

## **E.A.N.A.**

EUROPÄISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE  
EUROPEAN WORKING GROUP OF PRACTITIONERS AND SPECIALISTS IN FREE PRACTICE  
GROUPEMENT EUROPÉEN DES MÉDICINS EN PRATIQUE LIBRE

### **Protokoll über die EANA-Sitzung vom 23./24.5.2008 in Stockholm/Schweden**

Anwesend:

Präsident	Dr. Jörg Pruckner	
Vizepräsident	Dr. Maximilian Zollner	
Belgien	Dr. Roland Lemye	
Deutschland	Dr. Maximilian Zollner Dr. Klaus Bittmann Dr. Kerstin Jäger Ute Leutloff-Simons	
Griechenland	entschuldigt	
Irland	Dr. William J. Lynch Dr. Joseph Richardson	
Luxemburg	Dr. Claude Schummer	
Österreich	Dr. Josef Lohninger	
Portugal	entschuldigt	
Rumänien	Dr. Paul Serban	
Schweden	Dr. Ewa Nilsson Bagenholm Dr. Ewa Hellberg Dr. Gunnar Welander	
Schweiz	Dr. Yves Guisan	
Slowakei	Dr. Ladislav Pásztor	
Tschechische Republik	Dr. Pavel Tautermann	
Ungarn	entschuldigt	
Schriftführerin	Brigitte Ruppitsch	
23.5.08	Beginn: 9.00 Uhr	Ende: 17.30 Uhr
24.5.08	Beginn: 9.00 Uhr	Ende: 13.00 Uhr

## Inhaltsverzeichnis

I.	Begrüßung und Einleitung von Frau Dr. Ewa Nilsson Bagenholm .....	2
II.	Bemerkungen zum Protokoll der Sitzung vom 30.11./1.12.07 in Montreux.....	2
III.	Abstimmung der Tagesordnung .....	2
IV.	Bericht des Präsidenten.....	2
V.	Bericht des Schatzmeisters .....	3
VI.	PR-Maßnahmen; Mitgliederwerbung .....	3
VII.	Kurzberichte aus den Ländern.....	4
VIII.	Prävention.....	6
IX.	Freiberuflichkeit .....	6
X.	Telemedizin .....	7
XI.	Zugangsbestimmungen zum Medizinstudium .....	8
XII.	Zusammenarbeit der Ärzte in Europa; Zustand der Vergesellschaftung .....	8
XIII.	Verschiedenes .....	9

Dr. Pruckner begrüßt alle Anwesenden, im Besonderen Dr. Serban/Rumänien, und eröffnet die Sitzung.

### **I. Begrüßung und Einleitung von Frau Dr. Ewa Nilsson Bagenholm**

Die Präsidentin der „Swedish Medical Association“ beschreibt die Situation der Ärzte und ihrer Landesvertretung in Schweden (s. Protokollbeilage).

### **II. Bemerkungen zum Protokoll der Sitzung vom 30.11./1.12.07 in Montreux**

Es liegen keine Bemerkungen zum Protokoll vor; es wird einstimmig verifiziert.

### **III. Abstimmung der Tagesordnung**

Bericht des CPME fällt aus, weil Dr. Michael Wilkes zurzeit an anderen Fronten kämpfen muss.

Neu aufgenommen werden als

11. Zugangsbestimmungen zum Medizinstudium und

12. Zusammenarbeit der Ärzte in Europa; Zustand der Vergesellschaftung

### **IV. Bericht des Präsidenten**

Dr. Pruckner informiert über

- CPME: Frankreich, Spanien und Italien sind zuletzt wegen der Abstimmung von finanziellen Belangen nicht mehr zu den Sitzungen gekommen. Im e-health-Papier soll der Patientenschutz noch eingefügt werden
- UEMS: Produziert immer wieder Parallelpapiere
- UEMO: Zurzeit Umstrukturierung und Wahlen
- EU-Kommission: Gesundheitskommissar Kyprianou ist zurückgetreten

## V. Bericht des Schatzmeisters

Dr. Lemye gibt den momentanen Kassastand bekannt: € 19.351,44

Dieser ergibt sich aus folgenden Eingängen von Mitgliedsbeiträgen für 2008 in €

Deutschland	2.000
Österreich	2.000
Tschechische Rep.	1.000
Luxemburg	2.000
Portugal	1.000
Belgien	2.000
Schweiz	2.000
Zwischensumme	12.000
Nachzahlung für 07 Hartmannbund	1.000
Überschuss aus 07	6.351,44
Gesamt	19.351,44

Die Jahresbeiträge für 2008 von der Slowakei, Irland, Schweden und Ungarn fehlen noch.

Dr. Welander ersucht um elektronische Übermittlung der Rechnung.

Durch die Übernahme der Kosten von Montreux durch die FMH hat sich die finanzielle Situation verbessert, deshalb konnte eine EANA-Homepage und ein Folder in Angriff genommen werden.

Es besteht Übereinstimmung darüber, dass eine externe Finanzierung der EANA anzudenken ist und dieser TOP auf der nächsten TO stehen soll. Ein Businessplan sollte dafür erstellt werden.

## VI. PR-Maßnahmen; Mitgliederwerbung

### a) Homepage

Dr. Pruckner stellt die neue EANA-Homepage vor; [www.eana.at](http://www.eana.at)

Die ausführliche Diskussion über den Inhalt wird zusammen gefasst:

- Die Dreisprachigkeit (Deutsch, Englisch, Französisch) ist eine Grundvoraussetzung!
- Willkommenseite, Archiv und Newsletter
- Klare Ziele
- Beschlüsse
- Fotos von Sitzungen
- Die Homepage soll auf [www.eana.eu](http://www.eana.eu) umgeändert werden.  
*Protokollanmerkung: Diese Domain ist bereits im Besitz einer anderen Person. Bemühungen um den Erwerb sind im Laufen.*

Alle Verbände sollen angeschrieben werden, damit sie die Homepage verlinken. Beim nächsten Treffen soll ein Bericht abgegeben werden, wie viel Personen die Homepage besucht haben.

Dr. Pruckner stellt den Antrag, die EANA-Homepage zu installieren und die Kosten in der Höhe von € 945 (inkl. USt.) sowie von € 90 (inkl. USt.)/Monat zu übernehmen. Weiters ein Redaktionsteam bestehend aus Dr. Pruckner und Mag. Zahrl einzusetzen. Sie entscheiden, was auf der Homepage veröffentlicht werden soll.

**Beschluss: Antrag einstimmig angenommen**

Dr. Pruckner klärt die Kosten, falls junge Leute von PWG zur EANA-Sitzung nach Brüssel eingeladen werden sollen. Die Nutzung von Versicherungs-, Banken- oder Verbands-Werbung auf der EANA-Homepage könnte zur Probe für ein Jahr ins Leben gerufen werden.

Dr. Lynch weist auf die Wichtigkeit der Übersetzung hin, denn „doctors in free practice“ wurde nicht richtig übersetzt.

Dr. Bittmann ersucht, das Thema „freie Niederlassung, Privatärzte, Hausärzte“ auf die nächste Tagesordnung zu nehmen.

## **b) Folder**

Der Folder soll als Visitenkarte verwendet werden; er soll auf der Homepage zum Runterladen zu finden sein.

Folgende Änderungen am Folder sollen vorgenommen werden:

- Adresse korrigieren
- Verbindung zur EU herstellen, mit Bild von Brüssel (EU-Parlament) vorne
- Das EANA-Zeichen von der Homepage ergänzen
- Statt „We care for you“ soll es heißen: „Doctors in free practice caring for you“
- Die Mitglieder und die Kontonummer soll noch ergänzt werden

Dr. Lemye wird die Übersetzung ins Französische übernehmen und Frau Leutloff ins Deutsche.

Dr. Welander sagt die Übernahme der Kosten des ersten englischen Abdrucks dieses Folders zu.

Es besteht Einvernehmen darüber, dass zuerst die Homepage installiert werden soll und erst im Anschluss der Folder produziert wird.

## **VII. Kurzberichte aus den Ländern**

besonders über die Auswirkungen der Prävention

Dr. Zollner übernimmt bei diesem TOP den Vorsitz.

### **Deutschland**

Dr. Bittmann verdeutlicht das Problem der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems, indem immer weniger Geldmittel (weil nicht genügend vollzahlende Versicherte) vorhanden sind. Der Finanzausgleich wurde eingesetzt und ein Gesundheitsfonds soll errichtet werden. Dem Arzt wird ein neues – allerdings noch unklares - Honorarsystem versprochen. Unzufriedenheit unter den Ärzten steigt; viele sind bereit aus den Kassenverträgen auszusteigen, weshalb es Nachwuchsprobleme gibt. Der NAV verliert Mitglieder, neue Gruppierungen entstehen. Die Deutsche Ärztegenossenschaft ist auf 15.000 Mitglieder angestiegen z.B. wegen Wirtschaftlichkeit (billiger einkaufen, Arzneimittel einsparen). Völlige Veränderung der Niederlassung (Direktverträge), weil das System nicht mehr haltbar ist.

### **Slowakei**

Dr. Pásztor berichtet anhand einer Power Point-Präsentation (s. Protokollbeilage).

### **Belgien**

Dr. Lemye informiert zur Prävention: Jede Provinz hat sein eigenes System; mobile Untersuchungsräume für Kleinkinder und Schüler. 2 weitere Impfungen wurden eingeführt: PAP-Impfung bis zum 15. Lbj. und Rotavirus; Brustkrebs-Untersuchungen werden alle 2 Jahre durchgeführt. Wettbewerb zwischen Prävention und kurativer Medizin wegen der Finanzen.

Probleme mit älteren Ärzten, weil sie nicht verstehen, warum sie soviel arbeiten sollen, wenn die jungen Ärzte nicht dazu bereit sind.

Doppelgleisigkeit bei der Leistungserbringung im Notfallsystem: Krankenhaus oder Rettungswagen oder Allgemeinmediziner. Bereitschaftsdienste auf dem Lande gehen zurück, obwohl versucht wurde die Honorare am Land zu erhöhen. Professionalisierung des Bereitschaftsdienstes über eine zentrale Verteilung wird versucht, damit will man dem Patienten bei der Auswahl helfen. Ab 1.7.08 tritt ein neues System in Kraft (Analyse nach einem Jahr): der Arzt bekommt 2 € mehr, wenn der Patient am Abend in die Ordination kommt.

Die Rationalisierung der teuren Patienten ist ein Thema. Es soll zwischen chronisch Kranken und denen, die sterben werden, unterschieden werden.

### **Luxemburg**

Dr. Schummer informiert darüber, dass die aktive Sterbehilfe als Patientenrecht am Ende des Lebens zuerst in den Niederlande, dann in Belgien und nun auch in Luxemburg eingeführt wurde. Bis jetzt ist noch kein Arzt vor Gericht gekommen, denn das wäre das Ende der Durchführung der aktiven Sterbehilfe gewesen. In jedem Fall kann ein Arzt einen Experten zur Beratung hinzuziehen und die Kosten dafür muss der Patient tragen.

### **Schweiz**

Dr. Guisan berichtet, dass die Vertragsfreiheit ein wichtiges Thema ist, aber bisher nicht gesetzlich verankert wurde. Wenn der Kassenvertrag zurückgegeben wird, dann kann ein eigener Vertrag ausgehandelt werden.

Zur Liberalisierung in der Schweiz: soziale Dienste sollen zurückgehen, die öffentlichen Gelder müssen direkt an die Versicherungen gezahlt werden; neue Initiative der nationalistischen Partei und Abstimmung in einer Woche. Eine Kampagne, mit 2 Mio sfr durchgeführt, scheint verloren. Privatisierungsbestrebungen bestehen.

Die Prävention ist in der Schweiz chaotisch organisiert; kein richtiger Rahmen und keine Durchführungsbestimmungen sind vorhanden; jeder Allgemeinmediziner kann machen was er will, die meisten Ärzte machen gar nichts.

Erhöhung der Tabakpreise um einen neuen Präventionsfonds (20 Mio sfr) zu gründen, aber das Gesundheitsamt hat das Geld in die Forschung gegeben. Mit der Tabaksteuer Prävention zu finanzieren ist pervers.

Krebspräventionsprogramm wurde zwar entwickelt, aber nicht im Parlament beschlossen.

### **Rumänien**

Dr. Serban: Die Krankenhäuser zahlen die Ärzte aus einem eigenen Budget und die Allgemeinmediziner haben Verträge, die sich nach der Anzahl der Patienten richten sowie auch Direktbezahlung von Patienten über Leistungen, die nicht vom Staat bezahlt werden. Niedergelassene Ärzte müssen beweisen, dass sie 3 Jahre Praxis in der Familienmedizin gehabt haben, sonst bekommen sie keinen Vertrag. Es gibt keinen Numerus Clausus für die Ausbildung, aber die Ärzte verlassen das Land, weil sie schlecht bezahlt werden. Im Bereich Prävention gibt es ein nationales Programm, es wird vom Staat aus den Einnahmen von Tabak und Alkohol bezahlt. Eine Gesundheitserhebung anhand Labortests wird gemacht. Im Moment will der Gesundheitsminister das Gesetz wieder ändern und den Krankenhaus-Ärzten ermöglichen auch privat zu praktizieren. Allgemeinmediziner, die am Land arbeiten, sollen einen gewissen Prozentsatz der Kopfpauschale als Erschwerniszulage bekommen, das kann bis zu 100 % sein.

### **Österreich**

Dr. Lohninger berichtet, dass die Daten der Gesundenuntersuchung elektronisch, anonymisiert an die KV gesendet werden sollen. Es wurde keine HBV-Impfung eingeführt. Ein Gesetzesentwurf

soll im Parlament verabschiedet werden, mit dem u.a. die Pflichtversicherung und das Monopol der Ärztekammer, Verträge auszuverhandeln, fallen soll. Marsch der Ärzte mit Protestversammlung am 3.6.08 und anschließend Streikmaßnahmen während der EM sowie Werbekampagne geplant.

### **Irland**

Dr. Lynch bedauert, dass das Europäische WettbewerbsG von der Regierung genützt wird, um nicht mit den Ärzten verhandeln zu müssen. Unverständlich ist, wie Qualität entstehen soll ohne dafür zu bezahlen. Eine allgemeine Unfallversicherung wird entwickelt. Primärprävention und Impfprogramme gibt es. Frühsterblichkeits- und Krebsanalysen sowie Präventivprogramme bei vaskulären Erkrankungen wurden entwickelt.

### **Tschechische Republik**

Der Bericht von Dr. Tautermann wurde bereits ausgesandt. Freiberuflichkeit ist die Hauptsorge. Die Krankenkassen sind nicht pleite; sie haben 20 Mill. Kronen erspart.

### **Schweden**

Dr. Welander informiert über seinen aufliegenden schriftlichen Bericht hinausgehend, dass 50 % der Ärzte einem nationalen Vertrag unterliegen. Die Altersgrenze für Ärzte soll abgeschafft werden, dies bewirkt, dass neue Ärzte schwer einen Vertrag bekommen können. Ein Substitutionsparagraph soll eingerichtet werden. Ein Memorandum für Ersatzregelungen und Praxisübernahme soll Anfang Juli in Kraft treten. Die Honorierung von Physiotherapeuten wurde festgelegt. Eine Klage von einer Klinik für Physiotherapie wurden in Brüssel eingebracht.

## **VIII. Prävention**

Dr. Jäger bringt eine Power Point Präsentation über die Situation der Prävention in Deutschland (s. Protokollbeilage). Weiters erklärt Dr. Jäger, dass Vorsorgeuntersuchungen außerhalb des Budgets bezahlt werden, die Chlamydien-Untersuchung nur für Frauen und nicht auch für Männer durchgeführt wird sowie, dass die HBV-Impfung flächendeckend bis zum ersten Geschlechtsverkehr bzw. zum 18. Lebensjahr organisiert wurde. Die Daten (außer beim Brustkrebsscreening) werden nicht ausgewertet, sondern nur abgelegt.

Ausführliche Diskussion darüber, ob die umfassende Vorbeugung eine Wirkung zeigt und Krankenstandszahlen gesenkt werden können bzw. die Lebensqualität erhöht wird.

Dr. Bittmann befürchtet, dass Krebskranke in Zukunft bestraft werden, weil sie durch Prävention den Krebs nicht verhindert haben. Die Politik meint, dass es in Deutschland in einigen Jahren keine Schwerkranken mehr geben wird, weil die Prävention immer besser wird, dies ist aber, seiner Meinung nach, eine Irrlehre. Mutter-Vater-Kind-Kuren wurden neu ins Gesetz aufgenommen. Gynäkologen beziehen 50 % ihres Honorars aus der Prävention. Dieses Geld fehlt aber in anderen Bereichen, weil die Politik hauptsächlich Prävention fördert.

## **IX. Freiberuflichkeit**

Beschlüsse zum Thema Freiberuflichkeit von 1980, 1991 und 1999 werden dem Protokoll beigelegt (s. Protokollbeilage).

## X. Telemedizin

### a) Grundsatzpapier

Dr. Pruckner stellt nach ausgiebiger Diskussion den Antrag, die Resolution zum Thema Telemedizin (s. Protokollbeilage) zu beschließen.

**Beschluss: Antrag einstimmig angenommen**

### b) e-health; Kosten-Nutzen

Dr. Lohninger: Der betreuende Arzt und sein Patient sollten zustimmen müssen, wenn etwas aus dem ELGA-Akt verwendet wird. Private Firmen machen gegen Entgelt Gesundheitsakten, solange keine staatliche Stelle das Papier umsetzt.

Dr. Hellberg arbeitet seit 8 Jahren mit der elektr. Gesundheitsakte, aber es ist so eine Fülle von Daten vorhanden, dass sie erst wieder ihre eigenen Notizen machen muss.

Dr. Lynch scheint die informierte Zustimmung des Patienten wichtig.

Frau Leutloff-Simons verliest einen Artikel vom 21.5.08 aus der deutschen Ärztezeitung: „Europaweite Vernetzung von Gesundheitsdiensten ist geplant. Noch in diesem Sommer soll ein Projekt zur grenzüberschreitenden Vernetzung von elektronischen Gesundheitsdiensten e-health starten. Das kündigte der Leiter der Abteilung für Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Bereich Gesundheit bei der Europäischen Kommission, Dr. Gérard Comyn, auf einer EU-weiten e-health-Konferenz in Slowenien an.

An dem genannten Vorhaben der EU-Kommission sind zwölf EU-Länder beteiligt, darunter Deutschland. Schweden soll die Federführung des Projekts übernehmen. Die Industrie wird durch 31 Unternehmen vertreten sein. Ziel von S.O.S. sei es, die nationalen e-health-Infrastrukturen kompatibel zu machen, um Informationen über Diagnosen und die Medikation eines Patienten aber auch elektronische Rezepte EU-weit verfügbar zu machen, so Domyne. Dahinter steckt die Annahme, dass sich zunehmend mehr Patienten im EU-Ausland behandeln lassen werden. Bislang beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben für Auslandsbehandlungen knapp ein Prozent. Anwendungsgebiete für e-health gibt es viele: elektronische Krankenakten und digitales Medikamentenmanagement gehören ebenso dazu wie biomedizinische Sensoren, die in die Kleidung von Patienten integriert werden und Daten per Funk zum Arzt übertragen. Zu e-health gezählt werden auch Anwendungen für die öffentliche Gesundheit, beispielsweise Krisenmanagement bei Seuchen oder Bioterrorismus. Das S.O.S.-Projekt ist auf drei Jahre angelegt. Die EU-Kommission unterstützt den Pilotverbund mit acht Millionen Euro. Ein Netzwerk aus Patientenverbänden, Vertretern von Ärzten und Apothekern soll die S.O.S.-Partner bei ihrer Arbeit beratend begleiten.“

Dr. Schummer erklärt, dass in Amerika die Leute viel Geld für ihre Gesundheit aus der privaten Tasche ausgeben, damit die Daten nicht aufgezeichnet werden. Er verweist darauf, dass das Vertrauensverhältnis Patient/Arzt über den Daten steht!

Dr. Guisan: In der Schweiz wurde 2006 ein Gesetz verabschiedet, das nun umgesetzt werden muss. Viele Leute denken dabei mehr ans Geschäft als an die Medizin.

Dr. Lemye: In Belgien hat man alles versucht um den Arzt auszuschließen.

## **XI. Zugangsbestimmungen zum Medizinstudium; Numerus Clausus (Orientierung nach Maturabestnoten)**

Dr. Lemye fragt, ob es in den Ländern Probleme bei der Zugangsbestimmung zum Medizinstudium gibt? In Belgien wurde 1990 der Numerus Clausus eingeführt für Studenten, die ab 1997 zu studieren begonnen haben, nachdem es in den 80er und 90er Jahren eine Ärzteschwemme gegeben hat. Damals war man der Meinung, es gäbe in Belgien zu viele Ärzte (nur Griechenland war besser mit Ärzten ausgerüstet). Die Universitäten hatten ein System eingeführt, dass junge Kandidaten bei einem Arzt ihre Ausbildung absolvieren sollten. Diese jungen Ärzte hatten nur 5 Patientenkontakte pro Woche, was den Qualitätsansprüchen nicht entsprach. So haben im Jahr 2000 nur ca. 20 % positiv abgeschlossen. Ein Komitee erarbeitet einen Vorschlag zur Reform des Universitätszugangs, da der momentane Numerus Clausus nicht von Vorteil ist. Von einem Überschuss kam man zu einer Ärzteknappheit, besonders bei den jungen Assistenzärzten.

Dr. Lohninger: In Österreich gibt es keine Ärzteknappheit; die Hälfte der niedergel. Ärzte sind Wahlärzte. Ärzte werden vor allem nach Deutschland in die neuen Bundesländer „exportiert“ (350 im Vorjahr).

Dr. Jäger: Vor 10 Jahren gab es in Deutschland zu viele Ärzte, aber in den letzten Jahren sind viele z.B. in die Schweiz gegangen.

Dr. Guisan: In der Schweiz wollen junge Ärzte von Patienten nicht abhängig sein, sondern geregelte Arbeitszeiten haben. Weshalb es Probleme gibt, Ärzte zu finden, die bereit sind im ländlichen Bereich zu arbeiten. Aufnahmeprüfung für das Medizinstudium gibt es. Die Frage der Zulassung wird überdacht. Das Gesundheitsministerium entwickelt einen Plan.

Dr. Lynch: Durch die vielen weiblichen Studenten ändert sich das Ärztemuster in Irland. Es gibt vier Med.Unis mit Aufnahmeprüfungen, um einen Studienplatz zu bekommen. Die Personalplanung und demografische Entwicklung zeigt, dass in den nächsten Jahren 150 neue Ärzte pro Jahr gebraucht würden, das erreicht man bei 200 bis 300 Abgängern, weil kein Arzt rund um die Uhr arbeiten kann, aber so viele hat man nicht.

Dr. Schummer: Luxemburg war in 17 Sektoren mit 4 oder 30 Ärzten eingeteilt; Umgruppierung in drei Sektoren fand statt; die Patienten müssen weiter fahren. Überzeugungsarbeit war notwendig. Die jungen Kollegen sind gut ausgebildet und motiviert, aber sie arbeiten heute anders als früher.

Dr. Zollner: Neue Organisationsformen müssen gefunden werden. Die Schwelle zuerst beim Rettungsdienst und nicht direkt am Wochenende beim Arzt anzurufen, hat sehr viel Einsätze verringert. Der numerus clausus hat mehr Medizinstudenten gebracht; Rechtsanwälte haben Ausbildungsplätze eingeklagt. Der Staat sollte nicht in die Ausbildung eingreifen.

## **XII. Zusammenarbeit der Ärzte in Europa; Zustand der Vergesellschaftung von Organisationen**

Dr. Lynch möchte wissen wie die Situation in Europa im Bezug auf Zusammenarbeit der Ärzte (Gesellschaften etc.) aussieht. In Irland hat man eine staatliche Gesundheitsstruktur in eine staatlich organisierte Gesellschaft umgewandelt. Dr. Lynch fragt, was passiert, wenn kein Profit gemacht wird? Behandeln die Ärzte Patienten oder Kunden?



Dr. Welander: In den ländlichen Bereichen in Schweden gibt es nicht genügend Privatärzte. Kliniken werden gekauft und später verkauft. Die Arbeitsbedingungen sind am Beginn besser als je zuvor, aber nach ein paar Jahren findet ein Umverkauf statt; dann gibt es einen neuen Eigentümer und dann werden die Bedingungen immer schwieriger und die Arbeitslast immer größer und dann will man nicht nur für den Profit von anderen arbeiten und aussteigen. Ein großes Problem ist, dass drei große Firmen in Schweden, welche in Madrid und England Krankenhäuser haben, die gesamte ambulante schwedische Versorgung übernehmen wollen. Die Regierung hat lieber nur einen Ansprechpartner, als mehrere. Die niedergel. Ärzte bekommen das gleiche Honorar pro Kopf, egal, ob über einen großen Finanzinvestor oder als Selbständige.

Dr. Jäger: Ärzte sind in Deutschland in Genossenschaften eingetreten und somit ist die Freiberuflichkeit erhalten geblieben. Der Arztsitz ist ihre Alterssicherung, aber aufgrund des Ärztemangels kann die Ordination nicht verkauft werden, außer an private Organisationen.

Leutloff-Simons: In Frankreich wurde in den 60er Jahren ein Gesetz erlassen, dass bei Gruppenpraxen Ärzte 51 % der Anteile behalten müssen und 49 % der Investor bekommen kann.

Dr. Lemye: Polikliniken gehören manchmal Privatpersonen (Ärzten), aber Großinvestoren gibt es in Belgien nicht. Bei den Apotheken dagegen schon. Viele Patienten aus England und den Niederlanden kommen nach Belgien zur Behandlung, weil sie hier schneller behandelt werden. Aus Frankreich und Deutschland kommen auch Patienten, weil in Belgien die Behandlung billiger ist. Es gibt immer mehr Privatmedizin, die vom Staat nicht abhängig ist.

Dr. Zollner: Wirtschaftsmanager sagen, dass das Gesundheitswesen so schlecht organisiert ist, weshalb Geldgeber hier hinein drängen. MVZs können in Deutschland auch von Nicht-Ärzten gegründet werden.

Leutloff-Simons: Neue Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich sollte das nächste Mal auf der Tagesordnung stehen! In Deutschland sollen sogar Universitätskliniken privatisiert werden.

Dr. Pruckner: Welche Modelle von neuen Strukturen gibt es in den Ländern, auch im Hinblick auf das neu zu erwartende EU-Gesetz, bei dem Ketten- und Konzernbildung von der EU gefördert werden sollen? Neue Ideen sind notwendig, um die Dinge in die eigene Hand zu bekommen.

Dr. Lynch: Die privaten Investoren werden kein Interesse an Schwerkranken, Unfall- oder Notfallmedizin bzw. um Wochenenddienste haben. Diese schwierigen Aufgaben bleiben dann beim selbständigen Arzt.

### **XIII. Verschiedenes**

Die nächste Sitzung findet am 28./29.11.2008 in Ungarn, voraussichtlich in Budapest, statt.

2009:

11.-13.6.09 alle EMO-Sitzungen in Brüssel

Wann und wo im Herbst 09 die EANA-Sitzung stattfinden soll, muss bei der nächsten Sitzung geklärt werden.