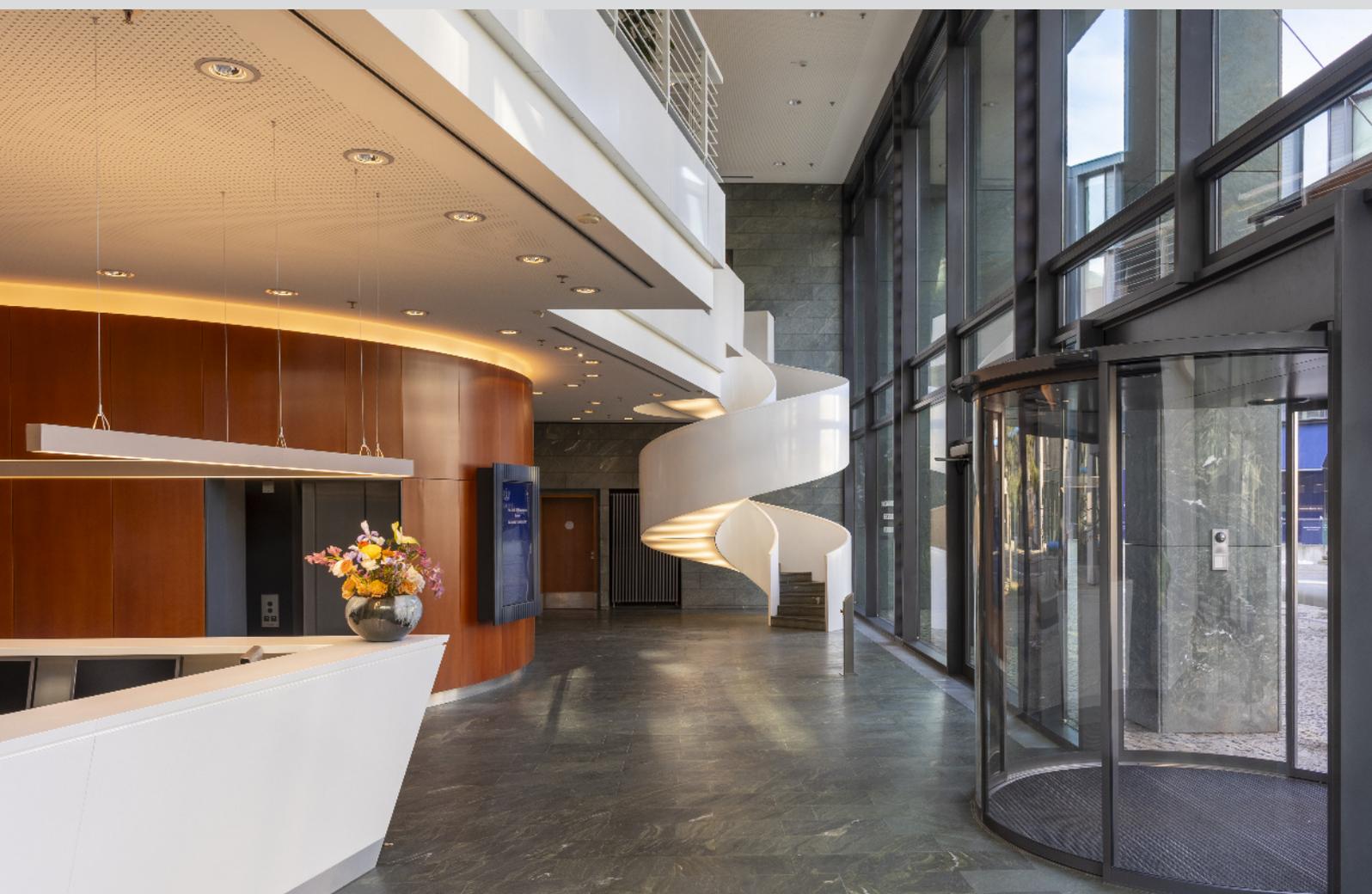


Tätigkeitsbericht 2024

der Bundesärztekammer



Impressum

© Bundesärztekammer 2025

Herausgeber:

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern),
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Redaktion:

Dezernat Politik und Kommunikation, Bundesärztekammer

Titelfoto:

© Ralf Klingelhöfer, Berlin

Satz:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Druck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise – außer zur ausschließlich privaten Verwendung –, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.

Tätigkeitsbericht 2024

der Bundesärztekammer



Bundesärztekammer
Deutscher Ärztetag

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
 Überblick	
In Gedenken – Zum Tod von Prof. Dr. Karsten Vilmar	8
Kammerjahr 2024 – Bundesärztekammer – engagiert, sichtbar, wirksam	9
128. Deutscher Ärztetag – Deutscher Ärztetag in Mainz im Spiegel der Medien	11
 Berichte	
Krankenhausreform – Personalausstattung und ärztliche Weiterbildung als Schlüsselthemen	13
ÄPS-BÄK – Ärztliches Personalbemessungssystem in der Klinikversorgung etablieren	16
Akut- und Notfallversorgung – Notfallreform ... und wieder nichts	18
Bündnis Gesundheit – Gesundheitsberufe fordern Gesundheitsgipfel im Kanzleramt	20
Dialogforum mit jungen Ärztinnen und Ärzten – Ärztliche Weiterbildung: Erwartung versus Realität	22
Ärztliche Weiterbildung – (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 weiterentwickelt	24
Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung 2024 – Qualität und Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildung gestärkt ..	25
Fortbildung in der präklinischen Notfallmedizin – BÄK-Curriculum für Leitende Notärztinnen und Notärzte vorgelegt ..	27
Hitzeaktionstag 2024 – Erfolgreiches Engagement für gesundheitsbezogenen Hitzeschutz	28
Gebührenordnung für Ärzte – Clearingverfahren zur Novelle der GOÄ	30
„ePA für alle“ – Einführung der elektronischen Patientenakte als Opt-out-Lösung	32
Digitalisierung – Werkstattgespräche zu „KI in der Gesundheitsversorgung“	34
Kinderschutz – Werbeverbot für ungesunde Lebensmittel endlich umsetzen	35
BÄK im Dialog – Bedingt abwehrbereit? Versorgung auf den Ernstfall vorbereiten	36

Öffentlicher Gesundheitsdienst – Krisenfest und sicher in die Zukunft?	38
Aktionswoche Alkohol 2024 – Bundesärztekammer fordert mehr Prävention bei Alkohol	40
Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen – Mehr Sicherheit bei Strahlenschutz und Röntgen	42
Europawahl 2024 – „Gemeinsam für ein gesundes Europa“	43
60 Jahre Deklaration von Helsinki – Neufassung stärkt ethische Prinzipien bei der Forschung am Menschen	44
Menschenrechte in der Medizin – Versorgung von Frauen mit Genitalverstümmelung verbessern	46
Stand der medizinischen Wissenschaft – Aktuelle Positionierungen der Bundesärztekammer	47
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Arzneimitteltherapiesicherheit im Fokus	48
Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit – Gemeinsam für eine sichere Arzneimitteltherapie	50
Medizin und Ethik – Medizinische Forschung in Deutschland stärken	52
Sogenannte Triage – BÄK-Stellungnahme im Rahmen der Verfassungsbeschwerden zum IfSG	54
BÄK-Stellungnahme zu Urteil des Bundesverfassungsgerichts – Krankenhausvorbehalt bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen ..	55
Transplantationsmedizin – Richtlinienarbeit und Prüfungen im gesetzlichen Auftrag	56
Arztzahlentwicklung	
Ärztestatistik 2024 – Zu niedriges Wachstum für eine ausreichende Versorgung	58
Organisation der Bundesärztekammer	
Vorstand der Bundesärztekammer	61
Organigramm der Bundesärztekammer	62
Deutscher Ärztetag	63
Adressen der (Landes-)Ärzttekammern	64

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 6. Mai 2025 wurde die neue Bundesregierung vereidigt. Mit Nina Warken (CDU) steht das Bundesgesundheitsministerium nun unter neuer Führung. Eine Vielzahl an Aufgaben gilt es zu bewältigen. Die Ärzteschaft hat hierzu klare Positionen entwickelt, die sie in einem [Eckpunktepapier zur Bundestagswahl](#) zusammengefasst hat. Diese Positionen werden auch die Beratungen des diesjährigen 129. Deutschen Ärztetages prägen, der am 27. Mai 2025 in der Leipziger Nikolaikirche eröffnet wird.

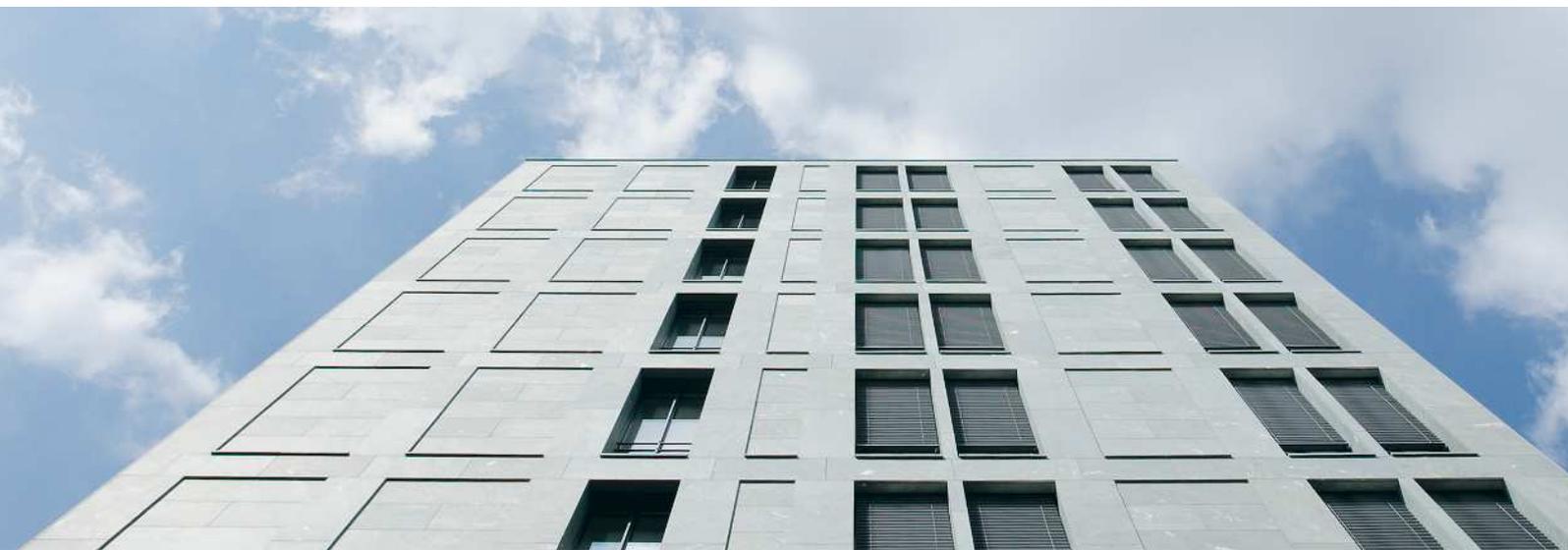
Insbesondere die im Koalitionsvertrag angekündigten Reformvorhaben der neuen Bundesregierung werden bei der gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Generalaussprache zur Diskussion stehen. Dazu gehören die Förderung der Prävention, Strukturformen im ambulanten Bereich, die Weiterentwicklung der Krankenhausreform, die angekündigte konsequente Entbürokratisierung sowie die Reform der Akut- und Notfallversorgung in Deutschland. Wir werden diese Vorhaben gründlich analysieren, wichtige Impulse für deren praktische Umsetzung platzieren und auch die Leerstellen im Arbeitsprogramm der neuen Bundesregierung klar benennen.

Mit vielen der Themen, die aktuell auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen, hat sich die Bundesärztekammer (BÄK) schon im vergangenen Jahr beschäftigt. Der vorliegende Tätigkeitsbericht verdeutlicht, dass sich die BÄK intensiv mit allen für die Ärzteschaft relevanten gesundheitspolitischen Initiativen

befasst und sich mit ihrer Expertise aus dem Versorgungsalltag eingebracht hat.

Neben der aktuellen Gesundheitspolitik wird sich der Ärztetag mit weiteren gesundheits- und gesellschaftspolitisch relevanten Themen befassen. Hervorzuheben ist das Schwerpunktthema „Künstliche Intelligenz in der Medizin: Die Zukunft des Gesundheitswesens aus ärztlicher Perspektive gestalten“.

Auch wenn KI noch nicht in allen Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung zum Einsatz kommt, wird dieses Thema doch grundlegend für unsere zukünftige Arbeit sein. KI hat das Potenzial, Ärztinnen und Ärzte dabei zu unterstützen, Informationen zu bündeln, sie von repetitiven Tätigkeiten zu entlasten und so mehr Raum für den Patienten-Arzt-Kontakt zu schaffen. Auch die medizinisch-wissenschaftliche Forschung wird von den neuen Möglichkeiten erheblich profitieren. So kann die Analyse großer und komplexer Datenmengen die Erforschung neuer Wirkstoffe beschleunigen und dabei helfen, potenzielle Arzneimittelkandidaten zu identifizieren. Dabei erfordert die Nutzung von KI-Technologien eine sorgfältige Abwägung, insbesondere



von Datenschutz, Sicherheit und Verantwortlichkeit. Die den automatisierten KI-Systemen zugrunde liegenden Entscheidungsalgorithmen müssen transparent und ethisch bewertet sein. Vor allem aber darf die Anwendung von KI-Systemen die menschliche, individuelle und persönliche Zuwendung durch Ärztinnen und Ärzte nicht ersetzen.

Wir werden uns beim Deutschen Ärztetag in Leipzig viel Zeit nehmen, um Möglichkeiten und Risiken der neuen Technologien gemeinsam mit hochkarätigen Referentinnen und Referenten eingehend zu beraten.

Eine wichtige Weichenstellung wird der Ärztetag auch bei der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte vornehmen.

Schließlich wird sich der Ärztetag auch mit ärztlichen Aspekten zum Thema Schwangerschaftsabbruch befassen und damit ein medizinethisch und gesellschaftlich hochrelevantes Thema erörtern.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem Tätigkeitsbericht 2024 möchten wir Ihnen anhand ausgewählter Arbeitsschwerpunkte einen Überblick über die vielfältigen Aktivitäten der Bundesärztekammer im vergangenen Jahr geben und nehmen dabei immer wieder Bezug auf die Entwicklungen des laufenden Jahres.



© Die Hoffotografen GmbH

Die einzelnen Berichte sind zudem mit Verlinkungen auf weiterführende Informationen versehen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und verbleibe mit einem herzlichen Gruß

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

In Gedenken

Zum Tod von Prof. Dr. Karsten Vilmar

Mehr als zwei Jahrzehnte lang stand Prof. Dr. Karsten Vilmar an der Spitze der deutschen Ärzteschaft und war anschließend viele Jahre Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Im Oktober 2024 ist er im Alter von 94 Jahren verstorben.

„Wir trauern um einen langjährigen Wegbegleiter, guldigen Lehrer und verlässlichen Freund. Karsten Vilmar war ein Mann der Beständigkeit, der sich unermüdlich für den Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit und die Individualität des Patienten-Arzt-Verhältnisses als Grundvoraussetzungen für ein patientengerechtes Gesundheitswesen einsetzte. Mit Weitsicht und unerschütterlicher Beharrlichkeit setzte er schon früh die Themen auf die politische Agenda, die uns bis heute bewegen. Als Mensch, als Arzt und auch als Berufspolitiker hat Karsten Vilmar Großes geleistet.“ Das sagte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt in einem Nachruf

auf den Verstorbenen. Erinnert sei an Vilmars unermüdliche Aufklärung darüber, dass die Altersstruktur der Bevölkerung und die zunehmende Multimorbidität zwangsläufig den Bedarf an ärztlicher und pflegerischer Versorgung und damit auch die Ausgaben für Gesundheitsleistungen erhöhen werden.

Auch gesundheitspolitische Grundsatzprogramme der Ärzteschaft, die in dem sogenannten Blauen Papier zusammengefasst sind, gingen maßgeblich auf Professor Vilmar zurück.

„Er brachte sich selbst leidenschaftlich in diese programmatischen Ausarbeitungen ein und setzte sich bis ins Detail mit den Problemstellungen und möglichen Lösungsansätzen auseinander. Faktenbasiert, standfest in der Sache, aber auch diplomatisch, so erinnern ihn auch seine Verhandlungspartner. An Vereinbarungen hielt er sich und vertrat sie aus Überzeugung nach außen wie auch innerärztlich“, betonte Reinhardt.

Am 24. April 1930 in Bremen geboren, studierte Karsten Vilmar von 1950 bis 1955 Medizin an der

Ludwig-Maximilians-Universität in München, wo er anschließend auch promovierte. Seine Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie absolvierte er in seiner Heimatstadt. Von 1964 bis 1995 war er Leitender Oberarzt der Unfallchirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Sankt-Jürgen-Straße (heute Klinikum Bremen Mitte). Dort begann auch sein berufspolitisches Engagement: Von 1970 bis 1996 übernahm er das Amt des Vorsitzenden des Marburger Bundes (MB) in Bremen. Auf Bundesebene stand Vilmar von 1975 bis 1979 an der Spitze des MB. Präsident der Ärztekammer Bremen war er von 1976 bis 1996 sowie Präsident der BÄK und des Deutschen Ärztetages von 1978 bis 1999.

Seine berufspolitischen Aktivitäten setzte Professor Vilmar auch nach dem Präsidentenamt fort. Für die Transplantationsmedizin engagierte er sich im Stiftungsrat der Deutschen Stiftung Organtransplantation. Als Vorsitzender der Kaiserin-Friedrich-Stiftung engagierte er sich für die ärztliche Fortbildung und als Vorsitzender der Hans-Neuffer-Stiftung für den Erfahrungsaustausch deutscher Ärztinnen und Ärzte mit ihren Kolleginnen und Kollegen im Ausland. Auf internationaler Ebene trug Professor Vilmar Verantwortung im Exekutivrat der Europäischen Ärzte und im Vorstand des Weltärztebundes.

Vehement setzte sich Professor Vilmar für die Interessen aller Ärztinnen und Ärzte in allen Bereichen des Gesundheitswesens ein. Sein außergewöhnliches Engagement für die Ärzteschaft in Deutschland und in der Welt würdigte der 103. Deutsche Ärztetag 2000 in Köln mit der Verleihung der Paracelsus-Medaille. ■



© Georg J. Lopata

Kammerjahr 2024

Bundesärztekammer – engagiert, sichtbar, wirksam

Als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung war die Bundesärztekammer im Berichtsjahr eine zentrale Ansprechpartnerin für Medienschaffende in gesundheits- und berufspolitischen Fragen. So deckt sie nahezu das gesamte Themenspektrum der ärztlichen Versorgung ab. Das verdeutlichten die mehr als 440 Medienanfragen an das Dezernat Politik und Kommunikation der BÄK. Insgesamt war die Bundesärztekammer in mehr als 250 Online- und Printartikeln sowie Radio- und Fernsehbeiträgen präsent.



Um im politischen und gesellschaftlichen Diskurs präsent zu sein, setzt das Dezernat Politik und Kommunikation auf eine Vielzahl von Maßnahmen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die proaktive Medienarbeit. Im vergangenen Jahr veröffentlichte die Pressestelle [mehr als 70 Pressemitteilungen zu gesundheitspolitischen Themen, ärztlichen Standpunkten und aktuellen Entwicklungen](#). Regelmäßig finden Pressekonferenzen zu wichtigen gesundheitspolitischen Themen statt; im Berichtsjahr beispielsweise anlässlich des zweiten von der BÄK initiierten Hitzeaktionstags oder im Rahmen des „Bündnis für Gesundheit“, einem Zusammenschluss von über 40 Verbänden und Organisationen.

Politische Kommunikation auf Bundesebene

Ein weiterer zentraler Bereich ist die politische Kommunikation. Die Bundesärztekammer steht in engem Dialog mit politischen Entscheidungsträgern, Ministerien und Abgeordneten auf Bundesebene, um ihre Standpunkte wirkungsvoll zu vermitteln und in politische Prozesse einzubringen. Unter anderem organisierte sie im Berichtsjahr parlamentarische Frühstücke, Fachgespräche und Fachveranstaltungen und brachte sich mit Stellungnahmen zu Gesetzgebungsverfahren aktiv in politische Prozesse ein.

© Ralf Klingelhöfer, Berlin

Das Dezernat Politik und Kommunikation arbeitete dabei eng mit (Landes-)Ärztzekammern, Fachgesellschaften und anderen Berufsverbänden zusammen. Durch gemeinsame Positionierungen und koordinierte Presseaktivitäten sorgte die Bundesärztekammer dafür, dass die Anliegen der Ärzteschaft gebündelt und mit Nachdruck in die öffentliche und politische Debatte eingebracht wurden. Dies gewährleistete, dass ärztliche Anliegen und Forderungen im gesellschaftlichen Diskurs ebenso gehört wurden wie in der politischen Entscheidungsfindung.

Auch im Jahr 2024 war die Bundesärztekammer als Sachverständige bei zahlreichen öffentlichen Anhörungen im Deutschen Bundestag und im Gesundheitsausschuss zu zentralen gesundheitspolitischen

Gesetzesvorhaben vertreten, darunter zur Novellierung der GOÄ, zum Medizinforschungsgesetz, zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit und zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz.

Bundesärztekammer bei Social Media

Neben der klassischen Medienarbeit nutzte das Dezernat Politik und Kommunikation auch Social Media, um die Reichweite und Sichtbarkeit der BÄK zu erhöhen. Über die Social Media-Kanäle der BÄK – Instagram, LinkedIn, Bluesky und Threads – wurden rund 370 Posts zu gesundheitspolitischen Themen veröffentlicht.

Demokratie und Pluralismus

Die Bundesärztekammer hat sich im Berichtsjahr zudem deutlich zu gesellschaftlichen Themen positioniert, so etwa gegen die zunehmenden antidemokratischen und fremdenfeindlichen Tendenzen in der Gesellschaft. Im März 2024 initiierte die BÄK die Erklärung „Demokratie und Pluralismus als Fundament für ein menschliches Gesundheitswesen“, der sich 200 verschiedene Verbände und Organisationen aus dem Gesundheitswesen angeschlossen haben. „Eine offene und pluralistische Gesellschaft ist auch und gerade für unser Gesundheitswesen unabdingbar. Die gemeinsame Arbeit mit Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern ist für Ärztinnen und Ärzte und alle weiteren Gesundheitsberufe selbstverständlich. Dieser Austausch bereichert unsere Arbeit und ist Grundvoraussetzung für wissenschaftliche Exzellenz und medizinischen Fortschritt“, erklärte [BÄK-Präsident Reinhardt in einem Pressestatement](#).

Unter dem Titel „Nie wieder ist jetzt“ verabschiedete der 128. Deutsche Ärztetag eine Resolution, in der die Ärzteschaft erneut die zentrale Bedeutung von Demokratie, Pluralismus und Menschenrechten für den ärztlichen Beruf bekräftigte. „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Sie üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Für jede Ärztin und jeden Arzt gilt das Genfer Gelöbnis. Wir versorgen Patientinnen und Patienten unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Religion, sozialem Status oder sexueller Orientierung medizinisch“, heißt es in der Resolution.

Begleitet wurde die Verabschiedung der Resolution mit der Veröffentlichung des Plakats „Aus der Deklaration von Genf“. Arztpraxen und Kliniken können das [Plakat auf der Website der Bundesärztekammer](#) herunterladen.



Podcast „Sprechende Medizin“

Im [Podcast „Sprechende Medizin“](#) beschäftigen sich BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt und Moderator Daniel Finger alle 14 Tage mit dem Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten, mit Medizin und Politik, Forschung und Fortschritt, Krankheit und Gesundheit. Gelegentlich laden sie sich Gäste dazu ein.

So sprachen die beiden im Berichtsjahr beispielsweise mit Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Inhaber des Lehrstuhls für „Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld, über umfangreiche Veränderungen, die erforderlich sind, um auch in Zukunft eine gute Gesundheitsversorgung in Deutschland sicherzustellen.

Für die Podcast-Folgen „Treffen der Generationen“ traf sich Reinhardt – selbst Allgemeinmediziner und Hausarzt in zweiter Generation – mit zwei Ärztinnen, die sich bewusst für die Fachrichtung Allgemeinmedizin entschieden haben: Dr. Catharina Escalles – Vorstand der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland für Weiterbildung und Sprecherin der JADE Hamburg – und Kahina Tou-taoui. Sie ist mitten in der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin und engagiert sich unter anderem in der Berliner Regionalgruppe der Jungen Allgemeinmedizin. ■



128. Deutscher Ärztetag

Deutscher Ärztetag in Mainz im Spiegel der Medien

Der 128. Deutsche Ärztetag in Mainz war ein besonderes Ereignis in der medialen Berichterstattung: Allein der Deutschlandfunk und die überregionale Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) berichteten jeweils achtmal von der alljährlichen Hauptversammlung der Ärzteschaft. Auch informierten unter anderem die ARD-Tagesschau in zahlreichen Ausgaben, das ARD-Morgenmagazin, die Hauptnachrichten des ZDF und mehrere Ausgaben der ZDFheute-Nachrichten und des ZDF-heute-journals sowie mehrere ARD-Landesanstalten, wie etwa der SWR, WDR, MDR und der SR, die Öffentlichkeit über den Ärztetag.

Mehr als 140 akkreditierte Medienvertreterinnen und -vertreter berichteten vom 128. Deutschen Ärztetag in Mainz – etwa 100 von ihnen direkt vor Ort, die weiteren Journalistinnen und Journalisten verfolgten die Eröffnungsveranstaltung, die Plenarsitzungen und die Pressekonferenzen per Livestream im Online-Presszentrum auf der Website der Bundesärztekammer.

Unter den Medienschaffenden waren Journalistinnen und Journalisten überregionaler Printmedien wie FAZ, Süddeutsche Zeitung und Der Spiegel. Neben den Teams des ZDF, der ARD und der ARD-Landesanstalten berichteten die wichtigsten Nachrichtenagenturen wie die dpa und KNA vom Deutschen Ärztetag. Tageszeitungen von Kölner Stadt-Anzeiger und Frankfurter Rundschau über Südwest Presse bis hin zur Berliner Zeitung begleiteten die gesundheits- und berufspolitischen Beratungen in Mainz.

Alle wichtigen Entscheidungen des Ärztetages wurden in Pressemitteilungen aufbereitet. Ergänzt wurden diese mit Videos von Vorträgen und Gesprächen mit Referentinnen und Referenten und internationalen Gästen sowie vertiefenden Interviews. Alle Videos wurden im YouTube-Kanal der BÄK veröffent-

licht und in das Online-Presszentrum eingebunden.

Die mehr als 21 600 Follower von X (vormals Twitter) konnten den Ärztetag nahezu in Echtzeit verfolgen. Bilder, Videos und Tageszusammenfassungen wurden zudem über die weiteren Social-Media-Kanäle der Bundesärztekammer (Instagram, LinkedIn, Threads und Bluesky) gepostet. Insgesamt 115 Posts informierten die Followerinnen und Follower über die Ereignisse.

Gesundheitsgipfel im Bundeskanzleramt

Besondere Aufmerksamkeit erhielt die Eröffnungsveranstaltung mit der Rede von BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt und der Replik des zum damaligen Zeitpunkt amtierenden Bundesgesundheitsministers Prof. Dr. Karl Lauterbach.

Zahlreiche Tageszeitungen berichteten von der Forderung Reinhardts nach einem „Gesundheitsgipfel im Bundeskanz-

129. Deutscher Ärztetag



© Philipp Kirschner/Leipzig Travel

Wenn der 129. Deutsche Ärztetag vom 27. bis 30. Mai 2025 in Leipzig zusammenkommt, ist die neue Bundesregierung bereits im Amt. Der Ärztetag wird die Gelegenheit nutzen, um die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD angekündigten gesundheitspolitischen Vorhaben auf den Prüfstand zu stellen, wichtige Impulse für deren praktische Umsetzung zu setzen sowie die Leerstellen im Arbeitsprogramm der neuen Bundesregierung zu benennen.

Ergänzend zu den aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Themen werden sich die 250 Abgeordneten unter anderem mit dem Schwerpunktthema „Künstliche Intelligenz in der Medizin: Die Zukunft des Gesundheitswesens aus ärztlicher Perspektive gestalten“ befassen.

Das Potenzial von Künstlicher Intelligenz ist groß, die Strukturen und Prozesse in der Gesundheitsversorgung grundlegend zu verändern und auch zu verbessern. Die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages in Leipzig werden sich deshalb viel Zeit nehmen, um Möglichkeiten und Risiken der neuen Technologien gemeinsam mit hochkarätigen Referentinnen und Referenten eingehend zu beraten.

Eine wichtige Weichenstellung wird der Ärztetag auch bei der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte vornehmen. Schließlich wird der Deutsche Ärztetag sich mit ärztlichen Aspekten zum Thema Schwangerschaftsabbruch befassen und damit ein medizin-ethisch und gesellschaftlich hochrelevantes Thema erörtern.

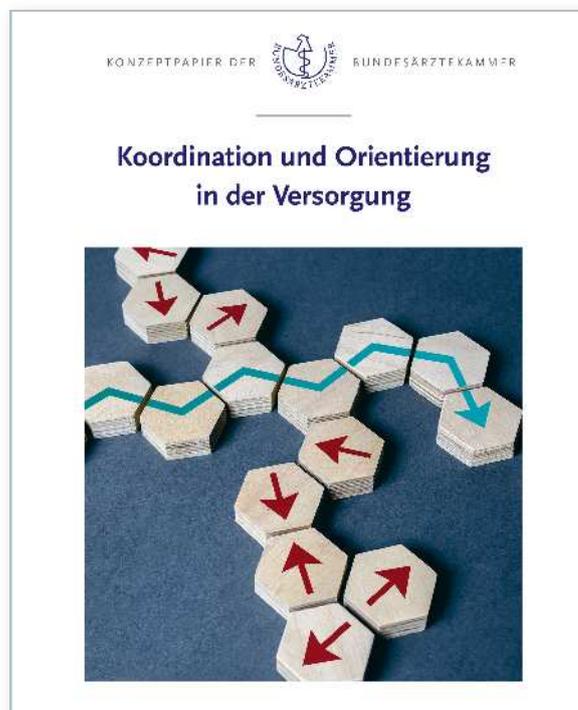
Diese und weitere Themen werden die Eröffnungsveranstaltung sowie die Plenarsitzungen des 129. Deutschen Ärztetages prägen.

Aktuelle Informationen stehen auf der [Website der Bundesärztekammer](#) zur Verfügung.

leramt“. Die Gesundheitsversorgung in einer immer älter werdenden Gesellschaft sei nicht Sache allein eines Ministeriums, sondern brauche „einen ressortübergreifenden Ansatz“. Ärztinnen und Ärzte bräuchten „Zeit für Zuwendung statt Medizin im Minutentakt“. Dafür sei ein Gesundheitssystem erforderlich, das von Wertschätzung geprägt sei und nicht von materieller Wertschöpfung.

Zukunft der Gesundheitsversorgung

Außerdem befassten sich die Medienschaffenden unter anderem mit dem Leitanspruch zu TOP 1 und mit den Beratungen zum Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung der Zukunft“. Im Fokus der Berichterstattung standen dabei die Klinikreform, bessere Arbeitsbedingungen für Gesundheitsberufe, eine pa-



Die BÄK hat im April 2025 das [Konzeptpapier „Koordination und Orientierung in der Versorgung“](#) vorgelegt.

tientengerechtere Steuerung in der Versorgung, eine zielgerichtete Förderung des ärztlichen Nachwuchses sowie eine Regulierung von investorengeführten Medizinischen Versorgungszentren. Viel sei auf dem Ärztetag in Mainz zu bereden gewesen, denn „es brennt an allen Ecken und Enden im Gesundheitswesen“, fasste der Reutlinger General-Anzeiger zusammen.

Eine abschließende Bilanz zum 128. Deutschen Ärztetag fand sich im Deutschen Ärzteblatt: „Mal wieder zeigte sich in der Woche des Deutschen Ärztetages, dass Zeit das zentrale und höchste Gut in der medizinischen Versorgung ist – für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte.“ ■

Personalausstattung und ärztliche Weiterbildung als Schlüsselthemen

Die Bundesärztekammer hat sich im Berichtsjahr entschieden in den Prozess zur Weiterentwicklung der Krankenhausreform eingebracht. Sie formulierte konkrete Forderungen, die zu einer besseren ärztlichen Versorgung sowie zu einer strukturellen Verbesserung der Versorgung in und durch Krankenhäuser führen sollen. Im Fokus standen dabei unter anderem die Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung sowie die gesetzliche Verankerung von ÄPS-BÄK, dem Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer. Trotz einzelner Fortschritte im Gesetzgebungsprozess sind noch wesentliche Anpassungen erforderlich, um eine nachhaltige und zukunftsfähige Reform zu gewährleisten.



insbesondere bei der Planung und Gestaltung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Diese Themen wurden auch auf dem 128. Deutschen Ärztetag in Mainz beraten. Hier wurde die Politik in Bund und Ländern beispielsweise aufgefordert, den verlässlichen Ablauf der ärztlichen Weiterbildung auch in Zukunft sicherzustellen und der zentralen Bedeutung einer patienten- und aufgabenorientierten ärztlichen Personalausstattung gerecht zu werden. Dazu gehöre aus Sicht des Ärztetages, ÄPS-BÄK als Maßstab für die ärztliche Personalausstattung gesetzlich zu verankern.

Geszentwurf verfehlt selbstgesteckte Ziele

Nachdem das Bundesgesundheitsministerium (BMG) am 15. April 2024 den Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) veröffentlicht hatte, äußerte sich die Bundesärztekammer in ihrer [Stellungnahme zu zentralen Punkten des Entwurfs](#) kritisch und legte verschiedene Verbesserungsvorschläge vor.

Zu den Kernforderungen gehörte unter anderem die Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung sowie die gesetzliche Verankerung des ärztlichen Personalbemessungssystems der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) im KHVVG. Auch forderte sie die verlässliche Refinanzierung einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung im Rahmen der Vorhaltevergütung sowie die Einbindung des sektorenübergreifenden ärztlichen Sachverständes

Nach der Präsentation des sogenannten „Klinik-Atlas“ und dem Kabinettsbeschluss des KHVVG am 15. Mai 2024 kritisierte der Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt, dass der Geszentwurf den selbstgesteckten Zielen noch nicht gerecht werde. Auch kritisierte er den „Klinik-Atlas“ mit klaren Worten: „Die Zeit und die politische Energie, die in dieses Projekt geflossen sind, wären besser in ernsthafte Einigungsbemühungen mit den Ländern und den Partnern der Selbstverwaltung bei der Krankenhausreform investiert gewesen.“ So bleibe im Geszentwurf unter anderem das Versprechen eines spürbaren Bürokratieabbaus unerfüllt.

Da der Mengenbezug sowie das DRG-System erhalten blieben, berge die neue Finanzierungssystematik das Risiko zusätzlicher Fehlanreize. Zudem müsse bei der Finanzierung sowie bei der Leistungsgruppensystematik auch die ärztliche Weiterbildung angemessen berücksichtigt werden. [„Ich sehe das parlamentarische Verfahren als Möglichkeit, nun die notwendigen Korrekturen vorzunehmen“, erklärte Reinhardt.](#)

Auch im weiteren Verfahren hat sich die Bundesärztekammer für eine intensive Beteiligung der Ärzteschaft an der Reformumsetzung und für eine gesetzliche Verankerung von ÄPS-BÄK eingesetzt. Mit Blick auf die Leistungsgruppensystematik hatte sie wiederholt gefordert, zunächst von den in Nordrhein-Westfalen entwickelten Leistungsgruppen auszugehen.



© Vilevi/Stock/Getty-Images

Vorschläge zur Verbesserung der stationären Versorgung

In einem [gemeinsamen Schreiben an die Mitglieder des Deutschen Bundestages vom 6. August 2024](#) formulierten die BÄK, der Marburger Bund, der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft konkrete Anpassungsbedarfe am KHVVG. Diese zielten darauf ab, eine qualitätsorientierte Konzentration komplexer Patientenbehandlungen, die Sicherung der Patientenversorgung in ländlichen Regionen und die Ausweitung sektorübergreifender und ambulanter Versorgungsangebote zu erreichen.

In der [Stellungnahme zum Gesetzentwurf des KHVVG vom 23. September 2024](#), die zuvor im BÄK-Ausschuss „Stationäre Versorgung“ unter der Leitung der beiden Vorsitzenden, Dr. Susanne Johna

und Dr. Günther Matheis, diskutiert wurde, hat die BÄK erneut auf die entscheidende Bedeutung der ärztlichen Personalausstattung hingewiesen und Nachbesserungen an verschiedenen Stellen gefordert. „Wir alle brauchen diese Reform, sie muss sich aber daran messen lassen, ob sie spürbare Verbesserungen bei der Personalausstattung, bei den Arbeitsbedingungen, beim Bürokratieabbau und bei der ärztlichen Nachwuchssicherung bringt“, [betonte BÄK-Präsident Reinhardt mit Blick auf die Stellungnahme.](#) Die Frage der ausreichenden Personalausstattung werde künftig zu einem Schlüsselthema für Versorgungsqualität und -sicherheit. Die ärztliche Weiterbildung sei die entscheidende Stellschraube dafür, dass auch in Zukunft genügend Fachärztinnen und Fachärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung stünden.

Die mit der Krankenhausreform vorgesehene Leistungsgruppenplanung werde zudem zu einer stärkeren Zentralisierung weiterbildungsrelevanter Versorgungsinhalte führen. Deshalb müsse auf mehr Kooperation von Krankenhäusern, die solche Versorgungsaufträge erhalten, mit anderen Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen der Patientenversorgung hingewirkt werden. Hierbei seien auch arbeits- und steuerrechtliche Fragen, wie zum Beispiel die Arbeitnehmerüberlassung in den Blick zu nehmen, betonte Reinhardt.

Die Länder griffen die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf des KHVVG im Papier „Zentrale Gründe für die Anrufung des Vermittlungsausschusses zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) aus Sicht der Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein“ vom 4. November 2024 sowie auch im Antrag der Länder Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen vom 6. November 2024 auf.

Ärztliche Personalbemessung und Weiterbildung stärken

Positive Entwicklungen konnten in den am 11. Oktober 2024 bekannt gewordenen [Änderungsanträgen zum KHVVG](#) vermerkt werden. Neben der geplanten Integration einer umfassenden ärztlichen Personalbemessung wurde auch ein Prüfauftrag zur Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung bei der Krankenhausvergütung aufgenommen.

Im Hinblick auf [die angestrebte ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser](#) betonte der BÄK-Präsident Reinhardt, dass eine sektorenverbindende Versorgung nur gelingen könne, wenn für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser faire Bedingungen gelten und die Versorgung im gegenseitigen Einvernehmen gemeinsam gestaltet werde.

Auf der Zielgeraden noch viele Fragen offen

Nachdem das KHVVG am 17. Oktober 2024 im Bundestag verabschiedet wurde, erklärte Reinhardt, dass trotz der im parlamentarischen Verfahren erreichten Verbesserungen nach wie vor zentrale Reformbausteine wie der Leistungsgruppen-Groupier oder die Auswirkungsanalyse fehlten und auch bei der Vergütung und Finanzierung der Reform weiterhin wesentlichen Fragen offengeblieben seien.

Am 22. November 2024 wurde das KHVVG schließlich im Bundesrat angenommen – ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses. Die Bundesärztekammer betonte, dass in der kommenden Legislaturperiode weiterhin gesetzliche Nachbesserungen notwendig seien. Die Reform weise beispielsweise bei der Krankenhausplanung, der Sicherung der flächendeckenden Grundversorgung oder der nachhaltigen Finanzierung der Kliniken noch zahlreiche Leerstellen auf. Auch sei die Leistungsgruppensystematik schnell und sachorientiert anzupassen.

[Bundesärztekammer-Präsident Reinhardt kündigte an](#), dass die BÄK den medizinisch-fachlichen Sachverstand und das sektorenübergreifende Versorgungswissen der Ärzteschaft in den dafür zuständigen Leistungsgruppenausschuss einbringen werde.

Weg zur praktischen Umsetzung im stationären Bereich

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz trat am 12. Dezember 2024 in Kraft. Die vollständige

Umsetzung wird jedoch in wesentlichen Teilen durch Rechtsverordnungen erfolgen, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen. Hierzu zählen unter anderem die Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, die Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung und die Rechtsverordnung zum Transformationsfonds.



© Jacob Wackerhausen/Stock Getty-Images

In den Bundesländern wird ein zentraler Punkt die Anpassung der landesgesetzlichen Regelungen sowie der Landeskrankenhauspläne sein. Dabei muss insbesondere eine Umstellung der bisherigen Planungsgrundlage anhand der Bettenzahl hin zu einer Planung basierend auf Fallzahlen und Leistungsgruppen erfolgen. Das Vorhaltebudget, das jedes Krankenhaus für die zugewiesenen Leistungsgruppen erhält, wird laut Gesetz ab dem 1. Januar 2027 schrittweise eingeführt.

Auch nach Inkrafttreten des KHVVG bleiben viele Fragen offen. Es bedarf gesetzlicher Nachbesserungen, um die Reform zukunftsfest und nachhaltig zu gestalten. Die enge Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern sowie die Einbeziehung der praktischen Expertise werden künftig entscheidend für den Erfolg der Reform sein.

Die Bundesärztekammer wird auch weiterhin den sektorenübergreifenden Sachverstand der Ärzteschaft – unter anderem als Mitglied des Leistungsgruppenausschusses – aktiv einbringen und sich für praxisorientierte, patientengerechte und zukunftsfähige Lösungen einsetzen. ■



ÄPS-BÄK

Ärztliches Personalbemessungssystem in der Klinikversorgung etablieren

Die Arbeit in den Krankenhäusern ist oft von Personalmangel gekennzeichnet. Ärztliches Personal ist an vielen Stellen knapp. Für die Beschäftigten bedeutet das Überstunden, Mehrarbeit und Stress bis hin zur Überlastung. Für eine nachhaltige, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung ist jedoch eine patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung von zentraler Bedeutung. Eine verlässliche Antwort auf die Frage, wie viel ärztliches Personal in einer Abteilung benötigt wird, um alle anfallenden Aufgaben im Sinne einer guten Patientenversorgung durchführen zu können, gibt das ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK).

Die Bundesärztekammer hat früh die Notwendigkeit eines Systems erkannt, mit dem der ärztliche Personalbedarf einer Krankenhausabteilung ermittelt werden kann. Seit dem Jahr 2018 arbeitet die Bundesärztekammer unter Einbeziehung von Berufsverbänden und Fachgesellschaften daran. Grundlegend für diesen Prozess war der Leitgedanke, das System von Ärztinnen und Ärzten für Ärztinnen und Ärzte zu gestalten. Dies prägt auch heute noch das Projekt. Damit soll etwaigen fachfremden Personalvorgaben ohne eine ärztliche Beteiligung entgegengewirkt werden.

Die Grundzüge eines solchen Systems konnten auf dem 126. Deutschen Ärztetag 2022 in Bremen erstmals präsentiert werden. Im Anschluss an diese Präsentation beauftragte der Ärztetag die Bun-

desärztekammer mit der vollständigen Entwicklung des Ärztlichen Personalbemessungssystems der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) – mit dem Ziel, ein System zur Ermittlung einer fachspezifischen, patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung aufzubauen und zu etablieren.

Bereits ein Jahr später, auf dem 127. Deutschen Ärztetag in Essen, war die Entwicklung von ÄPS-BÄK deutlich vorangeschritten. Die Abgeordneten des Ärztetages forderten den Gesetzgeber dazu auf, ÄPS-BÄK im Rahmen der geplanten Krankenhausreform als Grundlage für eine gesetzlich definierte ärztliche Personalbemessung heranzuziehen. In der Folge fand das System im Begründungsteil des Referentenentwurfs des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes Erwähnung.

ÄPS-BÄK selbst wurde kontinuierlich weiterentwickelt. Das System wurde so konstruiert, dass es an die individuellen Faktoren der jeweiligen hausspezifischen Organisationsstrukturen angepasst werden kann.

Zunächst werden Grunddaten, wie etwa das vorhandene Personal oder Daten

zum Arbeitszeitkontingent erfasst. In einem weiteren Schritt wird mit ÄPS-BÄK der anfallende Zusatzaufwand der einzelnen Klinik erfasst.

Neben den fachbereichsspezifischen Behandlungsleistungen und individuellen Patientengruppen werden beispielsweise Schicht- und Bereitschaftsdienstmodelle ebenso berücksichtigt, wie der zeitliche Aufwand, der für die Erfüllung weiterer ärztlicher Tätigkeiten und gesetzlicher Pflichten – etwa in den Bereichen des Hygiene- und Qualitätsmanagements oder des Katastrophenschutzes – entsteht.

Die so erfassten Grunddaten ergeben gemeinsam mit den Daten aus dem Zusatzaufwand eine Gesamtkalkulation, auf deren Basis der tatsächliche Personalbedarf in Vollzeitbeschäftigten ermittelt wird. Hervorzuheben ist, dass Ärztinnen und Ärzte durch ÄPS-BÄK erstmals eine valide Datengrundlage über die von ihnen geleistete Arbeit erhalten.

Weiterentwicklung von Funktionalitäten

Im Laufe des Berichtsjahres wurden entscheidende Fortschritte in der Weiterentwicklung und Etablierung von ÄPS-BÄK erzielt. Auf dem 128. Deutschen Ärztetag in Mainz wurde die browserbasierte Variante des Systems von den beiden Vorsitzenden der BÄK-Arbeitsgruppe „ÄPS-BÄK“, Dr. Susanne Johna und Prof. Dr. Henrik Herrmann, präsentiert. Diese ermöglicht eine einfache Handhabung bei der praktischen Anwendung des Ärztlichen Personalbemessungssystems.

Zusätzlich wurde eine Demo-Version veröffentlicht, um Interessierten einen ersten Einblick in die Funktionalität des Systems zu bieten. Die fachspezifischen Leistungskataloge wurden in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Berufsverbänden und Fachgesellschaften weiterentwickelt und erweitert, um die Besonderheiten der unterschiedlichen Fachgebiete abzubilden.

Als sichtbares Ergebnis dieser Entwicklung konnte das auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz vorgestellte fachübergreifende Demo-Modell durch drei fachspezifische Modelle ersetzt werden, die mittlerweile zum Test bereitstehen (Stand: März 2025). Darüber hinaus wurde das bestehende System durch fortlaufende Tests auch in der Praxis optimiert, wobei Rückmeldungen aus der Ärzteschaft sowie von Berufsverbänden und Fachgesellschaften einen wichtigen Beitrag geleistet haben.

APS-BÄK gesetzlich verankern

Von großer Bedeutung war zudem die gesetzliche Verankerung der ärztlichen Personalbemessung im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – ein Erfolg, der auch auf den beständigen Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern aus Bund und Ländern sowie weiteren Institutionen des Gesundheitswesens zurückzuführen ist.

Mit der Verabschiedung des KHVVG wurden zum Jahresende 2024 Gespräche zwischen der BÄK und dem Bundesgesundheitsministerium über die Erprobung eines Personalbemessungssystems gemäß § 137m Abs. 2 SGB V aufgenommen. Die Erprobung erfolgt durch einen unabhängigen Auftragnehmer. Dabei werden repräsentative Krankenhäuser der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern einbezogen.

Der Fokus der Erprobung liegt auf der flächendeckenden fachspezifischen Anwendung, der Qualität und Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sowie der Praxistauglichkeit des Systems. Ebenso werden der Einführungs- und Nutzungsaufwand sowie Möglichkeiten einer automatisierten Datenerhebung getestet.

Die Erprobung des Systems soll noch im Jahr 2025 erfolgen. Die Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, ÄPS-BÄK nach Abschluss der Testphase flächendeckend, dauerhaft und verbindlich als Personalbemessungssystem im Krankenhauswesen einzuführen, um den tatsächlichen ärztlichen Personalbedarf verlässlich sichtbar zu machen. Auch soll eine valide Argumentationsgrundlage für eine an der Realität orientierte Personalplanung geschaffen werden. ÄPS-BÄK wird so nachhaltig zur Qualitätssicherung der Patientenversorgung beitragen.

Der Fortschritt von ÄPS-BÄK zeigt eindrucksvoll, wie ein von Ärztinnen und Ärzten für Ärztinnen und Ärzte entwickeltes System die Grundlage für eine zukunftssichere und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung schaffen kann. ■

Akut- und Notfallversorgung

Notfallreform . . . und wieder nichts.



Die Reform der Akut- und Notfallversorgung zählt zu den wichtigsten Maßnahmen für Effizienz und Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems. Nirgendwo sonst sind die Folgen der unkoordinierten Zugangswege sichtbarer: Überfüllte Notfallstrukturen, überlastetes Personal, unzufriedene Patientinnen und Patienten, frustrierte Leistungserbringer und ein ineffizienter Einsatz von Ressourcen. Die Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes ist eine entscheidende Voraussetzung für eine koordinierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und bedarfsgerechten Versorgungswegen sowie eine Blaupause für sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit. Das Reformvorhaben ist jedoch bereits in der zweiten Legislaturperiode in Folge gescheitert.

Die Hoffnungen auf eine Reform der Akut- und Notfallversorgung waren diesmal groß. Nachdem bereits im Jahr 2020 unter dem zum damaligen Zeitpunkt amtierenden Bundesgesundheitsminister Jens Spahn der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vordergründig an der Corona-Pandemie aber auch an fehlender Akzeptanz gescheitert war, hatte die Thematik in der vorigen Legislaturperiode erneut an Fahrt aufgenommen.

Bereits im Frühjahr und im Herbst 2023 hatte die von Spahns Nachfolger im Bundesgesundheitsministerium, Prof. Dr. Karl Lauterbach, eingerichtete [„Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“](#) Stellungnahmen mit Empfehlungen für eine Notfallreform veröffentlicht, auf deren Grundlage am 3. Juni 2024 ein Referentenentwurf und am 17. Juli 2024 ein Kabinettsentwurf vorgelegt wurden. Zu den Entwürfen hat die Bundesärztekammer am [25. Juni 2024](#) und am [30. Oktober 2024](#) ausführlich Stellung bezogen.

BÄK-Konzeptpapier zur Notfallversorgung

Die von der Bundesärztekammer Ende 2022 eingerichtete Arbeitsgruppe „Akut- und Notfallmedizin“, unter der Leitung der beiden Vorsitzenden, Prof. Dr. Uwe Ebmeyer und Dr. Edgar Pinkowski, hat den Gesetzgebungsprozess eng begleitet. Auf der Grundlage mehrerer Werkstattgespräche mit Expertinnen und Experten und intensiver Diskussionen hatte die Arbeitsgruppe bereits im Frühjahr 2024 das [Konzeptpapier „Akut- und notfallmedizinische Versorgung aus ärztlicher Perspektive“](#) erarbeitet. Das Papier war vom Vorstand der BÄK beschlossen und anschließend veröffentlicht worden.

Das Konzeptpapier skizziert die Forderungen der Bundesärztekammer zur zukünftigen Ausgestaltung einer patientengerechten und sektorenverbindenden akut- und notfallmedizinischen Versorgung aus ärztlicher Perspektive.

© BÄK

Wenngleich die Bundesärztekammer im Kabinettsentwurf vom Juli 2024 weiter deutlichen Änderungsbedarf sieht, waren wesentliche Teile der Regelungsvorschläge zuletzt konsensfähig. Mit der Reform sollten keine völlig neuen Strukturen geschaffen werden. Vielmehr sollte auf bestehende Strukturen der Leitstellen und der Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern aufgesetzt werden. Mit den Akutleitstellen wäre ein wesentlicher Baustein geschaffen worden, um den Zugang in die Akut- und Notfallversorgung als „Single point of contact“ zu ermöglichen. Auch die Entlastung der Notfallversorgung durch eine stärkere Einbindung telemedizinischer Angebote sieht die BÄK als zielführend.

Am 6. November 2024 fand im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eine Anhörung zum Notfallreformgesetz statt, bei der die Bundesärztekammer durch ihre Vizepräsidentin Dr. Ellen Lundershausen vertreten war. „Grundsätzlich positiv ist, dass mit der Reform keine völlig neuen Strukturen geschaffen werden, sondern größtenteils auf die bestehenden Strukturen der Leitstellen und der Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern aufgesetzt wird“, sagte Lundershausen vor der Anhörung. Für den Erfolg der Reform sei es aber unerlässlich, dass ausreichend ambulante und stationäre Kapazitäten zur Verfügung stehen.

BÄK-Vizepräsidentin Lundershausen wies darauf hin, dass nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen, um die im Entwurf vorgesehene bundesweite flächendeckende 24/7 telemedizinische und aufsuchende notdienstliche Versorgung sicherzustellen sowie nach Dienstschluss die geplanten Notdienstpraxen mitbesetzen können. Zeit und Umfang sollten deshalb bedarfsorientiert in gemeinsamen Gremien auf Länderebene unter Einbeziehung der Landesärztekammern geklärt werden können. Mit Blick auf den stationären Sektor betonte sie, die geplante Neuausrichtung von Krankenhausplanung und -vergütung müsse so gestaltet werden, dass die stationäre Versorgung von komplex erkrankten, multimorbiden Notfallpatienten und die dafür erforderliche Vorhaltung von Ressourcen ausreichend refinanziert werden.

Wenige Stunden nach der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss im Bundestag kam es zum Bruch der Ampel-Regierung – mit der Folge, dass das Gesetzesverfahren nicht zu einem erfolgreichen Abschluss geführt werden konnte.

Vor der Anhörung im Gesundheitsausschuss hatte das Bundesgesundheitsministerium einen um-

fangreichen Änderungsantrag in das Verfahren eingebracht, mit dem unter anderem die Eingliederung des Rettungsdienstes ins SGB V geregelt werden sollte. Dennoch kam das Gesetzgebungsverfahren zum Erliegen. Die ursprünglich für Mitte November 2024 geplante 2./3.-Lesung des Gesetzes im Bundestag fand nicht mehr statt.

Der neuen Bundesregierung liegen nun umfangreiche und sehr konkrete Vorarbeiten vor. Die Reform der Notfallversorgung drängt und sollte so schnell wie möglich

Kernelemente der Akut- und Notfallversorgung Konzeptpapier der Bundesärztekammer

1. Kompetenzen und Kenntnisse der Bevölkerung zur Versorgung im Akut- und Notfall gezielt fördern
2. Gemeinsame bzw. vernetzte Leitstellen als Ausgangspunkt für definierte, verbindliche Versorgungspfade in der Akut- und Notfallversorgung etablieren
3. Notfallmedizinische Strukturen durch Telemedizin entlasten
4. Beratungs- und Versorgungsstrukturen für Hilfsbedarfe jenseits rein medizinischer Akut- und Notfälle einbinden
5. Den Rettungsdienst als wesentliche Säule der Akut- und Notfallversorgung reformieren
6. Kooperative Anlaufstellen der Akut- und Notfallversorgung vor Ort ausgestalten
7. Vernetzung und Datenintegrität schaffen
8. Resilienz der Akut- und Notfallversorgung gewährleisten
9. Finanzierung von Strukturaufbau und Vorhalteleistungen sichern
10. Regionale Strukturen und Besonderheiten berücksichtigen
11. Sinnvolle Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen schaffen
12. Ärztliche Qualifikationen und Qualität in ärztlicher Hand

angegangen werden. Maßgeblich für die Umsetzbarkeit der Reform ist, die Erfahrungswerte der in der Versorgung Tätigen mit einzubeziehen, um praxistaugliche, realistische Regelungen zu schaffen.

Die Ärzteschaft steht bereit, den ärztlichen Sachverstand in den weiteren Reformprozess einzubringen, um mit der Reform eine dauerhaft tragfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und mitarbeitergerechte Notfallversorgung in Deutschland zu gewährleisten. ■



© BÄK

Bündnis Gesundheit

Gesundheitsberufe fordern Gesundheitsgipfel im Kanzleramt

Das Bündnis Gesundheit hat sich mit einem Thesenpapier an die Politik gewandt. Es fordert die ressortübergreifende Priorisierung von gesundheitsrelevanten Themen, um trotz demografischer Krise, Fachkräftemangel und gesellschaftlicher Veränderungen eine zukunftsfähige gesundheitliche Versorgung gewährleisten zu können.

Die mehr als 40 im Bündnis Gesundheit zusammengeschlossenen Verbände und Organisationen waren Anfang Juli 2024 auf Einladung der Bundesärztekammer in Berlin zusammengelassen, um über prioritäre Handlungsfelder für ein stabiles, solidarisches und patientengerechtes Gesundheitswesen zu beraten. Das Bündnis vertritt mehr als sechs Millionen Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen.

„Wir müssen die Zukunft der Patientenversorgung unvoreingenommen, ideologiefrei und mit Mut für Veränderungen neu denken“, [betonte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt zur Eröffnung der Bündnissitzung](#). Geeignete Ansätze seien ein strukturierter Zugang zu Gesundheitsleistungen, klar definierte Behandlungspfade und mehr digitale Vernetzung. Reinhardt betonte: „Wenn sich die Spitzenorganisationen aus dem Gesundheitswesen zusammenschließen, um gemeinsam Ideen und Vorschläge zu entwickeln, sollte das auch ein Zeichen an die Politik sein, sich mit uns gemeinsam systematisch, ressortübergreifend und nach-



haltig mit den gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit zu befassen.“

Bereits im Jahr 1999 hatten sich Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens zu einem „Bündnis Gesundheit 2000“ zusammengeschlossen, um Perspektiven für eine patientengerechte Gesundheitspolitik aufzuzeigen. Seither hat das Bündnis immer wieder mit Informationsveranstaltungen, Kundgebungen und Resolutionen auf sich aufmerksam gemacht. Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte zuletzt darum gebeten, Gespräche des Bündnis Gesundheit unter Führung der Bundesärztekammer wieder aufzunehmen.

Bündnis legt Thesenpapier vor

Nach einer Fokussierung auf aktuell relevante Themenschwerpunkte erarbeitete eine Steuergruppe des Bündnis Gesundheit ein Thesenpapier, das die drei großen Handlungsfelder Fachkräftemangel, praxisnahe Strukturreformen und nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung adressiert. In einer zweiten Sitzung des Bündnisses am 12. September 2024 wurde das Thesenpapier ausführlich diskutiert.

Das mit allen im Bündnis Gesundheit vertretenen Verbänden und Organisationen abgestimmte [Thesenpapier „Zukunft des Gesundheitswesens ressortübergreifend sichern“](#) wurde am 19. September 2024 bei einer [Pressekonferenz im Haus der Bundespressekonferenz](#) der Öffentlichkeit vorgestellt. Gemeinsam riefen die Beteiligten zu einem nationalen Gesundheitsgipfel im Kanzleramt auf.

Bundesärztekammer-Präsident Reinhardt betonte bei der Pressekonferenz: „Wenn sich die Spitzen-

organisationen aus dem Gesundheitswesen in einem so großen Bündnis zusammenschließen, sollte die Politik das ernst nehmen und sich den gesundheitspolitischen Herausforderungen stellen“, berichteten die Badische Neuste Nachrichten (20.09.2024). Die Forderung nach einem Gesundheitsgipfel stelle laut Reinhardt „ausdrücklich keine Kritik“ am Bundesgesundheitsministerium dar, schrieb die Südwest Presse (20.09.2024). Gefordert werde der Beginn eines gesamtgesellschaftlichen Diskurses. „Das Gesundheitsministerium kann diese Herausforderungen nicht allein stemmen“, zitierte die taz den BÄK-Präsidenten (20.09.2024). Für die Gesundheitsvorsorge in Deutschland gebe es ein enormes Potenzial in den Bereichen der Bildungs-, der Umwelt-, der Verkehrs- sowie der Arbeits- und Sozialpolitik.

Das Thesenpapier bleibt auch nach dem vorzeitigen Ende der Ampel-Koalition und der Neuwahl des Bundestages relevant. Auch die neue Bundesregierung ist aufgerufen, das Thema Gesundheit ressortübergreifend anzugehen.

Das Bündnis Gesundheit ist deswegen von großem Wert, um berufsgruppenübergreifende Themen gemeinsam zu diskutieren, abzustimmen und in die politischen Debatten einzubringen. Weitere Sitzungen und Aktivitäten sind auch für das Jahr 2025 geplant. ■

Info

Eine [Aufzeichnung der Pressekonferenz](#) steht auf der Website der Bundesärztekammer zur Verfügung.



© Jürgen Gebhardt

Dialogforum mit jungen Ärztinnen und Ärzten Ärztliche Weiterbildung: Erwartung versus Realität

Im Vorfeld des 128. Deutschen Ärztetags in Mainz hat die Bundesärztekammer mit Weiterzubildenden und Weiterbildungsbefugten im Rahmen des jährlich stattfindenden Dialogforums mit jungen Ärztinnen und Ärzten über „Wunsch und Wirklichkeit“ der ärztlichen Weiterbildung diskutiert.



Zu Beginn der Veranstaltung berichtete BÄK-Vizepräsidentin Dr. Ellen Lundershausen über die wesentlichen Herausforderungen der Weiterbildung in Zeiten hoher Arbeitsverdichtung bei zunehmender Wichtigkeit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Der Bundesärztekammer sei es deshalb ein Anliegen, gemeinsam mit Weiterzubildenden und Weiter-

bildungsbefugten Perspektiven aufzuzeigen, wie gute Weiterbildung auch unter den heutigen Rahmenbedingungen gelingen kann, erklärte Dr. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer Hamburg und Moderator der Veranstaltung.

Lujain Alqodmani, ehemalige Präsidentin des Weltärztebundes, rief in ihrem Grußwort junge Ärztinnen und Ärzte dazu auf, sich in den (Landes-)Ärztekammern zu engagieren und so die zukünftige Weiterbildung aktiv mitzugestalten.

In der lebhaften Dialogveranstaltung formulierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erwartungen an eine gelungene Weiterbildung und welche Anpassungen sie als notwendig erachteten. So kritisierten sie beispielsweise den Mangel an Struktur und die nicht immer gegebene individuelle Betreuung. Prof. Dr. Ale-



xander Radbruch, Direktor der Klinik für Neuroradiologie des Universitätsklinikums Bonn und Weiterbildungsbefugter, hob die Bedeutung einer attraktiven Weiterbildung für die Kliniken im Wettbewerb um Nachwuchs hervor und plädierte für flexiblere Zugänge und eine Überprüfung der bestehenden Weiterbildungsstrukturen.

Prof. Dr. Uwe Köhler, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und Weiterbildungsbefugter Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum St. Georg in Leipzig, wies auf die Herausforderungen hin, die sich durch die steigende Zahl von Teilzeitanstellungen ergeben, insbesondere für die systematische Weiterbildung. Die beiden Vorsitzenden der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Henrik Herrmann und Dr. Johannes Albert Gehle, skizzierten konkrete Visionen für eine moderne Weiterbildung. So appellierten sie an die Ärzteschaft, die Weiterbildungsordnung zu schärfen und auf das Wesentliche zu reduzieren. Auch seien individuelle Ent-

wicklungspläne, eine stärkere Einbindung des ambulanten Bereichs sowie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden für eine erfolgreiche Weiterbildung notwendig.

Die anregenden Ideen der jungen Ärztinnen und Ärzten sollen in die Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung einfließen. ■

Ausblick

Das Dialogforum mit jungen Ärztinnen und Ärzten im Vorfeld des kommenden 129. Deutschen Ärztetages in Leipzig wird sich mit der Wissensgenerierung in der ärztlichen Berufsausübung mittels Künstlicher Intelligenz befassen.

(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 weiterentwickelt



Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 in Mainz hat die Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 anhand verschiedener Eckpunkte beschlossen.

Zu der Weiterentwicklung der MWBO gehört unter anderem, den Abschnitt C, der die Zusatz-Weiterbildungen (ZWB) beinhaltet, in verschiedene Kategorien – C1, C2 und C3 (Arbeitstitel) – zu gliedern. Die Kategorien sollen verschiedene Aspekte im Hinblick auf eine Weiterbildungszeit, eine Weiterbildung bei einem Befugten, das Führen eines eLogbuchs sowie den Erwerb durch eine Kammerprüfung berücksichtigen. Die Neustrukturierung der ZWB soll eine sachgerechtere und klarere Strukturierung der heterogenen Zusatz-Weiterbildung gewährleisten.

C1-ZWB zeichnen sich dementsprechend als interdisziplinäre Zusatz-Weiterbildung mit verbindlicher Weiterbildungszeit bei einem Weiterbildungsbefugten, C2-ZWB als interdisziplinäre berufsbegleitende ZWB ohne vorgegebene Weiterbildungszeit und C3-ZWB als interdisziplinäre kursbasierte Zusatz-Weiterbildung aus.

Vor diesem Hintergrund wurden die Zusatz-Weiterbildungen hinsichtlich einer Einordnung geprüft. Zudem wurden einzelne ZWB in Schwerpunktqualifikationen überführt, welche sich lediglich an eine Fach-

arztqualifikation richten und dadurch eine fachbezogene Spezialisierung darstellen.

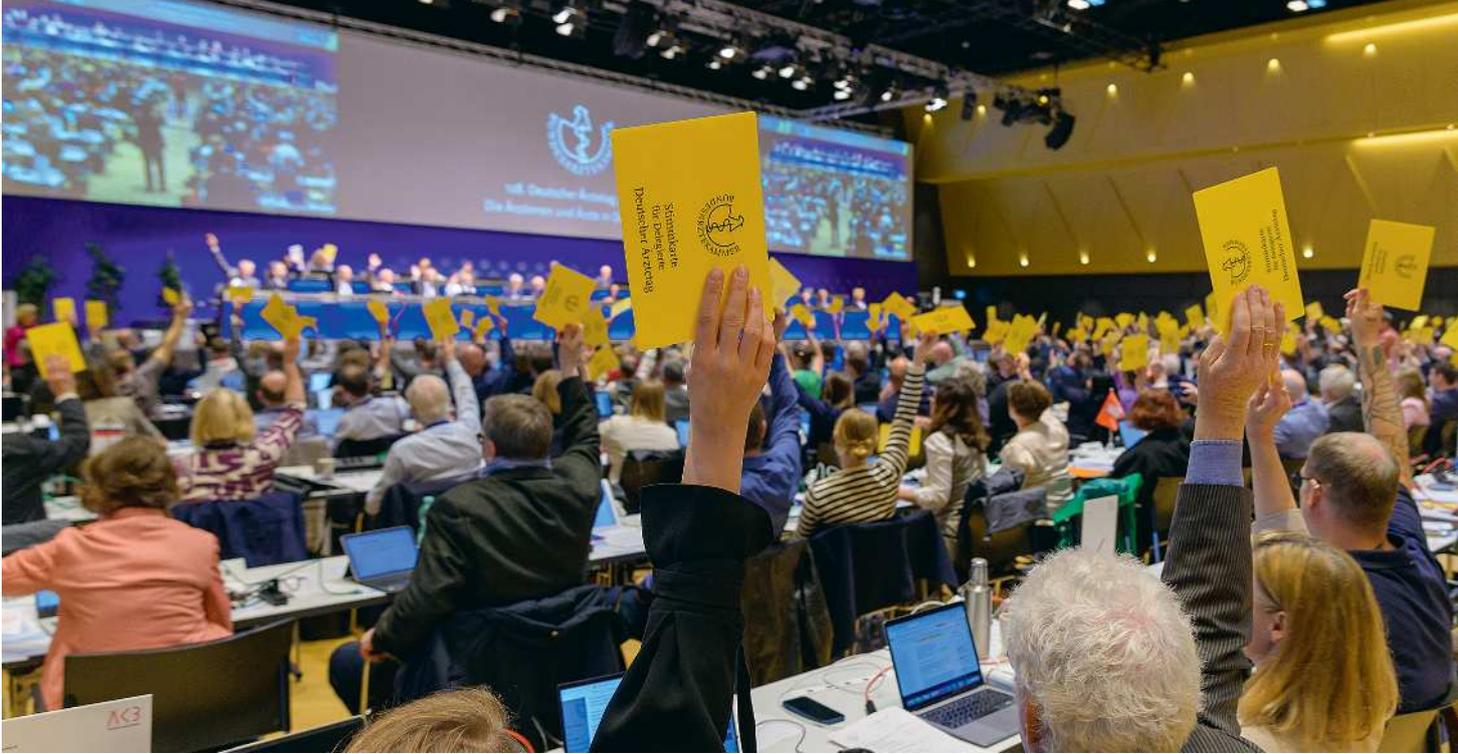
In verschiedenen Fachgesprächen fand mit den jeweiligen Fachgruppenvertreterinnen und -vertretern ein Austausch über die Einordnung sowie über den etwaigen Anpassungsbedarf statt; dabei gab es zwischen den Fachgruppen und den Weiterbildungsgremien zum Teil auch unterschiedliche Sichtweisen.

Darüber hinaus wurde eine von der kompetenzbasierten zweiseitigen Darstellung abweichende Form für die Abbildung der interdisziplinären kursbasierten Zusatz-Weiterbildungen entwickelt. Unter den Weiterbildungsinhalten soll ein Weiterbildungsblock „Kursinhalte“ sowie gegebenenfalls ein Weiterbildungsblock „Fallseminare“ mit einspaltiger Auflistung der jeweiligen Kursmodule ausgewiesen werden.

Da im Berichtsjahr keine abgestimmte Position zu einem Verzicht auf Kammerprüfungen gefunden werden konnte, sollen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 für alle ZWB weiterhin Prüfungen vor der jeweiligen (Landes-)Ärztammer vorgesehen werden.

Bedingt durch die Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 besteht auch Anpassungsbedarf im Paragraphenteil der MWBO. Hier wurden erste Vorschläge erarbeitet, die in den zuständigen Gremien beraten werden.

Die Weiterentwicklung des Abschnitts C wird im Jahr 2025 fortgeführt. Ziel ist die Vorlage eines weiterentwickelten Abschnitts C sowie eines hierauf abgestimmten Paragraphenteils auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig. ■



Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung 2024

Qualität und Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildung gestärkt

Um die Qualität und die Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildung zu stärken, hat der 128. Deutsche Ärztetag 2024 in Mainz die Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung beschlossen.

Seit der Einführung der (Muster-)Fortbildungsordnung (MFBO) im Jahr 2004 und der letzten Aktualisierung im Jahr 2013 hat sich nicht nur die gesamte Fortbildungslandschaft gewandelt, sondern auch das Auftreten von Industrie und kommerziellen Anbietern.

Anbieter, deren Fortbildungen aus Sicht der (Landes-)Ärzttekammern wegen fehlender Unabhängigkeit nicht anerkennungsfähig waren, klagten vermehrt gegen die Ablehnung der Anerkennung. Die Entscheidungen mehrerer Verwaltungsgerichte verdeutlichten, dass die bisherigen Regelungen zu Transparenz, Neutralität und dem Umgang mit Sponsoring bei gerichtlichen Auseinandersetzungen nicht ausreichend tragfähig sind. Aus diesem Grund wurde das Ziel verfolgt, die bestehenden Vorgaben anzupassen und in einer überarbeiteten MFBO auf Satzungsebene zu verankern.

Diese Entwicklungen machten es erforderlich, auch die Vorgaben zu Zielen, Inhalten, Methoden, Didak-

tik, Organisation, Durchführung und Verwaltung von Fortbildungsmaßnahmen anzupassen.

Ärztetag beschließt Neufassung der MFBO

Unter der Leitung der Vorsitzenden der Ständigen Konferenz „Ärztliche Fortbildung“, Dr. Günther Matheis und Dr. Gerald Qwitterer, wurde in einem zweijährigen strukturierten Prozess in den zuständigen Gremien der Bundesärztekammer gemeinsam mit den (Landes-)Ärzttekammern ein Entwurf für eine Neufassung der MFBO entwickelt.

Der Vorstand der BÄK hat sich einstimmig dafür ausgesprochen, diese Neufassung dem 128. Deutschen Ärztetag 2024 in Mainz zur Beratung vorzulegen. Der Ärztetag hat die vom Vorstand eingebrachte [MFBO in der vorgelegten Fassung mit überwältigender Mehrheit beschlossen](#).

Die [überarbeitete MFBO](#) zeichnet sich durch eine klare Struktur aus. Eine einlei-

tende Präambel setzt die Fortbildungsordnung in den Kontext des ärztlichen Selbstverständnisses und der Berufsausübung. In den Paragraphen werden die Inhalte der Fortbildung, die Fortbildungsverpflichtung der Ärztinnen und Ärzte sowie die Anforderungen an die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen geregelt. Damit richtet sich die MFBO gleichermaßen an Ärztinnen und Ärzte sowie an Anbieter von Fortbildungsmaßnahmen.

Der Entwurf der (Muster-)Fortbildungsordnung enthält differenzierte Anerkennungskriterien, die in drei Kategorien unterteilt werden können: Kriterien zu Inhalt und Didaktik, zu Transparenz und Neutralität sowie zu Voraussetzungen für die Mitwirkenden.

Das Spektrum der anerkennungsfähigen medizinischen Inhalte umfasst evidenzbasierte sowie sich entwickelnde wissenschaftliche Erkenntnisse. Fortbildungen sollen Innovationen frühzeitig berücksichtigen und können sich neben medizinischen Themen auch auf weitere, für die Berufsausübung relevante Bereiche erstrecken. Ein besonderer Fokus liegt auf Inhalten zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf der Förderung wissenschaftlichen Denkens und Arbeitens, das für den Arztberuf essenziell ist.

Anbieter von Fortbildungsmaßnahmen müssen aus Transparenzgründen klar erkennbar sein, damit Teilnehmende die Inhalte im Zusammenhang mit dem verantwortlichen Anbieter bewerten können. Zudem sind Anbieter verpflichtet, ihre Veranstaltungen zu evaluieren und die Ergebnisse an die (Landes-)Ärzttekammern zu melden.

Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen bewahren

Für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen gelten allgemeine Voraussetzungen sowie spezifische Anforderungen für gesponserte Veranstaltungen. Dabei muss die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gewahrt bleiben. Diese müssen frei von wirtschaftlichen Interessen getroffen werden. Sponsoren dürfen die Inhalte von Fortbildungen nicht beeinflussen. Sponsoringleistungen müssen offengelegt und dürfen ausschließlich für die Durchführung des wissenschaftlichen Programms verwendet werden. Dies verhindert, dass Sponsoren de facto zu Anbietern werden, oder Anbieter in eine Abhängigkeit geraten, die ihre Neutralität gefährden könnte.

Die Vorsitzenden der Ständigen Konferenz „Ärztliche Fortbildung“ tauschten sich auch intensiv mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden aus, um die Auswirkungen der Regelwerke unter anderem auf das Kongresssponsoring zu erörtern. Dabei wurde betont, dass die Zusammenarbeit mit der Industrie wichtig ist. Diese Partnerschaft soll weiterhin aufrechterhalten werden. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, dass finanzielle Abhängigkeiten vermieden werden und die Möglichkeiten der Beeinflussung ausgeschlossen sind.

Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften unersetzbar

Transparenz und Neutralität müssen oberste Priorität haben. Die Fachgesellschaften leisten eine unverzichtbare und wertvolle Arbeit in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Sie übernehmen eine zentrale Rolle bei der Erstellung von Leitlinien und der Entwicklung neuer medizinischer Standards. Diese Aufgaben sind von enormer Bedeutung, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten und den Fortschritt in der Medizin voranzutreiben.

Ein gemeinsames Anliegen muss es sein, dass alle ärztlichen Organisationen Stabilität gegenüber Einflussnahmen Dritter vorweisen können. Nur so kann das Vertrauen in die Unabhängigkeit der medizinischen Arbeit aufrechterhalten werden. Zu verhindern gilt, dass ärztliche Arbeit durch externe Einflüsse infrage gestellt wird. Die Qualität der medizinischen Fortbildung sowie der wissenschaftlichen Forschung muss langfristig gesichert sein.

Die MFBO wurde bereits in vielen (Landes-)Ärzttekammern in Satzungsrecht übernommen. Für eine erfolgreiche und einheitliche Umsetzung der neuen Anforderungen ist ein intensiver Austausch zwischen den Fortbildungsverantwortlichen und den Rechtsabteilungen der Kammern vorgesehen. ■

Fortbildung in der präklinischen Notfallmedizin

BÄK-Curriculum für Leitende Notärztinnen und Notärzte vorgelegt



© benjaminmolte/stock.adobe.com

Leitende Notärztinnen und Notärzte übernehmen eine Schlüsselrolle im Rettungsdienst – insbesondere bei Großschadensereignissen und in Katastrophenfällen. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesärztekammer das BÄK-Curriculum „Leitender Notarzt/Leitende Notärztin“ erarbeitet.

Das [BÄK-Curriculum für leitende Notärztinnen und Notärzte](#) soll zu einer umfassenden Weiterentwicklung der ärztlichen Qualifikationen im Rettungsdienst beitragen. Ziel ist, den hohen Anforderungen an diese Positionen mit strukturierten und praxisnahen Fortbildungskonzepten gerecht zu werden.

Das Curriculum umfasst 50 Unterrichtseinheiten und legt bundesweit einheitliche Standards für die Qualifikation von leitenden Notärztinnen und Notärzten fest. Gleichzeitig berücksichtigt es länderspezifische Gegebenheiten, wie etwa die regionalen Strukturen des Rettungsdienstes. Über ein zusätzliches Refresher-Modul mit zehn Unterrichtseinheiten können erworbene Kompetenzen regelmäßig aktualisiert werden.

Das neue BÄK-Curriculum ersetzt die bisher geltenden „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum Leitenden Notarzt“ sowie „Empfeh-

lungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Leitender Notarzt“ und kann nunmehr von den (Landes-)Ärztekammern umgesetzt und angeboten werden. Es wurde in enger Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus Notfallversorgung und Rettungsdienst sowie den relevanten Fachgesellschaften entwickelt.

Ärztliche Qualifikationen im Rettungsdienst stärken

Die Einführung des neuen Curriculums für leitende Notärztinnen und Notärzte ist Teil einer umfassenden Initiative der BÄK zur Stärkung der ärztlichen Qualifikationen im Rettungsdienst. So wurden im Jahr 2023 das BÄK-Curriculum „Telenotarzt/Telenotärztin“ beschlossen sowie der Indikationskatalog für den Notarzteneinsatz (NAIK) aktualisiert.

Zudem hat die BÄK im März 2025 ein weiteres Curriculum für die Qualifikation „Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ (ÄLRD) veröffentlicht, um auch in diesem Bereich einheitliche Standards zu setzen. ■



© Jürgen Gebhardt

Hitzeaktionstag 2024

Erfolgreiches Engagement für gesundheitsbezogenen Hitzeschutz

Der erste Hitzeaktionstag 2023, initiiert von Bundesärztekammer und KLUG – Deutscher Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V., hat zu einem breiten Engagement für einen gesundheitsbezogenen Hitzeschutz geführt.

Auf Bundesebene lassen sich zwei Handlungsstränge unterscheiden, die sich wechselseitig ergänzt und inspiriert haben: Zum einen hat der zu diesem Zeitpunkt amtierende Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach sein im Jahr 2023 angekündigtes Engagement zum Hitzeschutz 2024 fortgesetzt und zum anderen waren am [zweite Hitzeaktionstag am 5. Juni 2024](#) deutlich mehr Organisationen aktiv beteiligt als im Jahr davor.

„Es ist unsere Pflicht als Ärztinnen und Ärzte, die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels darzulegen und Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit nicht nur zu fordern, sondern aktiv zu unterstützen“, erklärte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt anlässlich des Hitzeaktionstages 2024. Neben den hit-

zebedingten Gesundheitsrisiken steht auch die Frage im Fokus, wie gut Deutschland auf die in Zukunft noch längeren und intensiveren Hitzeperioden vorbereitet sei. Ziel müsse es sein, hitzebedingte Erkrankungen und Todesfälle zu vermeiden und das Gesundheitssystem vor einer Überlastung zu bewahren.

Nach der ersten „Statuskonferenz Hitzeschutz Gesundheit“ am 20. November 2023 fand am 24. Mai 2024 eine „Fortschrittkonferenz zum Hitzeschutzplan für Gesundheit“ im Bundesgesundheitsministerium (BMG) statt. Ziel der Fortschrittkonferenz war es, ge-



meinsam mit zahlreichen Verantwortlichen zu erörtern, wie gut Deutschland auf den Sommer 2024 vorbereitet ist. Hitzeschutz ist eine „gesamtsellschaftliche Aufgabe“, sagte BÄK-Präsident Reinhardt der Zeitung Die Rheinpfalz (25.05.2024). Es sei daher gut, dass die Politik das Thema ernst nehme. „Ein Anfang ist gemacht, aber am Ziel sind wir noch lange nicht.“

Bei der Konferenz wurden unter anderem verschiedene Papiere vorgestellt, wie beispielsweise die am 28. März 2024 vom Qualitätsausschuss Pflege beschlossene [„Bundeseinheitliche Empfehlung zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in Pflegeeinrichtungen und -diensten“](#) sowie die Bundesempfehlung [„Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser“](#). Erläutert wurden ferner [Handlungsempfehlungen zur Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen](#). Die Empfehlungen bieten Kommunikationsleitfäden zu ausgewählten Risikogruppen. Neben Menschen im höheren Lebensalter und Kindern gehören stationär versorgte Pflegebedürftige, wohnungslose Menschen und im Freien Arbeitende dazu.

Und es geht weiter: Für Anfang 2025 hat das BMG die Durchführung einer Fachkonferenz angekündigt, an dessen Vorbereitung das sogenannte Kernteam des Hitzeaktionstages – darunter die Bundesärztekammer – aktiv beteiligt ist.

Das Kernteam des Hitzeaktionstages ist im Vergleich zum Vorjahr größer geworden: Der Initiative von BÄK und KLUG haben sich der AWO-Bundesverband e. V., die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., der Deutsche Pflegerat e. V., der GKV-Spitzenverband und der Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V. angeschlossen.

Ging es im Jahr 2023 vor allem darum, grundsätzlich auf das Gesundheitsrisiko Hitze aufmerksam zu machen, stand bei den politischen Kernforderungen 2024 die Schaffung der Voraussetzungen für eine flächendeckende Verstärkung des Hitzeschutzes im Mittelpunkt. Wie breit und vielfältig das Engagement mittlerweile ist, wurde insbesondere auch bei der zentralen [Veranstaltung „Hitzeresilientes Deutschland – Wir übernehmen Verantwortung“](#) am 5. Juni 2024 mit zahlreichen Good Practice Beispielen deutlich.

Der gesundheitsbezogene Hitzeschutz in Deutschland ist also auf einem guten Weg, doch noch lange nicht am Ziel: Am 4. Juni 2025 geht es mit dem [dritten Hitzeaktionstag](#) weiter. ■

Gebührenordnung für Ärzte

Clearingverfahren zur Novelle der GOÄ



© Ralf/stock.adobe.com

Das Berichtsjahr war von wichtigen Weichenstellungen sowohl für die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als auch für die aktuelle GOÄ geprägt. Nach langen Gesprächen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) liegt seit Herbst 2024 ein Entwurf für eine neue GOÄ vor, aus dem hervorgeht, bis zu welchem Punkt der PKV-Verband bereit ist, den ärztlicherseits erarbeiteten Preisen entgegenzukommen. Dieser Entwurf ist seitdem Gegenstand eines Clearingverfahrens mit den ärztlichen Berufsverbänden und Fachgesellschaften, bevor er dem 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig vorgelegt wird. Für die Psychotherapie wurden die Rahmenbedingungen bereits vor einer GOÄ-Novelle durch gemeinsame Abrechnungsempfehlungen verbessert. Eine weitere Abrechnungsempfehlung hat die BÄK für die CT-Koronarangiografie ausgesprochen.

Die erste Hälfte des Jahres 2024 war von intensiven Gesprächen zwischen BÄK und PKV-Verband zur Novellierung der GOÄ geprägt. Ausgangspunkt dafür war die ärztliche Bewertungsversion des Entwurfs einer neuen GOÄ, die zu Beginn des Jahres 2023 an das Bundesgesundheitsministerium übermittelt worden war. Ziel war es, über das bereits geeinte Leistungsverzeichnis hinaus zunächst zu einem gemeinsamen Verständnis über die finanziellen Auswirkungen einer neuen GOÄ für Ärzteschaft und PKV-Verband zu finden. Davon ausgehend galt es zu klären, bis zu welchem Punkt der PKV-Verband bereit war, den ärztlicherseits erarbeiteten Preisvorstellungen für die einzelnen Gebührennummern und Zuschläge entgegenzukommen.

Novellierungsgespräche zwischen BÄK und PKV

Zu Beginn der Gespräche wurde vonseiten des PKV-Verbands eine volumenneutrale Novellierung der GOÄ gefordert. Allerdings hatten sich Ärzteschaft und PKV-Verband im Jahr 2017 schon einmal dem Grunde nach für die ersten drei Jahre nach Einführung einer neuen GOÄ auf einen Preiseffekt von circa sechs Prozent verständigt. In den nun geführten Gesprächen gelang es, den 2017 vereinbarten Rahmen zu erweitern und zu öffnen. Der PKV-Verband akzeptiert einen höheren Preiseffekt und beide Seiten gehen von einem Anstieg des Gesamtvolumens der PKV-Ausgaben von 13,2 Prozent aus – das sind rund 1,9 Milliarden Euro. Dabei handelt es sich nicht um ein Budget, sondern um eine Prognose. Sondereffekte unter anderem bei der Morbidität sowie aufgrund medizinischer Innovationen werden zusätzlich berücksichtigt. Im September 2024 stellte die BÄK den Entwurf einer neuen GOÄ allen beteiligten

Berufsverbänden und Fachgesellschaften vor. Der Entwurf traf bei diesen teils auf Zustimmung, teils jedoch auch auf Sorgen und Kritik.

Die BÄK hat vor diesem Hintergrund ein Clearingverfahren eingeleitet, in das die Verbände ihre Hinweise und Änderungsvorschläge einbringen konnten. Dabei ging es um grundsätzliche Fragen zum Rechtsrahmen einer neuen GOÄ, auf die die BÄK in mehreren Verbändeschreiben und Veröffentlichungen eingegangen ist, sowie um konkrete Hinweise zu den Gebührennummern und Preisen. Diese Hinweise wurden ausgewertet und im ersten Quartal des Jahres 2025 in zahlreichen Gesprächen mit den Verbänden und Fachgesellschaften erörtert. Dieser Prozess erfolgte in kontinuierlicher Rücksprache mit dem PKV-Verband, der – soweit von den Verbänden gewünscht – auch unmittelbar an den Gesprächen teilgenommen hat. Ziel des Clearingverfahrens ist es, die aufgeworfenen Fragen zu klären – und wo erforderlich und möglich – zu sachgerechten Anpassungen zu kommen. Der überarbeitete Entwurf wird dem 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig vorgelegt.

Es wird dann Sache des Ärztetages sein, darüber zu entscheiden, ob der neuen Bundesregierung eine Verständigung zwischen Ärzteschaft und PKV-Verband mitgeteilt werden kann. An diese Voraussetzung ist vonseiten der Politik parteiübergreifend seit vielen Jahren eine Novellierung der GOÄ geknüpft worden.

Dabei ist allen Beteiligten klar, dass auch nach einem positiven Votum des Deutschen Ärztetages die Arbeit an einer neuen GOÄ nicht völlig abgeschlossen ist. Zum einen bleibt es Sache des Verordnungsgebers, abschließend über die neue GOÄ zu entscheiden. Zum anderen ist der Übergang von einer veralteten GOÄ hin zu einer zeitgemäßen GOÄ mit neu gefasstem Rechtsrahmen, neu strukturiertem, sehr umfangreichen Gebührenverzeichnis und neuen Preisen hochkomplex. Deswegen wird immer wieder über Anpassungsnotwendigkeiten zu beraten sein, darunter auch über solche, die im Rahmen des Clearingverfahrens noch keiner abschließenden Lösung zugeführt werden konnten.

Die Bereitschaft, auch nach einer Einigung notwendige Anpassungen in den Entwurf einzuarbeiten, ist ebenfalls seitens des PKV-Verbands ausdrücklich erklärt worden, solange damit der finanzielle und strukturelle Gesamtrahmen nicht in Frage gestellt wird.

Neue psychotherapeutische Leistungen

Um die psychotherapeutische Versorgung von Privatversicherten und Beihilfeberechtigten zu verbessern, haben BÄK, Bundespsychotherapeutenkammer, PKV-Verband und Beihilfekostenträger von Bund und Ländern mit Wirkung vom 1. Juli 2024 [gemeinsame Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen](#) vereinbart. Die Erweiterung des Leistungsspektrums und Anhebung der Vergütung erfüllt eine Brückenfunktion bis zur Umsetzung der GOÄ-Novelle, die eine umfassende Modernisierung der psychotherapeutischen Leistungen vorsieht. Die begleitenden Hinweise und Erläuterungen und ausführlichen FAQs sollen die Anwendung der neuen Analogleistungen erleichtern.

CT-Angiografie der Herzkranzgefäße

Im Januar 2024 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Die kontrastmittelgestützte CT-Angiografie der Herzkranzgefäße ist ein nicht-invasives bildgebendes Verfahren, bei der die Herzkranzarterien untersucht werden können, um ggf. vorhandene Verengungen oder Verschlüsse zu finden.

Daraufhin beschloss der Vorstand der BÄK auf Empfehlung des Ausschusses Gebührenordnung am 22./23. August 2024, die bisherige [Abrechnungsempfehlung einer Computertomographie des Herzens](#) vom 7. Dezember 2012 um die CT-Angiografie der Herzkranzgefäße zu erweitern. Dabei werden alle Gebührensätze originär zum Ansatz gebracht, so dass eine analoge Abrechnung nicht notwendig ist.

Damit konnte den Ärztinnen und Ärzten zeitnah eine klarstellende Empfehlung zur Abrechnung dieser innovativen Leistung gemäß der GOÄ zur Verfügung gestellt werden. ■

„ePA für alle“

Einführung der elektronischen Patientenakte als Opt-out-Lösung

2024 wurde die elektronische Patientenakte als Opt-out-Lösung („ePA für alle“) neu konzipiert und umgesetzt. Die Bundesärztekammer hat die Entwicklung eng begleitet und sich für nutzerfreundliche Funktionalitäten und eine hinreichende Erprobung eingesetzt.

„Ärztinnen und Ärzte erwarten eine elektronische Patientenakte, die sie bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten unterstützt. Das aber setzt die Sicherheit der Daten sowie die Funktionalität im Praxisalltag und intuitive Nutzbarkeit der Anwendung voraus. Dann bietet die ePA in der Versorgung einen echten Mehrwert.“ Das sagte [Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt bei einer gemeinsamen Pressekonferenz](#) mit Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, und Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der gematik, zum Start der elektronischen Patientenakte (ePA) in den Modellregionen.

Parallel zum Start der Tests begannen die gesetzlichen Krankenkassen ab dem 15. Januar 2025, für alle Versicherten eine [elektronische Patientenakte](#) (ePA) anzulegen, die unmittelbar im Rahmen der Versorgung nutzbar ist – es sei denn, die Versicherten haben der ePA-Anlage explizit widersprochen. Der gesetzliche Rahmen für den Umbau der bisherigen einwilligungsbasierten ePA auf eine Opt-out-Lösung wurde mit dem Digital-Gesetz (DigiG) geschaffen, das am 26. März 2023 in Kraft getreten ist. Folglich stand das Jahr 2024 ganz im Zeichen der fachlichen und technischen Konzeption und deren Umsetzung.

Die [Bundesärztekammer hatte bereits im Februar 2021 im Verbund mit den anderen Leistungserbringerorganisationen in der Gesellschafterversammlung der gematik kritisiert](#), dass die „ePA für alle“ einen deutlichen Mehrwert zu den seit 2021 von den Krankenkassen angebotenen elektronischen Patientenakten vorweisen müsse. „Dies ist leider in der



© Andrea Gaitanidesy/stock.adobe.com

nun für den Start der „ePA für alle“ vorgesehenen Basisversion nicht ausreichend erkennbar“, betonten die Organisationen zum damaligen Zeitpunkt. Nach wie vor fehlten elementare Bestandteile, die für eine nutzenstiftende Verwendung im Versorgungsalltag benötigt werden. So sei z. B. keine Volltextsuche der Inhalte einer elektronischen Patientenakte möglich, ein zentraler Virens scanner für die Inhalte der ePA ist ebenfalls nicht vorgesehen. Zudem werde – entgegen dem Beschluss der Gesellschafterversammlung – der geplante digitale Medikationsprozess zunächst nur rudimentär zur Verfügung stehen.

Auch der [128. Deutsche Ärztetag in Mainz](#) forderte dringende Nachbesserungen bei der Konzeption der „ePA für alle“. So fehle beispielsweise die Möglichkeit, kritische Befunde erst nach deren Einordnung in einem Arzt-Patient-Gespräch in die ePA einzustellen oder für die Patientin bzw. den Patienten sichtbar zu machen. Des Weiteren werde in der „ePA für alle“ nicht protokolliert, welche Inhalte für die Ärztin oder den Arzt zum Zugriffszeitpunkt einsehbar waren und welche Inhalte die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des Zugriffs verborgen hatte, bemängelten die Abgeordneten.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wurde als Mehrheitsgesellschafter der gematik aufgefordert, entsprechende Nachbesserungen zeitnah zu beauftragen und insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass eine hinreichende Testung und Erprobung der „ePA für alle“ vor einem verpflichtenden bundesweiten Rollout stattfindet. Basierend darauf beschloss die Gesellschafterversammlung der gematik, einige der fehlenden Funktionalitäten in einer Folgeversion zeitnah nachzurüsten.

Darüber hinaus wurde eine mindestens vierwöchige Testphase für die Basisversion in zwei Modellregionen ab dem 15. Januar 2025 geplant – auf der Basis eines gestuften Erprobungs- und Rolloutkonzeptes der gematik. Die ursprünglich damit verbundenen Sanktionen bei fehlendem ePA-Modul in den Arztpraxen wurde bis zum Start des bundesweiten Rollouts ausgesetzt. Allerdings waren die Gesellschafter weder in die Entscheidung über den konkreten Rolloutstart eingebunden, noch wurden transparente Kriterien definiert, die zu einer Freigabe der ePA für den bundesweiten Rollout führen. Diese Entscheidung wird das BMG allein treffen.

Bundesweiter Rollout verschoben

Die ersten Ergebnisse der Pilotphase bewogen das BMG schließlich, die Zeitplanung für die bundesweite Verpflichtung zur Nutzung der ePA in Arztpraxen und die Weiterentwicklung der Folgestufen anzupassen. Der bundesweite Rollout der ePA wurde verschoben, um die ePA „auf Herz und Nieren“ zu testen, wie das Ministerium den Gesellschaftern der gematik Mitte Februar 2025 mitteilte.

„Es ist richtig, die ePA vor dem bundesweiten Rollout vollumfänglich zu testen“, betonte BÄK-Präsident Reinhardt gegenüber dem Tagesspiegel Background (12.02.2025). Von den 180 teilnehmenden Arztpraxen hatten zum damaligen Zeitpunkt nicht einmal ein Drittel einen Funktionstest der ePA erfolgreich abgeschlossen. Bei einem Viertel der Praxen war das ePA-Modul noch nicht einmal installiert worden. „Auf diese Weise lassen sich keine belastbaren Erkenntnisse über Funktionsfähigkeit und Nutzerfreundlichkeit der ePA gewinnen. Für einen bundesweiten Rollout ist es viel zu früh“, so Reinhardt. Ziel müsse es sein, die ePA sorgfältig, umfassend und vor allem ohne unrealistische Fristsetzungen zu testen, bevor sie flächendeckend im Versorgungsalltag zum Einsatz kommt.

Mit der Verschiebung des bundesweiten Rollouts wurden die Konsolidierung und Fehlerbeseitigung zunächst in den Vordergrund gestellt. Folgestufen werden bis in das Jahr 2026 verschoben. Eine Freigabe für den bundesweiten Rollout erfolgt nicht vor dem zweiten Quartal 2025.

Die Bundesärztekammer wird sich weiterhin dafür einsetzen, dass die ePA vor einem verpflichtenden bundesweiten Rollout und den Folgestufen ausreichend erprobt wird, um Benutzerfreundlichkeit, Betriebsstabilität und damit einhergehend eine Akzeptanz in der Ärzteschaft für diese wichtige Anwendung zu gewährleisten. ■

Workstattgespräche zu „KI in der Gesundheitsversorgung“

Die Bundesärztekammer hat im Berichtsjahr sogenannte Werkstattgespräche zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Gesundheitsversorgung durchgeführt. Diese sollen unter anderem zur Diskussion darüber anregen, wie KI verantwortungsvoll eingesetzt werden könnte – auch mit Blick auf die Arzt-Patient-Beziehung.

Die Entwicklungen im Bereich der Künstlichen Intelligenz (KI) haben in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte gemacht und an Popularität gewonnen. KI beinhaltet Chancen, aber auch Risiken, wie die Gesundheitsversorgung grundlegend zugänglicher, präziser und effizienter gestaltet werden kann. Neben technologischen, ethischen und juristischen Aspekten wirft

KI auch tiefgehende Fragen zu ökonomischen, organisatorischen und zwischenmenschlichen Gesichtspunkten sowie zur Zukunft der medizinisch-klinischen Tätigkeiten auf.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte in seiner Klausursitzung im Juni 2023 auf Basis der Beschlüsse des 127. Deutschen Ärztetages in Essen beschlossen, „KI in der Gesundheitsversorgung“ als ein Schwerpunktthema in der laufenden Wahlperiode 2023/2027 zu bearbeiten.

Die BÄK hat deshalb – unter der Leitung der beiden Vorsitzenden des Ausschusses Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, PD Dr. Peter Bobbert und Erik Bodendieck – umfassende Werkstattgespräche mit Expertinnen und Experten vom Bundesgesundheitsministerium, der privaten und gesetzlichen Krankenkassen, von Forschungseinrichtungen, Krankenhauskonzernen, Pharma- und Industrieverbänden, Big-Tech-Unternehmen, Startups und Patientenverbänden sowie vom Verband Junger Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Ziel war es, insbesondere die Perspektiven und die Einschätzung nicht primär ärztlicher Stakeholder, die gleichwohl aber massiven Einfluss auf die Weiterentwicklung und Nutzung von KI und deren Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung haben, aufzunehmen und einzubeziehen.

Auf Basis der Werkstattgespräche wurden [Thesen zur Entwicklung des KI-Einsatzes in der Gesundheitsversorgung](#) für die kommenden Jahre formuliert, die sich

aus den Chancen und Herausforderungen durch den KI-Einsatz ergeben. Daraus wurden schließlich Anforderungen und Handlungsempfehlungen an Politik und Ärzteschaft abgeleitet. Die Ergebnisse wurden in einem Thesenpapier zusammengefasst.

Die Thesen im Überblick:

1. KI-basierte Services von Technologieunternehmen und Krankenkassen werden die digitalen Leistungsangebote im deutschen Gesundheitssystem – teils disruptiv – verändern und gewohnte Grenzen verschieben.
2. KI wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens massiv beschleunigen, um Daten für die KI zu generieren.
3. KI wird tendenziell zunächst zur Effizienzsteigerung zum Einsatz kommen.
4. KI wird sich gezielt an die einzelnen Patienten richten und dadurch das Arzt-Patienten-Verhältnis maßgeblich beeinflussen.

Der 129. Deutsche Ärztetag in Leipzig wird über das Thema „Künstliche Intelligenz in der Gesundheitsversorgung“ intensiv beraten – basierend auf dem Thesenpapier sowie der vom Wissenschaftlichen Beirat der BÄK erarbeiteten [Stellungnahme „KI in der Medizin“](#) und der bereits im Jahr 2021 veröffentlichten [Stellungnahme „Entscheidungsunterstützung ärztlicher Tätigkeit durch Künstliche Intelligenz“](#) der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. ■





© Pixavril/stock.adobe.com

Kinderschutz

Werbeverbot für ungesunde Lebensmittel endlich umsetzen

Ein breites Bündnis aus Organisationen, Verbänden und Initiativen aus Medizin, Gesundheitsförderung, Wissenschaft, Verbraucherschutz sowie Kinder- und Jugendschutz hat in einem offenen Brief an den vormaligen Bundeskanzler Olaf Scholz appelliert, das Gesetz zur Beschränkung von Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder und Jugendliche richtet, konsequent und wirkungsvoll umzusetzen.

„Wir setzen die gesunde Zukunft unserer Kinder aufs Spiel, wenn die Bundesregierung das Vorhaben nicht endlich anpackt und verbindliche Regelungen verankert“, erklärte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt anlässlich der [Veröffentlichung des offenen Briefes des Bündnisses](#), den auch die BÄK unterzeichnet hat. Dem Bündnis gehören Organisationen, Verbände und Initiativen aus Medizin, Gesundheitsförderung, Wissenschaft, Verbraucherschutz sowie Kinder- und Jugendschutz an. Gemeinsames Ziel ist, dem Stillstand bei der Beschränkung von Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder richtet, vehement entgegenzutreten.

Ungesunde, stark verarbeitete Lebensmittel und Getränke mit einem hohen Zucker-, Salz- oder Fettgehalt tragen zum Anstieg des Übergewichts in der Bevölkerung bei. Als eine Maßnahme zur Reduzierung des Konsums dieser Lebensmittel fordert die Bundesärztekammer seit Langem – unter der Federführung der beiden Vorsitzenden des Ausschusses „Public Health“, Dr. Gerald Qitterer und Dr. Klaus Reinhardt – gemeinsam mit anderen Ärzteorganisationen und Fachverbänden ein Verbot oder zumindest eine Einschränkung von an Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel.

Laut einer [Studie der Universität Hamburg](#) sehen mediennutzende Kinder zwischen drei und 13 Jahren durchschnittlich 15 Werbespots für Lebensmittel mit

hohem Zucker-, Fett- oder Salzgehalt pro Tag. Mehr als 90 Prozent der Lebensmittelwerbung, die Kinder in Internet und TV wahrnehmen, bewirbt Produkte wie Fast Food, Snacks oder Süßigkeiten – mit steigender Werbefrequenz.

Tatsächlich hatte die Forderung nach Werbebeschränkungen im Jahr 2021 Eingang in den Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP gefunden. Im Februar 2023 legte der vormalige Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft Cem Özdemir konkrete Umsetzungspläne vor. Er begründete seinen Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern vor Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- oder Salzgehalt (Kinder-Lebensmittel-Werbegesetz – KWG) damit, dass Ernährungspräferenzen in hohem Maße im Kindesalter geprägt werden und Werbung einen maßgeblichen und vor allem auch langfristigen Einfluss gerade auf die Altersstufen unter 14 Jahren habe. Daher sei die Regulierung von Werbung gegenüber Kindern ein wichtiger Ansatzpunkt, um ernährungsmitbedingte Erkrankungen zu vermeiden.

Der vorgelegte Gesetzentwurf fand in der Ärzteschaft, aber auch bei Verbraucherschützern, Ernährungs- und Kinderschutzorganisationen großen Anklang und wurde sogar als „großer Wurf“ bzw. „Meilenstein“ bezeichnet. Kritik kam innerhalb der Koalition von der FDP. Von Branchenverbänden der Lebensmittel- und Werbewirtschaft wurde massiv gegen das Vorhaben mobilisiert. Mit Erfolg: Das parlamentarische Verfahren wurde nicht eingeleitet. ■

Bedingt abwehrbereit? Versorgung auf den Ernstfall vorbereiten



[kammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt bei der Eröffnung der Tagung.](#)

Dazu gehörten unter anderem die strukturellen Herausforderungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst, für die Krankenhäuser, für die Praxen, für die Notfallversorgung, für den Rettungsdienst sowie viele weitere Versorgungsbereiche. Gute Vorbereitung, ausreichende Vorhaltung, klar geregelte Zuständigkeiten und trainierte Abläufe seien grundlegend, um für den Krisenfall gewappnet zu sein.

Perspektiven auf Krisenbewältigung

Im Verlauf der Veranstaltung stellten verschiedene Referentinnen und Referenten ihre Perspektive auf die Krisenbewältigung und Notfallvorsorge dar. Nach einer politischen Einordnung durch Prof. Dr. Kerstin von der Decken, Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz im Berichtsjahr und Ministerin für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, beleuchtete Prof. Dr. Heyo Kroemer, Vorsitzender des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“ sowie Vorstandsvorsitzender der Charité Berlin, die Perspektive sowie Vorkehrungen der Universitätsmedizin. Dabei nahm er auch Bezug auf den russischen Angriffskrieg auf die Ukraine und die derzeitige Beteiligung der Charité an der Versorgung von Verletzten.

Deutschland erlebt eine Zeit wachsender Bedrohungen – von innen wie außen: Der russische Angriffskrieg auf die Ukraine, der Klimawandel, Cyberangriffe und politischer Extremismus stellen die Krisenresilienz der Gesellschaft auf eine harte Probe. Das gilt auch für das Gesundheitswesen: Wie krisenfest ist es? Wie können Strukturen und Prozesse effizienter gestaltet werden, ohne Abstriche bei der Versorgungssicherheit zu machen? Welche Anforderungen stellen sich an das Zusammenspiel von staatlichen Akteuren, Selbstverwaltung und Zivilgesellschaft? Diese Fragen haben Expertinnen und Experten auf der Tagung „BÄK im Dialog – Bedingt abwehrbereit? Die Patientenversorgung auf den Ernstfall vorbereiten“ am 10. Oktober 2024 in Berlin diskutiert.

„Die meisten Menschen in Deutschland wurden in eine Gesellschaft hineingeboren, die durch Frieden und Fortschritt geprägt war – dass in Europa wieder ein Krieg ausbricht, erschien lange Zeit undenkbar. Umso wichtiger ist es, dass wir die neuen Realitäten akzeptieren und uns in allen gesellschaftlichen Bereichen auf den Ernstfall vorbereiten. Wir müssen aber auch über die Resilienz des Gesundheitswesens insgesamt sprechen“, betonte [Bundesärzte-](#)

Betrachtet wurden ebenfalls die zivile Verteidigung durch Ralph Tiesler, Präsident des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, sowie die zivil-militärische Zusammenarbeit bei Bündnis- und Landesverteidigung durch den Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Dr. Ralf Hoffmann.

Als bereits etabliertes Konzept zur länderübergreifenden Verlegung von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten wurde das Kleeblattkonzept herausgehoben, das initial in der Corona-Pandemie angewendet und seither weiterentwickelt wurde. Seit dem Frühjahr 2022 werden über den Kleeblattmechanismus schwerverletzte und schwerkranke Patientinnen und Patienten aus der Ukraine nach Deutschland verlegt. Im Fall der Bündnis- oder Landesverteidigung ist mit einer erheblichen Anzahl verwundeter, verletzter und erkrankter Soldatinnen und Soldaten und auch Zivilpersonen in Deutschland zu rechnen, die versorgt und zum Teil weitertransportiert werden müssen – und das bei stark belasteter Gesundheitsinfrastruktur.

Deutlich wurde zudem, dass der medizinische Sektor bei der Bewältigung von Krisensituationen auf unterschiedliche Faktoren angewiesen ist: eine schnelle Verfügbarkeit von Ressourcen, eine flexible Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Fachbereichen und Institutionen. Insbesondere die zivil-militärische Zusammenarbeit sollte weiter gestärkt werden. Konsens bei der Veranstaltung bestand auch darin, die Bevölkerung durch entsprechende Risikokommunikation zu sensibilisieren und zur eigenständigen Vorsorge zu motivieren.

Bezüglich der Logistik der Patientenversorgung in Krisenfällen merkten die Referentinnen und Referenten an, wie wichtig dieser Aspekt unter anderem vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen in der Arzneimittelproduktion sei. Zunehmend mehr Produktionsstätten werden ins Ausland verlagert, so dass ausreichend Lager- und Bevorratungskapazitäten in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorgehalten werden müssten. Hierbei wurden auch die notwendigen strukturellen und organisatorischen Maßnahmen thematisiert, wie etwa die schnelle Verfügbarkeit von Notfallplänen, die Schulung von medizinischem Personal und die Koordination von Hilfsmaßnahmen.

In einer Podiumsdiskussion – moderiert von Thomas Wiegold – wurde darüber hinaus diskutiert, wie ein Notfallplan für Krankenhäuser und Arztpraxen konkret aussehen sollte. Hier wurde die Notwendigkeit

einer klaren Kommunikation und einer schnellen Entscheidungsfindung unterstrichen.

Krisenresilienz in Gesetzgebung berücksichtigen

Die Durchführung von Notfallübungen im Krankenhaus muss durch eine entsprechende Finanzierung sichergestellt werden, forderten die Referentinnen und Referenten sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung. Der Krisenfall müsse auch in Gesetzgebungsverfahren stärker berücksichtigt werden. Problematisch sei beispielsweise, dass Reservekapazitäten in Krisenfällen nicht im Kran-



Info

Eine Aufzeichnung der Veranstaltung [„BÄK im Dialog – Bedingt abwehrbereit? Die Patientenversorgung auf den Ernstfall vorbereiten“](#) steht auf der Website der Bundesärztekammer zur Verfügung.

kenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) berücksichtigt werden. Die vorgesehene Konzentration sowie Spezialisierung der Krankenhäuser müsse mit der Vorbereitung auf Krisenszenarien in Einklang gebracht werden, damit die Kapazitäten der medizinischen Einrichtungen im Krisenfall nicht zu schnell erschöpft sind. Beim Neu- und Umbau von Krankenhäusern seien Vorkehrungen zur Energiesicherheit und notwendige Spezialvorrichtungen wie z. B. Dekontaminationseinheiten mitzuplanen und zu finanzieren.

Die Frage der Krisenresilienz wird für die kommenden Jahre zu einer zentralen Herausforderung für das Gesundheitswesen werden. Die Veranstaltung „BÄK im Dialog“ hat dazu wesentliche Impulse gegeben. Sie war zugleich ein Auftakt für den Dialog, den die Bundesärztekammer in diesem Themenfeld auch weiterhin mit den Partnern auf fachlicher und politischer Ebene führen wird. ■

„Sprechende Medizin – der Podcast“

In der [Podcast-Folge „Bedingt abwehrbereit“](#) geht BÄK-Präsident Reinhardt unter anderem der Frage nach, wie krisenfest das deutsche Gesundheitssystem ist.



Öffentlicher Gesundheitsdienst

Krisenfest und sicher in die Zukunft?

Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Umbrüche, die auch mit Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung einhergehen, wird der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) als Dritte Säule des Gesundheitssystems zunehmend wichtiger.

„Der ÖGD muss resilienter werden, um so den künftigen Krisen – wie der Verschärfung sozialer Ungleichheit, dem Klimawandel und der befürchteten Zunahme von Epidemien – Stand halten zu können“, betonte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt bei der Eröffnung der [BÄK-Fachtagung „Public Health vor Ort: Gegenwart und Zukunft eines krisenfesten Öffentlichen Gesundheitsdienstes“](#) im Beisein der Co-Vorsitzenden der BÄK-Arbeitsgruppe „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ und Schirmherrin der Tagung, Christine Neumann-Grutzeck, am 12. Juni 2024 in Berlin.

Die Tagung stieß mit mehr als 280 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus den Bereichen Öffentliche Gesundheit, Gesundheitspolitik, Kinder- und Jugendmedizin, Sozialmedizin und Public Health auf große Resonanz.

Nach einer historischen Einordnung der Aufgaben und Rolle des ÖGD durch Dr. Matthias Gruhl, ehemaliger Hamburger Staatsrat, stand in der anschließenden Diskussion neben der hohen bevölkerungsmedizinischen Bedeutung auch die Frage im Fokus, wie der ÖGD auf künftige Gefahrenlagen vorbereitet werden kann.

Als Konsens und zugleich als ein Ergebnis der Fachtagung kann festgehalten werden, dass der ÖGD ein unverzichtbarer Teil des modernen Sozialstaates ist und neben der ambulanten und stationären Versor-

gung zur Basis des deutschen Gesundheitssystems gehört.

Was aber benötigt der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seinem breiten Aufgabenspektrum gegenwärtig und auch zukünftig, um neben seinen gesetzlichen Aufgaben vor allem den neuen und stetig zunehmenden gesamtgesellschaftlichen und sozialmedizinischen Herausforderungen gerecht werden zu können?

Pakt für den ÖGD

Während der Corona-Pandemie erfuhr der ÖGD eine enorme – bis dato unbekannte – öffentliche Aufmerksamkeit. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der rund 380 Gesundheitsämter in Deutschland mussten die vielfältigen Aufgaben zur Gewährleistung des Infektionsschutzes übernehmen. Hierzu zählten die Verhängung von Quarantänemaßnahmen, zum Beispiel die Kontaktpersonennachverfolgung sowie die umfangreiche Erfassung der Infektionsdaten.

Die Leiterin der Abteilung „Öffentliche Gesundheit“ im [Bundesgesundheitsministerium \(BMG\)](#), Dr. Ute Teichert, konstatierte bei der BÄK-Fachtagung, dass

die Mitarbeitenden in dieser Zeit stark belastet waren und Großes für die Gesundheit der Bevölkerung geleistet hätten – vor allem angesichts äußerst knapper Ressourcen. Aufgrund der personellen Engpässe, die auch auf die jahrzehntelange Unterfinanzierung des ÖGD zurückzuführen seien, musste die Bundeswehr zur Amtshilfe und Unterstützung in den Gesundheitsämtern hinzugezogen werden.

Die Bundespolitik reagierte seinerzeit auf diese angespannte und prekäre Situation und beschloss Ende September 2020 den „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Mit diesem stellt der Bund insgesamt vier Milliarden Euro bis Ende des Jahres 2026 zur Verbesserung der Personalsituation und für die Digitalisierung des ÖGD zur Verfügung.

Der Pakt für den ÖGD habe sowohl personell als auch technisch bereits eine positive Wirkung gezeigt, betonte Dr. Kristina Böhm, die vormalige Vorsitzende des [Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst \(BVÖGD\)](#), bei der Fachtagung. Darüber hinaus sei es für die vergleichsweise kleine Facharztgruppe der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD dringend erforderlich, dass diese

Arbeitsgruppe „Öffentlicher Gesundheitsdienst“, Rudolf Henke, dem Bundestagsabgeordneten Johannes Wagner (Bündnis 90/Die Grünen) sowie weiteren Expertinnen und Experten der kommunalen Ebene. Auch tauschten sich die Tagungsteilnehmende darüber aus, wie die Attraktivität des Berufsbildes „Arzt/Ärztin im ÖGD“ und die Rahmenbedingungen im ÖGD nachhaltig verbessert sowie eine tarifgerechte Bezahlung der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte realisiert werden könnten.

Einigkeit bestand darin, dass die multi-professionellen Teams in den Gesundheitsämtern seit Jahren sehr erfolgreich zusammenarbeiten. Notwendig sei jedoch, dass die ärztliche Leitung der Gesundheitsämter aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und Patientensicherheit erhalten bleibt.

Auch sollten mehr Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen werden. Eine attrakti-

„Der ÖGD muss resilienter werden, um so den künftigen Krisen – wie der Verschärfung sozialer Ungleichheit, dem Klimawandel und der befürchteten Zunahme von Epidemien – Stand halten zu können.“

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer

sich auch in den Berufsverbänden und (Landes-)Ärzttekammern für ihre berufspolitischen Interessen stark machen, um bei den politisch Verantwortlichen Gehör zu finden. Zur Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs sei es zudem notwendig, dass Praktika, Teile des Praktischen Jahres und Famulaturen auch im ÖGD absolviert werden könnten.

Rahmenbedingungen im ÖGD nachhaltig verbessert

Auch waren sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachtagung einig, dass die Weiterfinanzierung und Verstetigung des „Pakts für den ÖGD“ über das Jahr 2026 hinaus elementar sei. Wie dies vor dem Hintergrund der aktuellen Haushaltslage von Bund, Ländern und Kommunen gelingen könnte, war unter anderem Thema der Podiumsdiskussion mit dem vormaligen Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein und Co-Vorsitzenden der BÄK-

ve Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen könne beispielsweise im Rahmen von Weiterbildungsverbänden gut umgesetzt werden. Hausärztliche Weiterbildungsverbände könnten hierfür als erfolgreiches Praxisbeispiel dienen, bei dem sich Praxen, Kliniken und weitere medizinische Einrichtungen in einer Region zusammenschließen, um Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sektorenübergreifend strukturiert weiterzubilden, wie Rudolf Henke berichtete.

In der neuen Legislaturperiode des Bundestages wird sich die Bundesärztekammer auch weiterhin für die Absicherung eines krisenfesten ÖGD und die spezifisch-ärztlichen Belange einsetzen. Die Weiterfinanzierung und Verstetigung des Pakts für den ÖGD stehen hierbei an erster Stelle. ■



© KatarzynaBialasiewicz/iStock/Getty-Images

Aktionswoche Alkohol 2024

Bundesärztekammer fordert mehr Prävention bei Alkohol

Alkoholkonsum gehört zu den wesentlichen Risikofaktoren für zahlreiche Erkrankungen. Schätzungen zufolge sterben jährlich zehntausende Menschen in Deutschland an den Folgen ihres Alkoholkonsums.

Anlässlich der Aktionswoche Alkohol im Juni 2024 hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) in einem [Positionspapier](#) die verstärkte Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen gefordert.

„Nach wie vor ist Deutschland ein Hochkonsumland, wenn es um Alkohol geht. Die gesundheitlichen und gesellschaftlichen Schäden sind immens. Dabei könnten wir den Alkoholkonsum deutlich reduzieren, sofern der politische Wille dazu vorhanden ist“, sagte Erik Bodendieck, Co-Vorsitzender des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der BÄK im Zuge der Veröffentlichung des Positionspapiers.

Der Ausbau verhältnispräventiver Maßnahmen trägt dazu bei, den riskanten Alkoholkonsum zu verringern, heißt es in dem Positionspapier. Auf diesem Gebiet hat Deutschland laut der Weltgesundheitsorganisation und der Organisation für wirtschaftliche Zusammen-

arbeit und Entwicklung (OECD) im internationalen Vergleich großen Nachholbedarf. Zu den Maßnahmen gehören neben einem umfassenden Werbeverbot für Alkohol auch die höhere Besteuerung und Bepreisung von Alkoholprodukten und die Einschränkung der Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken.

„All diese Maßnahmen sind hoch wirksam und leicht umzusetzen. Die Politik steht hier in der Verantwortung, endlich zu handeln und die Menschen besser vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums zu schützen“, betonte Bodendieck.

Alkoholwerbung umfassend verbieten

Ferner hatte der 128. Deutsche Ärztetag in Mainz sich mit großer Mehrheit für umfassende Werbeverbote für Alkoholprodukte, aber auch für Tabak- und Nikotinprodukte sowie für Glücksspiel ausgesprochen. Insbesondere mit Blick auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene müssten die zuständigen Behörden dafür Sorge tragen, dass das Werbeverbot in den sozialen Medien eingehalten werde, heißt es in dem Ärztetags-Beschluss.

Zudem engagiert sich die Bundesärztekammer in einem breiten Bündnis aus gesundheits- und zivilgesellschaftlichen Organisationen in der Initiative [„Kinder ohne Alkohol und Nikotin“](#). Das Bündnis setzt sich für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Einflüssen von Marketing ein.

Gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin, dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband, der DHS und dem Berufsverband der Frauenärzte organisierte die BÄK außerdem im Rahmen der Aktionswoche Alkohol die Online-Fortbildung „Alkohol nüchtern betrachtet: Ärztinnen und Ärzte klären auf!“. Die Fortbildung zielte darauf ab, das Bewusstsein in der Ärzteschaft für die Risiken des Alkoholkonsums zu schärfen, Ärztinnen und Ärzte über Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und die Zusammenarbeit mit dem Suchthilfesystem zu stärken.

Trotz der zahlreichen Initiativen von Bundesärztekammer und anderen Gesundheitsorganisationen zur Alkoholprävention bleibt weiterhin Handlungsbedarf. Es bedarf kontinuierlicher Anstrengungen, um langfristige Veränderungen zu bewirken und die hohe Krankheitslast und Kosten, die durch Alkoholkonsum entstehen, effektiv einzudämmen. ■

Einweg-Zigaretten verbieten!



© Benjamin Robinson/Stock/Getty-Images

Einweg-E-Zigaretten sind nicht nur umweltschädliche Wegwerfprodukte, sondern haben auch Suchtpotenzial und gefährden die Gesundheit – insbesondere von Kindern und Jugendlichen.

Gemeinsam mit der Deutschen Umwelthilfe und weiteren Gesundheits-, Kinderschutz-, Umweltschutz- und Branchenverbänden hat die Bundesärztekammer deshalb im Juli 2024 einen [offenen Brief an die ehemalige Bundesumweltministerin Steffi Lemke](#) mit der klaren Forderung nach einem nationalen Verbot von Einweg-E-Zigaretten adressiert. Diese Forderung bekräftigte die BÄK zudem in ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl 2025 [„Fokus auf die Gesundheit: Woran sich die neue Bundesregierung messen lassen muss“](#).

Mehr Sicherheit bei Strahlenschutz und Röntgen



Die medizinische Anwendung ionisierender Strahlung und radioaktiver Stoffe besitzt einen wichtigen diagnostischen und therapeutischen Stellenwert. Die Indikationsstellung und Qualität zur Durchführung dieser Anwendungen unterliegen hohen Anforderungen, nicht zuletzt im Sinne der Patientensicherheit.

Der Zentrale Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen (ZÄS) bei der Bundesärztekammer trägt maßgeblich zur bundeseinheitlichen Umsetzung des geltenden Strahlenschutzrechts in der Röntgendiagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin sowie der sich hierauf beziehenden Richtlinien bei. Dennoch ist das von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) – unter Zustimmung der Ärztlichen Stellen – vor mehr als 30 Jahren eingerichtete Gremium weitestgehend unbekannt.

In jedem Bundesland gibt es mindestens eine Ärztliche Stelle – mit Ausnahme von Niedersachsen und Bremen, für die eine gemeinsame Ärztliche Stelle zuständig ist. Die Ärztlichen Stellen stehen in der Trägerschaft einer (Landes-)Ärztekammer, einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder in deren gemeinsamer Trägerschaft. Für Hessen wurde der TÜV SÜD als Ärztliche Stelle bestellt. Die Bundeswehr besitzt eine eigene Ärztliche Stelle.

Die Ärztlichen Stellen treffen sich zweimal pro Jahr zu einem jeweils zweitägigen Erfahrungsaustausch,

um sich über bundeseinheitliche Qualitätssicherungsmaßnahmen im Strahlenschutz und bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen auszutauschen sowie sich auf gemeinsame, die Patientensicherheit gewährleistende Empfehlungen zu verständigen. Die Geschäftsführung des ZÄS wechselt im sechsjährigen Intervall zwischen BÄK und KBV und wird aktuell bis 2029 von der BÄK wahrgenommen.

An den Sitzungen des ZÄS nehmen das zuständige Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) sowie das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) teil. Der Zentrale Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen zeichnet sich durch Sachverstand und Expertise in den unterschiedlichsten Bereichen aus – medizinisch, physikalisch-technisch, juristisch, administrativ. Diese ergänzen sich konstruktiv. Die Empfehlungen des ZÄS werden erst rechtswirksam, wenn die zuständigen Behörden der Länder diese entsprechend beschließen.

Der ZÄS hat in den vergangenen Jahren ein einheitliches System von Prüfkriterien zur Qualitätssicherung entwickelt, das als „Einheitliches Bewertungssystem“ bezeichnet wird. Dieses stellt die Grundlage bundeseinheitlich vergleichbarer QS-Überprüfungen durch die Ärztlichen Stellen dar. Die in diesem Bereich dynamische Weiterentwicklung von Wissenschaft und Technik, etwa durch neu etablierte Diagnostik- und Therapieverfahren, aber auch durch Änderungen seitens der unterschiedlichen Normengeber, erfordern eine fortwährende Beobachtung und nötigenfalls auch eine zügige Anpassung der Kriterien. Ziel ist eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung. ■

Europawahl 2024

„Gemeinsam für ein gesundes Europa“

Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Positionspapier zur Europawahl 2024 erarbeitet. In diesem sind sechs Forderungen der deutschen Ärzteschaft in zentralen gesundheitsrelevanten Bereichen formuliert.

Ein Schwerpunkt des Positionspapiers liegt auf dem Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen als gesamteuropäisches Problem. Für die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften sind die Mitgliedstaaten zuständig. Die Europäische Union (EU) hat jedoch politisch die Möglichkeit, die Mitgliedstaaten an ihre Verantwortung zu erinnern, ausreichend Personal auszubilden.

Der Zuzug von Ärztinnen und Ärzten aus anderen EU- und Drittstaaten trägt dazu bei, den Ärztemangel abzumildern, während Migration in den weniger finanzkräftigen Staaten Personalengpässe verstärkt. Die EU sollte sich daher nicht auf die Förderung von Migration beschränken, sondern sichere, familienfreundliche Arbeitsbedingungen durch Festlegung europäischer Mindestanforderungen schaffen, um Gesundheitsberufe insgesamt attraktiver zu gestalten.

Reform des EU-Arzneimittelrechts

In dem [Positionspapier zur Europawahl](#) riefen Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung zudem die Europäische Kommission dazu auf, die angestoßene Reform des EU-Arzneimittelrechts zu Ende zu führen. „Mit ihrer Arzneimittelstrategie für Europa hat die EU-Kommission einen

dringend notwendigen Schritt unternommen, um Anreize für die Entwicklung von Arzneimitteln zu schaffen, für die ein besonderer Bedarf besteht“, heißt es in dem Positionspapier. Zugleich sollten Fehlanreize beseitigt werden, die zu Preissteigerungen führen, die schwer nachvollziehbar und für die Gesundheitssysteme kaum tragbar sind.

Aus Sicht der deutschen Ärzteschaft seien deshalb die bereits vorliegenden Vorschläge nur ein erster Schritt: „Damit Lieferengpässe nicht erst entstehen, sind diversifizierte Lieferketten und eine wieder verstärkt europäische Arzneimittelproduktion anzustreben.“ Bei der Neuregelung des Zulassungsverfahrens müssten die geltenden Standards im Interesse der Sicherheit der Patientinnen und Patienten aufrechterhalten bleiben.

Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Mit der Einigung über die Verordnungen zum Gesundheitsdatenraum und zur Künstlichen Intelligenz hat die EU zwei wichtige Vorhaben zur Digitalisierung der Gesundheitsversorgung auf den Weg gebracht. Die BÄK mahnte an, dass bei deren Umsetzung der Umstellungsaufwand für die Angehörigen der Gesundheitsberufe handhabbar bleiben muss.

Darüber hinaus forderten die beiden ärztlichen Verbände in dem Positionspapier eine konsequente Präventionspolitik im Bereich Alkohol, Nikotin und illegale Drogen sowie eine Reduzierung von Treibhausgasen und gesundheitsschädlichen Emissionen. ■

Gemeinsam für ein
gesundes Europa

United in health
Pravda EU in zdravje



Forderungen der deutschen Ärzteschaft zur Europawahl 2024

1. Für eine gute Gesundheitsversorgung: Demokratie verteidigen
2. Mehr qualifizierte Arbeitskräfte für die Gesundheit
3. Arzneimittel „made in Europe“
4. Chancen von Gesundheitsdatenraum und KI jetzt nutzen
5. Möglichkeiten der Prävention ausschöpfen
6. Klima- und Umweltschutz bedeuten Gesundheitsschutz



© Wirestock/Stock-Getty-images

60 Jahre Deklaration von Helsinki

Neufassung stärkt ethische Prinzipien bei der Forschung am Menschen

Mehr Schutz für Studienteilnehmende, bessere Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen in der Forschung und Stärkung der Unabhängigkeit von Ethikkommissionen: Das sind wesentliche Elemente der Fortschreibung der Deklaration von Helsinki, die von der Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 2024 in Helsinki beschlossen wurde.

Die Deklaration von Helsinki gehört seit nunmehr 60 Jahren zu den wichtigsten Dokumenten des Weltärztebundes (World Medical Association, WMA) und beschreibt die grundlegenden ethischen Prinzipien für die Forschung am Menschen. Die im Kern unveränderlichen ethischen Grundsätze sind im Zehn-Jahres-Rhythmus immer wieder mit Blick auf die Weiterentwicklung der biomedizinischen Forschung und des gesellschaftlichen Umfeldes neu formuliert worden.

„Besonders wichtig ist mir, dass der Patienten- und Probandenschutz angesichts eines veränderten Forschungsumfeldes weiter gestärkt wird“, sagte der [Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt mit Blick auf die überarbeitete Fassung der Deklaration von Helsinki](#).

Diese unterstreiche in der neuen Version außerdem die Notwendigkeit von Unabhängigkeit der Ethikkommissionen. „Dies ist auch für die deutsche Debatte ein wichtiges Signal“, betonte Reinhardt.

Neben BÄK-Präsident Reinhardt nahmen BÄK-Vizepräsidentin Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Johannes Albert Gehle, Rudolf Henke und Dr. Gerald Quitterer vom BÄK-Vorstand sowie BÄK-Ehrenpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery als Mitglieder der deutschen Delegation an der WMA-Sitzung in Helsinki teil.

Die Bundesärztekammer war bei der vorherigen Revision im Jahr 2013 bereits federführend beteiligt und wurde auch für die erneute Überarbeitung in die internationale Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz des Amerikanischen Ärzteverbands (American Medical Association) berufen.

Konferenz „Vulnerable Gruppen in der klinischen Forschung“ in München

Im Rahmen des zweijährigen Revisionsprozesses veranstaltete die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Nationalen Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) – und in enger Zusammenarbeit mit dem WMA und dem Amerikanischen Ärzteverband – im Mai 2024 die Konferenz „Vulnerable Gruppen in der klinischen Forschung“ in München. Die Bayerische Landesärztekammer hatte dazu in ihre Geschäftsstelle eingeladen.

Die Veranstaltung zielte darauf ab, den aktuellen Diskussionsstand zum Umgang mit besonders schutzbedürftigen, vulnerablen Gruppen in klinischen Studien am Menschen – insbesondere mit Kindern, Schwangeren, Inhaftierten und Menschen mit Behinderung – wiederzugeben. Auch sollte die internationale WMA-Arbeitsgruppe, die die Revision vorbereitete, inhaltlich unterstützt werden.

Die rund 100 Teilnehmenden folgten einer Reihe von Vorträgen von Expertinnen und Experten aus vielen Teilen der Welt sowie interaktiven Podiumsdiskussionen. Im Anschluss an die Veranstaltung tagte die WMA-Arbeitsgruppe und konnte die erarbeiteten Ansätze in den Entwurf der neuen Fassung der Deklaration von Helsinki einarbeiten.

Insgesamt wurden bei der Revision die Kernprinzipien der Deklaration von Helsinki beibehalten und der Schutz der Teilnehmenden in klinischen Studien gestärkt. ■

CPME mit neuer Führung



Die Generalversammlung des [Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte \(CPME-European Doctors\)](#) hat am 9. November 2024 in Amsterdam eine neue Führungsspitze gewählt. Neuer Präsident für die Jahre 2025 bis 2027 ist der norwegische Hausarzt Dr. Ole Johan Bakke. Die Bundesärztekammer ist aktives Mitglied im europäischen Ärzteverband CPME. Dr. Andreas Botzlar, Vorstandsmitglied der BÄK, wurde zum ersten Vizepräsidenten der CPME gewählt. Die drei weiteren Vizepräsidentinnen und Vizepräsidenten für die laufende Amtsperiode sind Dr. Jacqueline Rossant-Lumbroso (Frankreich), Dr. Péter Almos (Ungarn) und Dr. Kitty Mohan (Vereinigtes Königreich). Schatzmeister ist Prof. Dr. Raymond Walley (Irland). Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery wurde nach 35 Jahren Gremientätigkeit, darunter von 2018 bis 2021 als CPME-Präsident, von den Mitgliedern des CPME feierlich verabschiedet.

Versorgung von Frauen mit Genitalverstümmelung verbessern



© picture alliance/Hans Lucas Denis Meyer

Die Menschenrechtsbeauftragten der (Landes-)Ärzttekammern haben sich im Oktober 2024 – unter der Leitung der beiden Menschenrechtsbeauftragten der BÄK, PD Dr. Peter Bobbert und Dr. Pedram Emami – zur medizinischen Versorgung von Frauen mit Genitalverstümmelungen ausgetauscht. Am Erfahrungsaustausch der Menschenrechtsbeauftragten nahmen auch Vertreterinnen der Arbeitsgemeinschaft Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. teil.

Nach wie vor bestehen Wissenslücken bei Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen über die gynäkologischen und urologischen Probleme und Beeinträchtigungen, die bei den betroffenen Frauen in Folge einer Genitalverstümmelung auftreten können.

Um dem Informationsdefizit entgegenzuwirken, hat die Arbeitsgemeinschaft Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. die Umsetzung verschiedener Maßnahmen initiiert, die zu einer besseren Integration des Themas „Weibliche Genitalverstümmelung“ (Female Genital Mutilation/Cutting; FGM/C) in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesund-

heitsberufe beitragen sollen. So sollen unter anderem nationale FGM-Boards aufgebaut, ein Curriculum zu FGM/C erarbeitet sowie ein Kapitel zu FGM/C in einem Online-Lehrbuch veröffentlicht werden, das bundesweit Kliniken bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden kann.

Prof. Dr. Uwe Köhler, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum St. Georg in Leipzig, informierte anschließend über seine Arbeit als ärztlicher Leiter des [SAIDA Kompetenzzentrums](#) in Leipzig. Neben Prävention sowie Beratung und Versorgung für betroffene Frauen und Mädchen bietet die Fach- und Beratungsstelle auch Fortbildungen für Gesundheitsfachkräfte an.

Darüber hinaus befassten sich die Mitglieder des Erfahrungsaustausches der Menschenrechtsbeauftragten der (Landes-)Ärzttekammern mit der [Initiative „Gesundheit unteilbar – Gemeinsam gegen Ausgrenzung und für ein gerechtes Gesundheitssystem“](#) von Ärzte der Welt e. V. Ziel der Initiative ist, die Stimme aus dem Gesundheitswesen solidarisch für einen gerechten und barrierefreien Zugang zu medizinischer Versorgung zu erheben. ■

Frauengesundheit

Die Arbeitsgemeinschaft Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. ist ein Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten, die über berufliche Erfahrungen im Bereich von Gynäkologie und Geburtshilfe unter besonderen Bedingungen verfügen wie beispielsweise in Entwicklungsländern.

Aktuelle Positionierungen der Bundesärztekammer

Die ärztliche Selbstverwaltung leistet durch die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Der Vorstand der BÄK wird in diesem Themenfeld von Expertinnen und Experten seines Wissenschaftlichen Beirats mit ihren fachlichen Netzwerken beraten.

Der Ständige Arbeitskreis [Richtlinien Hämotherapie](#) des Wissenschaftlichen Beirates (WB) hat die „Muster-Arbeitsanweisung zur Transfusion von Erythrozytenkonzentraten (EK) unter den besonderen Bedingungen des Abschnitts 6.4.2.3.1 b) ‚Sonderfälle‘ der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2023“ sowie die „Fortbildungsinhalte zur Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter/Leiter Blutdepot“ überarbeitet. Nach Beratung im WB sowie Beschlussfassung im Vorstand der Bundesärztekammer wurden diese Papiere auf der [Website des WB](#) veröffentlicht.

Grundlegend überarbeitet und modular gestaltet wurden die Fortbildungsinhalte zum Qualitätsbeauftragten Hämotherapie. Diese wurden Anfang 2025 ebenfalls veröffentlicht.

Die Einsatzmöglichkeiten von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin sind vielfältig. Dabei hat KI das Potenzial, die Patientenversorgung zu verbessern und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Insgesamt wird deutlich, dass sich das Gesundheitswesen und insbesondere die ärztliche Tätigkeit durch den vermehrten Einsatz von KI verändern wird und dass der ärztlichen Mitgestaltung dieses Wandels wesentliche Bedeutung zukommt.

Vor diesem Hintergrund hatte der Vorstand der Bundesärztekammer einen [interdisziplinären Arbeitskreis des WB](#) unter Federführung von Prof. Dr. Ulrike Attenberger und stellv. Federführung von Prof. Dr. Stefan Endres beauftragt, den Status quo von KI in der Medizin und damit verbundene Risiken und Chancen aus medizinisch-wissenschaftlicher Perspektive darzustellen.

Die im Januar 2025 vom Vorstand der BÄK beschlossene [Stellungnahme „Künstliche Intelligenz in der Medizin“](#) benennt Aufholbedarf bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens und beschreibt aus ärztlicher Sicht und mit Blick auf das Patientenwohl Anforderungen hinsichtlich etwa der Robustheit von KI-Systemen.

„KI kann Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen, Informationen zu bündeln, sie von repetitiven Tätigkeiten zu entlasten und so mehr Raum für den Arzt-Patienten-Kontakt zu schaffen“, [betonte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt anlässlich der Veröffentlichung der Stellungnahme](#). Mit diesen Chancen gingen auch ethische Anforderungen an die ärztliche Tätigkeit einher – wie etwa die Überprüfung der Plausibilität der diagnostischen Vorschläge durch KI. „Die Vermittlung der erforderlichen digitalen Kompetenzen in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung ist deshalb von zentraler Bedeutung“, so Reinhardt.

„Erforderlich sind zudem kommunikative Kompetenzen, um den Umgang mit Unsicherheiten von Patientinnen und Patienten zu erleichtern und gegenseitiges Vertrauen in eine KI-unterstützte Medizin zu schaffen“, erläuterte Attenberger.

Neu eingerichtet wurde beim WB ein [Arbeitskreis „Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health“](#), der im zweiten Halbjahr 2025 eine Stellungnahme zu diesem aktuellen Thema vorlegen soll. ■

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Arzneimitteltherapiesicherheit im Fokus



Das Jahr 2024 war ein besonderes für die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Es war geprägt durch eine Zäsur infolge der Neuwahl des Vorsitzenden und – neben den Routinetätigkeiten – durch zwei wissenschaftliche Symposien und dem 6. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist als ständiger Ausschuss der Bundesärztekammer eingerichtet. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus verschiedenen Gebieten der Medizin arbeiten hier interdisziplinär zusammen.

Die AkdÄ ist gemäß Sozialgesetzbuch (SGB V) und gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als stellungnahmeberechtigte Institution bestimmt. Darüber hinaus ist sie in ver-

schiedenen Gremien, beispielsweise im Beirat zu Liefer- und Versorgungsengpässen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), vertreten. Gemäß ihrem [Statut](#) soll sie zu Grundsatz- und Einzelfragen Stellung nehmen, die ihr vom Vorstand der BÄK vorgelegt werden, berät den Vorstand der BÄK unabhängig in das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen und unterstützt ihn in seiner Meinungsbildung zu arzneimittelpolitischen Fragen. Mit weiteren Gremien der BÄK erfolgt eine Zusammenarbeit zu Themenschwerpunkten.

Wechsel an der AkdÄ-Spitze

Als neuer AkdÄ-Vorsitzender löste Prof. Dr. Bernd Mühlbauer am 22. November 2024 den langjährigen Vorsitzenden Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig ab. Einstimmig votierten die Mitglieder des Vorstands der AkdÄ für den Pharmakologen aus Bremen, der dem Gremium nun für drei Jahre vorstehen wird.

Bei dem zu Ehren von Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig am Vortag der Mitgliederversammlung ausgerichteten Symposium „Der therapeutische Stellenwert neuer Arzneimittel – Instrumente der Bewertung und ihre Relevanz für den klinischen Einsatz“ würdigte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt das langjährige und außerordentliche Engagement des scheidenden Vorsitzenden.

Zum stellvertretenden Vorsitzenden wurde Dr. Andreas Klinge, Internist und Diabetologe aus Hamburg, ebenfalls einstimmig gewählt. Von den ordentlichen Mitgliedern der AkdÄ neu in den Vorstand gewählt wurde PD Dr. Sebastian Fetscher, Medizinische Klinik III (Häma-

tologie, internistische Onkologie und Palliativmedizin), Sana Kliniken Lübeck.

Neben dem neuen Vorsitzenden und dem neuen stellvertretenden Vorsitzenden wurden PD Dr. Martina Pitzer, Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Eltville, und Prof. em. Dr. Dr. Wolfgang Rascher, ehem. Kinder- und Jugendklinik Universitätsklinikum Erlangen, wiedergewählt. Dem AkdÄ-Vorstand gehören ferner Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, als von der Bundesärztekammer benanntes Mitglied, sowie Dr. Sibylle Steiner an, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung benannt wurde.

50 Jahre „Arzneiverordnung in der Praxis“

Das [Arzneimittelbulletin „Arzneiverordnung in der Praxis \(AVP\)“](#) informiert seit einem halben Jahrhundert die Ärzteschaft wissenschaftlich und unabhängig über Themen der rationalen Arzneimitteltherapie und der Arzneimittelsicherheit.

Anlässlich dieses Jubiläums fand auf Einladung der Bundesärztekammer am 27. September 2024 das wissenschaftliche Symposium „50 Jahre Arzneiverordnung in der Praxis, 50 Jahre unabhängige Arzneimittelinformation“ in der Warthalle in Berlin statt. Mit der Feierlichkeit sollte die Bedeutung der unabhängigen, evidenzbasierten und transparenten Arzneimittelinformation für die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gewürdigt werden. Anlässlich des Jubiläums der AVP wurde eine Ausstellung in der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer initiiert, die die Entwicklung der AVP in den letzten 50 Jahren darstellt.

Stellungnahmen nach AMNOG

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) nach § 35a SGB V regelt unter anderem die Preisbildung für neu zugelassene Arzneimittel. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die AkdÄ als stellungnahmeberechtigte Organisation bestimmt: Im Rahmen des [Stellungnahmeverfahrens](#) bezieht sie als Sachverständige der medizinischen Wissenschaft und Praxis Stellung zu einem möglichen Zusatznutzen neuer Arzneimittel. Die AkdÄ hat war im Berichtsjahr an 23 Verfahren beteiligt.

Fragen der Vergleichstherapie

Die AkdÄ wird bei Beratungen des G-BA zu Fragen der Vergleichstherapie vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase III und im Rahmen von

AMNOG-Verfahren einbezogen. Die Beratungen erfolgen dabei insbesondere im Hinblick auf die klinische Praxis im Versorgungsalltag unter kritischer Bewertung der verfügbaren Evidenz und aktueller Leitlinien. Im Jahr 2024 hat die AkdÄ insgesamt 67 gutachterliche Expertisen zu Fragen der Vergleichstherapie eingereicht.

Pharmakovigilanz

Ärztinnen und Ärzte sind gemäß der ärztlichen Berufsordnung verpflichtet, der AkdÄ im Rahmen des [Spontanmeldesystems unerwünschte Arzneimittelwirkungen \(UAW\)](#) mitzuteilen, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werden.

Mit ihren Meldungen tragen Ärztinnen und Ärzte dazu bei, die Arzneimittelsicherheit und die Patientensicherheit zu erhöhen. Die AkdÄ erfasst, dokumentiert und bewertet diese Meldungen. Über Bekanntgaben im Deutschen Ärzteblatt, den Newsletter „Drug Safety Mail“ sowie verschiedene Beiträge im Bulletin „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“ informiert sie kontinuierlich über Arzneimittelrisiken.

Leitlinien

Die AkdÄ beteiligt sich an methodisch hochwertigen Leitlinien, die besonders relevante Fragen der Arzneimitteltherapie adressieren. Im Berichtsjahr haben sich Mitglieder der AkdÄ bei den Nationalen Versorgungsleitlinien sowie bei sieben ausgewählten S3-Leitlinien eingebracht.

Fortbildungsveranstaltungen

Die AkdÄ hat neben dem AkdÄ-Fortbildungstag in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung Berlin am 27. April 2024 im Berichtsjahr regelmäßig [Fortbildungsveranstaltungen](#) zu aktuellen Themen der Arzneimitteltherapie und Arzneimittelsicherheit durchgeführt – in der Regel in Zusammenarbeit mit Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. ■



© BÄK

Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit

Gemeinsam für eine sichere Arzneimitteltherapie

Für eine sichere und wirksame Arzneimitteltherapie bedarf es mehr als das Ausfüllen eines Rezeptes. Die Auswahl des passenden Medikaments, die individuelle Dosierung und die Berücksichtigung möglicher Wechselwirkungen – all das ist äußerst komplex und kann zu unerwünschten Ereignissen führen. Umso wichtiger ist es, aus Fehlern zu lernen.

Wie kann die interprofessionelle Zusammenarbeit dazu beitragen, die Therapiesicherheit zu verbessern? Welchen Beitrag kann die Digitalisierung leisten? Wie sehen die Erfahrungen in anderen Ländern aus? Mit diesen und weiteren Fragen hat sich der [6. Deutsche Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie](#) beschäftigt, der Ende Oktober 2024 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin stattfand. Mit 330 Teilnehmenden stieß der Kongress auf große Resonanz.

„Für Ärztinnen und Ärzte hat die Sicherheit ihrer Patientinnen und Patienten oberste Priorität. Die Ärzteschaft engagiert sich daher in vielfältiger Weise für Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung. Insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie arbeiten wir seit vielen Jahren mit der Politik Hand in Hand, unter anderem mit dem im

Jahr 2007 aufgelegten Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Der kontinuierliche und professionelle Austausch mit allen am Medikationsprozess beteiligten Professionen ist für die Fehlervermeidung und Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie grundlegend“, betonte der [Bundesärztekammer-Präsident bei der Kongress-Eröffnung](#).

Bei dem Kongress stellten nationale und internationale Expertinnen und Experten aktuelle Aspekte und Fragen der AMTS vor. Im Mittelpunkt standen die Ergebnisse der bisherigen Aktionspläne AMTS und des laufenden Aktionsplans des Bundesgesundheitsministeriums (BMG).



Das BMG hatte im Herbst 2007 einen umfangreichen „Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“ (Aktionsplan AMTS) vorgelegt. Die Umsetzung und Koordination erfolgt unter Federführung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und wird durch das seit Oktober 2008 bestehende wissenschaftliche Sekretariat unterstützt.

Koordinierungsgruppe AMTS

Basierend auf der erfolgreichen Arbeit der ersten vier Aktionspläne (2008–2009, 2010–2012, 2013–2015 und 2016–2018, später 2016–2020) wurde der [Aktionsplan für den Zeitraum 2021–2024](#) kontinuierlich fortgeschrieben. Im Wesentlichen wird die Umsetzung durch Ärzte- und Apothekerschaft, Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe und Patientenverbände sowie dem BMG getragen. Auf Vorschlag des BMG wurde ab 2008 die „Koordinierungsgruppe zur Umsetzung und Fortschreibung des Aktionsplans AMTS“ (Koordinierungsgruppe AMTS) als beratendes Gremium bei der AkdÄ gebildet.

Mit Blick auf die Fortschreibung des Aktionsplans AMTS hat die Koordinierungsgruppe AMTS auf ihrer 50. Sitzung in einer umfassenden Rückschau die Umsetzung aller bisherigen Aktionspläne reflektiert. Zu dieser Jubiläumsveranstaltung traf sich die Koordinierungsgruppe vom 29. Februar bis 1. März 2024 in Berlin.

Das BMG hat im Berichtsjahr die Förderung der Koordinierungsgruppe sowie die Fortschreibung des Aktionsplans für die Jahre 2025–2028 grundsätzlich gebilligt. Um das Potenzial des Aktionsplans AMTS bestmöglich zu nutzen, sollen ausgewählte Initiativen zur Verbesserung der AMTS aufgegriffen und Themenschwerpunkte definiert werden.

Die Koordinierungsgruppe AMTS hat sich vor diesem Hintergrund dafür ausgesprochen, folgende drei Schwerpunktthemen zu formulieren:

- Elektronische Patientenakte und E-Rezept als neue Rahmenbedingungen für die AMTS: neue Chancen und neue Risiken
- „AMTS-Stewardship“ (Arbeitstitel)
- Erschließung und Nutzung von Gesundheitsdaten für ausgewählte AMTS-Fragestellungen

Die zu diesen Schwerpunktthemen formulierten Maßnahmen sollen die Kriterien Messbarkeit, Praktikabilität, Machbarkeit und nachhaltige Implementierung erfüllen. Nach fachlicher Konsentierung wird das BMG den neuen Aktionsplan AMTS veröffentlichen, nachdem er vom Bundeskabinett beschlossen wurde. ■



© TwilightShow/iStock/Getty-Images

Medizin und Ethik

Medizinische Forschung in Deutschland stärken

Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit dem Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e. V. (AKEK) einen Verfahrensvorschlag zur bundesweiten Vereinheitlichung der berufsrechtlichen Beratung von Forschungsvorhaben durch die nach Landesrecht errichteten Ethik-Kommissionen beschlossen. Auch für multizentrische medizinische Studien soll demnach ein Votum ausreichen.

„Die BÄK und der AKEK haben ein dringendes Anliegen aus Wissenschaft und Industrie aufgegriffen und die Voraussetzungen für eine Verfahrensanpassung geschaffen. Mit unserer Harmonisierung der gemäß ärztlichem Berufsrecht beratenen Studien leisten wir einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Forschungsstandort Deutschland“, [erklärte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt bei der Vorstellung des neuen Verfahrens.](#)

Die Einführung des Verfahrens geht mit einer Standardisierung der Bewertungsmaßstäbe und der Antragsunterlagen einher und reduziert den Aufwand für die Antragstellung multizentrischer Studien erheblich, ohne den Schutz der Studienteilnehmer zu verringern. Mit dieser Harmonisierung der nach ärztlichem Berufsrecht beratenen Studien wird ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Rah-

menbedingungen für die medizinische Forschung in Deutschland geleistet und ein dringendes Anliegen aus der Wissenschaft aufgegriffen.

Das neue Verfahren kann angewendet werden, sofern die jeweiligen rechtlichen Vorgaben der Landesärztekammern dies zulassen. Übergangsweise soll dort, wo eine Zweitberatung aus berufsrechtlichen Gründen noch notwendig ist, diese durch ein Anschlussvotum erfolgen.

Unabhängigkeit der Bewertung klinischer Studien

Mit dem Medizinforschungsgesetz (MFG) sollen die Rahmenbedingungen für die Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten verbessert werden. Ziele sind eine Stärkung des Standortes Deutschland in der medizinischen Forschung sowie die Beschleunigung des Zugangs zu neuen Therapieoptionen.

Das Gesetz wurde am 29. Oktober 2024 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und ist in Teilen am Folgetag in Kraft getreten. Der Gesetzgeber hatte an der Errichtung der Spezialisierten Ethik-Kommission für besondere Verfahren (SEKbV) gemäß § 41c Arzneimittelgesetz (AMG) neben den bekannten und bewährten Ethik-Kommissionen der Länder festgehalten, obgleich die entstehenden Doppelstrukturen und die Unabhängigkeit dieser Kommission durch deren unmittelbare Ansiedlung am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) [von der Bundesärztekammer und zahlreichen Verbänden aus Industrie und Wissenschaft nachdrücklich kritisiert wurden](#).

Die Bundesärztekammer hatte sich bereits im Zuge der Beratungen zum MFG für die Unabhängigkeit der ethischen Bewertung klinischer Studien eingesetzt. So warnte sie davor, dass eine Bundes-Ethikkommission den Patienten- und Probandenschutz schwäche und unter anderem das Potenzial habe, die bestehenden Ethik-Kommissionen zu entwerten und der gesellschaftlichen Akzeptanz der medizinischen Forschung erheblichen Schaden zuzufügen. Auch die im Jahr 2024 revidierte Fassung der Deklaration von Helsinki hebt die Bedeutung der Unabhängigkeit explizit hervor.

Für eine Harmonisierung der Bewertungsmaßstäbe der Ethik-Kommissionen wurde gemäß § 41d Arzneimittelgesetz (AMG) und § 32a Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetz (MPDG) eine Richtlini-



© gorodenkoff/Stock Getty-Images

enbefugnis des AKEK eingeführt. Derzeit werden Richtlinien für die Bewertung der Qualifikation von Prüfern und Mitgliedern eines Prüfungsteams in klinischen Prüfungen durch die Ethik-Kommissionen von Bundesärztekammer und AKEK erarbeitet. Diese gemeinsamen Richtlinien sollen vorliegen, wenn die SEKbV gemäß § 41c AMG am 1. Juli 2025 ihre Arbeit aufnimmt. ■

Das Verfahren

Durch das [Verfahren zur bundesweiten Vereinheitlichung der berufsrechtlichen Beratung von Forschungsvorhaben gemäß der \(Muster-\)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte \(MBO-Ä\)](#) soll für multizentrische medizinische Studien ein einziges Votum einer nach Landesrecht eingerichteten Ethik-Kommission ausreichen. Dieses Verfahren gilt bereits für Arzneimittelstudien.

Sogenannte Triage

BÄK-Stellungnahme im Rahmen der Verfassungsbeschwerden zum IfSG



© picture alliance/dpa/Jan Woitas

Der Bundesärztekammer wurde im Rahmen der Verfassungsbeschwerdeverfahren gegen § 5c Infektionsschutzgesetz (IfSG) bezüglich Regelungen der sogenannten Triage bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten die Möglichkeit gegeben, als sachkundige Dritte Stellung zu nehmen.

In ihrer Stellungnahme hat sich die Bundesärztekammer insbesondere mit dem Verbot des Revidierens der Zuteilung von Behandlungskapazitäten – der sogenannten Ex-Post-Triage – befasst. Sie stellte diesbezüglich klar, dass der Begriff „Ex-Post-Triage“ aus ärztlicher Sicht verfehlt ist. In diesem Fall geht es nicht um eine Zuteilungsentscheidung aufgrund knapper Ressourcen im Nachhinein. Vielmehr erfolgt die Re-Evaluierung des Zustandes der (intensivmedizinisch) behandelten Patientinnen und Patienten kontinuierlich. Sie ist eine zentrale ärztliche Aufgabe in einem fortlaufenden Behandlungsprozess.

Das Verbot der „Ex-Post-Triage“ hätte zur Folge, dass ausnahmslos das Prinzip „first come, first served“ gelten würde. Demnach blieben Patientinnen und Patienten unbehandelt, die mit einer Behandlung eine hohe Überlebenschance hätten, aber später ins Krankenhaus eingeliefert werden. Dies widerspricht dem Ziel, durch Zuteilungsentscheidungen möglichst viele Menschenleben zu retten.

Auch das Verfahren der Zweit- und ggf. Drittmeinung und die Hinzuziehung von Fachexpertinnen und Fachexperten sieht die Bundesärztekammer in diesem Zusammenhang kritisch. Sie erkennt das Anliegen des Gesetzes an, ein möglichst transparentes Verfahren für sogenannte Zuteilungsentscheidungen festzuschreiben. Dennoch erscheint die Regelung bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten bürokratisch und nicht praktikabel.

Die Regelung wird für Ausnahmesituationen getroffen, in denen sich jeder Zeitverzug hochkritisch auf die Überlebenschancen aller betroffenen Patientinnen und Patienten auswirken kann. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass in solch einer Ausnahmesituation höchstwahrscheinlich alle verfügbaren Ärztinnen und Ärzte bereits für die Behandlung der Patientinnen und Patienten benötigt werden. Auch in einer Pandemiesituation gelten die grundlegenden Prinzipien ärztlichen Handelns: Die medizinische Indikation, der Patientenwille und die klinischen Erfolgsaussichten sind zentrale Kriterien für ärztliche Entscheidungen.

Es widerspricht dem Ziel, möglichst viele Menschenleben zu retten, wenn Patientinnen und Patienten nicht behandelt werden können, weil mehrere Ärztinnen und Ärzte damit beschäftigt sind, an einer – dadurch vermutlich verzögerten – Zuteilungsentscheidung mitzuwirken, die auch von einer einzelnen Ärztin oder einem einzelnen Arzt getroffen werden kann.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts bleibt abzuwarten. ■

BÄK-Stellungnahme zu Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Krankenhausvorbehalt bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen

Bundesverfassungsgericht erklärt strikten Krankenhausvorbehalt bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen für teilweise verfassungswidrig.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit seinem [Urteil vom 26. November 2024 \(Az. 1 BvL 1/24\)](#) entschieden, dass das ausnahmslose Verbot ärztlicher Zwangsmaßnahmen außerhalb von Krankenhäusern teilweise verfassungswidrig ist. Die gesetzliche Regelung sei mit dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nicht in vollem Umfang vereinbar.

Grundsätzlich sei die Bindung der ärztlichen Zwangsmaßnahme an einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus zwar zulässig. Die ausnahmslose Regelung, dass diese ausschließlich im Krankenhaus erfolgen müsse, sei jedoch unverhältnismäßig und damit verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt.

Die Bundesärztekammer hatte im Verfahren am 17. April 2024 eine schriftliche Stellungnahme abgegeben und legte darin dar, dass die Durchführung von Zwangsbehandlungen unter bestimmten, klar zu definierenden Voraussetzungen – etwa zur Qualifikation und Anwesenheit beziehungsweise nachgelagerten Verfügbarkeit qualifizierten Personals – auch außerhalb einer stationären Behandlung in Betracht kommen könne. Ferner war die Bundesärztekammer als „sachkundige Person“ auch im Rahmen der mündlichen Anhörung vor dem Bundesverfassungsgericht am 16. Juli 2024 beteiligt und wies unter anderem darauf hin, dass die Belastung der Betroffenen im Einzelfall zu ermitteln sei.

Entsprechend betonte auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil, dass bei der Anwendung ärztlicher Zwangsmaßnahmen der Einzelfall besonders berücksichtigt werden müsse. Die geltende Regelung berücksichtige hingegen nicht ausreichend die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Personen und die Möglichkeit, solche Maßnahmen auch außerhalb eines Krankenhauses durchzuführen, sofern dies sicher und fachgerecht geschehen kann.



Mit dem Urteil wird die ausschließliche Bindung an stationäre Einrichtungen aufgehoben, sofern alternative medizinisch gleichwertige Strukturen vorhanden sind. Demnach sei eine Zwangsbehandlung auch in anderen Einrichtungen zulässig – vorausgesetzt,

- der Betroffene erleidet durch den Krankenhausaufenthalt erhebliche Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit,
- die Einrichtung, in der der Patient untergebracht ist, kann eine gleichwertige medizinische Versorgung gewährleisten und
- die drohende gesundheitliche Beeinträchtigung kann durch die Maßnahme dort signifikant reduziert oder vermieden werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat den Gesetzgeber verpflichtet, bis Ende 2026 eine Neuregelung zu schaffen. Bis dahin gilt das bisherige Recht. Die Thematik wird von der Bundesärztekammer weiter beobachtet. Sie wird sich aktiv bei der notwendigen Gesetzesanpassung einbringen. ■



© sturti/Stock-Getty-Images

Transplantationsmedizin

Richtlinienarbeit und Prüfungen im gesetzlichen Auftrag

Die Transplantationsgremien der Bundesärztekammer und der Auftraggeber gemäß Transplantationsgesetz (TPG) sind im Berichtszeitraum ihren umfangreichen gesetzlichen Regulierungs- und Prüfungsverpflichtungen erfolgreich nachgekommen. Nach dem TPG hat die BÄK den Auftrag, Richtlinien für die Organtransplantation zu erarbeiten und weiterzuentwickeln.

Die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Richtlinien für die Organtransplantation eingerichtete Ständige Kommission Organtransplantation (StäKO) führte im Jahr 2024 fünf Sitzungen durch. Im Anschluss der November-Sitzung fand ein Festakt anlässlich des 30-jährigen Bestehens des Gremiums statt.

Im März 2024 tagten die StäKO-Leitung und die Federführenden der Arbeitsgruppen (AG) in einer Klausurtagung über weitere Inhalte und Ziele der Amtsperiode, unter anderem zu Fragen der Qualitätssicherung sowie der Novellierung der Lebendorganspende. Die zwölf AG traten in 26 Sitzungen zusammen.

Schwerpunktmäßig hat sich die StäKO Organtransplantation mit folgenden Themen befasst: Sachstand zur Errichtung des Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende (Organspende-Register), Forschungsvorhaben in der Transplantationsmedizin und Fragen der Lebendorganspende im Hinblick auf die geplante Novellierung des TPG.

Richtlinienänderungen erarbeitet

Im Verlauf des Jahres erarbeitete die StäKO Organtransplantation Richtlinienänderungen. Es handelt sich hierbei um die Richtlinie zur Darmtransplantation und zu kombinierten Transplantationen unter Einschluss des Darms und die Richtlinie Spendererkennung, die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) genehmigt und am 7. Februar 2025 veröffentlicht wurden, sowie um die Richtlinie zur Nierentransplantation und die Richtlinie zur



© horizont11/stock.adobe.com

Lebertransplantation, die nach Genehmigung durch das BMG am 7. März 2025 veröffentlicht wurden.

Prüfungs- und Überwachungskommission

Die Überwachungskommission gemäß § 11 Abs. 3 S. 4 TPG und die Prüfungskommission gemäß § 12 Abs. 5 S. 4 TPG sind die Kontrollgremien von BÄK, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband, die für die Prüfung der deutschen Transplantationszentren, der Vermittlungsstelle und der Koordinierungsstelle verantwortlich zeichnen.

Die Jahresvisitationen ließen eine nachvollziehbare Wahrnehmung der gesetzlich und vertraglich vorgegebenen Aufgaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation als Koordinierungsstelle nach § 11 TPG und der Stiftung Eurotransplant als Vermittlungsstelle nach § 12 TPG feststellen.

Insgesamt 35 Transplantationsprogramme hat die Prüfungskommission auf Basis der Krankenakten von 467 Organempfängern nach postmortaler Organspende überprüft, davon elf im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung und 24 im schriftlichen Verfahren. Prüfgegenstand waren im Berichtszeitraum 2023/2024 Herztransplantationen der Jahre 2016 bis 2018 sowie Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren- und Pankreastransplantationen (einschließlich kombinierter Transplantationen) der Jahre 2019 bis 2021.

Bei keiner der Prüfungen wurden Anhaltspunkte für systematische Richtlinienverstöße oder Manipulationen festgestellt. Damit setzt sich aus Sicht der Kommission die positive Entwicklung der vergangenen Jahre fort, wie sie in ihrem im [Dezember 2024 vorgelegten Tätigkeitsbericht 2023/2024](#) feststellten.

Vertrauensstelle Transplantationsmedizin

Die Vertrauensstelle Transplantationsmedizin steht jedem für Anfragen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Organspenden oder -transplantationen offen. Weiterhin ist es ihre Aufgabe, vertrauliche Hinweise auf Auffälligkeiten oder Unregelmäßigkeiten im Bereich der Organspende und der Organtransplantation entgegenzunehmen und in Kooperation mit der Prüfungs- und Überwachungskommission zu klären.

Neben allgemeinen und einzelfallbezogenen Fragen zur Organspende und -transplantation betrafen die Eingaben des vergangenen Jahres insbesondere inhaltliche und verfahrensbezogene Fragen der Lebendorganspende. ■



© Justyna Kaminska / stock.adobe.com

Ärztestatistik 2024

Zu niedriges Wachstum für eine ausreichende Versorgung

Die deutsche Ärzteschaft ist im Berichtsjahr um 2,1 Prozent auf rund 581 000 Ärztinnen und Ärzte gewachsen. Die wichtigsten Trends der Vorjahre bleiben bestehen: weniger Niedergelassene (–1,5 Prozent), mehr angestellte (+7,1 Prozent) und mehr stationär (+2,7 Prozent) tätige Ärztinnen und Ärzte. Zuwanderung bleibt ein wichtiger Faktor.

Die deutsche Ärzteschaft wuchs im Jahr 2024 um 2,1 Prozent auf rund 581 000 Ärztinnen und Ärzte an. Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte wuchs im selben Zeitraum um 2,0 Prozent auf rund 437 000. Zwar bleibt die Wachstumsrate von 2,5 Prozent im Jahr 2019 bisher unerreicht, jedoch entspricht das Wachstum des Jahres 2024 in etwa dem Durchschnitt der Jahre unmittelbar vor der Corona-Pandemie. Ein Aufholeffekt nach wachstumsschwachen Jahren während der Pandemie bleibt allerdings nach wie vor aus. Mit einem Anteil von 50,1

Prozent ist erstmals die Mehrzahl der berufstätigen Ärzteschaft in Deutschland weiblich.

Trends setzen sich fort

Die Trends der Vorjahre haben sich im Jahr 2024 im Wesentlichen fortgesetzt: Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sank um 1,5 Prozent auf 106 623 Personen. Im Fünf-Jahres-Zeitraum seit 2019 ging die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte insgesamt um 8,3 Prozent zurück. Ganz anders entwickelten sich die Zahlen der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte: deren Anzahl stieg allein im Jahr 2024 um 7,1 Prozent auf 64 341 Personen an. Dies entspricht einem Anstieg von 47,6 Prozent seit dem Jahr 2019.

Durch diese Entwicklungen wächst die Gesamtzahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich an. Zum 31. Dezember 2024 gingen insgesamt 170 964 Ärztinnen und Ärzte einer ambulanten Tätigkeit nach (+1,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr; +6,9 Prozent seit 2019). Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte bei Behörden und Körperschaften stieg im Berichtsjahr um 1,7 Prozent bzw. um 17,5 Prozent seit 2019 an. Dies ist vor allem mit einem Zuwachs an ärztlichem Personal in Gesundheitsämtern zu erklären.

Herausforderung Demografie

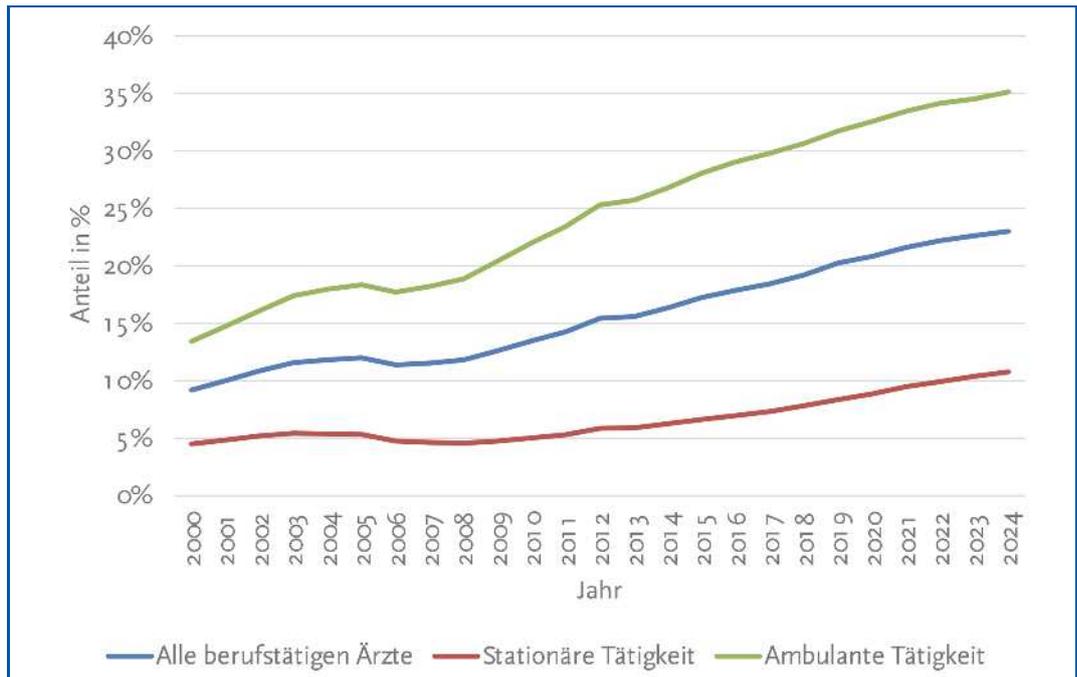
Es ist davon auszugehen, dass dieses Wachstum nicht ausreicht, um dem demografischen Wandel in der Bevölkerung und dem nahenden Ruhestand zahlreicher Ärztinnen und Ärzte entgegenzuwirken. Ein Blick in die Altersverteilung der Ärzteschaft in Deutschland spricht für sich: Die Jahrgangsstärke in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen beträgt rund 10 000 Ärztinnen und Ärzte. Diese werden in naher Zukunft in den Ruhestand eintreten.

Dem gegenüber stehen rund 12 200 Ärztinnen und Ärzte pro Jahrgang in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen. Die Größe dieser jungen Kohorten profitiert maßgeblich vom Zuzug von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland. Die (Landes-)Ärztelkammern verzeichneten im Jahr 2024 insgesamt 5 383 Erstmeldungen von Ärztinnen und Ärzten ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Ohne diese Zuwanderung würde die Ärzteschaft in den kommenden Jahren wohl um etwa 2 000 Personen pro Jahr schrumpfen.

Bereits heute sind 23 Prozent aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte älter als 60 Jahre und werden

in den kommenden Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden. Mehr als 40 000 Ärztinnen und Ärzte – dies entspricht neun Prozent der berufstätigen Ärzteschaft – haben sogar das 65. Lebensjahr überschritten und bleiben der medizinischen Versorgung über das übliche Ruhestandseintrittsalter hinaus erhalten. Zu den Fachgebieten mit dem höchsten Anteil von berufstätigen Ärztinnen und Ärzten, die älter als 65 Jahre alt sind, gehören die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (40 Prozent) sowie die Allgemeinmedizin (20 Prozent).

	Wachstum im Vergleich zu	
	Vorjahr	2019
Alle Ärztinnen und Ärzte	2,1%	10,4%
Berufstätige Ärzte	2,0%	8,7%
davon ambulant	1,6%	6,9%
davon niedergelassen	-1,5%	-8,3%
davon angestellt	7,1%	47,6%
davon stationär	2,7%	10,0%
davon Behörden	1,7%	17,5%
Berufstätige Allgemeinmediziner	1,0%	2,6%
davon ambulant	0,9%	2,0%
davon niedergelassen	-1,8%	-10,0%
davon angestellt	8,2%	51,3%
davon stationär	5,2%	5,9%
davon Behörden	3,4%	17,0%
Facharztanerkennungen	3,4%	11,6%
davon Facharzt Allgemeinmedizin	5,4%	26,3%
Ausländische berufstätige Ärzte	6,8%	29,7%
davon aus der EU	1,8%	4,2%
Rest der Welt	9,8%	50,0%
Abwanderung von Ärzten ins Ausland	0,5%	18,0%
davon deutsche Staatsangehörige	-2,7%	16,8%
davon ausländische Staatsangehörige	5,2%	19,7%
Erstmeldungen		
davon Inländer	3,3%	4,1%
davon Ausländer	12,8%	29,3%
Ohne ärztliche Tätigkeit		
Ruhestand	3,3%	20,3%
Weitere Gründe	0,3%	6,6%



Entlastung durch Zuwanderung

Ohne die Zuwanderung von Ärztinnen und Ärzten wären auch die in der medizinischen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte – und wohl auch die verfügbare ärztliche Arbeitszeit – von höherer Knappheit gekennzeichnet. Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzten ohne deutsche Staatsangehörigkeit erreichte im Jahr 2024 mit insgesamt 68 102 einen neuen Höchststand (+6,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr). Diese Zahl hat sich im Verlauf der vergangenen zehn Jahre mehr als verdoppelt.

Insgesamt besitzen mehr als 15 Prozent aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte eine ausländische Staatsangehörigkeit. Die Mehrheit von ihnen kommt aus EU-Ländern oder anderen europäischen Staaten sowie aus Ländern des Nahen Ostens. Häufigste Herkunftsländer sind Syrien (7 042), Rumänien (4 682), Türkei (3 169), Russland (3 110), Österreich (3 036) und Griechenland (2 991).

Verluste durch Abwanderung

Die Ärztestatistik 2024 lässt zudem darauf schließen, dass die Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland in den vergangenen Jahren tendenziell angestiegen ist. Im Berichtsjahr verließen insgesamt 2 197 Ärztinnen und Ärzte Deutschland, davon waren 1 279 deutsche Staatsangehörige. 675 ausgewanderte Ärztinnen und Ärzte entschieden sich für die Schweiz. Damit ist die

Schweiz nach wie vor das populärste Zielland. Weitere 331 Ärztinnen und Ärzte gaben Österreich als ihr Auswanderungsziel an. Weitere 550 Ärztinnen und Ärzte wanderten in andere EU-Staaten (ohne Österreich) ab.

Reges Weiterbildungsgeschehen

Positiv zu bewerten ist ein reges Weiterbildungsgeschehen. Die (Landes-)Ärzttekammern verzeichneten im Berichtsjahr 15 378 Facharztanerkennungen. Dies entspricht einem Zuwachs von 3,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr beziehungsweise 11,6 Prozent seit dem Jahr 2019. Mit Blick auf die Zahl der Erstmeldungen bei den (Landes-)Ärzttekammern, die in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist, liegt die Vermutung nahe, dass es einen Zusammenhang mit der leicht steigenden Anzahl von Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin gibt.

Überproportional stark stiegen die Anerkennungen für den Facharzt für Allgemeinmedizin. Insgesamt 2 140-mal wurde diese Facharztbezeichnung im Jahr 2024 vergeben. Dies entspricht einem Anstieg von 5,4 Prozent zum Vorjahr beziehungsweise einem Anstieg um 26,3 Prozent seit dem Jahr 2019. ■

Info

Die [Ärztestatistik 2024](#) steht auf der Website der Bundesärztekammer zur Verfügung.

Vorstand der Bundesärztekammer



**Dr. med. (I)
Klaus Reinhardt**
Präsident der
Bundesärztekammer



**Dr. med.
Susanne Johna**
Vizepräsidentin der
Bundesärztekammer



**Dr. med.
Ellen Lundershausen**
Vizepräsidentin der
Bundesärztekammer



**Dr. med.
Andreas Botzlar**
Weiteres Vorstandsmitglied
(gewählt vom
Deutschen Ärztetag)



**Christine
Neumann-Grutzeck**
Weiteres Vorstandsmitglied
(gewählt vom
Deutschen Ärztetag)



**Dr. med.
Hans-Jörg Bittrich**
Präsident der
Landesärztekammer
Thüringen



**Priv.-Doz. Dr. med.
Peter Bobbert**
Präsident der
Ärzttekammer Berlin



Erik Bodendieck
Präsident der
Sächsischen
Landesärztekammer



**Dr. med.
Sven Dreyer**
Präsident der
Ärzttekammer
Nordrhein



**Prof. Dr. med.
Uwe Ebmeyer**
Präsident der
Ärzttekammer
Sachsen-Anhalt



**Dr. med.
Pedram Emami**
Präsident der
Ärzttekammer
Hamburg



**Dr. med. Johannes
Albert Gehle**
Präsident der
Ärzttekammer
Westfalen-Lippe



**Prof. Dr. med.
Henrik Herrmann**
Präsident der
Ärzttekammer
Schleswig-Holstein



**Christina
Hillebrecht**
Präsidentin der
Ärzttekammer Bremen



**Dr. med.
Günther Matheis**
Präsident der
Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz



**Dr. med.
Wolfgang Miller**
Präsident der
Landesärztekammer
Baden-Württemberg



**Dr. med.
Edgar Pinkowski**
Präsident der
Landesärztekammer
Hessen



**Dr. med.
Jens Placke**
Präsident der
Ärzttekammer
Mecklenburg-Vorpommern



**Dr. med.
Gerald Quitterer**
Präsident der
Bayerischen
Landesärztekammer



**Dipl.-Med.
Frank-Ullrich Schulz**
Präsident der
Landesärztekammer
Brandenburg



**Dr. med. Markus
Strauß**
Präsident der
Ärzttekammer
des Saarlandes



**Dr. med.
Martina Wenker**
Präsidentin der
Ärzttekammer
Niedersachsen

Ehrenpräsident der Bundesärztekammer



**Prof. Dr. med. Frank
Ulrich Montgomery**

Organigramm der Bundesärztekammer



Deutscher Ärztetag

Der [Deutsche Ärztetag](#) ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, das „Parlament der Ärzteschaft“, und findet in der Regel einmal jährlich an wechselnden Orten statt. Die 17 deutschen (Landes-)Ärzttekammern entsenden insgesamt 250 Abgeordnete zum Deutschen Ärztetag. Zu den Aufgaben des Deutschen Ärztetages gehört es, unter anderem Regelungen zum Berufsrecht wie zum Beispiel 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.

Die [Bundesärztekammer](#) ist als Arbeitsgemeinschaft der deutschen (Landes-)Ärzttekammern die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Die BÄK wirkt aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft und an Gesetzgebungsverfahren mit und entwickelt Perspektiven für eine patientennahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen

der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.

BÄK unterstützt die Arbeit der (Landes-)Ärzttekammern

Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen (Landes-)Ärzttekammern ist die BÄK ein organisatorischer Zusammenschluss von Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie selbst ist keine Körperschaft, sondern ein Verein ohne Rechtspersönlichkeit. Sie unterstützt die Arbeit der (Landes-)Ärzttekammern und nimmt dabei mittelbar auch gesetzliche Aufgaben wahr. Unmittelbare gesetzliche Aufgaben obliegen der Bundesärztekammer unter anderem im Rahmen der Qualitätssicherung, der Transfusionsmedizin sowie durch das Transplantationsgesetz. Die einzelne Ärztin und der einzelne Arzt gehören der BÄK lediglich mittelbar über die Pflichtmitgliedschaft in ihrer bzw. seiner (Landes-)Ärzttekammer an. ■



Adressen der (Landes-)Ärzttekammern

Ärzttekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8–12
23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/803–0
info@aeksh.de

Ärzttekammer Hamburg
Weidestraße 122b
22083 Hamburg
Tel.: 040/202299–0
info@aekhh.de

Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern
August-Bebel-Straße 9a
18055 Rostock
Tel.: 0381/49280–0
info@aek-mv.de

Ärzttekammer Niedersachsen
Berliner Allee 20
30175 Hannover
Tel.: 0511/380–02
info@aekn.de

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle
Cottbus
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus
Tel.: 0355/78010–0
post@laekb.de

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle
Potsdam
Pappelallee 5
14469 Potsdam
Tel.: 0331/505605–0
post@laekb.de

Ärzttekammer Bremen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen
Tel.: 0421/3404–200
info@aekhb.de

Ärzttekammer Berlin
Friedrichstraße 16
10969 Berlin
Tel.: 030/40806–0
kammer@aekb.de

Ärzttekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210–214
48147 Münster
Tel.: 0251/929–0
posteingang@aekwl.de

Ärzttekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel.: 0391/6054–6
info@aeksa.de

Ärzttekammer Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/4302–0
aerztekammer@aekno.de

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Tel.: 0351/8267–0
info@slaek.de

Ärzttekammer des Saarlandes
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681/4003–0
info-aeks@aeksaar.de

Bayerische Landesärztekammer
Mühlbaurstraße 16
81677 München
Tel.: 089/4147–0
info@blaek.de

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Mittlere Bleiche 40
55116 Mainz
Tel.: 06131/28822–0
kammer@laek-rlp.de

Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena
Tel.: 03641/614–0
post@laek-thueringen.de

Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt
Tel.: 069/97672–0
info@laekh.de

Landesärztekammer Baden-Württemberg
Jahnstraße 40
70597 Stuttgart
Tel.: 0711/76989–0
info@laek-bw.de

**Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Ärzttekammern**
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de
Tel.: 030/400456–0
info@baek.de



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de