



# BÄKground

Informationsdienst der Bundesärztekammer  
zum 119. Deutschen Ärztetag

Stand: 23.05.2016

Spezial

## Inhalt

<b>Gesundheit und Gesellschaft</b>	<b>2</b>
<b>Tagesordnung</b>	<b>4</b>
<b>Gesundheitskarte für alle Flüchtlinge (TOP I)</b>	<b>5</b>
<b>Arzneimittel: Zusatznutzen nur für Hersteller? (TOP II)</b>	<b>7</b>
<b>Zulassungsstudien müssen besser werden (TOP II)</b>	<b>9</b>
<b>Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (TOP III)</b>	<b>10</b>
<b>Medizin zwischen Ökonomie und Ethik (TOP IV)</b>	<b>11</b>
<b>Ärztestatistik: Bedarf steigt schneller als Zahl der Ärzte</b>	<b>12</b>
<b>Das Parlament der deutschen Ärzteschaft</b>	<b>14</b>
<b>Unser Service für Journalisten</b>	<b>15</b>



## 119. Deutscher Ärztetag in Hamburg

# Ärzteparlament tagt in der Hansestadt

In der Gesundheitspolitik geht es um weit mehr als die Organisation, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Denn vieles, was politisch entschieden wird, hat nicht nur direkte Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung der Menschen, sondern auch auf das gesellschaftliche Zusammenleben insgesamt. Beispiele dafür sind die Diskussionen der vergangenen Jahre um medizinisch-ethische Fragen wie den Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen oder ganz aktuell die Suche nach Wegen, wie die medizinische Versorgung der vielen hunderttausend Flüchtlinge in Deutschland gewährleistet werden kann.

Wenn der 119. Deutsche Ärztetag vom 24. bis 27. Mai 2016 in Hamburg zusammenkommt, wird das wichtigste innenpolitische Thema der vergangenen Monate nach wie vor aktuell sein – die Bewältigung des Zustroms von Flüchtlingen nach Deutschland. Insbesondere bei der gesundheitlichen Versor-

gung Asylbegehrender besteht weiterhin in vielen Bereichen Handlungsbedarf. So ist die Personalsituation in den Gesundheitsämtern angespannt, die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge geht nur schleppend voran und die Leistungsgewährung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz stellt Patienten und Ärzte oft vor bürokratische Hürden. Der Deutsche Ärztetag wird sich deshalb intensiv mit den Herausforderungen befassen, Probleme benennen und Lösungsmöglichkeiten beraten.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitspolitik und Gesellschaftspolitik wird auch immer dann deutlich, wenn es um die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem diskutiert wird. Vor diesem Hintergrund bildet die Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierten Unternehmenszielen einen weiteren thematischen Schwerpunkt des 119. Deutschen

Ärztetages. Im Kern geht es dabei um die Frage, ob die Preise bestimmter Arzneimittel in einem solidarisch finanzierten System sowohl unter ethischen Aspekten als auch unter Nutzenaspekten immer gerechtfertigt sind – ein Thema, das Politik und Medien derzeit intensiv diskutieren (siehe dazu auch S. 3ff). Zur Erinnerung: Mit der Einführung der frühen Nutzenbewertung durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) im Jahr 2011 sollten mehr Wirtschaftlichkeit und Kosteneffizienz bei der Verordnung von Arzneimitteln erreicht werden. Es gelang jedoch nicht, die anhaltend immensen Ausgaben zu bremsen. Im Gegenteil: Sie führen ganz erheblich zu den Defiziten in der GKV – Geld, das in der Versorgung fehlt. Die Ärzteschaft wird in Hamburg darüber beraten, wie die ausschließlich marktwirtschaftlich orientierte Preisbildung transparenter und an einem evidenzbasierten Nachweis des patientenrelevanten Nutzens ausgerichtet werden kann.

Von ähnlicher gesellschaftlicher Bedeutung ist die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Auf dem Ärztetag geht es dabei besonders um die Rolle leitender Krankenhausärzte im Spannungsfeld zwischen medizinischer Notwendigkeit und ökonomischen Zwängen. Ein möglichst wirtschaftlicher Umgang mit begrenzten Ressourcen

ist in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem selbstverständlich. Das darf aber nicht dazu führen, dass ökonomische Parameter das ärztliche Handeln bestimmen, etwa wenn Entscheidungsspielräume durch vorgegebene ökonomische Rentabilitätskriterien begrenzt werden. Viele Ärzte müssen tagtäglich mit diesen Konflikten umgehen und sind zutiefst verunsichert. Die Beratungen und Beschlüsse des Ärztetags können hier Orientierung geben.

Die Gesetzesinitiativen des vergangenen Jahres haben gezeigt, dass es sich lohnt, wenn die Ärzteschaft ihre Positionen deutlich artikuliert und ihre spezifisch ärztliche Sichtweise in die politischen Entscheidungsprozesse einbringt. Daher ist damit zu rechnen, dass der Ärztetag auch die laufenden oder gerade abgeschlossenen Reformen, etwa die Anti-Korruptionsgesetzgebung für das Gesundheitswesen, die aufkommenden Forderungen nach einer Bürgerversicherung oder den Masterplan Medizinstudium 2020 nicht unkommentiert lassen wird. Als weitere Themen stehen die Reform der Gebührenordnung für Ärzte und die Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung auf der Tagesordnung. Darüber hinaus wird die Ärzteschaft über eine Weiterentwicklung der Gremienstruktur der Bundesärztekammer diskutieren.

# Tagesordnung

## 119. Deutscher Ärztetag in Hamburg

### Eröffnungsveranstaltung

24. Mai 2016, 10.00 Uhr

Laeiszhalle Hamburg, Johannes-Brahms-Platz, 20355 Hamburg

### Plenarsitzungen des 119. Deutschen Ärztetages

24. bis 27. Mai 2016

CCH Congress Center Hamburg, Saal H, Marseiller Str. 2, 20355 Hamburg

### Tagesordnung

#### TOP I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung

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

#### TOP II: Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur

**Referent:** Dr. rer. nat. Hagen Pfundner, Berlin, Vorsitzender des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller

**Referent:** Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin, Vorsitzender der AkdÄ

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

**Referent:** Dr. med. Franz Bartmann, Bad Segeberg, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der BÄK

#### TOP IV: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

##### a) Bericht zum Beschluss IX-02 des 118. Deutschen Ärztetages 2015 – Gremienstruktur

**Referentin:** Dr. med. Simone Heinemann-Meerz, Magdeburg, Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

**Referentin:** Dr. med. Heidrun Gitter, Bremen, Präsidentin der Ärztekammer Bremen

##### b) Sachstand GOÄ-neu

**Referent:** Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Ausschusses "Gebührenordnung" der BÄK

##### c) Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie

**Referent:** Prof. Dr. med. Hans Fred Weiser, Düsseldorf, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

#### TOP V: Wahlen

##### a) Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der BÄK

b) In Abhängigkeit vom Beratungsergebnis zu TOP IV a: Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin und in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

#### TOP VI: Bericht über die Jahresrechnung der BÄK für das Geschäftsjahr 2014/2015

##### a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2014/2015

**Referent:** Tobias Nowoczyn, Berlin, Hauptgeschäftsführer der BÄK und des Deutschen Ärztetages

##### b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der BÄK über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2014/2015

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

#### TOP VII: Entlastung des Vorstandes der BÄK für das Geschäftsjahr 2014/2015

#### TOP VIII: Haushaltsvorschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)

##### a) Bericht der Geschäftsführung

**Referent:** Tobias Nowoczyn, Berlin, Hauptgeschäftsführer der BÄK und des Deutschen Ärztetages

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

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

#### TOP IX: Wahl des Tagungsortes für den 121. Deutschen Ärztetag 2018

TOP I

## Gesundheitskarte für alle Flüchtlinge

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt nur schleppend voran. Flächendeckend steht sie nach Angaben der Deutschen Presseagentur bisher nur in Hamburg, Bremen, Berlin und Schleswig-Holstein zur Verfügung. In Nordrhein-Westfalen hingegen verteilen bisher erst 20 von 396 Kommunen Gesundheitskarten, in Niedersachsen und Rheinland-Pfalz keine einzige. Länder wie Hessen, Brandenburg oder Thüringen stecken noch in den Vorbereitungen, während Bayern und Sachsen sich gegen die Gesundheitskarte entschieden haben. Der Städte- und Gemeindebund NRW wertete die Einführung als „realitätsfernes Konzept“ und forderte eine Senkung der Kosten. Die Kritik bezieht sich vor allem auf den Rahmenvertrag, den die Landesregierung mit den Krankenkassen abgeschlossen hat: Demnach müssen die Gemeinden acht Prozent der angefallenen Gesundheitsausgaben, mindestens jedoch zehn Euro pro angefangenem Betreuungsmonat und Flüchtling allein für den Verwaltungsaufwand zahlen.

Hamburgs Sozialsenatorin Melanie Leonhard (SPD) verteidigte die Einführung der Gesundheitskarte. „Eine Gefahr der Kostenexplosion sehe ich nicht“, erklärte sie. Hamburg habe im ersten Jahr nach der Einführung 1,6 Mio. Euro gespart. Die Übertragung der medizinischen Versorgung auf die AOK entlaste die Sozial- und Gesundheitsämter. Ähnlich äußerte sich Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. „Asylsuchende und Flüchtlinge brauchen nach der Erstuntersuchung eine Gesundheitskarte, um in das Regelsystem eingegliedert zu werden. Der leichte Zugang zur ärztlichen Versorgung verhindert, dass Krankheiten sich verschlimmern und reduziert somit am Ende die Kosten“, sagte er. Er sprach sich außerdem dafür aus, die einschränkenden Paragraphen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz zu streichen. Sie legen fest, dass Flüchtlinge nur bei akuten Schmerzzuständen und akuten Erkrankungen behandelt werden dürfen, nicht aber bei chronischen Beschwerden. Die Bertelsmann-Stiftung warnte in Anbetracht der Vielzahl unterschiedlicher Regelungen vor einem bundesweiten Flickenteppich. Der GKV-Spitzenverband forderte einen einheitlichen Zugang.

Unterdessen hat der Bundestag das Asylpaket II beschlossen. Mit dem Gesetz sollen die Rahmenbedingungen für die Erstellung ärztlicher Atteste im Zusammenhang mit Abschiebungen präzisiert und klargestellt werden. Nur bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, soll von dieser Maßnahme abgesehen werden können. In Fällen von Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS)



soll die Abschiebung aber regelmäßig möglich sein. Zudem plant der Bund, sich stärker bei der Beschaffung der nötigen Papiere für Personen, die Deutschland wieder verlassen müssen, zu engagieren.

Vor dem Beschluss hatte die Bundesärztekammer (BÄK) deutlich darauf hingewiesen, dass Ärzte in einem beschleunigten Asylverfahren ausreichend Zeit haben müssten, Asylbewerber auf körperliche und seelische Krankheiten hin zu untersuchen. Unerheblich sei dabei, ob die Erkrankungen der Asylbewerber bereits im Heimatland bestanden oder erst auf der Flucht oder in Deutschland aufgetreten sind. Darüber hinaus hatte die BÄK gefordert, auch psychische Krankheiten unter den „lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung“ zu subsumieren. Im Herkunftsland werde es kaum die Voraussetzungen für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung geben. Zudem müsse eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Begutachtung gewährleistet sein.

Für medizinische Gutachten, Stellungnahmen und Untersuchungen von Flüchtlingen und Asylbewerbern in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und vor der Abschiebung sollten ausschließlich Ärzte und Psychotherapeuten beauftragt werden, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen. Hierfür müssen die Ressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) angepasst werden, betont die BÄK. Ferner müssten im ärztlichen Diagnose- und Behandlungsprozess qualifizierte Dolmetscher oder Dolmetscherdienste in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

Ein von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemeinsam entwickeltes Projekt greift die



Forderung der Integrations- und der Gesundheitsministerkonferenz auf, den Einsatz von Dolmetschern in der psychotherapeutischen Behandlung zu erproben. Drei aufeinander abgestimmte Module beinhalten den Aufbau eines bundesweiten Dolmetscherpools, eine Koordinierungsstelle für die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen, deren Aufgabe die Beantragung, Begutachtung und Genehmigung sowie Vergütung von Psychotherapien ist, sowie die Qualifizierung der Ärzte und Psychotherapeuten.

Immerhin haben inzwischen die ersten Asylsuchenden den neu eingeführten Flüchtlingsausweis erhalten. Er enthält Basisinformationen wie Namen oder Geburtsdatum. Erfasst

werden auch Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen sowie Informationen zu Schulbildung oder Berufsqualifikation. Alle Behörden, die mit Flüchtlingen befasst sind, sollen Zugriff auf die gespeicherten Daten erhalten.

## TOP II

## Arzneimittel: Zusatznutzen - nur für Hersteller?

Der Konflikt scheint schwer lösbar: Auf der einen Seite verlangen die Patienten nach innovativen und wirksamen Medikamenten. Auf der anderen Seite geht es auf Kosten der Verteilungsgerechtigkeit, wenn hochpreisige Arzneimittel die gesetzliche Krankenversicherung zu sehr belasten. Und schließlich gibt es die Pharmaunternehmen, die auf die hohen Kosten für Forschung und Entwicklung verweisen. Auch die Delegierten des 119. Deutschen Ärztetags werden diese Problematik diskutieren. "Wir werden dort über Transparenz bei der Preisbildung sprechen und auch darüber, inwieweit sich die Preise am Patientennutzen orientieren", sagt Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Ganze 46 neue Arzneimittelwirkstoffe kamen im Jahr 2014 in Deutschland auf den Markt. Bei acht von ihnen kostete eine Packung mehr als 10.000 Euro. Bekanntestes Beispiel ist wohl das Hepatitis C-Medikament Sovaldi des Herstellers Gilead, bei dem eine Behandlung pro Patienten mit 60.000 bis 120.000 Euro zu Buche schlägt.



BÄK-Präsident Montgomery: Die Pharmaindustrie nutzt das AMNOG hochkompetent aus

Dabei hatte die damalige schwarz-gelbe Bundesregierung schon im Jahr 2011 geglaubt, mit dem „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AMNOG) eine Lösung gefunden zu haben. Seitdem werden neue Arzneimittel vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf ihren Zusatznutzen hin geprüft und bewertet. Der Hersteller darf nur noch im ersten Jahr einen Preis festlegen; danach gilt der Preis, den er mit den gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelt hat. Eine „neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit“ versprach der damalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP). Rund zwei Milliarden Euro ließen sich mit dem AMNOG pro Jahr einsparen. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung feierte ihn schon als „Monopolknacker“. Doch dieses Lob war voreilig. Wie aus dem jüngsten Arzneiverordnungs-Report hervorgeht, erreichten die Ausgaben für

Arzneimittel im Jahr 2014 mit 35,4 Milliarden Euro sogar einen neuen Höchststand. Das entspricht einem Plus von 10,3 Prozent.

In den Augen von Montgomery nutzt die Pharmaindustrie „die Bestimmungen des AMNOG hochkompetent aus.“ So auch im Fall Sovaldi. Wenn es stimmt, dass die Herstellungs- und Vertriebskosten für das Präparat tatsächlich bei 1.500 Euro liegen, die Therapie am Anfang 60.000 kostete und nach Verhandlungen mit den Krankenkassen immer noch 45.000 Euro, dann sei das unanständig. Trotz guter Ansätze müsse das AMNOG daher nachgeschärft werden, allerdings nicht aus einem rein ökonomischen Blickwinkel. „Eine Kosten-Nutzen-Bewertung, die lediglich als willfähiges Instrument zur Kostensenkung dient, schadet mehr als sie nützt.“

Inzwischen ist auch die Politik auf das Problem aufmerksam geworden. Auf EU-Ebene setzt sich die niederländische Ratspräsidentschaft für eine verstärkte Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten in Sachen Arzneimittelpreise ein. Und in Deutschland kündigte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) zum Abschluss des Pharma-Dialogs mit Unternehmen und Wissenschaft eine Umsatzschwelle für neue Medikamente an. Wird diese überschritten, soll auch rückwirkend nur noch der ausgehandelte Preis gelten. Auf die Höhe der Umsatzschwelle wollte Gröhe sich nicht festlegen. Noch im Sommer will er einen Referentenentwurf vorlegen, der auch die Ergebnisse des Pharmadialogs enthalten soll.

Nach Ansicht von BÄK-Präsident Montgomery löst die Preischwelle das Problem nicht. „Die derzeit freie, ausschließlich am Markt orientierte Preisfestlegung für Arzneimittel im ersten Jahr nach der Markteinführung muss abgeschafft werden“, fordert er. Selbstverständlich dürfe die innovative Forschung nicht behindert werden, aber das Arzneimittel müsse für Patienten einen therapeutischen Fortschritt darstellen. „Das muss möglich sein, ohne die Sozialkassen zu überfordern“, so Montgomery.

Im Prinzip sei das AMNOG wirkungsvoll, findet Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes. Der Haken sei die Möglichkeit der Unternehmen, im ersten Jahr die Preise beliebig festzulegen. Um „Fantasiepreise“ zu verhindern, sollte der später mit den gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelte Preis nach Pfeiffers Ansicht auch rückwirkend gelten. Ähnlich sieht es Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (siehe Interview S. 9).

Für „grundfalsch“ hält Henning Fahrenkamp, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, diesen Vorschlag. Es handele sich dabei um einen

„Erstattungsanreiz für Innovationen“, der den Herstellern „bei der ebenso unsicheren wie kostenintensiven Forschung und Entwicklung neuer Präparate eine Basis“ geben sollte. Falls dieser Weg, so sei das „Gift für jegliche Innovationstätigkeit“.

Aber forschen die Pharmaunternehmen mit Blick auf das Patientenwohl? „Die Innovationen fokussieren auf die falschen Bereiche“, kritisiert Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse. Geforscht werde dort, wo die Industrie die höchste Rendite erwarte. In ihrem Innovationsreport 2015 spricht die Techniker Krankenkasse zudem von einem Trend zur „Orphanisierung“ von Volkskrankheiten. Dabei werden Patientengruppen auf das Maß von seltenen Erkrankungen zugeschnitten. Das sichert den Pharmaunternehmen einen relativ raschen Durchlauf durch das AMNOG-Verfahren, da der Zusatznutzen von Medikamenten gegen seltene Krankheiten („Orphan Drugs“) von vornherein als gegeben gilt. „Die aktuelle Preisentwicklung, insbesondere bei onkologischen Wirkstoffen, orientiert sich leider nur selten am Innovationsgrad oder am patientenrelevanten Nutzen, sondern spiegelt in erster Linie wieder, was der Markt derzeit bereit ist zu zahlen“, sagt der AkdÄ-Vorsitzende Ludwig. Ärzte könnten künftig gezwungen sein, am Krankenbett zu entscheiden, ob sie ein teures, aber unzureichend untersuchtes Arzneimittel einsetzen oder nicht. „Solche Entscheidungen kann aber nicht der Arzt treffen“, findet Ludwig. Diese Frage müsste in der Gesellschaft dis-

kutiert und letztendlich von der Politik beantwortet werden. Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld schlägt vor, neue Medikamente einer strengen Kosten-Nutzen-Bewertung zu unterziehen. Dagegen sehen die Arzneimittelhersteller keinen weiteren Regelungsbedarf. Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes der forschenden Pharmaunternehmen wünscht sich für ihre Produkte mehr „Raum, um in der konkreten Versorgung ihren Nutzen auch bei Patientengruppen belegen zu können, für die ursprünglich kein Nutzenbeleg vorhanden war“.

Umstritten ist aber auch das Argument, die hohen Preise seien notwendig, um die teure Forschung zu finanzieren. Nach einer Analyse des Marktforschungsunternehmens GlobalData geben die großen Arzneimittelkonzerne deutlich mehr Geld für das Marketing aus als für die Entwicklung neuer Produkte. Beim US-Unternehmen Johnson & Johnson ist es mehr als das Doppelte, bei Novartis aus der Schweiz rund die Hälfte. Auch die Gewinnmargen sind üppig: Laut GlobalData beträgt sie bei Pfizer etwa 43 Prozent.

Auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg werden Dr. Hagen Pfundner, Vorsitzender des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller, und Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ, zu dem Thema referieren und die Frage der Arzneimittelpreisbildung aus ihrer jeweiligen Perspektive darstellen.



## TOP II

## Zulassungsstudien müssen besser werden



Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ

**D**erzeit macht das Schlagwort von der „Orphanisierung“ von Arzneimitteln die Runde. Gemeint ist, dass eher häufige Erkrankungen in zahlreiche kleine Untergruppen unterteilt werden, um strenge Vorgaben bei klinischen Studien zu umgehen. Ein Mythos oder ist da etwas dran?

Ludwig: Es ist unverkennbar ein Trend im Zeitalter der „individualisierten Medizin“,

dass gerade in der Krebsmedizin immer neue Wirkstoffe als Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen - also als sogenannte Orphan Drugs - in einem beschleunigten Verfahren zugelassen werden. Bei diesen Zulassungsverfahren liegen meist unzureichende Ergebnisse zur Wirksamkeit bzw. zum Schaden dieser Wirkstoffe vor. Ein Zusatznutzen wird außerdem vorausgesetzt mit der Zulassung eines Arzneimittels als Orphan Drug im Rahmen der frühen Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG). Dabei zeigen Studien aus den USA – u. a. zu onkologischen und neurologischen Arzneimitteln –, dass Orphan Drugs in Zulassungsstudien weniger gründlich geprüft werden als andere Arzneimittel. Das liegt vor allem an der kleinen Zahl von untersuchten Patienten, dem meist nicht-randomisierten Design der Studien und der häufigen Verwendung von Surrogatparametern als Endpunkten. Dies führt dazu, dass bei Zulassung Aussagen zu Wirksamkeit und Schaden dieser Arzneimittel nur sehr eingeschränkt möglich sind.

#### Wie lässt sich das Problem lösen?

Ludwig: Ganz einfach: Die Anforderungen der europäischen Verordnung zu Orphan Drugs müssen konsequenter erfüllt werden. Sie fordert, dass Patienten mit seltenen Leiden denselben Anspruch auf Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit von Arzneimitteln haben wie andere Patienten. Daran sollten sich das Design, die Endpunkte, aber auch Zahl der untersuchten Patienten orientieren. Damit keine Missverständnisse aufkommen: Wir Ärzte wünschen uns sehr, dass wir auch für Patienten mit seltenen Erkrankungen eine ausreichende Zahl gut wirksamer und verträglicher Arzneimittel zur Verfügung haben. Dies bedeutet, Anreize für die Entwicklung dieser Wirkstoffe sind grundsätzlich erwünscht. Sie sollten aber nicht von pharmazeutischen Unternehmern, wie bspw. in der Onkologie, missbraucht werden und die Qualität der Zulassungsstudien muss sich definitiv verbessern.

**Besteht nicht die Gefahr, dass die pharmazeutischen Unternehmer das Interesse für die Entwicklung und Markteinführung von Orphan Drugs verlieren, wenn sie keine Anreize bekommen?**

Ludwig: Wie zuvor gesagt: Anreize sind notwendig, aber unter der Voraussetzung, dass die Anforderungen an den Nachweis von Wirksamkeit und Sicherheit nicht gesenkt, sondern angehoben werden. Auch mit Orphan Drugs lässt sich durchaus viel Geld verdienen. Aktuelle Analysen verdeutlichen, dass Orphan Drugs ein sehr lukratives Geschäftsfeld darstellen mit stabilem Umsatzwachstum, Wachstumsraten von 7,5 %, einem globalen Umsatz von 100 Mrd. US-Dollar pro Jahr und einem Anteil von etwa 15 % am weltweiten Umsatz von Arzneimitteln.

**Im Jahr 2011 wurde das AMNOG zur Begrenzung der Kosten für Arzneimittel verabschiedet. Die Einspareffekte sind hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Muss nachgebessert werden?**

Ludwig: Die Preise im ersten Jahr nach der Markteinführung werden weiterhin durch die pharmazeutischen Unternehmer festgelegt und liegen meist höher als in anderen europäischen Ländern. Aktuell wird deshalb zu Recht diskutiert, ob der nach einem Jahr ausgehandelte Erstattungsbetrag rückwirkend, d. h. ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens eines neuen Arzneimittels, gelten soll. Ich halte es für sinnvoll, dass der für Arzneimittel ohne Zusatznutzen ausgehandelte Preis rückwirkend zumindest ab dem Zeitpunkt gültig ist, an dem der G-BA seinen Beschluss veröffentlicht hat. Außerdem brauchen wir insbesondere bei neuen onkologischen Arzneimitteln – der im AMNOG-Verfahren derzeit sowohl quantitativ als auch von den Kosten her führenden Wirkstoffklasse – zusätzlich auch eine „späte“ Nutzenbewertung, etwa zwei bis drei Jahre nach der frühen Nutzenbewertung. Dies ist in der Onkologie erforderlich insbesondere angesichts der beträchtlichen Unsicherheit bei den Erkenntnissen zur Wirksamkeit und Schaden infolge kritikwürdiger Studiendesigns und beschleunigter Zulassungsverfahren.

**Würden von einer späten Nutzenbewertung auch die Patienten profitieren?**

Definitiv ja – unter der Voraussetzung, dass aus den Zulassungsstudien aktualisierte Daten nach längerer Nachbeobachtung vorliegen und vor allem weitere klinische Studien durchgeführt wurden – was leider zu selten der Fall ist. Außerdem benötigen wir verstärkt Daten aus geeigneten Studien bzw. Registern, die eine Beurteilung von Verordnung und vor allem Sicherheit des neuen Arzneimittels im Versorgungsalltag ermöglichen.

## TOP III

## Sachstand zur Novellierung MWBO

Anhand vereinbarter Kriterien haben Bundesärztekammer und Landesärztekammern gemeinsam die Arbeiten an der nächsten Entwurfsversion der Novelle der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) fortgesetzt. Der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. med. Franz Bartmann, wird einen mündlichen Sachstand zur Novellierung der MWBO auf dem 119. Deutschen Ärztetag unter TOP III zu den nachfolgenden Arbeitsschritten vortragen.

Die Weiterbildungsinhalte in Abschnitt B sind in der „Version 2“ in einer zweigliedrigen Kompetenzstruktur – dem Weiterbildungsmodus „Kennen und Können“ sowie dem Weiterbildungsmodus „Beherrschen“ – abgebildet. Parallel wurden die „Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung“ grundsätzlich überarbeitet und sind ebenfalls in Weiterbildungsblöcken kompetenzbasiert dargestellt. Das im Rahmen der Überarbeitungen entstandene Glossar soll einem einheitlichen Begriffsverständnis sowie der identischen Anwendung relevanter Formulierungen in der gesamten MWBO dienen.

In Vorbereitung der weiteren Arbeitsschritte wurden Grundsätze für die berufsbegleitend erwerbenden Zusatz-Weiterbildungen geschaffen; insbesondere sollen berufsbegleitende Möglichkeiten den Erwerb von weiteren Qualifikationen erleichtern. In den Weiterbildungsgremien erfolgte die Abstimmung über die Kriterien zur Zuordnung bestehender und eventuell zukünftiger Bezeichnungen in einem neuen, voraussichtlichen „Abschnitt D“ der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Um auch die Dokumentation der Weiterbildung sowohl für die sich weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte als auch für die Weiterbildungsbefugten zu erleichtern, wurden erste Vorstellungen entwickelt, wie zukünftig ein elektronisch führbares Logbuch gestaltet werden kann.

Sämtliche strukturellen Neuerungen müssen parallel im Paragraphenteil der MWBO nachvollzogen werden. Die Überlegungen sind vom jeweiligen Diskussionsstand abhängig und werden laufend bis zum Abschluss des Novellierungsprojekts adaptiert.

Die erreichten Arbeitsergebnisse in Form der MWBO-Version 2 von Abschnitt B werden nach der Vorstellung auf dem 119. Deutschen Ärztetag auf der elektronischen Plattform WIKI-BÄK veröffentlicht und zur Kommentierung durch die beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie die Landesärztekammern freigeschaltet. Der Kommentierungs



prozess wird durch mehrere Workshops sowie durch individuelle Gesprächstermine mit den beteiligten ärztlichen Organisationen begleitet. Vorab wird die Bundesärztekammer mit den Landesärztekammern am 6. Juni 2016 in einer eintägigen Veranstaltung den Einstieg zur Vorbereitung der nächsten, eventuell endgültigen, Version 3 der MWBO-Novelle beraten sowie die weiteren Schritte abstimmen.

## TOP IV

## Medizin zwischen Ökonomie und Ethik

Neben dem medizinisch-fachlichen Aspekt hat die Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen in Klinik und Praxis immer auch einen ökonomischen Aspekt. Die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte in der Medizin besteht nicht nur darin, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bereit- und sicherzustellen, sie muss dabei immer auch Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit beachten. Insbesondere unter den Bedingungen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems ist eine möglichst wirtschaftliche Verwendung der nur begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel nicht nur ein ökonomisches, sondern auch ein berufsethisches Gebot. Dabei ist es jedoch von großer Bedeutung, zwischen der gebotenen Wirtschaftlichkeit und der aus ethischer Sicht fragwürdigen Ökonomisierung klar zu unterscheiden.

Ökonomisierung ist dann ethisch bedenklich, wenn betriebswirtschaftliche Parameter zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Ziele ärztlichen Handelns erlangen. Hierbei hat die ökonomische Überformung medizinischer Entscheidungen viele Facetten. Diese kann nicht nur in der sukzessiven Einschränkung des ärztlichen Entscheidungsspielraumes durch vorgegebene wirtschaftliche Kriterien bestehen, sondern auch in einer damit einhergehenden Verdrängung fachlicher Entscheidungsgründe durch ökonomische Rentabilitätsgesichtspunkte bestehen.

Medizinische und ökonomische Ziele müssen jedoch nicht zwangsläufig einen Gegensatz darstellen. Solange ökonomisches Denken dazu beiträgt, die originären Ziele der Medizin möglichst effektiv zu erreichen, stellt es einen integralen Bestandteil des ärztlichen Berufsethos dar und ist damit sogar geboten. Wenn jedoch ökonomisches Denken Zielen wie Gewinnmaximierung oder Rentabilitätsorientierung Vorrang gewährt, widerspricht dies den obigen Prinzipien.

Das Problem zunehmender Ökonomisierungstendenzen in der Medizin zeigt sich beispielhaft seit mehr als einem Jahrzehnt in den Dienst- bzw. Arbeitsverträgen leitender Krankenhausärzte, welche zunehmend mehr erfolgsabhängige, auf rein ökonomische Zielerreichungsgrößen ausgerichtete Bonuszahlungen vorsehen. Diese bergen das Risiko in sich, dass der Chefarzt durch finanzielle Anreize veranlasst werden kann, Leistungseinschränkungen oder -ausweitungen zu erwägen. Mit jedem Bonus für das Erreichen ökonomisch ausgerichteter Ziele ist auch eine Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit verbunden. § 23 Abs. 2 (Muster-)Berufsordnung (MBO-Ä) bestimmt daher, dass „in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis [...] eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung



für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren [darf], dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidung beeinträchtigt“.

Die Überprüfung und Bewertung von Zielvereinbarungen durch eine von der Bundesärztekammer und dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands gegründete Koordinierungsstelle zeigten jedoch, dass viele Krankenhausträger dennoch weiterhin Arbeitsverträge mit Ärzten abschließen, welche den gesetzlichen Bestimmungen und den entsprechenden Selbstverwaltungsempfehlungen nicht gerecht werdende Anreize setzen. Krankenhausträger stellten hierbei immer weniger auf die Erbringung einzelner Leistungen ab, sondern orientierten sich zunehmend an Leistungsmengen, Leistungskomplexen oder Messgrößen hierfür, die der Intention des Gesetzgebers widersprechen und damit letztlich das Gesetzesziel unterlaufen.

Einer entsprechenden Initiative der Ärzteschaft folgend trug der Gesetzgeber diesen Entwicklungen mit einer Neufassung der Vorschrift in § 135c SGB V [neu] Rechnung. Die zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene Neufassung lautet nunmehr: „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (...) hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.“

Prof. Dr. med. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, wird in einem Referat die Aspekte der möglichen Konflikte zwischen Medizin und Ökonomie im Einzelnen darlegen.

## Ärztestatistik 2015

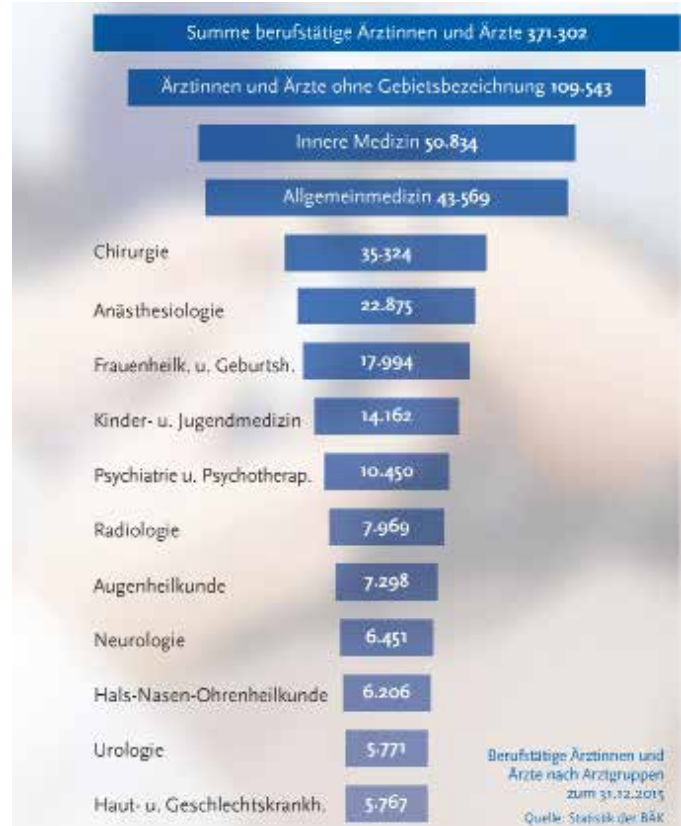
# Bedarf steigt schneller als Zahl der Ärzte

Die Zahl der Ärzte steigt, aber der Bedarf steigt schneller.“ So fasste Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Ergebnisse der Ärztestatistik für das Jahr 2015 zusammen. Wie aus den Daten der BÄK hervorgeht, erhöhte sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ärztlich tätigen Mediziner im vergangenen Jahr nur leicht um 1,7 Prozent. Das bedeutet einen Anstieg um 6.055 Ärzte auf nunmehr 371.302 bundesweit. Davon arbeiteten 189.622 im Krankenhaus (+ 1,8 Prozent). Ambulant tätig waren 150.106 Ärzte (+ 1,5 Prozent). Gleichzeitig stieg die Zahl der Behandlungsfälle kontinuierlich an, und ein Ende dieses Trends ist nicht in Sicht. Zwischen 2004 und 2014 erhöhte sich die Zahl der ambulanten Behandlungen in Deutschland um 152 Millionen. Ähnlich sieht es in den Krankenhäusern aus. Die Unternehmensberatung Deloitte prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine Zunahme der Fallzahlen im stationären Bereich um mehr als zwölf Prozent. Verantwortlich dafür ist vor allem der steigende Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der über 60-jährigen Patienten in den Krankenhäusern 51,5 Prozent. Bis zum Jahr 2030 erwarten die Experten von Deloitte einen Anstieg auf 60,8 Prozent.

„Wenn wir jetzt nicht entschieden gegensteuern, steht die medizinische Versorgung in Zukunft vor immensen Problemen“, warnte Montgomery. Daher müsse die Zahl der Studienplätze bundesweit um mindestens zehn Prozent erhöht werden. „Noch im Jahr 1990 gab es in den alten Bundesländern 12.000 Plätze im Studiengang Humanmedizin. Heute sind es gerade noch 10.000, obwohl durch die Wiedervereinigung acht medizinische Fakultäten hinzugekommen sind“, so der Ärztepräsident. Er forderte die Bundesregierung auf, im Zuge ihres Masterplans 2020 auch die Auswahlverfahren an den Universitäten zu reformieren: „Wir müssen dafür sorgen, dass diejenigen ausgewählt werden, die hinterher auch in der Versorgung der Bevölkerung arbeiten wollen.“ Neben der Abiturnote müssten daher Faktoren wie psychosoziale Kompetenzen, soziales Engagement und einschlägige Berufserfahrung stärker berücksichtigt werden. Um den Ärztemangel im hausärztlichen Bereich zu mildern, sollten Medizinstudierende gleich zu Beginn des Studiums an die Allgemeinmedizin herangeführt werden. Montgomery sprach sich dafür aus, bis 2017 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin einzuführen.

Nicht nur die Gesellschaft insgesamt altert, sondern mit ihr auch die Ärzteschaft. Zwar stieg im Jahr 2015 der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte um 0,2 Prozentpunkte auf 18,5 Prozent. Dem steht aber bei den über 59-jährigen ein Zuwachs auf 17,3 Prozent gegenüber (Vorjahr: 16,4 Prozent). Weiterhin

ist der Anteil der 40- bis 49-jährigen von 25,2 Prozent auf 24,1 Prozent zurückgegangen, während der Anteil der 50-bis 59-jährigen von 28,5 Prozent auf 28,6 Prozent anstieg. Damit gibt es viel mehr 50- bis 59-jährige als 40- bis 49-jährige Ärzte.



Zudem verschieben sich bei den Jungmedizinerinnen die persönlichen Prioritäten. „Es wächst eine sehr selbstbewusste Ärztegeneration nach. Sie ist verständlicherweise nicht mehr bereit, Versorgungslücken bedingungslos auf Kosten der eigenen Lebensplanung zu schließen“, so Montgomery. Wie Umfragen zeigen, räumen die angehenden Medizinerinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf die höchste Priorität ein. Knapp dahinter folgt der Wunsch nach geregelten und flexibel gestaltbaren Arbeitszeiten – noch vor den guten Verdienstmöglichkeiten.

Dementsprechend entscheiden sich immer mehr Ärzte gegen eine Vollzeitstelle. Betrug der Anteil der Teilzeitärzten an allen niedergelassenen Ärzten im Jahr 2009 noch fünf Prozent, so waren es im Jahr 2013 bereits 13,6 Prozent. Einer Studie des Forschungsinstituts Prognos zufolge sank die tatsächlich geleistete Wochenarbeitszeit der Ärzte in den Praxen von durchschnittlich 42,6 Stunden im Jahr 2011 auf 40,2 Stunden

im Jahr 2014. Bei den Krankenhausärzten ging die Zahl der geleisteten Wochenstunden zwischen den Jahren 1991 und 2013 von 37,6 auf 29,8 Stunden zurück.

„Gerade im Hinblick auf die Patientensicherheit müssen Bund und Länder daher in den Krankenhäusern für eine ausreichende Personalausstattung und Personalfinanzierung sorgen“, forderte Montgomery. Notwendig seien darüber hinaus Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse, zur Reduktion der Arbeitsverdichtung und zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Gleichzeitig sank die Zahl der Ärzte mit eigener Praxis im vergangenen Jahr um 0,7 Prozent. Dagegen stieg die Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte um 3.066 auf 29.373. Dies entspricht einem Plus von 11,7 Prozent. Begünstigt wird diese Entwicklung durch die exzellente Arbeitsmarktsituation. So liegt die Arbeitslosenquote in Bezug zu der Zahl der berufstätigen Ärzte bei

1,0 Prozent. „Auf dem Arbeitsmarkt für Ärzte herrscht Vollbeschäftigung. Das ist eine gute Nachricht für unsere Ärztinnen und Ärzte. Problematisch ist aber, dass schon jetzt viele offene Stellen nicht besetzt werden können“, erklärte der BÄK-Präsident.

Daran ändert auch die Zuwanderung von 3.560 Ärzten aus dem Ausland nur wenig (+7,4 Prozent), zumal im selben Zeitraum 2.143 Ärzte aus Deutschland abgewandert sind. Im Vorjahr waren 42.604 ausländische Ärzte in Deutschland gemeldet. Der größte Zustrom konnte aus Syrien (+ 493) verbucht werden, es folgen Serbien (+ 206), Rumänien (+ 205), Russland (+ 159), Bulgarien (+ 127) und Ägypten (+ 125). Einen größeren Rückgang gab im Jahr 2015 lediglich bei Ärzten aus Österreich (- 122). Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Rumänien (4.062), Griechenland (3.017) und Österreich (2.573), gefolgt von Syrien (2.149).



## 119. 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 485.818 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2015) 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 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 119. 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 119. 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 119. 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 119. Deutschen Ärztetages.

Das Pressecenter finden Sie im

CCH Congress Center Hamburg  
Marseiller Str. 2  
20355 Hamburg

Tel.: 040 3569 5417

Fax: 040 3569 5423

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

Twitter: @BAEKaktuell

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