

BÄK GROUND

HINTERGRUNDINFORMATIONEN FÜR JOURNALISTEN



110. Deutscher Ärztetag in Münster

TOP I – Gesundheitspolitik

Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist ein weiterer Schritt zur Destabilisierung eines bewährten Systems der medizinischen Versorgung, um dessen Qualität uns zurzeit noch viele andere Länder Europas und der Welt beneiden. Auch mit einem gewissen Abstand von den politischen Kämpfen des Jahres 2006 ist nicht zu erkennen, dass diese Reform auch nur ein wesentliches Problem löst.

Unvereinbare Politik-Ansätze der Regierungsparteien haben dazu geführt, dass die Reform *selbst* zum kleinsten gemeinsamen Nenner der Koalitionspartner geworden ist – weitgehend losgelöst von den realen Problemen, dem medizinischen Fortschritt, der demografischen Entwicklung und vor allem der einseitigen Abhängigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vom Arbeitseinkommen.

Das Hauptziel der Bundesregierung, dauerhaft sichere Finanzgrundlagen zu schaffen, wird mit dem GKV-WSG verfehlt. Durch die Finanzierung des neuen Gesundheitsfonds im Wesentlichen aus lohnbezogenen Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern fließt kein zusätzlicher Euro in das System. Die begrenzten Mittel werden lediglich neu verteilt – zu Lasten der bestehenden Regelversorgung.

Die Reform folgt der Grundannahme, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung könnten stabil bleiben, wenn die Leistungsanbieter stärker in Wettbewerb zueinander treten würden. Die chronische Unterfinanzierung des Systems wird weiter ignoriert. Stattdessen nimmt die Regierung in Kauf, dass durch einen ruinösen Preiswettbewerb Kapazitäten abgebaut werden. Rationierung und Qualitätseinbußen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten sind die Folgen dieser Politik.

Die künftige Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung ist nichts anderes als ein Globalbudget, über das innerhalb der jeweiligen Regierung jedes Jahr neu verhandelt wird. Die Auseinandersetzung

M A I 2007

Deutscher Ärztetag
Der Deutsche Ärztetag ist die einmal im Jahr stattfindende Hauptversammlung der Bundesärztekammer. Vom 15. bis 18. Mai 2007 tritt der Deutsche Ärztetag in Münster zu seiner 110. Tagung zusammen.

Die 17 deutschen Ärztekammern entsenden insgesamt 250 Delegierte zum „Parlament der Ärzteschaft“.

Präsident des Deutschen Ärztetages und damit Sitzungsleiter ist seit 1999 Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zugleich Präsident der Bundesärztekammer.

www.aerztetag.de

Impressum

BÄK GROUND
Hintergrundinformationen
für Journalisten

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),
Hans-Jörg Freese

Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin
Tel. (030) 40 04 56-700 · Fax -707
presse@baek.de · www.baek.de

Redaktionsschluss: 07.05.2007

gen in der Koalition über die Finanzierung der Bundeszuweisungen an die Krankenkassen lassen erahnen, dass die Beitragsfestsetzung und die Frage der Zuschüsse künftig von haushaltspolitischen Erwägungen begleitet sein werden und nicht von der Notwendigkeit ausreichender Mittel zur Finanzierung des medizinischen Fortschritts.

Da der Staat aber nicht mit den Folgen der Ressourcenbegrenzung identifiziert werden will, soll der Gemeinsame Bundesausschuss – de jure noch Instrument der Selbstverwaltung, de facto aber verlängerter Arm des Staates – maßgeblich über die Verteilung der knappen Mittel entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge steuern. Damit wird die Verantwortung der politischen Entscheidungsträger für die strikte Begrenzung der finanziellen Ressourcen und die daraus resultierende Rationierung bewusst verschleiert.

Neues Versicherungsrecht in der GKV

Die bisherige flächendeckende Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch die Reform in Frage gestellt. Die Finanzmittel zur Versorgung der so genannten schlechten Risiken, z. B. chronisch Kranker, werden zugunsten von Wahlтарifen für Gesunde verknappt. Sollten die Krankenkassen umfassend von den Wahlтарifen Gebrauch machen, dürfte es sukzessive zu einer erhöhten Wechselbereitschaft der Versicherten kommen. Krankenkassen könnten dann versucht sein, „gute Risikokollektive“ zu erschließen; besondere Tarife für besondere Versorgungsformen könnten hier der Einstieg sein.

Die Möglichkeit zur Wahl eines Kostenerstattungstarifs hingegen kann eine positive Entwicklung hin zu mehr Kostenbewusstsein und Transparenz einleiten. Bisher war es nur möglich, die Kostenerstattung auf den gesamten Bereich der ambulanten Versorgung zu erstrecken. Künftig können Versicherte für ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, für die stationäre Versorgung oder für veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel) Kostenerstattung wählen. Der Erfolg des Kostenerstattungstarifs steht und fällt jedoch mit der Beteiligung der Versicherten. Derzeit gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass sich besonders viele Versicherte für einen solchen Tarif entscheiden würden.

Neues Versicherungsrecht in der PKV

Das GKV-WSG zielt darauf ab, die private Krankenversicherung zu schwächen. Die Zwangseinführung des Basistarifs läuft faktisch auf eine „GKVisierung“ der PKV hinaus. Entscheidend für die weitere Entwicklung wird sein, wie viele Versicherte den Basistarif wählen oder in den Basistarif der PKV wechseln. Je größer diese Zahl ist, umso stärker ist die Belastung der Bestandsversicherten, da die Prämien des Basistarifs bestimmte Höchstsätze nicht überschreiten dürfen.

Das System ist zudem darauf angelegt, dass die privaten Versicherungsunternehmen, gegebenenfalls über das Schiedsamt, in dem die Ärzte nicht mit entsprechender Entscheidungsstärke vertreten sind, auf eine Senkung der im Gesetz festgelegten GOÄ-Sätze hinwirken können.

Struktur der ärztlichen Versorgung

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Arztberuf noch mehr an Attraktivität einbüßen. Die mit dem Gesetz beabsichtigte „Marktbereinigung“ im ambulanten und stationären Sektor gefährdet die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Patienten. Besonders ältere Menschen und Familien mit Kindern in ländlichen Gegenden werden dadurch vor kaum lösbare Probleme gestellt.

Die bisher durch das Kollektivvertragssystem gesicherte monopolartige Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird bei einer Ausweitung von Selektivverträgen – zusätzlich auch in der so genannten Integrierten Versorgung – gefährdet. Es kommt entscheidend darauf an, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen auch im System der Selektivverträge tätig werden, soweit sie dazu die rechtlichen Möglichkeiten haben.

Für die Bundesärztekammer stellen sich insbesondere Fragen hinsichtlich der berufsrechtlichen Bedeutung von unterschiedlichen vertraglichen Regelungen, so etwa im Bereich der Arzneimittelversorgung.

Die Vergütungsreform im vertragsärztlichen Bereich ist mittelbar für die Bundesärztekammer von Bedeutung, weil sie Ausstrahlungen auf die GOÄ haben könnte. Von unmittelbarer Bedeutung für die GOÄ können Entwicklungen sein, die Qualitätszuschläge in der hausärztlichen Versorgung und Zusatzpauschalen in der fachärztlichen Versorgung vorsehen.

Krankenhausversorgung

Der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser ist sachlich wie politisch unbegründet; viele Krankenhäuser sind selbst sanierungsbedürftig. Der Entzug von 380 Mio. Euro wird angesichts des Investitionsstaus von ca. 30 Mrd. Euro und der schon jetzt überwiegend schlechten Finanzlage der Kliniken zu einem weiteren Personalabbau mit der damit verbunden Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung führen. Durch die Zwangsabgabe ist besonders die stationäre Vollversorgung in ländlichen Regionen gefährdet.

Auch der Umfang des Regelungsauftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses über Qualitätssicherungsvorgaben kann erhebliche Auswirkungen auf den Krankenhaussektor haben, u. a. auf die Autonomie der Länder bei der Krankenhausplanung. Von entscheidender Bedeutung ist die künftige Entwicklung der Krankenhausfinanzierung, für die Bund und Länder gemeinsam die Verantwortung tragen.

*Nach dem deutschen Transplantationsgesetz gilt für die Organentnahme die so genannte **erweiterte Zustimmungslösung**. Danach muss die Zustimmung zur Organentnahme zu Lebzeiten möglichst schriftlich erteilt worden sein (Organspendeausweis). Kommt im Todesfall eine Organspende nach ärztlicher Beurteilung in Betracht, werden die nächsten Angehörigen befragt, ob sich der Verstorbene zu Lebzeiten zur Frage der Organspende schriftlich oder mündlich erklärt hat. Ist Ihnen darüber nichts bekannt, werden sie nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen gefragt und gebeten, in seinem Sinne zu entscheiden.*

TOP II – Ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation

Mit dem Transplantationsgesetz (TPG) wurde vor rund zehn Jahren Rechtssicherheit für die Organtransplantation geschaffen. Wie in allen anderen europäischen Ländern mit einer entwickelten Transplantationsmedizin hielt aufgrund des fortdauernden Organmangels aber auch hier die Diskussion über medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Spende, Entnahme und Übertragung menschlicher Organe an. Dies spiegelt sich z. B. in der Arbeit der Enquête-Kommissionen „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des 14. und 15. Deutschen Bundestages und der jüngsten Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zur Neuregelung der Organspende wider.

Der 110. Deutsche Ärztetag wird die medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation diskutieren und konkrete Lösungen mit dem Ziel einer Verbesserung der Patientenversorgung und der ärztlichen Berufsausübung aufzeigen.

Die mit dem TPG verknüpften Hoffnungen, die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen, haben sich noch nicht erfüllt. Über 4.000 Spenderorgane werden nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) jedes Jahr in Deutschland transplantiert. Gleichzeitig warten aber immer noch über 12.000 Patienten auf ein lebensrettendes Organ. 80 Prozent der Deutschen stehen dem Thema Organspende positiv gegenüber, aber nur 12 Prozent besitzen bisher einen Organspendeausweis.

Mit Blick auf die unzureichende Zahl der Organspenden wird der Ärztetag auch über Alternativen etwa zur „erweiterten Zustimmungslösung“ sowie über die Förderung der Lebendspende beraten. Als mögliche Alternative zur jetzigen Regelung der postmortalen Organspende könnte auf dem Ärztetag auch die so genannte Widerspruchslösung verstärkt diskutiert werden.

Eindeutig abgelehnt werden von der Ärzteschaft Vorschläge, die auf eine Kommerzialisierung der Transplantationsmedizin hinauslaufen. Kommerzialisierung hieße, dass wirtschaftliche Gesichtspunkte immer stärkeren Einfluss gegenüber ideellen Aspekten der Organspende gewännen. Bezogen auf die Transplantationsmedizin wäre konkret zu befürchten, dass Transplantate nicht nach medizinischen Kriterien wie Dringlichkeit und Erfolgsaussicht, sondern nach marktwirtschaftlichen Erwägungen verteilt würden. Diese Form der Verteilung von Gesundheitsleistungen widerspräche dem Solidaritätsprinzip und auch dem ärztlichen Berufsethos.

Neben der Organspende ist die Gewebespende ein weiterer wichtiger Bereich der Transplantationsmedizin. Übertragbare Gewebe wie Hornhäute, Knochenmaterial oder Haut können unabhängig von der Blut- und Sauerstoffversorgung entnommen, gelagert und transplantiert werden. Das Transplan-

tationsgesetz sieht vor, dass Gewebe (ebenso wie Organe) nur entnommen werden dürfen, wenn zuvor der Hirntod festgestellt wurde und die Einwilligung des Spenders vorliegt. Teilbereiche der Entnahme, Aufbereitung und Bereitstellung von Gewebetransplantaten sind im Gegensatz zu den Organen noch nicht explizit geregelt.

Regierungsentwurf zum Gewebegesetz beeinträchtigt Organspende

Gegenwärtig ist festzustellen, dass die Transplantationsmedizin immer stärker auch von der EU-Gesetzgebung beeinflusst wird. Durch die Umsetzung der EU-Geweberichtlinie 2004/23/EG wie auch durch den EU-Verordnungsvorschlag für Neuartige Therapien könnte tendenziell einer Teilkommerzialisierung der Weg geebnet werden, die zu erheblichen Irritationen in der Organspendebereitschaft führen würde. Dabei gerät zunehmend die Frage nach der generellen Verfügbarkeit des menschlichen Körpers in den Mittelpunkt der Diskussion.

Denn bleibt es bei dem bisherigen Ansatz des Regierungsentwurfs zur Umsetzung der EU-Geweberichtlinie, menschliche Gewebe dem Anwendungsbereich des Arzneimittelrechts zu unterwerfen, ist eine nachhaltige Beeinträchtigung der Organspende zu befürchten. Der gewerblichen Organisation der Gewebetransplantation stünde der nicht-gewerbliche Bereich der Organtransplantation gegenüber. Dies hätte zur Konsequenz, dass Kooperationspartner wie Spenderkrankenhäuser und Transplantationszentren in einen wirtschaftlichen Wettbewerb zueinander geraten könnten, wenn sie zugleich von denselben verstorbenen Organspendern gewinnorientiert Gewebespenden entnehmen wollen.

TOP III – Kindergesundheit in Deutschland

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten insgesamt deutlich verbessert. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit und die wirksame Behandlung verbreiteter Infektionskrankheiten sind wichtige Indikatoren für eine gute Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Dennoch gibt es ernsthafte Gesundheitsprobleme, denen bestimmten Gruppen von Kindern und Jugendlichen vor allem im Zusammenhang mit Unfallgefahren, der Ernährung, der Lebensweise und ihrem sozialen Umfeld ausgesetzt sind.

Etwa 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren haben psychische Probleme. Zu den psychischen Auffälligkeiten gehören Störungen des Sozialverhaltens, Ängste und Depressionen. Zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen leiden unter einer Angststörung; fünf Prozent fühlen sich oft traurig und allein gelassen und gelten als depressiv. Das Risiko einer Sucht, Depression oder Verhaltensstörung ist bei vernachlässigten oder misshandelten Kindern besonders hoch. Längst nicht alle Kinder und Jugend-

*Bei der **Widerspruchslösung** darf dann ein Organ einem potenziellen Spender entnommen werden, wenn er zu Lebzeiten nicht ausdrücklich seinen Widerspruch geltend gemacht hat. Eine solche Regelung gilt u. a. in Österreich, Polen, Tschechien und Spanien.*

Einstiegsdroge Tabak

Kinder und Jugendliche, die regelmäßig rauchen, sind mit 5-fach höherer Wahrscheinlichkeit auch Alkoholkonsumenten und sogar mit 11-fach höherer Wahrscheinlichkeit Cannabiskonsumenten. Etwa 15 Prozent der 13-Jährigen und 46 Prozent der 15-Jährigen trinken mindestens einmal pro Woche Alkohol. Etwa 17 Prozent der 11- bis 15-Jährigen haben mindestens zwei bis drei Rauscherfahrten in ihrem Leben gemacht. Rund 100.000 Heranwachsende bis zum Alter von 25 Jahren sind bereits alkoholabhängig. Das Einstiegsalter für regelmäßigen Alkoholkonsum ist seit 1970 von 15 auf 13 Jahre zurückgegangen.

lichen, die psychische Auffälligkeiten aufweisen, befinden sich in entsprechender Behandlung. Bleibt jedoch eine psychische Krankheit unbehandelt, verläuft sie in etwa jedem zweiten Fall chronisch.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) des Robert Koch-Instituts liefert erstmals für Deutschland eine systematische und repräsentative Berichterstattung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Ergebnisse der Studie sollen auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster diskutiert und die gesellschaftliche Dimension gerade psychischer Belastungen vernachlässigter Kinder und Jugendlicher erörtert werden. Die Diskussion soll wichtige Hinweise für mögliche Maßnahmen und Strategien der Prävention liefern. Die 250 Delegierten des Ärztetages werden sich auch damit auseinandersetzen, wie die Teilnahme an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erhöht werden kann und welche Maßnahmen von Ärzten im Sinne einer wirksamen Frühintervention und Kuration ergriffen werden sollten.

Armut macht krank

Armut birgt für Kinder ein hohes Risiko psychisch zu erkranken. Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien zeigen häufiger Sprach- und Sprechstörungen, körperliche und intellektuelle Entwicklungsrückstände, psychische Auffälligkeiten sowie ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten im Hinblick auf Zahnhygiene, sportliche Aktivitäten und Ernährung. In Deutschland wächst jedes zehnte Kind in relativer Armut auf – das sind mehr als 1,5 Millionen Kinder, denen weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens zur Verfügung steht. Kinder von Alleinerziehenden und aus Zuwandererfamilien tragen das größte Armutsrisiko.

Besonders besorgniserregend ist der Nikotin- und Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Etwa 16 Prozent der 11- bis 15-Jährigen rauchen regelmäßig und 13 Prozent trinken mindestens einmal in der Woche Alkohol. Unter den 15-Jährigen greifen 25 Prozent der Jungen und sogar 27 Prozent der gleichaltrigen Mädchen täglich zur Zigarette. Das Einstiegsalter ist in den vergangenen Jahren immer weiter gesunken. Die erste Zigarette rauchen Jugendliche inzwischen im Durchschnitt mit 13 Jahren.

27 Prozent der 12- bis 25-Jährigen haben schon einmal illegale Drogen genommen. Ab dem 18. Lebensjahr sind es etwas mehr als ein Drittel der Jugendlichen, die Drogen probiert oder regelmäßig konsumiert haben. Das Durchschnittsalter für die erste Drogenerfahrung (vor allem Cannabis) liegt bei 16 Jahren.

TOP IV – (Muster-)Weiterbildungsordnung

Mit der Verabschiedung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 wurde zugleich der Beschluss gefasst, über die weitere Entwicklung und Übernahme der Novelle in den Landesärztekammern jährlich einen Bericht auf den nachfolgenden Ärztetagen abzugeben.

Die neue Weiterbildungsordnung ist zu Beginn des Jahres 2006 in allen Landesärztekammern in Kraft getreten. Der Bericht auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag wird sich erneut mit den praktischen Erfahrungen der Ärztekammern bei der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnungen befassen. Zugleich soll aber auch ein Überblick über die Bundeseinheitlichkeit der beschlossenen Weiterbildungsstrukturen sowie über die zwischenzeitlich erfolgten Maßnahmen anhand der erstellten (Muster-)Empfehlungen – z. B. Muster-Kursbücher, Muster-Logbücher – vorgestellt werden. Auch wird ein Sachstand über die vom Deutschen Ärztetag an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesenen Anträge abgegeben werden.

Darüber hinaus wird schwerpunktmäßig die rechtskonforme Gestaltung des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ im Hinblick auf die Europäische Richtlinie 93/16/EWG* thematisiert werden. Die Europäische Kommission hat die Bundesrepublik Deutschland aufgefordert nachzuweisen, dass in allen 16 Bundesländern eine EU-kompatible Form für die Notifizierung der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ vorliegt. In diesem Punkt weichen die Regelungen in den Bundesländern teilweise voneinander ab. Dadurch ist die im EU-Recht vorgesehene Einheitlichkeit der Fachgebietsbezeichnungen in den Mitgliedsländern tangiert, so dass die derzeitige Notifizierung für Deutschland nicht richtlinienkonform ist. Daraus wiederum ergeben sich Probleme bei der Umschreibung von Facharztbescheinigungen des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ zwecks Migration innerhalb Europas.

Nach vielen Gesprächen mit den betroffenen ärztlichen Organisationen, dem Bundesgesundheitsministerium und Vertretern der Aufsichtsbehörden der Länder unter Einbeziehung der Landesärztekammern sowie nach Beratungen in den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer beabsichtigt der Vorstand der Bundesärztekammer, dem 110. Deutschen Ärztetag einen Antrag vorzulegen, im Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ eine fünfjährige Facharztweiterbildung „Innere Medizin“ (so genannte Dritte Säule) vorzusehen und die sich hieraus ergebenden Änderungen in die MWBO aufzunehmen.

Was ist nach ärztlichem Verständnis Weiterbildung?

Wer Fachärztin oder Facharzt werden will, muss sich entsprechend weiterbilden. Ärztliche Weiterbildung beinhaltet das Erlernen medizinischer Kenntnisse, ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach abgeschlossener ärztlicher Ausbildung und Erteilung der Berufserlaubnis. Die Weiterbildung erfolgt in festgelegter Form hinsichtlich der Weiterbildungszeiten und -inhalte, um in Gebieten die Qualifikation als Facharzt, darauf aufbauend eine Spezialisierung in Schwerpunkten oder in einer Zusatz-Weiterbildung zu erhalten. Für alle Angelegenheiten ärztlicher Weiterbildung sind die Landesärztekammern zuständig. Die von der Bundesärztekammer erarbeitete (Muster-)Weiterbildungsordnung hat für die Ärztekammern empfehlenden Charakter. Für jeden Arzt ist immer nur die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer rechtsverbindlich, deren Mitglied er ist.

* Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise

Organisatorisches

Während des **110. Deutschen Ärztetages vom 15. bis 18. Mai 2007** in Münster ist die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft in der Halle Münsterland, Albersloher Weg 32, 48155 Münster zu erreichen. Das Pressezentrum des Ärztetages befindet sich im **Weißnen Saal** der Halle Münsterland.

Unter folgenden **Rufnummern** können Sie die Pressestelle vor Ort erreichen:
Tel.: (02 51) 66 00-170
Fax: (02 51) 66 00-171

Öffnungszeiten der Pressestelle:

Dienstag, 15. Mai, bis
Donnerstag, 17. Mai 2007:
8:30 – 18:30 Uhr
Freitag, 18. Mai 2007:
8:30 – ca. 16:00 Uhr

Termine der Pressekonferenzen:

Mittwoch, 16. Mai 2007,
von 12:30 bis ca. 13:30 Uhr
Donnerstag, 17. Mai 2007,
von 12:30 bis ca. 13:30 Uhr
Die Pressekonferenzen finden im Weißnen Saal der Halle Münsterland statt.

Die **Pressemitteilungen** zum 110. Deutschen Ärztetag werden aktuell auf der Website der Bundesärztekammer unter www.bundesaerztekammer.de veröffentlicht. Auch das **Beschlussprotokoll** wird nach Ende des Ärztetages auf der Homepage der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellt.

Tagesordnung 110. Deutscher Ärztetag 2007

TOP	Thema
I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik a) Erste Bewertung nach Einführung des GKV-WSG b) Gesundheitspolitische Strategien der Ärzteschaft Referent: Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Berlin Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein
II	Ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation a) „10 Jahre Transplantationsgesetz – Verbesserung der Patientenversorgung oder Kommerzialisierung?“ Referent: Prof. Dr. jur. Hans Lilie, Halle Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation b) „Was ist der Mensch? Gedanken zur aktuellen Debatte in der Transplantationsmedizin aus ethischer Sicht“ Referent: Prof. Dr. Dr. phil. Eckhard Nagel, Augsburg Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation
III	Kindergesundheit in Deutschland a) Kindergesundheit und ihre gesellschaftliche Dimension Referent: Rudolf Henke, MdL, Aachen Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer b) Kindergesundheit aus pädiatrischer Sicht Referent: Prof. Dr. Dr. h. c. Dietrich Niethammer, Berlin Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. c) Kindergesundheit in der hausärztlichen Versorgung Referent: Frau Dr. Cornelia Goesmann, Hannover Vizepräsidentin der Bundesärztekammer
IV	(Muster-)Weiterbildungsordnung a) Sachstandsbericht b) EU-Kompatibilität des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ c) Auswirkungen der Richtlinie 2005/36/EG auf weiterbildungsrechtliche Regelungen Referent: Dr. H. Hellmut Koch, München Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer
V	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer Referent: Prof. Dr. Christoph Fuchs, Berlin Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages – Berichterstattung über die Förderinitiative Versorgungsforschung Referent: Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Scriba, München Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer
VI	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005–30.06.2006) a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2005/2006 Referent: Prof. Dr. Christoph Fuchs, Berlin Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2005/2006 Referent: Dr. Joachim Koch, Pleidelsheim Vorsitzender der Finanzkommission der Bundesärztekammer
VII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005–30.06.2006)
VIII	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007–30.06.2008) a) Bericht der Geschäftsführung Referent: Prof. Dr. Christoph Fuchs, Berlin Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages b) Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission Referent: Dr. Joachim Koch, Pleidelsheim Vorsitzender der Finanzkommission der Bundesärztekammer
IX	Wahlen
X	Wahl des Tagungsortes für den 112. Deutschen Ärztetag 2009

Änderungen der Tagesordnung bleiben vorbehalten (Stand: 07.05.2007)