

**Thema:** Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern, Änderungen der Notfalldienstordnung und die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte standen im Mittelpunkt der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 21. November in Düsseldorf. **von Horst Schumacher**

## Kammerversammlung: Kein erhöhtes Infektionsrisiko durch Flüchtlinge



Die medizinische Versorgung und die humanitäre Hilfe in den Krisengebieten der Welt muss vor Kriegshandlungen geschützt werden. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat am 21. November in Düsseldorf Angriffe verurteilt, die in den zurückliegenden Wochen zum Beispiel in Afghanistan, in Syrien und im Nord-Jemen zahlreiche Todesopfer auch in Krankenhäusern forderten. Den Ärztinnen und Ärzten, die als Helfer in krisengeschüttelten Regionen trotz hoher persönlicher Risiken Leben retten und Leiden lindern, sprach der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, seine Hochachtung aus. Er dankte auch allen Kolleginnen und Kollegen, die sich in den Städten und Kreisen des Rheinlandes mit großem Engagement für die Menschen einsetzen, die vor Gewalt und Verfolgung geflohen sind. „Sicherlich sind unsere heimischen Probleme unvergleichlich kleiner als die in den Krisenregionen der Welt. Dennoch bedarf es angesichts der Vielzahl von Menschen, die bei uns in Nordrhein-Westfalen Schutz suchen, riesiger Anstrengungen.“ Bis Ende November seien nach Angaben der Landesregierung mehr als 200.000 Flüchtlinge und Asylbewerber nach NRW gekommen. Die Kammerversammlung formulierte ihre Forderungen zur medizinischen Versorgung dieser Menschen und stellte fest, dass von ihnen kein erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht. Die derzeit vorgesehene ärztliche „Inaugenscheinnahme“, die sich auf die Feststellung von Infektionen beschränkt, sei daher eine Vergeudung von Ressourcen. Die Kammerversammlung plädiert stattdessen für eine bedarfsorientierte Versorgung (siehe Kasten rechts).

### Entschließungen der Kammerversammlung

#### Angriffe auf Einrichtungen der Krankenversorgung

Die Kammerversammlung spricht allen Angehörigen und Freunden der bei Angriffen auf Einrichtungen der Krankenversorgung Getöteten und Verletzten das zutiefst empfundene Beileid und Mitgefühl aus.

Die Kammerversammlung verurteilt jeden Angriff auf Einrichtungen der Krankenversorgung und sonstiger humanitärer Hilfen.

Es muss weltweit gewährleistet bleiben, dass Menschen, die sich der Versorgung Verletzter und sonstiger Erkrankter gerade in Krisengebieten widmen, vor kriegerischen Handlungen geschützt sind.

#### Forderungen der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen in Nordrhein-Westfalen - Forderungen an die Landesregierung

Die hohe Zahl neu aufgenommener Flüchtlinge stellt Deutschland vor eine bisher nicht gekannte Aufgabe.

Ärztinnen und Ärzte leisten schon jetzt ihren herausragenden Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderung und wollen dies auch zukünftig leisten. Damit die erforderliche medizinische Versorgung gelingen kann, sind vorrangig folgende Voraussetzungen zu schaffen:

1. Einheitliche Standards für die ärztliche Untersuchung bei der Aufnahme in Gemeinschaftseinrichtungen
2. Frühzeitige Impfungen bei Asylsuchenden in Gemeinschaftsunterkünften gemäß den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes
3. Bereitstellung von geschultem medizinischem Fachpersonal (z. B. Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte) in ausreichender Zahl in allen Einrichtungen als Ansprechpartner für alltägliche gesundheitliche Fragestellungen der Flüchtlinge sowie für die Erkennung akuter gesundheitlicher Probleme
4. Bereitstellung von Sprach- und Kulturmittlern als Voraussetzung für eine gute medizinische Versorgung. Ausbildung und Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern müssen stärker gefördert werden
5. Strukturierte Weiterleitung in die ärztliche Versorgung auf Basis transparenter Zuordnungskriterien
6. Einrichtung ärztlicher Sprechstunden vor Ort in Gemeinschaftseinrichtungen für Flüchtlinge als Brücke zur gezielten und bedarfsgerechten Vermittlung in die ärztliche Regelversorgung in den entsprechenden Fachgebieten. Dazu gehört auch die notwendige Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen, z. B. als Folgen psychischer Traumatisierungen
7. Transparenz für Flüchtlinge und Ärzte über den von staatlicher Seite gewährten Leistungsumfang in der medizinischen Versorgung
8. Weitergabe von Untersuchungsbefunden an Dritte (Behörden, Einrichtungsbetreiber) nur soweit dafür gesetzliche Vorgaben bestehen; im Übrigen Mitteilung der Untersuchungsbefunde alleine an die untersuchte

Person und Bereitstellung der Befunde zur weiteren Behandlung für Ärztinnen und Ärzte durch geeignete Archivierung

9. Beschleunigung der Anerkennungsverfahren für berufliche Qualifikationen nach dem Berufsanerkennungs-gesetz, den in der Bundesärzterordnung geregelten Anforderungen u. a. gesetzlichen Normen anstelle der im Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vorgesehenen besonderen Regelung zur Ermächtigung der vorübergehenden Ausübung von Heilkunde

## Statement zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen

Grundsätzlich kann nach dem aktuellen Stand des Wissens und den bisher umfangreich vorliegenden Erfahrungen davon ausgegangen werden, dass von Flüchtlingen weder für die Allgemeinbevölkerung noch für helfende Personen ein erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht.

Eine generelle (ärztliche) „Inaugenscheinnahme“, die lediglich auf die Identifikation vermeintlicher Ansteckungsgefahren abzielt, ist daher eine Vergeudung von wertvollen Ressourcen. Diese Ressourcen werden an anderer Stelle im Rahmen der Flüchtlingsversorgung dringend benötigt.

Eine ärztliche Erstuntersuchung aller Flüchtlinge nach Ankunft in Deutschland zur Feststellung des medizinischen Versorgungsbedarfes setzt voraus, dass eine Anamnese erhoben wird, eine gezielte Untersuchung stattfindet und ein Angebot für die Behandlung evtl. festgestellter Erkrankungen gegeben ist. Nur so können für die Flüchtlinge ernsthafte Erkrankungen festgestellt werden. Bisher fehlen dafür meist zeitliche und ökonomische Ressourcen. Durch eine „Inaugenscheinnahme“, die sich auf die Feststellung von Infektionen beschränkt, erfahren die Flüchtlinge hingegen erneut Repressalien, die es aus humanitären und medizinischen Gründen zu vermeiden gilt. Statt dieser somit wertlosen und im schlimmsten Falle sogar erneut traumatisierenden „Inaugenscheinnahme“ erscheint folgende, immer symptomorientierte, medizinische Versorgung von Flüchtlingen humanitär, nicht traumatisierend, medizinisch zielführend und ist zudem ökonomisch:

1. Bereitstellung von geschultem medizinischem Fachpersonal wie (Kinder- und Jugend-) KrankenpflegerInnen, Medizinischen Fachangestellte/ArzthelferInnen oder SanitäterInnen in ausreichender Zahl in allen Flüchtlingseinrichtungen als AnsprechpartnerInnen für alltägliche gesundheitliche Fragestellungen sowie für die Erkennung akuter gesundheitlicher Probleme der Flüchtlinge.
2. Bei Vorliegen akuter gesundheitlicher Probleme unverzügliche Weiterleitung in ambulante oder stationäre ärztliche Versorgung ohne institutionelle Barrieren.
3. Einrichtung einer medizinischen Sprechstunde vor Ort in Flüchtlingseinrichtungen zur Notfallversorgung und Ermittlung chronischer gesundheitlicher Störungen und bei Bedarf ungehinderter Zugang zur ärztlichen Regelversorgung in den entsprechenden medizinischen Fachdisziplinen.

Unberührt von den oben stehenden Ausführungen ist die unverzügliche gesetzliche Untersuchungspflicht bzgl. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose nach § 36 (4) IfSG aufgrund der Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen für einen Zeitraum von länger als 3 Tagen.

Zur Reduzierung der Ansteckungsrisiken für Flüchtlinge untereinander, vor allem bei Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen, sollten Schutzimpfungen, vordringlich gegen Masern/Mumps/Röteln sowie Windpocken, darüber hinaus entsprechend den Empfehlungen der STIKO, angeboten werden.



Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, **Rudolf Henke**, dankte den Kolleginnen und Kollegen in den Städten und Kreisen für ihr Engagement in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern.  
Foto: Jochen Rolfes

## Gemeinsame Verantwortung

In ihrer März-Sitzung hatte die Kammerversammlung Diskussionsbedarf zu dem von der Vertreterversammlung der KV Nordrhein im Februar beschlossenen Konzept zur Reform des ambulanten ärztlichen Notdienstes angemeldet und es in der damaligen Form abgelehnt. „Heute kann ich Ihnen berichten, dass unser Beschluss eine ganze Reihe von konstruktiven Gesprächen nach sich gezogen hat, die zu guten Ergebnissen geführt haben“, sagte Kammerpräsident Rudolf Henke. Zum einen habe die KV klargestellt, dass auch sie zu der über Jahrzehnte bewährten gemeinsamen Verantwortung für die Organisation des Notdienstes steht: „Diesbezügliche Zweifel, die der Beschluss der Vertreterversammlung in unseren Reihen ausgelöst hatte, müssten damit ausgeräumt sein.“ Darüber hinaus habe ein Informationsgespräch, zu dem Kammer und KV gemeinsam Bürgermeister und Landräte eingeladen hatten, die Debatte in der Öffentlichkeit und der Kommunalpolitik beruhigt: „Vielerorts gab es die Befürchtung, dass die Notfallversorgung der Bevölkerung leiden könnte. Bei dem Gespräch konnte manches Missverständnis aus der Welt geschafft und manche Sorge gedämpft werden.“ In intensiven Gesprächen mit der KV seien dann Änderungen an der Notfalldienstordnung zwischen beiden Körperschaften abgestimmt worden.

Die Kammerversammlung beschloss die neue Fassung, welche die Vertreterversammlung der KV Nordrhein bereits am 26. September verabschiedet hatte, mit großer Mehrheit. Eine wesentliche Neuerung steht in der Präambel, in der es nun heißt: „Zur Verbesserung der Versorgung kann der ärztliche Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit Ärzten und zugelassenen Krankenhäusern



Der Vorsitzende des Ausschusses Ärztlicher Notfalldienst, **Dr. Carsten König**, erläuterte die Änderungen der Gemeinsamen Notfalldienstordnung.  
Foto: Jochen Rolfes

## Entschließungen der Kammerversammlung

### Verbesserung der Qualitätsindikatoren im Bereitschaftsdienst

Die Kammerversammlung bittet den Vorstand, sich mit den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigung dahingehend zu einigen, dass beide Körperschaften unbeschränkten Zugriff auf Informationen über die Qualität (z.B. Einsatzzeiten, Reaktionszeiten) haben, um die Struktur der übertragenen Aufgaben zu gewährleisten. Dies soll ein Garant der gemeinsamen qualitativen Fortentwicklung des Bereitschaftsdienstes sein.

### Änderung der Gemeinsamen Notfalldienstordnung

Im gemeinsamen Notfalldienst ist sicherzustellen, dass beiden Körperschaften unbeschränkter Zugriff auf Informationen über die Qualität und die Struktur der übertragenen Aufgaben gewährt wird. Dies beinhaltet auch eine regelmäßige Berichterstattung an beide Körperschaften. Dies soll ein Garant der gemeinsamen qualitativen Fortentwicklung des Bereitschaftsdienstes sein.

### Gleichbehandlung angestellter Ärzte in der Notfalldienstordnung

Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein wird aufgefordert, unverzüglich alle erforderlichen Maßnahmen einzuleiten, damit in der Notfalldienstordnung die Benachteiligung der in Arztpraxen angestellten Ärzte gegenüber den in MVZ angestellten Ärzten zeitnah beendet wird.

sichergestellt werden.“ Nun bedarf die geänderte Notfalldienstordnung noch der Genehmigung durch das Landesgesundheitsministerium. Die in der Präambel ausdrücklich genannte Möglichkeit zur Kooperation vollziehe die Realität nach, sagte der Vorsitzende des Ausschusses „Ärztlicher Notfalldienst“, Dr. Carsten König, der den Delegierten die Neufassung im Detail erläuterte. Bereits heute seien mehr als zwei Drittel der Notfallpraxen an oder in Krankenhäusern angesiedelt.

## Bedenken gegen GOÄ-Novelle

Die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hatte im Vorfeld der Kammerversammlung für öffentlich geführte Kontroversen innerhalb der Ärzteschaft gesorgt. Die bis dahin bekannt gewordenen Pläne waren auf erhebliche Bedenken gestoßen, Berufsverbände hatten die Einberufung eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages zu dem Thema gefordert. Kammerpräsident Rudolf Henke sagte, dass Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eine Neufassung noch in dieser Legislaturperiode beschließen sehen will. Er habe dies jedoch an das Einvernehmen der Bundesärztekammer mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe gebunden. Der Präsident erinnerte daran, dass die GOÄ eine Rechtsverordnung der Bundesregierung ist, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Da die Bundesländer Kosten für die Beihilfe aus ihren Haushalten aufbringen müssen, sei die Zustimmung der Länderkammer eine hohe Hürde vor der Verabschiedung. „Wenn wir mit diesen Hürden klarkommen wollen, müssen wir uns als Ärzteschaft verbindlich und ein-

heitlich verhalten“, sagte Henke. Das schließe eine interne Diskussion über den richtigen Weg nicht aus. „Aber wenn wir uns schon untereinander über Gebühr zerstreiten und das womöglich auch noch öffentlich zelebrieren, dann haben wir keinerlei Erfolgchance.“

Dabei sei eine moderne, funktionierende Gebührentaxe für den freien Arztberuf von ebenso großer Bedeutung wie für eine gute Medizin in Deutschland, sagte der Kammerpräsident. Die derzeitige GOÄ sei seit über 30 Jahren nicht mehr aktualisiert worden und von Tag zu Tag weniger geeignet, die Vergütung zwischen Arzt und Patient angemessen zu regeln. Das liege vor allem an den Analogbewertungen, die vielfach zu Unklarheit, Verunsicherung, Rechtsstreitigkeiten und Störungen im Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt führten. Darüber hinaus sei seit Jahrzehnten keine Anpassung der Gebührenwerte erfolgt. Die Neufassung solle kontinuierliche Anpassungen ermöglichen. Henke warnte vor einem Scheitern der Novelle, auch weil dies den Befürwortern einer Vereinheitlichung von privatärztlicher GOÄ und vertragsärztlichem EBM Auftrieb geben werde.

„Die Verhandlungsführer der Bundesärztekammer verhandeln ohne Mandat über Änderungen der Bundesärzteordnung, weshalb wir uns der Forderung der Verbände anschließen, einen außerordentlichen Deutschen Ärztetag zu fordern“, sagte Dr. Lothar Rütz (Köln), Fraktionsvorsitzender des Ärztebündnisses Nordrhein. Seine Fraktion legte einen entsprechenden Antrag vor: Die mit der GOÄ-Novelle verbundene Änderung der Bundesärzteordnung, wie sie BÄK und PKV gemeinsam dem Bundesgesundheitsministerium vorschlagen wollen, sehe „staatlich-dirigistische Elemente wie in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vor, nämlich „Steuerungsgremien, Leistungskontrollen bis hin zum Risiko von Budgetierungen oder Leistungsabwertungen, weitere Kontrollelemente bezüglich ärztlicher Qualität, ärztlicher Qualifikation, Informationspflichten, Dokumentation und der gesundheitspolitischen Ausrichtung ärztlicher Tätigkeit überhaupt.“ In der sogenannten Gemeinsamen Kommission, die dem Bundesgesundheitsministerium regelmäßig Vorschläge zur Anpassung und Weiterentwicklung der GOÄ vorlegen soll,

## Entscheidung der Kammerversammlung Neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Aus gegebenem Anlass fordert die Kammerversammlung den Vorstand der Ärztekammer Nordrhein auf, umgehend auf den Vorstand der Bundesärztekammer einzuwirken, Transparenz über den Ablauf und Stand der Verhandlungen zur neuen „Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ herzustellen. Die Kammerversammlung sieht die Beschlusslage der Deutschen Ärztetage zur GOÄ als *conditio sine qua non* und als nicht verhandelbar!

Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein wird aufgefordert, den Mitgliedern der Kammerversammlung über die Umsetzung und die Reaktion auf diesen Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer zeitnah zu berichten.

## Wechsel im Vorstand



**Uwe Brock**  
Foto:  
Jochen Rolfes



**Barbara vom Stein**  
Foto:  
privat

Die Kammerversammlung wählte Barbara vom Stein (Burscheid) zur neuen Beisitzerin im Kammervorstand. Uwe Brock (Mülheim), der seit 2009 Vorstandsmitglied war, hatte das Amt niedergelegt. Vor der Kammerversammlung begründete er seinen Schritt unter anderem damit, dass er seine drei wichtigsten Ziele – Stärkung der Kreisstellen, Senkung des Mitgliedsbeitrags und Veränderungen im Sinne der jüngeren Mitglieder – in dieser Wahlperiode für kaum realisierbar hält. RhÄ

könne die Bundesärztekammer von den Kostenträgern überstimmt werden.

Das geplante Gremium sei vergleichbar mit dem Bewertungsausschuss, in dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen die Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Vergütung festlegen. „Nach unserer Auffassung ist das die Einführung einer Parallel-KV“, sagte Rütz. Die Mehrheit der Kammerversammlung folgte schließlich Dr. Oliver Funken (Rheinbach), der dagegen plädierte, „in der jetzigen diffusen, teilweise angstbesetzten Diskussion“ einen außerordentlichen Deutschen Ärztetag zu fordern. Stattdessen solle der Vorstand zunächst die Sachlage sondieren. Die Kammerversammlung überwiegen den Antrag des Ärztebündnisses Nordrhein mit 55 gegen 44 Stimmen an den Vorstand. Derweil steht fest: Der außerordentliche Deutsche Ärztetag zur GOÄ wird am 23. Januar in Berlin stattfinden. Drei Ärztekammern – Berlin, Brandenburg und Baden-Württemberg – hatten dies beantragt, das ist die nach der Satzung der Bundesärztekammer notwendige Mindestzahl.

## Krankenhausfinanzierung wird verlässlicher

In das – bereits in Kraft getretene – Versorgungsstärkungsgesetz ist eine Evaluationsverpflichtung für die Terminservicestellen aufgenommen worden, wie Kammerpräsident Rudolf Henke in seinem Bericht zur berufs- und gesundheitspolitischen Lage sagte: „Vielleicht bietet das eines Tages Gelegenheit zu einer neuen Debatte.“ Die Möglichkeiten zum Kauf von Vertragsarztsitzen in angeblich überversorgten Gebieten seien gegenüber den ursprünglichen Planungen nun deutlich reduziert: Der Versorgungsgrad, ab dem dies möglich ist, wurde von 110 auf 140 Prozent angehoben. Darüber hinaus sei die verbesserte Förderung für Weiterbildungsplätze in der Allgemeinmedizin und in einigen Fachdisziplinen nun Gesetz. Allerdings stehe eine Einigung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft noch aus.

Das Anfang November verabschiedete Krankenhausstrukturgesetz hat das Parlament nach Henkes Worten in einer gegenüber dem Regierungsentwurf stark verbesserten Form verlassen. So bleibt der Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro über 2017 hinaus erhalten. In den Jahren 2016 bis 2018 stehen für ein Pflegestellen-Förderprogramm bis zu 660 Millionen Euro zur Verfügung, dann ab 2019 dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr. Auch bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen sieht der Präsident einen deutlichen Fortschritt. Eine Angleichung der Landesbasisfallwerte wird 2016 in vielen Ländern für Zuwächse sorgen. Alles in allem werde die Finanzierung der Be-

## Entschließungen der Kammerversammlung

### Moratorium für Terminservicestellen in der GKV

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein fordert den Bundesgesundheitsminister zu einem Moratorium für die Einführung der Terminservicestellen auf. Die Praxen stehen vor neuen Problemen. Angesichts der auf die Ärzte und Angestellten in den Praxen zukommenden Belastungen, sind die Terminservicestellen eine bürokratische Verschwendung von Ressourcen, die der Versorgung unserer Patienten verloren gehen. Einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung ist der Vorrang einzuräumen, damit die anstehende Arbeit überhaupt bewältigt werden kann.

### Geschäftsordnung der Ärztekammer

Der Vorstand möge die nötigen Schritte unternehmen, dass in der Geschäftsordnung der Geschäftsordnungsantrag „Schluss der Rednerliste“ aufgenommen wird.

triebskosten verlässlicher. Eine „offene Wunde“ bleibe aber die Investitionsfinanzierung: „Es ist nicht gelungen, das chronische Investitionsversagen der Länder zu beseitigen.“ Auch künftig werden nach Henkes Worten in Nordrhein-Westfalen Jahr für Jahr bis zu 700 Millionen Euro und bundesweit 3,3 Milliarden Euro mindestens für Krankenhausinvestitionen fehlen: „Das geht zu Lasten der Patientenversorgung und des Personals, und deswegen sagen wir Landesregierung immer wieder: Das kann so nicht bleiben.“

Kritisch sieht Henke auch die im Gesetz vorgesehenen qualitätsbezogenen Vergütungsregelungen. Grundsätzlich sei es zwar richtig, Qualität in den Mittelpunkt

Ein Beitrag zum **Tätigkeitsbericht der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler** bei der Ärztekammer Nordrhein für die Zeit vom 1. Oktober 2014 bis 30. September 2015, der bei der Kammerversammlung vorgelegt wurde, und zum Wechsel im Vorsitz der Kommission wird in unserem Februar-Heft erscheinen.

Die Kammerversammlung nahm den Bericht über das **Geschäftsjahr 2014 der Nordrheinischen Ärzteversorgung** entgegen und stellte den Jahresabschluss für dieses Geschäftsjahr fest. Die **Festsetzung der Rentenbemessungsgrundlage für das Geschäftsjahr 2016** wird in einer späteren Ausgabe veröffentlicht.

zu stellen. „Wir als Ärzteschaft haben das schon vorge-macht, lange bevor der Gesetzgeber diese Themen auf-gegriffen hat. Deswegen beteiligen wir uns auch weiter aktiv daran.“ Doch sei es problematisch, Krankenhaus-vergütungen an die vermeintliche Qualität von Leitungen zu binden, also „Pay for Performance“ zu prakti-zieren. Es sei nicht einleuchtend, dass sich die Qualität durch einen Entzug von Mitteln verbessern lasse.

## Änderungen der Satzung und der Berufsordnung

Ärztinnen und Ärzte, die Mitglied in einer anderen Landesärztekammer sind, gleichwohl aber auch in Nordrhein ihren Beruf ausüben, sind auch in der rhei-nischen Kammer Mitglied – mit allen Rechten und Pflichten. Dies ist nun in der Satzung der Ärztekam-mer Nordrhein klargestellt. Eine weitere Satzungsän-derung, die die Kammerversammlung beschlossen hat, sieht die Einführung einer freiwilligen Kammer-mitgliedschaft vor. Ärztinnen und Ärzte, die ihre ärzt-liche Tätigkeit ins Ausland verlegen oder dort ihren ge-wöhnlichen Aufenthalt nehmen, ohne ihren Beruf auszuüben, können auf Antrag Mitglieder der Ärzte-



Der Vizepräsident der Ärztekam-mer Nordrhein, **Bernd Zimmer**, erläuterte als Vorsitzender des Ausschusses Berufsordnung, allgemeine Rechtsfragen und Europa Satzungsänderungen und Änderungen der Berufsordnung. Foto: Jochen Rolfes

kammer Nordrhein bleiben, wie der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Bernd Zimmer, vor der Kammerversammlung erläuterte. Freiwillige Kam-mermitglieder zahlen einen pauschalen Beitrag von 80 Euro. Sie besitzen weder aktives noch passives Wahlrecht, können aber Ehrenämter auf Antrag bis zu einem Jahr lang fortsetzen. Die Satzungsänderungen wie auch Änderungen der Berufsordnung, die den Be-schlüssen des 118. Deutschen Ärztetages folgen (*siehe auch Rheinisches Ärzteblatt Juli 2015, Seite 9*), werden in einer späteren Ausgabe im Wortlaut veröffentlicht.

## Kammerhaushalt 2016

Die Kammerbeiträge sind seit etwa drei Jahren im Wesentlichen stabil, wie der Verbindungs-mann des Vorstandes zum Finanzausschuss, Dr. Rainer Holzborn (Dinslaken), vor der Kam-merversammlung berichtete. Die Einkommens-zuwächse der Mitglieder schlagen sich nicht wie ursprünglich erwartet im Beitragsaufkom-men nieder, erwartete Mehreinnahmen von rund 400.000 Euro werden im Wesentlichen von den neuen Mitgliedern erbracht. Für 2016



**Dr. Rainer Holzborn**, Verbindungsmann des Vorstandes zum Finanzausschuss. Foto: Jochen Rolfes

ist nach Holzborns Worten mit einem unverän-dernten Gebührenaufkommen und rückläufigen Zinserträgen zu rechnen. Die Kammerversamm-lung beschloss den vorgelegten Haushaltsplan

2016 für die Ärztekammer Nordrhein und die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Darüber hinaus nahmen die Delegierten den Jahresabschluss der Ärzte-kammer und der Fortbildungsakademie für das Haushaltsjahr 2014 entgegen und entlasteten den Kammervorstand für das Haushaltsjahr 2014. Die Kammerversammlung beschloss darüber hinaus Änderungen der Gebühren-ordnung und der Entschädigungsordnung der Ärztekammer Nordrhein, die in einer späteren Ausgabe veröffentlicht werden. RhÄ

## Delegierte der Ärztekammer Nordrhein

zum 119. Deutschen Ärztetag (24. Mai bis 27. Mai 2016 in Hamburg) und zum außerordentlichen Deutschen Ärztetag (23. Januar 2016 in Berlin)

### ■ Fraktion „Marburger Bund“

#### Delegierte

Dr. med. Christian Köhne, MHBA, Würselen  
Dr. med. Sven Dreyer, Düsseldorf  
Dr. med. Christiane Groß, M.A., Wuppertal  
Dr. med. Anja Mitrenga-Theusinger, M. Sc., Leverkusen  
Michael Krakau, Köln  
Dr. med. Wilhelm Rehorn, Düsseldorf  
Ltd. Stadtmed.-Dir. Dr. med. Anne Bunte, Köln  
Michael Lachmund, Remscheid  
Prof. Dr. med. Reinhard Griebenow, Köln  
Dr. med. Lydia Berendes, Krefeld  
PD Dr. med. Maria Vehreschild, Köln  
Dr. med. Friedrich-Wilhelm Hülskamp, Essen  
Dr. med. Ursula Stalmann, Oberhausen

#### Ersatzdelegierte

Dr. med. Annette Abeler, Düsseldorf  
Dr. med. Wolfgang Klingler, Moers

Ingo Heinze, Bonn

Dr. med. (I) Martina Franzkowiak de Rodriguez, MPH, Düsseldorf  
Dr. med. Robert Stalmann, Moers  
Dr. med. Daniel Krause, Köln  
Rudolf Henke, Aachen

### ■ Fraktion „Ärztbündnis Nordrhein“

#### Delegierte

Christa Bartels, Kreuzau  
Prof. Dr. med. Bernd Bertram, Aachen  
Wieland Dietrich, Essen  
Dr. med. Thomas Fischbach, Solingen  
Dr. med. Ernst Lennartz, Heinsberg  
Dr. med. Manfred Pollok, Köln  
Dr. med. Lothar Rütz, Köln  
Barbara vom Stein, Burscheid  
Dr. med. Joachim Wichmann, Krefeld

### Ersatzdelegierte

Dr. med. Klaus Strömer, Mönchengladbach  
Dr.-med. (RO) Andrea Bamberg, M. Sc., Düren  
Dr. med. Michael Rado, Bergheim

### ■ Fraktion „VoxMed“

#### Delegierte

Bernd Zimmer, Wuppertal  
Dr. med. Rainer Holzborn, Duisburg  
Dr. med. Oliver Funken, Rheinbach  
Dr. med. Carsten König, M. san., Düsseldorf  
Dr. med. Heiner Heister, Aachen  
Martin Grauduszus, Erkrath

#### Ersatzdelegierte

Dr. med. Ralph Eisenstein, Düsseldorf  
Dr. med. Ansgar Stelzer, Stolberg  
Dr. med. Stephan Becker, Oberhausen,  
Dr. med. Jürgen Zastrow, Köln  
Dr. med. Arndt Berson, MHBA, Kempen

Bei Ausfall einer/eines Delegierten tritt an deren/dessen Stelle die/der Ersatzdelegierte der jeweiligen Fraktion in der Reihenfolge der Nominierung