



Stand: 06.06.2026

### Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen

**Titel:** Dr. med.

**Name:** König

**Vorname:** Steffen

**Mitglied der  
Landesärztekammer:** Landesärztekammer Brandenburg

**Hauptberufliche  
Tätigkeit:**

- ☐ Praxis
- ☒ Krankenhaus
- ☐ Behörde/Körperschaft
- ☐ Sonstiges
- ☐ Ruhestand

**Fachgebiet(e)**

Facharzt für Chirurgie  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

### **Funktion in der Landesärztekammer**

- Präsident
- Delegierter der Kammerversammlung der Landesärztekammer Brandenburg
- ~~Mitglied im Prüfungsausschuss Ärzte, Bereich Fachsprachtests der Landesärztekammer Brandenburg~~
- ~~Mitglied im Ausschuss Weiterbildung der Landesärztekammer Brandenburg~~

### **Funktion in der Bundesärztekammer**

- Mitglied des Vorstands

### **Interessenwahrnehmungen<sup>1</sup>**

- Mitglied im Marburger Bund
- Beisitzer im Landesverband Berlin/Brandenburg
- Verwaltungsausschuss des Ärzteversorgungswerkes

---

<sup>1</sup> Auszug aus dem „Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen“:  
„...Mitgliedschaften in Organisationen offengelegt, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Amt einer/eines Abgeordneten bzw. Vorstandsmitglieds und/oder ihrer ärztlichen Tätigkeit stehen“ und „...Beteiligung an oder Tätigkeiten in einem Unternehmen des Gesundheitswesens mit Nebeneinkünften.“

## Einwilligungserklärung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben genannten Angaben zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Bundesärztekammer zum Zwecke der transparenten Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen auf der Homepage der Bundesärztekammer bis zum Wegfall meiner Eigenschaft als Vorstandsmitglied und/oder als Abgeordneter verarbeitet werden. Ich bin zudem damit einverstanden, dass meine Daten, auch nachdem sie von der Homepage der Bundesärztekammer gelöscht wurden, für einen Zeitraum von zehn Jahren papierbasiert archiviert werden.

Die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erfassten personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der EU- Datenschutzgrundverordnung verarbeitet.

Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Bundesärztekammer, Büro des Präsidenten, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin;  
E-Mail: [info@baek.de](mailto:info@baek.de)

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine personenbezogenen Daten sowohl auf der Homepage als auch auf elektronischen Datenträgern der Bundesärztekammer gelöscht.

E-Mail

(nur für  
interne  
Zwecke):

Ort, Datum:

*praesident@baek.de*

*Potsdam, 24.6.2026*

### Hinweise zum Ausfüllen und Einreichen des Formulars:

Bitte senden Sie das elektronisch ausgefüllte WORD-Formular per E-Mail an die Bundesärztekammer (bitte an [info@baek.de](mailto:info@baek.de)).