



# BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer  
zum 118. Deutschen Ärztetag

spezial

## Inhalt

<b>Die richtigen Themen zur richtigen Zeit</b>	<b>2</b>
<b>Tagesordnung</b>	<b>4</b>
<b>Interview: Die Politik regelt manchmal zu viel</b>	<b>5</b>
<b>Medizin in Zeiten globaler Epidemien (TOP II)</b>	<b>8</b>
<b>Kommunikative Kompetenz (TOP III)</b>	<b>9</b>
<b>Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (TOP IV)</b>	<b>10</b>
<b>Teilnovelle der (Muster-)Berufsordnung (TOP V)</b>	<b>11</b>
<b>Sachstand der GOÄ-neu (TOP VI)</b>	<b>12</b>
<b>Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig</b>	<b>13</b>
<b>Das Parlament der deutschen Ärzteschaft</b>	<b>14</b>
<b>Unser Service für Journalisten</b>	<b>15</b>



Quelle: Stadt Frankfurt am Main/Tina Schüler

## 118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main

# Die richtigen Themen zur rechten Zeit

Als der Deutsche Ärztetag im Februar 1960 zum ersten Mal in Frankfurt zusammenkam, war dies ein Treffen in höchster Not. Die Bundesregierung wollte das Machtgefüge in der gemeinsamen Selbstverwaltung zugunsten der Krankenkassen verschieben. Die außerordentliche Sitzung des Ärzteparlaments in der Frankfurter Paulskirche war Höhepunkt der Proteste und Anfang vom Ende der Reformpläne.

„Damals hatte die Ärzteschaft gelernt, dass sie – wenn sie nur eng genug beieinandersteht – ihre berechtigten Interessen gegen politische Fehlplanungen und gegen die geballte Lobbykraft der Krankenkassen durchsetzen kann.“ Dies betonte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, in seiner öffentlichen Einladung zum diesjährigen 118. Deutschen Ärztetag, der vom 12. bis 15. Mai in Frankfurt am Main tagt. Die Kolleginnen und Kollegen hätten damals erkannt, dass sie ihre Forderungen klar und

notfalls auch lautstark artikulieren müssen, dies jedoch ohne den Gesprächsfaden zur Politik abreißen zu lassen. „Diese Erkenntnisse sollten für uns auch heute noch handlungsleitend sein“, so Montgomery.

Natürlich ist die politische Großwetterlage heute eine völlig andere als 1960. Aber auch in diesem Jahr stehen einschneidende Reformvorhaben des Gesetzgebers an. Neben dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz befasst sich der Bundestag unter anderem mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, mit dem sogenannten E-Health-Gesetz und mit dem Präventionsgesetz. In Vorbereitung befindet sich zudem eine große Strukturreform für den stationären Sektor, für die eine eigens eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe erste Eckpunkte vorgelegt hatte. So ist auch in diesem Jahr zu erwarten, dass der Deutsche Ärztetag in seiner gesundheits-, sozial- und berufspolitischen

schen Generalaussprache die aktuellen politischen Entwicklungen erörtern und zu den laufenden Gesetzgebungsvorhaben Position beziehen wird.

Beispiel GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Grundsätzlich begrüßt die Ärzteschaft, dass Schwarz-Rot gesetzliche Schritte im Kampf gegen den Ärztemangel einleitet. Doch widerspricht der Entwurf in weiten Teilen dem deutlichen Bekenntnis des Koalitionsvertrages zur ärztlichen Freiberuflichkeit, ja er konterkariert diese sogar. Statt die freiheitliche ärztliche Berufsausübung zu sichern und zu fördern, setzt der Koalitionsvertrag in vielen Bereichen auf mehr staatliche Regulierung sowie auf eine weitere Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Exemplarisch sind hier die vorgesehene Verschärfung der ärztlichen Zulassungsbeschränkungen, die geplanten Termin-Servicestellen, wie auch die im Gesetz angelegte Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses über Anforderungen an zweimeinungsberechtigte Leistungsanbieter zu nennen.

#### Krankenhausinvestitionen: Länder stehlen sich aus ihrer Verantwortung

Nicht unkommentiert wird der Ärztetag auch die bislang bekannt gewordenen Pläne für die angekündigte Krankenhausreform lassen. Die Ärzteschaft hatte frühzeitig angemerkt, dass im Koalitionsvertrag keine Vorschläge enthalten sind, wie der Bund gemeinsam mit den Ländern die dringend notwendigen Investitionen für die Krankenhausversorgung auf Dauer gewährleisten will. „Der Politik muss endlich klar werden, dass gute medizinische Versorgung nicht zum Nulltarif zu haben ist. Wenn sie eine Qualitätsoffensive in der Krankenhausversorgung ausruft, dann muss sie auch für eine qualitätssichernde Finanzierung des stationären Sektors sorgen“, sagte Montgomery. Dazu gehöre ebenso eine Reform des starren und unflexiblen Fallpauschalensystems wie eine Neuregelung der Investitionsfinanzierung. „Dass sich die Länder hier seit Jahren aus der Verantwortung stehlen, ist ein politischer Dauerskandal.“

In zeitliche Nähe zum Deutschen Ärztetag werden auch die parlamentarischen Beratungen zu dem geplanten Anti-Korruptionsgesetz fallen (siehe Beitrag S. 8). Die Bundesärztekammer hatte nie einen Zweifel daran gelassen, dass sie ein solches Gesetz begrüßt. Besonders wichtig bei einer strafrechtlichen Regelung seien jedoch präzise Vorgaben, die strafwürdiges Verhalten eindeutig von zulässigen Kooperationen im Gesundheitswesen abgrenzen. Hier müsse die Koalition nachbessern. Das ändere aber nichts daran, dass eine Anti-Korruptionsgesetzgebung grundsätzlich richtig sei.

Die Liste der gesundheitspolitischen Reformvorhaben, die den Deutschen Ärztetag beschäftigen wird, ließe sich fortsetzen. Im Fokus stehen aber auch dieses Jahr weitere Themen

(siehe Tagesordnung zum 118. Deutschen Ärztetag, S. 5). So werden sich die Delegierten eingehend mit der Frage befassen, welche Maßnahmen gegen die Bedrohung durch globale Epidemien ergriffen werden können. Der Ebola-Ausbruch im vergangenen Jahr hatte den dringenden Handlungsbedarf in diesem Bereich vor Augen geführt. Die Bundesärztekammer forderte wiederholt, die notwendige Versorgung mit Ausrüstungen zum Schutz von Ärzten und weiteren vor Ort helfenden Mitarbeitern bei künftigen Ausbrüchen sicherzustellen. Auch müssten die Weltgesundheitsorganisation und die internationale Staatengemeinschaft Maßnahmen ergreifen, die künftig eine schnellere und effektivere internationale Intervention in solchen Krisenfällen ermöglichen. Notwendig seien zudem Investitionen in die Impfstoffforschung sowie wirksame Strategien zur Durchführung von Impfungen.



Ärzte-Präsident Montgomery: Forderungen klar und notfalls auch lautstark formulieren

In einem weiteren Schwerpunkt wird sich der Deutsche Ärztetag mit der kommunikativen Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten befassen. Diese Kompetenzen müssen in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung gestärkt werden. Montgomery wies aber auch darauf hin, dass dies allein nicht ausreichen wird: „Ärztinnen und Ärzte, die sich Zeit für das Gespräch mit ihren Patienten nehmen, werden finanziell benachteiligt. In der neuen Gebührenordnung für Ärzte, die wir mit der Privaten Krankenversicherung aushandeln, werden Gespräche mit Patienten besser bezahlt werden“, kündigte er an. Es wäre wünschenswert, wenn das Signalwirkung hätte und künftig auch die gesetzlichen Kassen die sprechende Medizin besser honorierten.

Wie im Jahr 1960 kommt auch der diesjährige 118. Deutsche Ärztetag zu seiner Eröffnung in der Frankfurter Paulskirche zusammen. Sie gilt als Symbol der nationalen Einheit und als Wiege der deutschen Demokratie – genau der richtige Ort für ein selbstbewusstes und frei gewähltes Parlament der Ärztinnen und Ärzte.

# Tagesordnung

## 118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main

### Eröffnungsveranstaltung

12. Mai 2015, 10.00 Uhr

Frankfurter Paulskirche  
Paulsplatz 11, 60311 Frankfurt am Main

Aufgrund des begrenzten Platzangebots haben nur persönlich geladene Gäste Zutritt zur Eröffnungsveranstaltung.

### Plenarsitzungen des 118. Deutschen Ärztetages

12. bis 15. Mai 2015

Congress Center Messe Frankfurt, Saal Harmonie  
Ludwig-Erhard-Anlage 1, 60327 Frankfurt am Main

### Tagesordnung

#### TOP I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

**Referent:** Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Berlin, Präsident der BÄK und des Deutschen Ärztetages

#### TOP II: Medizin in Zeiten globaler Epidemien

**Referent:** Dr. med. Tankred Stöbe, Berlin, Vorstandsvorsitzender Ärzte ohne Grenzen e. V.  
**Referent:** Prof. Dr. med. René Gottschalk, Frankfurt/Main, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt/Main

#### TOP III: Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag - Verstehen und Verständigen

**Referent:** Rudolf Henke, Düsseldorf, Präsident der Ärztekammer Nordrhein  
**Referentin:** Jun.-Prof. PD Dr. rer. medic. Nicole Ernstmann, Köln, Abteilungsleiterin Medizinische Soziologie, IMVR, Universität Köln  
**Referent:** Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Schwante, Facharzt für Allgemeinmedizin

#### TOP IV: Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

**Referent:** Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Bad Segeberg, Vorsitzender der Weiterbildungsgruppen der Bundesärztekammer

#### TOP V: Teilnovellierung der §§ 10 Abs. 2, 15 Abs. 3, 18 Abs. 2 und 20 Abs. 2 MBO-Ä

**Referent:** Dr. med. Udo Wolter, Cottbus, Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der BÄK

#### TOP IV: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

**Referentin:** Dr. med. Annette Güntert, Stellv. Hauptgeschäftsführerin der BÄK und des Deutschen Ärztetages

#### Sachstand GOÄ-neu

**Referent:** Dr. med. Theodor Windhorst, Münster, Vorsitzender des Ausschusses Gebührenordnung

#### TOP VII: Bericht über die Jahresrechnung der BÄK für das Geschäftsjahr 2013/2014

##### a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2013/2014

**Referent:** Rainer Raabe, Stellv. Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

##### b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer

**Referent:** Dr. med. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, Vorsitzender der Finanzkommission der BÄK

#### TOP VIII: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014)

#### TOP IX: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016

##### a) Bericht der Geschäftsführung

**Referent:** Rainer Raabe, Stellv. Hauptgeschäftsführer der BÄK und des Deutschen Ärztetages

##### b) Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission

**Referent:** Dr. med. Franz Bernhard Ensink, Göttingen, Vorsitzender der Finanzkommission der BÄK

##### c) Bericht zum Beschluss X-04 des 117. Deutschen Ärztetages 2014 - Gremienstruktur

**Referentin:** Dr. med. Simone Heinemann-Meerz, Magdeburg, Präsidentin der LÄK Sachsen-Anhalt  
**Referentin:** Dr. med. Heidrun Gitter, Bremen, Präsidentin der ÄK Bremen

#### TOP X: Wahlen

#### TOP IX: Wahl des Tagungsortes für den 120. Deutschen Ärztetag 2017

Interview mit BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

## Die Politik regelt manchmal zu viel



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

**Herr Prof. Montgomery, Versorgungsstärkungsgesetz, Korruption, Prävention, E-Health, Krankenhausreform, Palliativmedizin sind in diesem Jahr auf der politischen Agenda. Vermissen Sie etwas?**

Montgomery: Aus unserer Sicht regelt die Politik in machen Bereichen deutlich zu viel, zum Beispiel beim Antikorruptionsgesetz. In anderen Bereichen, wie bei der Prävention, ist es dann wiederum des Guten zu wenig. Dass Ärzte nicht im nationalen Präventionsrat vertreten sein sollen, ist ein Irrwitz. Beim E-Health-Gesetz erleben wir Basta-Politik. Ob es zum Beispiel verfassungsrechtlich durchsetzbar ist, dass Ärzte Abschlüsse hinnehmen müssen, die die Telematikinfrastruktur nicht nutzen wollen, halte ich für höchst fraglich. Da wäre ein Anreizsystem zielführender als eine Bestrafung.

Die Regulierungsschraube wird immer weiter zulasten der ärztlichen Freiberuflichkeit angezogen. Beispiele hierfür sind die Pläne für Zulassungsbeschränkungen oder die vorgesehenen Termin-Servicestellen. Es ist doch widersinnig, Arzt-sitze in vermeintlich überversorgten Gebieten zwangsweise abzubauen und gleichzeitig wegen angeblich überlanger Wartezeiten Terminvermittlungstellen einzurichten.

Uns geht auch die im GKV-VSG angelegte Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über zweimeinungsberechtigte Leistungsanbieter zu weit. Die fachliche Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten ist originäre Zuständigkeit der Ärztekammern. Hier ist eine enge Abstimmung des G-BA mit den Ärztekammern zwingend erforderlich. Nur so kann doch eine Kompatibilität zu den Inhalten der ärztlichen Weiterbildung gewährleistet werden. Jetzt sollen kurzfristig weitere Punkte huckepack hinzukommen, zum Beispiel der Antrag zum Direktzugang zur Physiotherapie.

Ein Physiotherapeut weiß natürlich, wie er die Physiotherapie zu machen hat. Aber es ist absolut verantwortungslos, nicht die ärztliche Diagnose an den Anfang zu stellen. Deswegen braucht man für die Diagnose in jedem Fall den Arztvorbehalt.

**Das gesundheitspolitische Mega-Thema der kommenden Monate wird die geplante Krankenhausreform sein. Was halten Sie von dem ersten Arbeitsentwurf für das Gesetz, der seit einigen Tagen kursiert.**

Montgomery: Meist dienen solche Entwürfe, die offiziell noch nicht mit der Leitung abgestimmt sind, als erster Testballon für ein Gesetz. Nach erster Prüfung findet sich darin vieles, was aus dem Koalitionsvertrag und aus den Eckpunkten bekannt ist. Es ist gut, dass sich die Finanzierung der Betriebskosten in Zukunft etwas mehr an den tatsächlichen Kosten der Kliniken orientiert und dass Krankenhäuser, die in einem hohem Maße Notfallstrukturen vorhalten müssen, finanziell besser gestellt werden. Wir begrüßen auch die vorgesehene stärkere Berücksichtigung der vielfältigen Aufgaben der Universitätsmedizin bei der Vergütung. Wir vermissen aber nach wie vor Konzepte gegen den anhaltenden Investitionsstau in den Kliniken. Die Investitionsmittel sind seit 1991 um rund 30 Prozent gesunken – und das trotz stetig steigender Anforderungen an die Krankenhäuser. Das daraus entstandene Defizit beläuft sich bundesweit auf mehr als 30 Milliarden Euro. Die Länder haben sich bislang aber lediglich verpflichtet, den Durchschnitt ihrer Investitionsausgaben der Jahre 2012 bis 2014 fortzuführen. Dadurch aber würde die Unterfinanzierung der letzten Jahre allenfalls fortgeführt. Der Investitionsstau ließe sich so nie auflösen. Der ökonomische Druck und die Arbeitsüberlastung der Mitarbeiter würden bleiben. Das kann so einfach nicht weitergehen. Wir haben doch das Ende der Fahnenstange längst erreicht. Wir brauchen deshalb klare und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen und auch der Bund muss ergänzend Mittel zur Verfügung stellen.

**Bundesärztekammer und der Verband der privaten Krankenversicherung, PKV, haben dem Gesundheitsministerium Ende März ein Informationspaket zur Neuordnung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ, übergeben. Gibt es schon eine Resonanz?**

Montgomery: Wir haben eine Verhandlungskommission unter der Führung von Herrn Windhorst gebildet. Die hat sich für alle Phasen die absolute Rückendeckung des Vorstandes der Bundesärztekammer geholt. Die erste Resonanz aus dem

Ministerium war ausgesprochen positiv, wie ich aus der Verhandlungskommission gehört habe. Für die Detailverhandlungen gibt es aber eine Verschwiegenheitserklärung, die von allen Seiten unterschrieben wurde. Dennoch sind im Jahr 2014 immer wieder auch Veranstaltungen durchgeführt worden, auf denen zum Beispiel Berufsverbände im Einzelnen informiert wurden. Der Vorwurf der mangelnden Transparenz geht also ins Leere. Jetzt alles öffentlich zu machen, wäre hingegen falsch, weil wir dann überhaupt keine Luft mehr zum Verhandeln hätten.

Wir wollen jetzt in schneller Folge versuchen, die einzelnen Kapitel der GOÄ mit dem Ministerium durchzuarbeiten. Daran sind allerdings auch andere beteiligt, neben der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Beihilfe. Wir sind in jedem Fall nach wie vor der Hoffnung, zum Herbst dieses Jahres den Entwurf mit dem Ministerium so weit zu haben, dass er über das Kabinett und den Bundesrat Verordnungscharakter erlangen kann.

**Kommunikation ist ein Schwerpunkt auf dem diesjährigen Ärztetag. Welchen spezifischen Handlungsbedarf sieht die deutsche Ärzteschaft?**

Montgomery: Im Kern geht es um drei Punkte. Zunächst werden wir uns mit der Fachsprachenkompetenz der zunehmend in Deutschland arbeitenden ausländischen Ärzte befassen. Die Gesundheitsministerkonferenz hat im vergangenen Jahr ja bereits gefordert, dass ausländische Ärzte über fortgeschrittene Fachsprachenkenntnisse verfügen müssen. Das halten wir für sinnvoll. Der zweite Punkt ist die innerärztliche Kommunikation: Ärzte müssen zum Beispiel während einer Operation problemlos miteinander kommunizieren können, vor allem, wenn es einmal brenzlich wird. Dafür gibt es bereits einen sogenannten reduzierten Code, den beide Seiten beherrschen sollten.

Am wichtigsten ist das dritte Thema: die Arzt-Patienten-Kommunikation. Wir müssen die Patienten nicht nur grundsätzlich aufklären, wir müssen sie auf ihrem Informationsstand abholen. Das ist nicht immer einfach, vor allem nicht unter dem alltäglichen enormen Arbeitsdruck. Aber es gibt Kommunikationstechniken, die uns helfen. Darüber wollen wir reden.

**Ethische Themen wie die Sterbebegleitung werden in der Gesellschaft viel diskutiert. Muss die Ärzteschaft auf den gesellschaftlichen Druck reagieren?**

Montgomery: Die Ärzteschaft ist Teil der Gesellschaft. Da ist es völlig normal, dass wir über Sterbebegleitung und moderne Formen der Palliativmedizin. Wir haben das als Ärzteschaft immer getan. Die ersten Befassungen in den 1960er-Jahren

führten zu der Verabschiedung von Regeln, die wir heute als Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung kennen. Ich halte das für einen unaufgeregten, normalen Prozess.

In der Schweiz hingegen hat man den kapitalen Fehler gemacht, bereits in den 1930er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Sterbehilfegesetzgebung zu verankern. Damals kannte allerdings noch niemand die Palliativmedizin. Bis heute gibt es in der Schweiz nur einen einzigen Lehrstuhl für Palliativmedizin. In Deutschland sollten wir den anderen Weg gehen: Wir sollten zuerst über die Palliativmedizin sprechen. Dass es in Deutschland nun einen Gesetzentwurf zur Palliativversorgung gibt, ist deshalb richtig und wichtig. Ob dann überhaupt noch Raum für organisierte Sterbehilfe bleibt, wird sich zeigen. Wir möchten, dass Sterbehilfeorganisationen verboten werden. Das ist rechtlich allerdings extrem schwer zu formulieren. Denn die Regelung sollte auch Menschen erfassen, die als Einzelperson eine Organisation darstellen. Alles andere ist bereits mit dem ärztlichen Berufsrecht hervorragend geregelt.

**Die Flüchtlingssituation in Europa wird immer prekärer. Die Bundesärztekammer hat wiederholt einen anonymen Krankenschein gefordert. Mit welchen gesundheitspolitischen Maßnahmen kann man das Problem lösen?**

Montgomery: Die Flüchtlingssituation in Europa werden wir mit gesundheitspolitischen Maßnahmen allein nicht ändern können. Da muss die Politik ran. Wir betrachten heute mit großer Sorge, welchen gesundheitlichen Schäden die Flüchtlinge ausgesetzt sind. Instrumentell können wir von hier aus leider kaum etwas machen. Aber wenn die Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind, dann gilt: Wir als Ärzte behandeln alle Patienten gleich. Das ist eines der Grundprinzipien ärztlicher Tätigkeit. Wir können nicht differenzieren zwischen Menschen, die legal und mit voller Krankenversicherung in Deutschland leben, Menschen mit Asylantrag und eingeschränktem Krankenversicherungsschutz oder illegal in Deutschland lebenden Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.

In der Vergangenheit haben wir allerdings erlebt, dass niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser oft auf den Kosten für die Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz sitzen blieben, nachdem sie ihrem ärztlichen Auftrag folgten. Die Politik hat für dieses Problem noch keine Lösung gefunden. Aus unserer Sicht ist der für diese Fälle vorgesehene anonyme Krankenschein, der ja noch nicht überall gilt, ein guter Weg. Unser wirkliches Problem sind allerdings die Illegalen, die gar keinen Versicherungsschutz haben. Wir akzeptieren den Rechtsanspruch des Staates, nach dem sich niemand illegal in Deutschland aufhalten soll. Allerdings können wir als Ärzte nicht als Ausputzer dienen. Wir müssen selbstverständlich auch die gesundheitlichen Probleme dieser Menschen lösen. Eine konkrete Maßnahme wäre ein für alle geltender anonymer Krankenschein.

Schon heute gibt es zahlreiche Ärzte, die Flüchtlinge auf altruistischer Basis in Flüchtlingspraxen behandeln. Auch das ist ein guter Weg. Wir brauchen mehr solcher Ambulanzen, in denen Menschen, die aus ihrem Heimatland fliehen mussten, versorgt werden können, ohne Angst vor staatlicher Verfolgung haben zu müssen.

**Mitte April wurden Sie zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des Weltärztebundes gewählt. Was sind international derzeit die größten, für Ärzte anstehenden Herausforderungen?**

Montgomery: Die kontinuierliche Debatte über medizin-ethische Themen ist eine zentrale Aufgabe des Weltärztebunds, die auch auf die Arbeit der Bundesärztekammer zurückstrahlt.

Auf dem Deutschen Ärztetag im Mai werden wir uns damit befassen, wie globale Hilfsmaßnahmen koordiniert werden können. Hier kann auch der Weltärztebund helfen. Es geht ja nicht nur um Ebola, sondern auch um zahlreiche andere Erkrankungen. Masern beispielsweise töten weltweit mehr Menschen als Ebola. Noch viel mehr Menschen sterben an der Tuberkulose.

**Nachdem die WHO schwere Fehler bei der Ebola-Epidemie eingeräumt hat, will die Bundesregierung eine Weißhelm-Truppe einrichten, also ein Seuchenbekämpfungsteam zum weltweiten Einsatz. Welche Lehren können wir aus der Ebola-Epidemie ziehen?**

Montgomery: Wir haben zusammen mit Bundesgesundheitsminister Gröhe nicht nur zur Hilfe aufgerufen, wir haben auch versucht, aktiv zu helfen, zum Beispiel durch Spendenaufrufe. Darüber hinaus haben wir daran gearbeitet, Men-

schen auszuwählen, die für die Hilfe vor Ort geeignet sind. Denn nicht jeder, der sich meldet, ist den Belastungen in den Krisengebieten gewachsen.

Gleichwohl wissen wir alle, dass am Anfang Fehler gemacht worden sind. Die Organisation „Ärzte ohne Grenzen“, das muss man ganz klar herausstellen, hat als erste darauf hingewiesen. Die Weltgesundheitsorganisation hat jetzt eingestanden, zu langsam auf die Epidemie reagiert zu haben. Auch die Organisation des Krisenmanagements war nicht optimal. Aus diesen Fehlern können wir für die Zukunft lernen. Deswegen werden wir uns mit diesem Thema auch auf dem Deutschen Ärztetag befassen. Denn Ebola ist nur ein Blitzlicht, das uns gezeigt hat, dass wir uns mehr engagieren müssen. Zudem brauchen wir neben der riesigen, recht bürokratischen Weltgesundheitsorganisation auch zusätzliche Hilfsinstrumente, zum Beispiel eine schnelle, medizinische Hilfsgruppe. Allerdings benötigen wir keine Truppen. Und das stört mich an der Wortwahl: Die Weißhelm-Truppe ist ja von den Blauhelmen abgeleitet. Die sind aber als weltweites Symbol zur Erhaltung des Friedens dort, wo Frieden geschaffen werden soll, nicht immer so gut angesehen wie bei uns. Was wir brauchen, sind funktionierende Strukturen, auf die wir im Notfall schnell zurückgreifen können. Die Bundesärztekammer würde gerne zusammen mit Hilfsorganisationen und vielleicht unter Vermittlung des Bundesgesundheitsministeriums dabei mithelfen, solche Strukturen zu schaffen, die zum Beispiel beim Technischen Hilfswerk angesiedelt werden könnten. Im Vorfeld müsste dann klar sein, welche Helfer zu dem Notfallteam gehören. Sie müssten entsprechend qualifiziert und auch geimpft sein.

*Das Interview führten Egbert Maibach-Nagel und Michael Schmedt.*

TOP II

## Medizin in Zeiten globaler Epidemien

An Tropenkrankheiten leiden weltweit rund eine Milliarde Menschen, die weit überwiegend den ärmsten Bevölkerungsgruppen angehören. Dies hat zur Folge, dass Forschungsanreize fehlen und die Entwicklung von diagnostischen Tests, Therapien und Impfstoffen nicht stringenter vorangetrieben wird. Hier ist ein Umdenken dringend notwendig. Die Ebola-Epidemie Westafrikas hat vor Augen geführt, welche Folgen unkontrollierte Ausbrüche von Infektionskrankheiten haben können. Tausende haben sich infiziert und sind gestorben. Es ist abzusehen, dass Ausbrüche von Infektionskrankheiten, wie kürzlich auch der Pestausbruch in Madagaskar und die Marburgvirus-Infektionen in Uganda, uns weltweit immer wieder bedrohen werden. Das Thema „Medizin in Zeiten globaler Epidemien“ soll daher auf dem 118. Deutschen Ärztetag 2015 beraten werden, um sich mit drängenden Fragen des Bevölkerungsschutzes national wie international auseinanderzusetzen.

Zum Tagesordnungspunkt werden Dr. med. Tankred Stöbe, Vorstandsvorsitzender Ärzte ohne Grenzen Deutschland e. V., und Prof. Dr. med. Dr. René Gottschalk, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt/Main, referieren.

Dr. Stöbe wird vor allem den internationalen Blick auf die Themen nehmen und auf Probleme sowie Voraussetzungen für einen präventiven Aufbau medizinischer Infrastruktur in den von Epidemien betroffenen Regionen eingehen. In diesem Zusammenhang wird er auch die notwendige internationale Unterstützung thematisieren, wie die erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen, die Bekämpfung von Epidemien, die Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung für Infektionskrankheiten und für sichere Beerdigungen sowie die Stärkung der von Epidemien betroffenen Länder. Internatio-



nale Hilfseinsätze sind nur mit Unterstützung von häufig freiwilligen Helfern durchführbar. Aus Sicht einer internationalen Nicht-Regierungsorganisation soll auch auf den notwendigen Schutz und die Absicherung sowie arbeitsrechtlichen Bedingungen für medizinisches wie nicht-medizinisches Personal beim Auslandseinsatz eingegangen werden.

Prof. Dr. Gottschalk hat als Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt/Main insbesondere die nationalen und europäischen Aspekte bei der Bekämpfung von globalen Epidemien im Fokus. Er wird auf regionale, nationale und europaweite Kriseninterventionsmöglichkeiten und deren Grenzen eingehen und insbesondere die Frühwarn- und Reaktionssysteme für die Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten sowie die Verbesserungsmöglichkeiten bei der Risiko- und Krisenkommunikation vorstellen.



## TOP III

# Kommunikative Kompetenz

Der Arztberuf ist ein sprechender Beruf. Die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten sowie von Ärzten und anderen Gesundheitsfachberufen im Team sind unerlässlicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung. Eine zuwendende und an den Bedürfnissen des Patienten sowie seiner Angehörigen orientierte Kommunikation ist für die Entwicklung und Stärkung einer vertrauensvollen Patienten-Arzt-Beziehung als Grundlage der ärztlichen Behandlung von zentraler Bedeutung. Sie trägt dazu bei, die Therapieadhärenz und den Therapieerfolg zu verbessern, Fehlbehandlungen zu vermeiden, die Häufigkeit von Klagen gegen Ärzte zu verringern und nicht zuletzt auch die berufliche Zufriedenheit von Ärzten zu steigern. Kommunikation, sowohl zwischen Arzt und Patient als auch im medizinischen Behandlungsteam, ist wesentliche Voraussetzung für Qualität, Sicherheit und Erfolg der ärztlichen Behandlung. Vor diesem Hintergrund hat sich der 117. Deutsche Ärztetag 2014 dafür ausgesprochen, die ärztliche Kommunikation in einem eigenen Tagesordnungspunkt vertiefend zu erörtern.

Die Referenten zum Tagesordnungspunkt sind Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Facharzt für Allgemeinmedizin, Jun.-Prof. PD Dr. Nicole Ernstmann, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Human-wissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, und Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein.

In den Vorträgen wird vorrangig auf die Perspektive des Hausarztes (Prof. Dr. Schwantes) und auf wissenschaftliche Erkenntnisse für die ärztliche Kommunikation im Berufsalltag eingegangen (Prof. Dr. Ernstmann). Rudolf Henke wird aus berufspolitischer Sicht insbesondere referieren, welche Maßnahmen vom Einzelnen sowie auf Ebene des gesundheitlichen Versorgungssystems zu einer weiteren Verbesserung der kommunikativen Kompetenz im ärztlichen Alltag beitragen. Unter anderem sollen Maßnahmen zur Stärkung der Vermittlung ärztlicher Kompetenzen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung thematisiert werden.

## 3 Fragen an Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein



Rudolf Henke

**Herr Henke, was kennzeichnet für Sie eine gute Kommunikation zu den Patienten und zwischen den ärztlichen Kollegen und anderen Gesundheitsberufen?**

Gute Kommunikation spart Zeit und vermeidet Missverständnisse durch Verständlichkeit von Anfang an. Sie muss den Empfänger

erreichen, bei dem sich entscheidet, ob er versteht oder nicht. Gute Kommunikation vermeidet den Fehler, ungefragt vom Niveau des eigenen Verständnisses auszugehen. Sie setzt die Hinwendung des Arztes zum Patienten und seine Orientierung an dessen Bedürfnissen voraus. Dazu müssen auch die Rahmenbedingungen stimmen und die Versorgungsabläufe zum Beispiel genügend Zeit für Gespräche hergeben.

Für die interprofessionelle Kommunikation ist ein gegenseitiges Verständnis zwischen den Gesundheitsberufen bedeutsam. Man muss einander kennen und einander achten. Zur Vorbereitung auf den ärztlichen Alltag werden zum Teil

schon während des Medizinstudiums entsprechende interprofessionelle Kommunikationstrainings angeboten.

**Werden die kommunikativen Fähigkeiten eines Arztes angesichts der für Patienten zunehmenden Bedeutung des Internets für Informationen künftig in den Hintergrund treten?**

Genau das Gegenteil ist der Fall. Je mehr Informationen über Symptome und Krankheiten es gibt, desto wichtiger wird die Beratungsleistung des informierten Patienten durch den Arzt. Wir Ärzte müssen uns darauf einstellen, Unsicherheiten und leider auch immer wieder auftretende Fehlinformationen aufzufangen und unsere Patienten zu beraten.

**Das Training von Kommunikationstechniken ist inzwischen Bestandteil der ärztlichen Ausbildung. Reicht dies für das Berufsleben aus?**

Es ist sehr erfreulich, dass an vielen Fakultäten mittlerweile geeignete Lehr- und Prüfungsformate für kommunikative Kompetenzen etabliert wurden. Wir hoffen, dass diese flächendeckend und in der Routine angeboten werden, auch durch die Abbildung im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin. Auf der Grundlage des Studiums sollten die kommunikativen Kompetenzen auch in der Weiter- und Fortbildung fachspezifisch vertieft werden.

## TOP IV

## Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung

**B**undesärztekammer und Landesärztekammern entwickeln unter Beteiligung der Fachgesellschaften, Berufsverbände, Dachverbände und weiterer ärztlicher Organisationen eine kompetenzbasierte (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), um den vielfältigen Anforderungen der Fächer und einer zeitgemäßen Weiterbildung gerecht zu werden. Derzeit befindet sich die auf den Vorschlägen der Fachgesellschaften erarbeitete Entwurfsversion der MWBO-Novelle („Version 1“) in einem internen Abstimmungsprozess zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer.

Im aktuellen Verfahrensschritt werden strukturelle Kriterien zur Überführung der Version 1 in eine Entwurfsversion 2 der MWBO-Novelle festgelegt. Dazu wurden bislang etwa 25 Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen durch zehn Unterarbeitsgruppen der Landesärztekammern sowie in den Weiterbildungsgremien in jeweils mehreren Sitzungen bearbeitet. In dieser Novellierungsphase wurden insbesondere die Zuordnung der Weiterbildungsinhalte zu den Weiterbildungsmodi und deren Abbildung beraten. Die Weiterbildungsinhalte werden aufgrund der besseren Trennschärfe in zwei statt drei Weiterbildungsmodi dargestellt. Als weiteres Überarbeitungskriterium werden Vorgaben zur einheitlichen Formulierung von übergreifend relevanten Weiterbildungsinhalten diskutiert.

Weitere Unterarbeitsgruppen der Landesärztekammern haben sich mit Themen wie den Allgemeinen Inhalten der Weiterbildung, der Kompetenzdefinition, der Dokumentation der Weiterbildung (Logbuch) sowie der berufsbegleitenden Weiterbildung befasst.

Auf der Basis von nunmehr definierten Kriterien werden alle Weiterbildungsbezeichnungen von Version 1 der MWBO-Novelle in Abstimmung mit den Landesärztekammern strukturell in die nächste Entwurfsversion der MWBO-Novelle („Version 2“) überführt.

Am Novellierungsverfahren sind die betroffenen ärztlichen Fachgesellschaften, Berufsverbände, Dachverbände und weiteren ärztlichen Organisationen über den öffentlichen Bereich der elektronische Plattform WIKI-BÄK transparent und umfangreich beteiligt.

Der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer und der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Herr Dr. Franz Joseph Bartmann, wird den aktuellen Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung darstellen.

## TOP V

## Teilnovelle der (Muster-)Berufsordnung

Die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) wurde vom 114. Deutschen Ärztetag in Kiel im Jahr 2011 umfassend novelliert. Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 wurde die MBO-Ä auf eventuellen Änderungsbedarf überprüft. Auf Empfehlung der Berufsordnungsgremien hat der Vorstand der Bundesärztekammer im April 2014 das zweistufige Konvergenzverfahren zur Teilnovellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung eröffnet. Die Landesärztekammern haben in ihren Gremien die Vorschläge des Vorstands diskutiert und bewertet. Über die elektronische Plattform WIKI-BÄK waren die Landesärztekammern am Konvergenzverfahren unmittelbar beteiligt. Die Ergebnisse der beiden Stufen des Konvergenzverfahrens wurden von den Berufsordnungsgremien ausführlich ausgewertet und erörtert. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird dem Deutschen Ärztetag folgende Vorschläge zur Änderung der MBO-Ä unterbreiten:

- Das in § 10 Abs. 2 MBO-Ä geregelte Einsichtnahmerecht der Patienten in die ärztliche Dokumentation soll an die diesbezügliche Vorgabe des Patientenrechtegesetzes angepasst werden.
- § 15 Abs. 3 MBO-Ä wird an die im Oktober 2013 von der 64. Generalversammlung des Weltärztebundes in Fortaleza/Brasilien neu verabschiedete Deklaration von Helsinki angepasst.
- § 18 Abs. 1 S. 3, 1. Fall MBO-Ä soll aus verfassungsrechtlichen Gründen gestrichen werden (BGH, Urt. v. 15.05.2014, Az.: I ZR 137/12).
- In § 20 Abs. 2 MBO-Ä soll u. a. eine Anpassung an das Lebenspartnerschaftsgesetz erfolgen.

Der Vorsitzende der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Brandenburg, Dr. med. Udo Wolter, wird das Eingangsreferat halten.

## TOP VI

# Sachstand der GOÄ-neu

Dem 118. Deutschen Ärztetag wird ein aktueller Bericht über die Verhandlungen zwischen BÄK, PKV und Beihilfe zur Gestaltung der neuen GOÄ abgegeben:

Mit Abschluss der Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zwischen Bundesärztekammer und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) am 11. November 2013 wurde bereits ein wichtiges Etappenziel auf dem Weg zu einer neuen Gebührenordnung erreicht. In der Rahmenvereinbarung verpflichteten sich beide Verhandlungspartner – unter Zugrundelegung des GOÄneu-Entwurfes der Bundesärztekammer – zur Entwicklung und Vorlage eines gemeinsamen Konzeptes für die Novellierung der GOÄ beim Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Darauf aufbauend haben Bundesärztekammer und PKV-Verband zunächst als Grundlage einen Entwurf einer gemeinsamen Gesetzesinitiative zur Änderung von § 11 Bundesärzteordnung entwickelt. Dieser sieht als ein wesentliches Kriterium die kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der neuen Gebührenordnung in einer den Verordnungsgeber unterstützenden gemeinsamen Gremien- und Beschlussstruktur vor, damit Innovationen künftig zügig in die neue GOÄ aufgenommen werden können. Begleitend hierzu laufen seit Ende 2014 die konkreten Abstimmungsprozesse der Leistungslegenden einzelner Kapitel mit dem PKV-Verband. Das BMG hat während dieser Verhandlungsphase erklärt, die GOÄ-Novellierung noch im Frühjahr 2015 anzugehen, sofern

sich BÄK und PKV-Verband auf ein gemeinsames Novellierungskonzept einigen.

Diesen nächsten wichtigen Meilenstein haben beide Verhandlungspartner Ende März 2015 mit der Übergabe repräsentativer Teile eines gemeinsamen GOÄneu Entwurfs an das BMG erreicht. An dem Übergabetreffen nahmen neben Vertretern der Beihilfe auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer teil. Kernstück des überreichten Informationspaketes ist die sogenannte „TOP-400-Liste“. Dabei handelt es sich um Leistungen, die besonders häufig abgerechnet werden und die voraussichtlich rund 80 bis 85 Prozent des ärztlichen Honorarumsatzes ausmachen. Weiterhin sind die Kapitel B der neuen GOÄ „Grundleistungen und allgemeine Leistungen“ sowie das Kapitel M mit mehr als 1.000 Laborleistungen Inhalt des gemeinsam ausgehandelten Paketes.

Nach Übergabe dieses Leistungspaketes plant das BMG nun im Rahmen des Gesetzgebungs- und Ordnungsverfahrens eine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der neuen GOÄ. Weitere Folgesitzungen der Gesprächsteilnehmer im BMG sind bereits für die nächsten Wochen geplant. Der Vorsitzende der Gebührenordnungsgremien der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. med. Theo Windhorst, wird über die weiteren Entwicklungen auf dem Ärztetag einen aktuellen Sachstand abgeben.

## Ärztestatistik 2014

# Etwas mehr und doch zu wenig

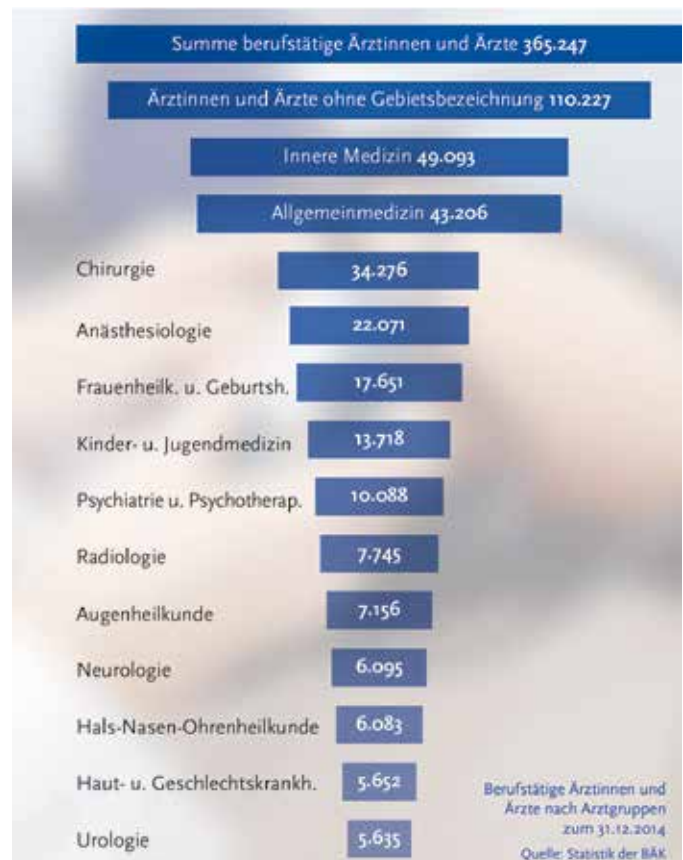
Etwas mehr und doch zu wenig“, so fasste Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Ergebnisse der Ärztestatistik für das Jahr 2014 zusammen. Wie aus den Daten der BÄK hervorgeht, erhöhte sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ärztlich tätigen Mediziner im vergangenen Jahr um 2,2 Prozent auf 365.247. „Dieses leichte Plus reicht bei Weitem nicht aus, um die Lücken in der medizinischen Versorgung zu schließen, die sich aus einer Reihe von gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben“, sagte Montgomery.

So verschieben sich die Prioritäten der Jungmediziner. „Wir haben es mit einer nachwachsenden Ärztegeneration zu tun, die berechnete Anforderungen an ihren Arbeitsplatz stellt“, erklärte Montgomery. „Wie zahlreiche Umfragen zeigen, legen diese jungen Ärzte großen Wert auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Beruf, Familie und Freizeit, auf feste Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle.“ Die Folge: Immer mehr von ihnen entscheiden sich für eine Anstellung und gegen die Niederlassung. Zählte die Ärztestatistik im Jahr 1993 lediglich 5.397 im ambulanten Bereich angestellte Ärzte, so wuchs ihre Zahl an der Gesamtärzteschaft bis zum Jahr 2014 auf 26.307. Auch die Anzahl der Ärztinnen steigt. Im Jahr 1991 lag der Frauenanteil noch bei 33,6 Prozent. Seitdem hat er sich um 35,6 Prozent erhöht und beträgt jetzt 45,5 Prozent (2013: 45,0 Prozent). Hinzu kommt, dass sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit im Jahr 2014 wie schon in den Jahren zuvor weiter erhöht hat. Die Steigerungsrates betrug 2,4 Prozent. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick auf die Daten des Statistischen Bundesamtes. Demnach stieg die Zahl der Ärzte in Teilzeit zwischen dem Jahr 2001 und dem Jahr 2011 von 31.000 auf 54.000 Ärzte.

Umfragen zufolge planen 23 Prozent der niedergelassenen Ärzte, bis zum Jahr 2020 ihre Praxis aufzugeben. Hinzu kommt ein personeller Mehrbedarf, der aus neuen Behandlungsmöglichkeiten, vor allem aber aus dem demografischen Wandel resultiert. Während heute fünf Prozent der Bevölkerung älter als 79 Jahre sind, wird ihre Zahl bis zum Jahr 2060 auf etwa 13 Prozent steigen. Viele Industriegesellschaften kennen dieses Phänomen: Je älter die Bevölkerung ist, desto höher ist die Behandlungsintensität und damit die Nachfrage nach Ärzten. Von allen EU-Staaten hat Deutschland die älteste und weltweit nach Japan die zweitälteste Bevölkerung. Allein in unseren Krankenhäusern fehlen bis zum Jahr 2030 etwa 111.000 Ärztinnen und Ärzte, prognostiziert die Unternehmensberatung Roland Berger.

Die Gesellschaft altert, und mit ihr auch die Ärzteschaft. Der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte im Jahr 2014 lag bei 18,3 Prozent. Zum Vergleich: Im Jahr 1993 waren noch 26,6

Prozent der Ärzte jünger als 35 Jahre. Weiterhin schrumpfte der Anteil der 40- bis 49-jährigen von 26,6 Prozent auf 25,2 Prozent, während der Anteil der 50- bis 59-jährigen von 28,3 Prozent auf 28,5 Prozent anstieg.



Und schließlich sind da noch die in der Ärztestatistik ausgewiesenen 2.364 Ärztinnen und Ärzte, die Deutschland im vergangenen Jahr den Rücken kehrten. Immerhin ist die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte ium 3.768 auf 39.661 gestiegen (+10,5 Prozent). Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte lag bei 11,1 Prozent (2013: 10,3 Prozent). Doch auch der leicht positive Migrationssaldo reicht nicht aus, um die personellen Lücken zu schließen. „Abwehren lässt sich der Ärztemangel nur, wenn es gelingt, mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden. Derzeit gibt es an unseren Universitäten knapp 10.000 Medizinstudienplätze. Mindestens zehn Prozent mehr wären notwendig“, forderte Montgomery. „Leider scheinen aber weder Bund noch Länder bereit zu sein, sich hier finanziell zu engagieren.“

Die Ärztestatistik 2014 können Sie hier abrufen: [www.baek.de/Statistik14](http://www.baek.de/Statistik14)

## 118. Deutscher Ärztetag

## Das Parlament der deutschen Ärzteschaft



Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen der 481.174 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2014) in der Bundesrepublik Deutschland.

Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern wirkt die Bundesärztekammer (BÄK) aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Zu ihren Aufgaben zählen:

- Pflege des Zusammengehörigkeitsgefühls aller in Deutschland tätigen Ärzte und ihre Beratung und Unterstützung bei wichtigen Vorgängen für Ärzte auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und des sozialen Lebens;
- Herbeiführung einer möglichst einheitlichen Regelung der ärztlichen Berufspflichten und Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit auf allen Gebieten;
- Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft in Angelegenheiten, die über den Zuständigkeitsbereich eines Landes hinausgehen. Kontakte zur Bundesregierung und Bundesrat sowie zu den politischen Parteien;
- Vermittlung der Position der Ärzteschaft zu gesundheitspolitischen und medizinischen Fragen;
- Förderung der ärztlichen Fortbildung;
- Förderung der Qualitätssicherung;
- Herstellung von Beziehungen zur medizinischen Wissenschaft und zu ärztlichen Vereinigungen des Auslandes;
- Berufsordnung: Regelt ethische und berufsrechtliche Pflichten der Ärzte untereinander und gegenüber den Patienten. Darunter fällt z.B. die Schweigepflicht des Arztes

(der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt von seinem Patienten anvertraut oder über ihn bekannt geworden ist, zu schweigen);

- Weiterbildungsordnung: Definiert Inhalt, Dauer und Ziele der Weiterbildung und der Facharztbezeichnungen.

Darüber hinaus sind der BÄK mittelbare und unmittelbare gesetzliche Aufgaben u. a. im Rahmen der Qualitätssicherung sowie der Transplantationsgesetzgebung zugewachsen.

Die Bundesärztekammer ist ein organisatorischer Zusammenschluss der Landesärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts. Der einzelne Arzt gehört der BÄK lediglich mittelbar über die Pflichtmitgliedschaft in seiner Ärztekammer an. Die Bundesärztekammer selbst ist keine Körperschaft, sondern ein nichteingetragener Verein. An ihrer Spitze stehen seit 2011 deren Präsident, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, sowie die Vizepräsidenten Frau Dr. Martina Wenker und Dr. Max Kaplan.

Der einmal jährlich stattfindende Deutsche Ärztetag ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, das "Parlament der Ärzteschaft". Die Ärztekammern entsenden dazu insgesamt 250 Delegierte. Der Präsident und die beiden Vizepräsidenten der Bundesärztekammer werden vom Deutschen Ärztetag für die Dauer von vier Jahren gewählt.

Zu den Aufgaben des Deutschen Ärztetages gehört es, länderübergreifende Regelungen zum Berufsrecht (z. B. die Muster-Berufsordnung und die Muster-Weiterbildungsordnung) zu erarbeiten und zu verabschieden sowie die Positionen der Ärzteschaft zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen der Gesellschaft zu artikulieren und sie der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Der Deutsche Ärztetag tagt seit 1873 in der Regel jährlich (außer 1912, 1915-17, 1920, 1922/23 und 1932-47). Überdies fanden in der Nachkriegsgeschichte aus besonderem Anlass insgesamt fünf Außerordentliche Deutsche Ärztetage statt.

Pressecenter der Bundesärztekammer

## Unser Service für Journalisten



Die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft bereitet auf dem 118. Deutschen Ärztetag alle wichtigen Themen und Beschlüsse in Pressekonferenzen und Pressegesprächen auf. Die Termine finden Sie in ihrer Einladung sowie tagesaktuell vor Ort in unserem Pressecenter.

Hier stehen auch alle Anträge der Delegierten des 118. Deutschen Ärztetages für Sie bereit. Über Monitore können Sie die Plenarsitzungen live verfolgen. Darüber hinaus bietet der Pressebereich kostenlosen Internetzugang über LAN und

WLAN. Selbstverständlich stehen ihnen die Mitarbeiter der Pressestelle gern zur Verfügung.

Über aktuelle Beschlüsse und Ergebnisse des 118. Deutschen Ärztetages informiert unser Twitter-Kanal. Weiterführende Informationen wie Pressemitteilungen gibt es auf der Internetseite der Bundesärztekammer. Hier finden Sie auch Videos zu den Top-Themen des 118. Deutschen Ärztetages.

Das Pressecenter finden Sie im

Congress Center Messe Frankfurt  
Saal Fantasie  
Ludwig-Erhard-Anlage 1  
60327 Frankfurt am Main

Tel.: 069 757573446

Fax: 069 757573440

Internet: <http://www.baek.de>

Twitter: @BAEKaktuell

Youtube: <http://www.youtube.com/user/BAEKclips>