ich möchte mich kurz fassen und mich hauptsächlich dafür bedanken, dass dem Anliegen der Psychotherapeutenkammer, die Erprobungsklausel zur Ermöglichung neuer Weiterbildungsgänge zu verlängern, im Entwurf Rechnung getragen wurde, und möchte Sie bitten, dieses Anliegen weiter zu unterstützen und so zu verabschieden.

Die Tätigkeit der Kammer hat gezeigt, dass für den Bereich der Psychotherapie die bisherigen rechtlichen Vorgaben für die Strukturierung von Weiterbildungsgängen wahrscheinlich nicht in jeder Hinsicht passen. Wir haben bisher aber keine Weiterbildungsgänge beschlossen und entsprechende Satzungen verabschiedet, weil wir die Notwendigkeit sehen, das von vornherein in einer einheitlichen bundesweiten Regelung anzugehen, um für die weitere Durchführung nicht wieder große Probleme zu schaffen.

Wir hatten die Mühen des Erfolgs, weil Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Ländern relativ früh eine Psychotherapeutenkammer eingerichtet hat. Eine Bundespsychotherapeutenkammer konnte erst im letzten Jahr gegründet werden. Wir gehen davon aus, dass wir auf der Grundlage einer bundesweit verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung im nächsten oder übernächsten Jahr auch in Nordrhein-Westfalen zur Verabschiedung entsprechender Satzungen kommen und diese im vorgesehenen Zeitraum erproben können.

Des Weiteren möchte ich für die Psychotherapeutenkammer wärmstens unterstützen, was Frau Hirthammer zu der Problematik der Beitragsregelung in § 6 und dem notwendigen Klarstellungsbedarf gesagt hat. Das betrifft uns als junge Kammer besonders stark. Wir hätten außerdem Wünsche zu § 29. Dazu möchte ich Herrn Dr. Stellpflug bitten, Stellung zu nehmen. - Danke schön.

Dr. Martin Stellpflug (Psychotherapeutenkammer NRW): Sehr verehrte Frau Monheim! Sehr geehrte Damen und Herren! Nach den sehr umfangreichen Ausführungen, die größtenteils abgestimmt waren, bleibt mir tatsächlich nur eine Kleinigkeit. Die will ich engagiert vortragen, auch unter dem Eindruck des engagierten Vortrags von Herrn Kuhlmann, bei dem es um riesige Summen ging.

In § 29 Abs. 2 - Frau Staatssekretärin, Sie hatten darauf hingewiesen - gibt es eine Regelung, die zum Zweck hat, die Berufsausübung in bestimmten Fällen auch in der juristischen Person des Privatrechts zu ermöglichen. In diesem Änderungsvorschlag gibt es ein Wort, das wir zweideutig finden. Wir glauben, dass eine Änderung größere Klarheit schaffen wird. Das ist die Formulierung:

„Die Kammern legen für eine Tätigkeit bei einer juristischen Person des Privatrechts in der Berufsordnung Anforderungen fest ...“

Das „bei“ suggeriert, dass der Berufstätige, um den es hier geht, dort angestellt ist. Das ist aber nicht die einzige Möglichkeit der Kooperation in einer Rechtsform der juristischen Person. Richtiger wäre sicherlich die Formulierung „in“, also:

„Die Kammern legen für eine Tätigkeit in einer juristischen Person des Privatrechts in der Berufsordnung Anforderungen fest ...“

Eine Erfahrung aus der Praxis ist, dass es sehr viele Gesellschafter gibt, die ihre Gesellschafterstellung keineswegs aufgeben und etwa als Angestellte in einer juristischen Person tätig sein möchten. Sie wollen vielleicht geschäftsführende Gesellschafter sein oder sich sonst als Gesellschafter dieser juristischen Person betätigen. - Das ist mein ganzes Anliegen. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. med. vet. Rainer Mertens (Tierärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe): Frau Vorsitzende! Auch ich bedanke mich sehr herzlich für die Einladung, vor diesem Gremium sprechen zu dürfen. Bei dieser Gelegenheit auch unser Dank an unser Aufsicht führendes Ministerium, das MUNLV!

Es fällt mir, nachdem hier besondere Aspekte des Heilberufsgesetzes angesprochen worden sind, natürlich nicht leicht, Ihre Aufmerksamkeit auf einen völlig neuen Aspekt zu lenken. Wir sind zwar im Rahmen der Heilberufe einer kleiner Berufsstand - in Nordrhein-Westfalen insgesamt rund 4.500 Mitglieder -, aber nicht unerheblich als Tierärzte im Rahmen des Verbraucherschutzes und des Tierschutzes tätig. Wir haben in unseren Kammerbereichen seit vielen Jahren mit vielen GmbHs zu tun - das ist hier heute mehrfach angesprochen worden -, wobei immer unterstellt wird, dass es sich um rein von Heilberufsangehörigen geführte GmbHs handelt. Das ist in unserem Bereich aber leider nicht der Fall. Wir haben inzwischen eine zunehmende Zahl von GmbHs, deren Geschäftsführer Kaufleute sind, die in ihrer Eigenschaft als Kaufleute natürlich Angehörige

der IHK und damit für uns nicht greifbar sind. Sie bedienen sich zur Ausführung ihrer Tätigkeit Tierärzten und betreiben großflächig Werbung. In einer solchen Anzeige wirbt z. B. eine GmbH, die von einem Kaufmann geführt wird, großflächig mit insgesamt zehn Tierärzten, die 22 in unseren Fort- und Weiterbildungsordnungen eindeutig definierte Fachbezeichnungen führen wie Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie. Dieser Kaufmann argumentiert, er habe als Kaufmann das Recht dazu; die Ärzte - die das standesrechtlich natürlich nicht dürfen - seien hierüber überhaupt nicht informiert. - Das ist im Groben die Problematik.

Wir haben in unserer letzten Kammerversammlung beschlossen, auf freiwilliger Basis - so, wie bisher - eine so genannte rechtsverbindliche Erklärung von diesen Kaufleuten zu fordern. Heute ist unser Anliegen, dieser, wie wir meinen, berechtigten Forderung eine rechtliche Grundlage zu geben.

Das Heilberufsgesetz als Grundlage und viele andere Berufsordnungen wurden geschaffen, um den Menschen als Verbraucher und das Tier zu schützen. Dazu wurden detaillierte Aus- und Weiterbildungsgänge geschaffen, mit dem Ziel, für den Verbraucher und das Tier jederzeit eine höchstmögliche Sicherheit zu gewährleisten. Das darf aus unserer Sicht nicht durch rein kaufmännische Überlegungen berufsfremder Dritter unterlaufen werden können.

Eine zusätzliche wesentliche Verschärfung des Problems tritt dadurch ein, dass inzwischen auf gewerblicher Basis Limitedgesellschaften propagiert werden. Eine GmbH ist für uns aufgrund der Rechtsbestimmungen noch in etwa kontrollierbar. Eine Limitedgesellschaft, die ihren Firmensitz fast beliebig ändern kann, ist kaum noch zu erfassen. Sie sehen also: Es ist höchste Zeit zu handeln.

Wir haben Ihnen im Vorfeld zusammen mit den anderen Heilberufskammern unsere Vorstellungen klar gemacht. Man hat uns signalisiert, dass hier, da es sich um eine Einschränkung auf rein tiermedizinische Einrichtungen handelt, keine Problempunkte gesehen werden.

Ich möchte noch auf Folgendes hinweisen: § 29 Abs. 2 Satz 3 betrifft aus unserer Sicht ausschließlich Tierärzte, die in GmbHs tätig sind. Ich hatte versucht, darzustellen, dass mit unserem Ergänzungsvorschlag - § 29 Abs. 3 - auch die Nichttierärzte erfasst werden, um die Anforderungen, die das Heilberufsgesetz insgesamt stellt, erfüllen zu können. - Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Michael Schulte Westenberg (Zahnärztekammer Westfalen-Lippe): Frau Vorsitzende! Ich kann es kurz machen. Auch die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe begrüßt die anstehende Novellierung des Heilberufsgesetzes, führt sie doch in nicht wenigen Bereichen zu einem erheblichen Mehr an Rechtssicherheit für die beteiligten Selbstverwaltungskörperschaften. Ansonsten möchte ich mich inhaltlich den Ausführungen von Dr. Engel anschließen, der zugleich für die beiden Zahnärztekammern in NRW gesprochen hat. - Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim: Herzlichen Dank. - Wir kommen jetzt, wie zu Beginn des Expertengesprächs vereinbart, zur Diskussion. Ich frage in die Runde der Kolleginnen und Kollegen: Wird das Wort gewünscht? - Herr Henke.

Rudolf Henke (CDU): Ich möchte den Themenkomplex Ethikkommission/Haftung beleuchten: Hat jemand Ermittlungen darüber angestellt, ob es bei Versicherungsunternehmen Kalkulationen und Angebote für diesen Bereich gibt? Ich gehe davon aus, dass Versicherungsunternehmen eine Vorstellung von der Höhe des zu versichernden Schadens haben müssen. Mich interessiert natürlich, ob auch das Ministerium eine Vorstellung von der möglichen Schadenshöhe hat. Wir als Land haben das Risiko bei den Hochschulen und den von den Hochschulen getragenen Ethikkommissionen ohnehin in irgendeiner Form zu tragen. Da muss es also eine Vorstellung geben, wie groß das Risiko sein kann, unabhängig von der Frage, ob man das an den Hochschulen über eine Versicherungslösung oder über eine Staatshaftung regelt. Wenn man sich die Entwicklungskosten von Arzneimitteln anschaut, stellt man fest, dass es nicht möglich sein wird, ein solches Risikobeliebig in schon vorhandene Versicherungsverträge zu integrieren, ohne dass sich das auf die Konditionen niederschlägt.

Marianne Hürten (GRÜNE): Wenn ich das richtig verfolgt habe, wird mit dem Arzneimittelgesetz ein Teil der Aufgaben, die bisher beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte lagen, an die Ethikkommissionen übertragen. Gibt es Erkenntnisse, dass in der Vergangenheit das BfArM beklagt worden ist, dass dort Haftungsansprüche geltend gemacht und möglicherweise sogar durchgesetzt wurden? Oder liege ich mit dieser Annahme völlig falsch?

Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim: Frau Hürten, an wen richtet sich Ihre Frage? Oder dürfen sich die Experten das aussuchen?

Marianne Hürten (GRÜNE): Ich weiß nicht, wer meine Fragen beantworten kann. Es haben uns verschiedene Experten die Haftungsproblematik eindrücklich nahe gebracht. Ich weiß nicht, inwieweit dieses Problem tatsächlich begründet ist, ob es da in der Vergangenheit Fälle gegeben hat, in denen die Pharmaindustrie im Rahmen des Zulassungsverfahrens - bei Verzögerung oder bei Ablehnung der Zulassung - Haftung erfolgreich geltend gemacht hat.

StS'in Prüfer-Storcks (MGSFF): Ich kann Ihnen keine Summe zu einem Schaden, der eintreten könnte, nennen. Ich kann auch nicht sagen, ob und in welchem Umfang die Bundesoberbehörde beklagt worden ist. Es ist ja auch die Frage zu stellen, worauf sich eine solche Klage richten kann. Es ist nicht vorstellbar, dass die Ablehnung einer klinischen Studie an sich schon ein Grund für eine erfolgreiche Klage und dann auch für einen Haftungseintritt der Ethikkommission - oder wer auch immer dafür zuständig ist - ist. Die Klage kann sich nur dagegen richten, dass die Ethikkommission z. B. fehlerhaft gehandelt hat, dass sie sich nicht an ihre eigenen Verfahrensregelungen gehalten hat, dass sie einen Antrag nicht oder unverantwortbar lange nicht bearbeitet hat. Ich kann

mir nicht vorstellen, dass die Entscheidung an sich beklagbar ist und einen Schadensersatz auslöst.

Ich will noch einmal darauf hinweisen, dass zwar in Zukunft das Votum der Ethikkommission zwingend vorgesehen ist - ohne ein positives Votum kann die klinische Studie nicht genehmigt werden -, dass allerdings der Akt der Genehmigung noch immer bei der Bundesoberbehörde liegt. Insofern ist das nicht vollständig durch das Votum der Ethikkommission ersetzt worden.

Dr. med. Robert Schäfer (Ärztekammer Nordrhein): Vielen Dank, Frau Hürten, dass ich Ihre Frage nutzen darf, noch einmal die Differenz in der Rechtslage darzustellen. Bis jetzt haben wir als Kammern mit den Ethikkommissionen eine Aussage darüber getroffen, ob das, was geplant ist - es handelt sich um klinische Versuche -, eine Form zulässiger Behandlung von Patienten darstellt. Insofern ist die Begründung, dass wir den Patientenschutz neu eingeführt haben, vielleicht nicht ganz zutreffend. Ganz im Gegenteil: Es war bis jetzt immer erklärtes Ziel der Ethikkommissionen - sowohl von den Fakultäten als auch von den Kammern -, dafür zu sorgen, dass kein unethischer Ansatz praktiziert wird, der einen Patienten infolge seiner Teilnahme an einem klinischen Versuch schlecht stellt.

Wir haben auch in der Vergangenheit schon versichert, und zwar im Rahmen, der zulässig, d. h. versicherbar war. Die Obergrenze lag bis jetzt bei 5 Millionen €. Die Versicherungswirtschaft ist gegenwärtig bereit, 10 Millionen € als Obergrenze zu versichern. Darüber hinausgehende Risiken zu versichern ist man nach bisheriger Marktabfrage offensichtlich nicht bereit.

Vielleicht noch eine Bemerkung zu der Frage, welche Rechtsstellung die Ethikkommission heute hat und was die Rechtslage so anders macht als bisher. Das positive Votum ist die Voraussetzung für die Zulassung. Für den Fall, dass seitens der Ethikkommission kein positives Votum erteilt wird, ist das BfArM gehindert, die Zulassung zu genehmigen. Liegt allerdings ein positives Votum vor, könnte das BfArM theoretisch ablehnen. Diese Fallgestaltungen sind nach dem neuen Recht denkbar. Die Haftungsfrage hat sich für das BfArM in der Vergangenheit nie gestellt, weil die Verquickung in der Rechtslage - die Ethikkommission trifft eine Teilentscheidung, die das BfArM zugrunde legen muss - etwas vollkommen Neues ist. Die haben bis jetzt auf einer anderen Rechtsgrundlage - § 40 ff. AMG - Zulassungen ausgesprochen, mit denen wir nie verbunden waren. Insofern ist die Rechtslage grundsätzlich different und kann keine Analogie zulassen. Man kann also nicht sagen: In der Vergangenheit gab es keine Haftung, folglich wird es auch in Zukunft keine geben. - Das ist deswegen nicht zu erwarten, weil der Normadressat zukünftig der Sponsor und nicht mehr der Arzt ist.

Rudolf Henke (CDU): Mir sind in diesem Zusammenhang auch keine Klagen gegen das BfArM bekannt. Ich möchte darauf hinweisen, dass es zum BfArM keine Alternative gibt. Wer sich mit dem BfArM anlegt, wird sich überlegen, ob er später mit dem BfArM noch gut auskommt, denn man trifft sich vielleicht noch ein zweites Mal. Für die Ethikkommissionen der Kammern gibt es im Prinzip Alternativen, denn man könnte zu einer

anderen Kammer gehen. Ich kann auch zu einer Hochschule gehen. Ich habe insofern eine etwas andere, geringere Hemmschwelle, mich mit denen auseinander zu setzen.

Ich habe aufgrund meiner verbandlichen Funktion Kontakt zu Ärzten aus der Pharmaindustrie. Die sind immer voller Vorwürfe gegenüber einem Teil der Ethikkommissionen der Kammern: Die würden sich so sehr anstellen, die würden so viel Formalismus praktizieren und so wenig Sensibilität für die Dringlichkeit von Forschungsanliegen aufbringen, die eine große ökonomische Bedeutung hätten. - Ich kann mir vorstellen, dass die pharmazeutische Industrie angesichts dieser Gemengelage sagt: Das wird jetzt einmal getestet. - Ich halte schon die Befürchtung, dass das getestet werden könnte, für ein Problem.

Die GmbH-Lösung, die eben angeschnitten worden ist, müsste man natürlich vor dem Hintergrund bewerten, dass bei Haftungsfällen, in die GmbHs verwickelt sind, durchaus der Durchgriff auf das Eigentum der Eigner der GmbH und das Eigentum der Geschäftsführer möglich ist. Die Haftungssituation würde sich für die Mitglieder einer solchen Ethikkommission also nicht grundsätzlich ändern, wenn sie auf ihre persönliche Haftung angesprochen sind.

Frau Staatssekretärin, Sie haben berichtet, dass es Bemühungen gibt, zu einem Konsens unter den Bundesländern zu kommen und sich mit den anderen Ländergesundheitsministerien abzustimmen. Sie haben in Aussicht gestellt, dass man, wenn man eine Versicherungslösung praktikabel darstellen kann, nichts zu ändern braucht. Kennen Sie die zeitlichen Abläufe? Würden wir gegebenenfalls mit dieser eben als „kleinen“ Novelle bezeichneten Änderung des Heilberufsgesetzes noch in der Zeit liegen? Oder kommt die Antwort der Arbeitsgruppe so spät, dass wir mit dem Heilberufsgesetz schon durch sein müssten?

StS'in Prüfer-Storcks (MGSFF): Die entsprechende Arbeitsgruppe der AOLG wird sich Ende Oktober mit dieser Frage befassen. Ich kann jetzt natürlich nicht voraussehen, ob dort schon eine einheitliche Lösung gefunden wird oder nicht. Es ist aber abzusehen, dass innerhalb des Gesetzgebungsverfahrens eine Entscheidung getroffen werden muss.

Es ist meines Erachtens aber auch notwendig, dass die Ärztekammern mit der Versicherungswirtschaft in konkrete Verhandlungen über die Frage einer Haftpflichtversicherung eintreten, weil nur auf diesem Wege die Fragen konkretisiert und geklärt werden können. Ich halte das nach wie vor für die sachgerechtere Lösung. Meines Erachtens scheiden die anderen Lösungen entweder aus rechtlichen Erwägungen aus oder sie sind nicht sachgerecht.

Beim Haftungsübergang auf das Land würde das Land zwar haften, hätte aber keinen Einfluss auf die Zusammensetzung der Ethikkommissionen, auf die Verfahren, die dort eingehalten werden, auf die Personen, die in den Ethikkommissionen sitzen. Das heißt, sie würde in Haftung treten für einen Vorgang, auf den sie keinerlei Einfluss hat. Es gibt aber - das habe ich auch heute herausgehört - das Interesse der Ärztekammern, dass die Ethikkommissionen auch weiterhin in ihrer Zuständigkeit liegen, dass es keine staatlichen Ethikkommissionen werden, was auch ich nicht für zielführend hielte. Das ist für

mich ein gewisser Widerspruch, der aus meiner Sicht eine Versicherungslösung als die angemessenste Lösung erscheinen lässt.

Ich will auch noch einmal auf die Regelung im Bereich der Medizinprodukte hinweisen. Nach dem Medizinproduktegesetz sind inzwischen Stellen benannt, die für die Zulassung von Medizinprodukten zuständig sind. Das ist eine Entscheidung, die im Hinblick auf die Hersteller ähnlich zu bewerten ist wie die über die Zulassung einer klinischen Studie. Auch für diese benannten Stellen gibt es eine Haftpflichtversicherung, die Haftungsansprüche, so sie geltend gemacht würden und ihnen stattgegeben würde, abdecken. Ich kann nicht einsehen, warum das, was in diesem Bereich problemlos gelöst worden ist, im Bereich der Ethikkommissionen ausgeschlossen sein soll.

Christoph Kuhlmann (Ärzttekammer Westfalen-Lippe): Es wird immer unterstellt, dass zu den Haftpflichtversicherern bislang kein Kontakt aufgenommen worden sei. Das ist so nicht der Fall. Zwar haben wir in Westfalen-Lippe noch nicht die Möglichkeit dazu gehabt, aber die Ärztekammer Berlin beispielsweise ist in konkrete Verhandlungen mit Haftpflichtversicherern eingetreten; die haben ein ganz ähnlich gelagertes Problem. Da hat uns folgende Mitteilung erreicht:

Nach vorsichtiger Einschätzung von Experten der Haftpflichtversicherung ist davon auszugehen, dass von Arzneimittelherstellern im Schadensfall infolge zu spät ergangener oder unsachgemäß abgelehnter Bescheide Schäden bis in den fünfstelligen Millionen-Euro-Bereich entstehen und vor Gerichten geltend gemacht werden können. Die Ärztekammer Berlin hat geprüft, ob etablierte Haftpflichtversicherer bisher unbekannte und schwer kalkulierbare Risiken von durch Personen verursachten Schäden versichern und übernehmen könnten. Die Antwort war: Die Branche denkt angesichts der neuen Gesetzeslage über Prämienzuschläge nach. Das komplette Schadensrisiko sei wegen untragbar hoher Prämien nicht versicherbar oder werde ausgeschlossen. Die Deckungsprämie bei Schäden bis 5 Millionen € beträgt derzeit allein schon 50.000 €.

Herr Dr. Schäfer hat bereits ausgeführt, dass ohnehin niemand bereit ist, über 10 Millionen € eine Deckungszusage zu erteilen.

Weiter wird ausgeführt, dass das Land keine Möglichkeit hätte, auf die Besetzung und auf die Ausgestaltung des Verfahrens in den Ethikkommissionen Einfluss zu nehmen. Ich denke, das ist sehr leicht abzuändern, indem man die Benennung der Ethikkommissionsmitglieder mit dem Land abstimmt, indem die Satzung vorgelegt und genehmigt wird. Da ist eine ausreichende Einflussnahme jederzeit zu gewährleisten.

Rudolf Henke (CDU): Ich schätze die Ärztekammer Berlin und besonders ihren Präsidenten über alles. Aber ein fünfstelliger Millionenbetrag würde auf eine Summe von 50 Milliarden € hinauslaufen. Die pharmazeutische Industrie sagt, dass sie Entwicklungskosten für ein einzelnes Arzneimittel in einer Größenordnung von 500 Millionen bis 600 Millionen € hat. Wenn die unterbliebene Chance, die Entwicklungskosten für ein Arzneimittel aus den Erträgen dieses Arzneimittels zu refinanzieren, in eine Größenordnung von vielleicht 500 Millionen bis 600 Millionen € vorstößt, dann bewegt man sich, meine ich, in dem theoretisch höchsten Risikobereich. Ob sich diese Summe verdreifa-

chen kann, wenn an der gleichen klinischen Prüfung drei Arzneimittel beteiligt sind, will ich jetzt ununtersucht lassen. Aber ich kann mir nicht vorstellen, dass man in einen fünfstelligen Millionenbereich, also 50 Milliarden €, vorstoßen kann.

Dass da ein Problem ist, daran habe ich natürlich keinen Zweifel. Ich würde die Anregung unterstützen, zu versuchen, auf jeden Fall Einlassungen der Versicherungswirtschaft dazu erhalten. Zweifelsfrei ist die Versicherungslösung eine der Alternativen, die in Betracht kommen. Sie muss aber natürlich auch zumutbar sein und funktionieren können.

Die Finanzierung muss über Gebühren erfolgen. Diese Gebühren werden von der pharmazeutischen Industrie zu finanzieren sein, sofern es sich um Sponsoren handelt, die zur pharmazeutischen Industrie gehören. Wenn es sich bei den Sponsoren um unabhängige Forscher handelt, die beispielsweise als Universitätsprofessoren oder wissenschaftliche Mitarbeiter an Universitäten keine Firma hinter sich haben, wird die Belastung mit den entsprechend erhöhten Gebühren natürlich einen prohibitiven Effekt auf die Forschungsfreude auslösen. Das muss man sich dann auch noch einmal genau überlegen. Ich finde, man muss alle Aspekte ausloten.

Marianne Hürten (GRÜNE): Es ist angesprochen worden, dass mit der Novelle zum Heilberufsgesetz die Vorgaben für Vertragsärzte für alle geltend gemacht werden sollen. Ich kann das Problem nicht nachvollziehen. Warum soll es problematisch sein, wenn die im Zusammenhang mit Weiterbildung bestimmten Qualifikationsstandards für Ärzte und Ärztinnen nicht nur für Vertragsärzte gelten, sondern auch für ausschließlich privat Behandelnde? Wie viele Ärzte und Ärztinnen - jenseits der Tierärzte und Tierärztinnen - behandeln ausschließlich privat und sollten von diesen Vorgaben Ihrer Meinung nach freigestellt werden? Ich kann das nicht nachvollziehen, wenn es sich nicht nur um formaljuristische Gesichtspunkte handelt.

Die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ hat ihre Arbeit beendet und einen Bericht vorgelegt. Der ist auch den Kammern zugegangen. Als ganz wesentlichen Hinderungsgrund für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung haben wir die nichtsystematische Berücksichtigung von Unterschieden zwischen den Geschlechtern im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung identifiziert. Von daher ist unser Anliegen, dass dies zukünftig systematisch berücksichtigt wird. Ich weiß, dass es bei den Kammern teilweise schon entsprechende Angebote gibt.

Der Landtag unterstützt unser Anliegen. Wir haben dazu letzte Woche einstimmig eine Entschließung verabschiedet. Ich gebe den entsprechenden Absatz hier zur Kenntnis:

„Die Verpflichtung zur Umsetzung von Gender-Mainstreaming unterstreicht die Notwendigkeit von Geschlechtersensibilität in allen gesundheitlichen Versorgungsangeboten. Neben der paritätischen Besetzung von Gremien sind die Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte der medizinischen und pflegerischen Berufe so auszurichten, dass Kenntnisse über geschlechts- und kulturspezifische Unterschiede von Gesundheit, Krankheit und unterschiedliche Bedürfnislagen vermittelt werden.“

Das ist, wie gesagt, das in der vergangenen Woche einstimmig verabschiedete Anliegen des Landtags. Wir möchten dies gern in das Gesetz integrieren.

In einer Zuschrift beklagt eine Vertreterin des Ärztinnenbundes die Unterrepräsentanz von Frauen in diversen Heilberufskammern. In dem Zusammenhang möchte ich gern nachfragen, wie der Frauenanteil in Ihren Kammern zum jetzigen Zeitpunkt ist. Wir haben mit dem Landesgleichstellungsgesetz ja prinzipiell die Quotierung von Gremien als Sollvorschrift verankert. Ich weiß aber nicht, wie der Stand aktuell aussieht.

Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu (Ärzttekammer Nordrhein): Wir können Ihnen die entsprechenden Zahlen gerne nachreichen. Sie liegen vor, sie werden auch gelegentlich nachgefragt. Ich denke auch, dass das Landesgleichstellungsgesetz eine gute Basis ist, dafür zu sorgen, dass Frauen und Männer gleichermaßen berücksichtigt werden. Das Problem bei den Wahlen besteht aber eigentlich in der Wahlvorbereitung. Man braucht genügend Frauen, die sich zur Wahl stellen. Das haben wir in der Vergangenheit immer als Problem erlebt. Die Frauen sind nachher natürlich noch unterrepräsentiert; die Probleme entstehen aber schon im Vorfeld.

Monika Konitzer (Psychotherapeutenkammer NRW): Zwei Drittel unserer Kammerangehörigen sind Frauen. Bei den Vorschlägen für die Wahl zur ersten Kammerversammlung waren Männer und Frauen praktisch in allen Wahllisten jeweils zu 50 % vertreten. Alle beteiligten Gruppierungen hatten darauf geachtet. Die Kammerversammlung war zu Beginn auch entsprechend zusammengesetzt. Dann aber haben im Wesentlichen Frauen ihre Mandate zurückgegeben, häufig aus familiären Erwägungen. Die, die etwa so alt sind wie ich, sind gesundheitlich vielleicht schon etwas eingeschränkt, sind mit der Pflegeproblematik konfrontiert. Sehr viele der jüngeren Kolleginnen haben Familie, arbeiten deshalb reduziert und stellen sich nicht für Ehrenämter zur Verfügung. Ich finde das auch persönlich sehr bedauerlich. Ich meine, es besteht hier aber keine Möglichkeit für eine gesetzliche Quotierung. Man kann die Frauen in dieser Lebenssituation nicht zwingen, Ehrenämter zu übernehmen. Dazu fällt mir jedenfalls nichts ein.

Zum Inhalt, Frau Hürten: Bei uns wird der Gender-Aspekt durchaus diskutiert. Ich denke, wir werden die Anregung aufgreifen, den Gender-Aspekt bei Weiterbildung und Fortbildung weitgehend systematisch zu berücksichtigen.

Christoph Kuhlmann (Ärzttekammer Westfalen-Lippe): Ich kann mich den Ausführungen meiner Vorrednerin anschließen und möchte nur darauf hinweisen, dass die Ärztekammer Westfalen Lippe einen Ausschuss „Gender-Mainstreaming“ eingerichtet hat, in dem diese Punkte angesprochen werden. Auf diese Weise wird dem Vorstand zugearbeitet. Selbstverständlich können auch wir die gewünschten Zahlen zur Verfügung stellen.

Dr. Peter Engel (Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern des Landes NRW): Das Problem muss man vielleicht etwas anders sehen: Die ärztliche Profession unterliegt der Eigenverantwortung, der Selbstverpflichtung und ethischen Grundsätzen. Das

einziges Ziel, das es hierbei zu beachten gilt, ist der Patient, unabhängig von allen übrigen Parametern, die darauf versuchen Einfluss zu nehmen.

Die soziale Gesetzgebung hat angesichts in der Regel mangelnder Ressourcen die Tendenz, dieses sehr individuelle Geschehen ressourcenorientiert zu normieren, und stellt sich Standards vor, wie sie aus der Industrie bekannt sind. Diese Situation ist für mich sehr unbefriedigend, denn es gibt keine kollektivistische Medizin und es gibt keine normierte Therapie. Ich habe große Sorge, dass aufgrund mangelnder Ressourcen auf die sehr individuelle Therapie, auf die individuelle Beziehung Arzt und Patient störend Einfluss genommen wird. Und dagegen wehre ich mich. Deshalb haben wir diesen Kodex im Zahnheilkundengesetz, im Heilberufsgesetz, in der Berufsordnung verankert. Wir haben die Qualitätssicherung aus der eigenen Profession heraus verankert. Wir haben die Fortbildung verankert.

Die Situation, die sich aus dem SGB V ergibt, ist eine ganz andere. Ich hatte in meinem Statement schon gesagt: Der Patient wird hier eigentlich mehr oder weniger als effizienzstörender Faktor wahrgenommen und verschwindet im zentralen Feld des ureigensten Verhältnisses Arzt/Patient vollständig. Ich sehe die Gefahr, dass diese normierten und industriell vorgedachten Vorgehensweisen auf ein Verhältnis überschrieben werden, wo sie überhaupt nichts zu suchen haben, wo sie überhaupt nicht hingehören.

Rudolf Henke (CDU): Ich will die Diskussion nicht fortsetzen, aber aufgrund Ihres Wortbeitrages eine Nachfrage stellen. Sie hatten die Gleichstellung freiberuflich geleiteter Praxen mit solchen Institutionen begrüßt, die als medizinische Versorgungszentren oder in irgendeiner anderen juristischen Person kulminiert arbeiten. Ist unter dem Gesichtspunkt Ihres Wunsches nach Betonung der Individualbeziehung, nach Betonung des persönlichen Verhältnisses zwischen Patient und Arzt, die Erweiterung der Instrumente hin zur Schaffung von mehr Möglichkeiten, auch als freiberuflicher Inhaber einer Praxis gewissermaßen gesellschaftsleitend tätig zu werden, nicht geradezu kontraproduktiv? Ist nicht gerade das der Weg dahin, dass es in Zukunft nur noch wenige Praxen mit vielen Angestellten geben wird - wie wir das aus dem Anwaltsbereich mit den Sozietäten kennen - und dass die Inhaber als so genannte Freiberufler im Grunde Geschäftsführer von Gesellschaften werden, wie man sie sich bei medizinischen Versorgungszentren als einen Endpunkt denken kann? Ich frage das, weil Sie hervorgehoben haben, dass die „Spieße“ dort nicht gleich lang seien. Aber begibt man sich denn mit der Möglichkeit, die Gesellschaftsformen, die die Entindividualisierung herbeiführen, die die Anonymisierung provozieren, jetzt auch dem niedergelassenen Arzt, der niedergelassenen Ärztin zu öffnen, nicht gerade des wesentlichen Unterscheidungsmerkmals gegenüber den institutionellen Lösungen? Ich würde gern wissen, warum die Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern an diesem Punkt so sehr an dem Ärztetagsbeschluss für die Öffnung hängt.

Dr. Peter Engel (Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern des Landes NRW): Das ist in der Tat ein interessantes Thema, Herr Henke. Es liegt auch hier wieder am Ursprung. Die medizinischen Versorgungszentren, die über das SGB V - einschließlich Integrationsversorgung mit Bevorteilung über Integrationsbudgets usw. - mit großen Vorteilen gegenüber freiberuflich tätigen Kollegen ausgestattet werden, werden von mir

sehr kritisch gesehen. Es kam wohl so herüber, als würde ich sie als positiv ansehen. Ich halte diese Einrichtungen, weil sie für mich in eine Art „Poliklinik light“, in eine Art staatsdienstliche Krankenhaussystematik gehen, für sehr kritisch. Sie bergen ganz klar die Gefahr, dass sie wettbewerbsmäßig von Staats wegen mit großen Vorteilen ausgestattet werden und damit dem individuell tätigen, freiberuflich niedergelassenen Kollegen große Schwierigkeiten machen, wenn innerhalb der freiberuflichen Profession kein Konkurrenzmodell dazu entwickelt wird. Ich habe in der Tat die große Befürchtung, dass es niedergelassene freiberufliche Ärzte immer schwerer haben werden, sich bei diesen Mordsvorteilen, die aufgrund staatsgebener Versorgungseinrichtungen eingerichtet werden, durchzusetzen.

Die Gefahr, die Sie sehen, ist sicherlich richtig. Wie weit soll sich die Berufsordnung öffnen? Besteht nicht auch die Gefahr, dass wir hier mit der Berufsordnung überschießen und damit im Prinzip zwangsläufig in eine ähnliche Situation kommen, wie sie den medizinischen Versorgungseinrichtungen zugute geschrieben wird? Das ist richtig. Deshalb war es mir wichtig, im Heilberufsgesetz hervorzurufen: Es muss unbedingt eigenständig, eigenverantwortlich sein, es darf nicht gewerblich sein. Wenn wir hier über ein gewisses Ziel hinauschießen, dann, denke ich, haben wir verloren, weil dann die Individualität, die jeder von Ihnen möchte - jeder von Ihnen, der zum Arzt geht, möchte nicht normiert behandelt werden, möchte individuell behandelt werden -, verloren geht, weil wir uns in eine kollektivistische Betrachtungsweise hineinbegeben, die individuellen Wünschen nur noch ganz schwer gerecht werden kann und die aufgrund mangelnder freiberuflicher Selbstständigkeit auch dazu führt, dass wir immer mehr in Richtung Staatsmedizin driften, die ich persönlich nicht möchte. Wir haben genügend Beispiele, die uns zeigen, dass damit keine gute und brauchbare Situation geschaffen wird.

Dr. med. Robert Schäfer (Ärztekammer Nordrhein): Die Grenzen der Freiberuflichkeit sind bisher durch das landesgesetzlich normierte Berufsrecht eingeschränkt worden. Wir haben in der Vergangenheit zwar nie eine ganz konfliktfreie Schnittlinie zwischen den Interessenssphären des Patienten und des Arztes gehabt - keine Grenze ist ganz konfliktfrei, sie kann durch den Fortschritt der Disziplin weiterentwickelt werden -, wir haben aber geglaubt, historisch die Erfahrung gemacht zu haben, dass Staatsnähe der Medizin immer kritisch zu diskutieren ist.

In der Konsequenz böte sich aus meiner Sicht an, dass für die neu geschaffenen Institutionen das gleiche normative Vorgabenpaket gilt. Das ist auch möglich. Auch bisher war es zulässig, dass, wenn ein konkurrierender Wettbewerber am Markt - auch am Gesundheitsmarkt - durch eine zulässige gesetzliche Regelung im wettbewerblichen Erscheinen eingegrenzt war, dies auch für die Mitbewerber galt. Wenn wir uns auf diese Regelung einließen, wäre eine Regelung für die Zukunft geschaffen, dass mit einer Vergesellschaftung, die nach meiner Erfahrung unter den Auspizien des EU-Rechtes schwer aufzuhalten ist, jedenfalls keine Deregulation im Normativen stattfindet.

Vera Dedanwala (SPD): Ich habe gar nicht erwartet, dass sich aufgrund der Expertenäußerungen zu diesem Gesetz eine so fundamentale Debatte über Staatsmedizin und freiberufliche Spektren der Mediziner eröffnen würde. Dennoch ist es natürlich interessant. Ich glaube aber, dass das Schwarz-Weiß-Malen ein bisschen zu stark gewesen

ist. Keiner hier im Saal hat die Absicht oder auch nur die Neigung, eine „staatsdienstliche Krankenhaussystematik“ zu entwickeln, wie Sie das eben vorgetragen haben, gegen die Sie den freiberuflichen Mediziner setzen, der individuell und nicht normiert behandeln möchte.

Ich möchte das anhand von Beispielen hinterfragen. Wie würden Sie einen niedergelassenen Orthopäden bezeichnen, in dessen freiberuflicher Praxis mit vier bis fünf Behandlungszimmern die Sprechstundenhilfe die aufgezugene Spritze bereits zur Behandlung bereit legt, bevor der Arzt den Patienten überhaupt gesehen hat? Oder: In einer Zahnarztpraxis sind mindestens vier Behandlungszimmer vorhanden, der Arzt geht von Behandlungszimmer zu Behandlungszimmer, die Füllmasse für den Patienten ist bereits vorbereitet, damit die Behandlung schnell durchgeführt werden kann. Sie sagten eben „industriell“. Ich hätte diesen Ausdruck nie gewählt, glaube aber, dass beim Patienten, der sich in einer solchen Behandlungskette befindet, häufig ein solches Gefühl aufkommt. - Das nur zum Nachdenken.

Ich glaube, dass jeder Patient einen Anspruch darauf hat, individuell behandelt zu werden, wobei ich eine normierte Behandlung noch völlig anders definieren würde. Es gibt Krankheitsbilder, bei denen man durchaus Normen für die Behandlung festsetzen kann. Nichts anderes geschieht mit den Richtlinien für Heilung, die im Moment auch mit den Selbstverwaltungsstellen diskutiert werden. Das ist auch in Ordnung. Das sind Disease-Management-Programme. Die kennen wir alle. Man kann sehr wohl eine Kette bestimmter Behandlungsformen und Behandlungsarten feststellen, die auch von den Patienten verstanden wird, die sich mit dem Wissen um die Behandlung wohler fühlen. Das weicht nicht von einer individuellen Behandlung ab. Für die Patienten ist diese Behandlung sehr wohl individuell.

Ich möchte die Gegensätze, die hier vorgetragen worden sind, also nicht so hoch hängen. Niemand will eine staatsdienstlich organisierte Krankenhaussystematik. Niemand will den Arzt in seiner individuellen Freiheit einschränken. Aber ich glaube, dass wir uns alle fragen müssen, ob es nicht durchaus Behandlungen gibt, die mit dem Begriff „normiert“ vielleicht nicht glücklich getroffen sind, die aber Richtlinienbehandlungen für bestimmte Krankheitsbilder sein könnten, die dann vielleicht auch in der Öffentlichkeit debattiert werden.

StS'in Prüfer-Storcks (MGSFF): Eine kleine Bemerkung vorweg: Ich finde den Spannungsbogen zwischen Staatsferne und Staatshaftung, den wir hier heute Morgen haben, schon recht interessant. Allerdings möchte ich gerne noch einmal darauf verweisen, dass wir hier nicht über die Gesundheitsreform oder das SGB V diskutieren und dass die Punkte, die Sie kritisch angesprochen haben, von einer sehr breiten Mehrheit im Deutschen Bundestag für richtig befunden und beschlossen worden sind und jetzt nur noch umgesetzt werden müssen. Im Rahmen der Umsetzung der getroffenen Regelungen hat der Deutsche Ärztetag an die Landesgesetzgeber die Aufforderung gerichtet, hier für gleiche Wettbewerbsbedingungen zu sorgen. So sind die Änderungen im Heilberufsgesetz zu verstehen, die die Berufsausübung eben auch als juristische Person des Privatrechts ermöglichen.

Die Punkte, die Sie eingefordert haben, sind aus meiner Sicht - insofern sehe ich Ihre Meinungsäußerung als Bestätigung - mit der Änderung des Heilberufsgesetzes umgesetzt. Da wird gerade betont, dass die Kammern Anforderungen festlegen, die eine eigenverantwortliche, unabhängige und nicht gewerbliche Ausübung der Tätigkeit gewährleisten. Das gilt selbstverständlich auch für Ärztinnen und Ärzte, die in medizinischen Versorgungszentren tätig sind. Ich denke, da ist Ihrem Petitum schon Rechnung getragen worden.

Marianne Hürten (GRÜNE): Ich möchte anknüpfen an das, was die Kollegin Dedanwala gesagt hat: Ich bitte darum, die Vernetzung, die integrierte Versorgung etwas positiver zu sehen, auch im Sinne von Bedarfsgerechtigkeit und bestmöglicher Versorgung. In Bezug auf Orthopäden hatte ich im letzten Jahr ein Erlebnis, das noch viel krasser war: Es gab in der Praxis noch nicht einmal abgeschlossene Zimmer, sondern in einem langen Schlauch nur durch Vorhänge abgetrennte minimalste Behandlungsiseln. Ich konnte sämtliche Gespräche, die links und rechts von mir vom Arzt mit den Patienten geführt wurden, in denen es um die Behandlung, die Diagnose usw. ging, mithören und fand das doch sehr befremdlich, auch wenn das aus Ihrer Sicht keine vernetzte, sondern die von Ihnen gelobte individuelle Versorgung war.

Ich wollte noch darauf hinweisen, dass wir in der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ gerade diese Gesichtspunkte untersucht haben. Ich lege Ihnen die Lektüre des Gutachtens von Prof. Mau zum Thema rheumatische Arthritis nahe, in dem genau nachgewiesen worden ist, dass wir eine erhebliche Unterversorgung mit Rheumatologen haben und dass die mangelnde Vernetzung in diesem Bereich dazu führt, dass es eben nicht zu der bestmöglichen, bedarfsgerechten Versorgung der Patienten und Patientinnen kommt, sondern zu erheblichen sowohl gesellschaftlichen wie auch das Gesundheitswesen belastenden zusätzlichen Kosten. Von daher unterstützen wir die im GKV-Modernisierungsgesetz erfolgten Änderungen durch Umsetzung im Heilberufsgesetz. Wir sind sehr dafür, dass die integrierte Versorgung weiter ausgebaut wird. Der Landtag hat das in der Entschließung, die ich eben angesprochen habe, bekräftigt.

Dr. Jana Pavlik (FDP): In Anbetracht der Debatte, die jetzt entstanden ist, habe ich eine Anmerkung: Wir Ärzte haben mit einem GKV-Modernisierungsgesetz zu kämpfen, das durch im Prinzip fachlich inkompetente Politiker entstanden ist. Wir Ärzte streben eine optimale Versorgung des Patienten an, werden daran aber mit Disease-Management-Programmen und Ähnlichem gehindert. Ich muss mir z. B. von der Politik vorschreiben lassen, was „chronisch“ heißt. Ich habe das während meines Studiums anders gelernt. Ich würde es also sehr begrüßen, diese Frage mehr den Fachleuten als den Politikern zu überlassen.

Dr. Rudolf Henke (CDU): Hätte ich gedacht, dass ich mit meiner Frage diese Debatte auslöse, hätte ich mich gefragt, ob ich diese Frage stelle. Aber jetzt ist es nun einmal passiert. Ich empfehle uns allen, keinen Gegensatz zwischen integrierter Versorgung und individueller Verantwortung bei der Begegnung zwischen Arzt und Patient zu konstruieren. Ich glaube, man kann mit einer freiberuflich organisierten Tätigkeit in wirt-

schaftlicher Selbstständigkeit an integrierter Versorgung teilnehmen und man kann auch als Angestellter in einem Krankenhaus freiberuflich tätig sein, wenn man und weil man in Diagnostik und Therapie frei bleibt.

Um zum Kern der Frage vorzustoßen: Ich glaube, wir tun alle gut daran, Verluste an dieser Freiberuflichkeit, nämlich der fachlichen, der ärztlichen Verantwortung in Fragen der Diagnostik und Therapie, sensibel genug wahrzunehmen. Diese Verluste kann es geben, wenn institutionelle Kaufleute, Investoren, Ärzte zu ihren Erfüllungsgehilfen machen. Es ist nämlich ein Riesenunterschied, ob ein Krankenhaus in Trägerschaft einer Kommune, einer frei-gemeinnützigen Körperschaft des öffentlichen Rechts oder auch eines privaten Krankenhausbetreibers ist, oder ob dort eine „McDonaldisierung“ der Medizin vorbereitet wird. Es gibt die Sorge um die „McDonaldisierung“ der Medizin, in der am Ende alle Produkte identisch sind und überall der gleiche Big Mac geboten wird. Deswegen sollte man da nicht immer reflektorisch reagieren. Das ist ein Problem.

Dieses Problem kommt ein klein bisschen auch zum Ausdruck in der Frage von Herrn Dr. Mertens, ob man nicht noch etwas tun könne. Ich habe hier ein Inserat einer bergischen Tierklinik GmbH: 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr für sie da. - Da werden per Reklame Leistungen offeriert. Nach meiner Kenntnis ist die Kammer gehalten, ihren Kammermitgliedern Reklame zu untersagen. Es ist aber ein Problem, wenn wir auf der einen Seite den Investoren die Möglichkeit verschaffen, sich in der Öffentlichkeit so darzustellen, als wären sie die Obersuperkompetenten, weil sie genügend Leute einstellen - sie können damit an die Öffentlichkeit gehen, möglicherweise zum Teil mit Aussagen, die man auch inhaltlich hinterfragen kann -, und auf der anderen Seite denen, die das lege artis betreiben, sagen: Ihr müsst aber genau auf das Einhalten aller Regeln achten.

An der Stelle müssen wir auch mit Blick auf das EU-Recht darüber nachdenken, ob wir den Einflussbereich der beruflichen Selbstverwaltung auch auf diese gewerblichen Anbieter nicht so erweitern können, dass diejenigen, die sich in diesem Sektor ärztlicher Behandlung, tierärztlicher Behandlung, zahnärztlicher Behandlung, psychotherapeutischer Behandlung oder anderer Ausübung der Heilkunde als gewerbliche Anbieter, als Institution, als Kaufleute tummeln wollen, gewärtigen, in Zukunft den gleichen Regeln und Kontrollen unterworfen zu sein. Ich finde, das wäre des Ringens wert, wohl wissend, dass es einige europapolitische Aspekte zu beachten gibt, die mit der Freiheit des Austausches von Gütern und Dienstleistungen zu tun haben. Das braucht aber nicht zu Konfrontationen zu führen. Das muss ein gemeinsames Anliegen für Qualitätsverbesserung und Patientenschutz einschließlich Tierschutz sein. So habe ich Ihre Anregungen, die Sie uns schriftlich übermittelt haben, auch verstanden.

Dr. med. Robert Schäfer (Ärztammer Nordrhein): Ich bin dankbar für die Darlegung eines Sachverhaltes, der ein berufsrechtliches Problem aufzeigt. Ich möchte Sie ausdrücklich ermuntern, Frau Dedanwala, uns konkrete Fälle vorzutragen. Wir erklären uns bereit, derartigen Sachverhalten nachzugehen. Sie können das gerne verbreiten.

Stell. Vorsitzende Ursula Monheim: Wir sind damit am Ende unseres Expertengesprächs über die Änderung des Heilberufsgesetzes. Da in dieser Diskussion auch grundsätzliche Aspekte angesprochen worden sind, war es schon sehr spannend.

Ich möchte Ihnen, den Expertinnen und Experten, noch einmal herzlich danken, dass Sie so kurzfristig hierher kommen konnten. Ich danke Ihnen auch für die schriftlichen Stellungnahmen und für Ihre Bereitschaft, die mündlich gestellten Fragen zu beantworten.

Von dem Expertengespräch werden wir wie immer ein Wortprotokoll erstellen, das Ihnen selbstverständlich zugestellt wird.

Ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise, möchte aber nicht versäumen, Sie zum Hierbleiben einzuladen, wenn weitere Punkte unserer Tagesordnung Ihr Interesse finden. Sie wissen, dies ist eine öffentliche Sitzung. Wir haben aber auch Verständnis dafür, wenn Sie sich wieder Ihren anderen Aufgaben widmen wollen.