Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Deutscher Ärztetag
[redacted]

Berlin, 09.09.2026

Bundesärztekammer
[redacted]

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

[redacted]

Impulse des 130. Deutschen Ärztetages für die Bewältigung der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor wichtigen Weichenstellungen. Bund, Länder und Selbstverwaltung sind gleichermaßen gefordert, die Versorgung der Patientinnen und Patienten auch künftig leistungsfähig, qualitätsorientiert und flächendeckend zu sichern. Dafür bedarf es tragfähiger Lösungen für zentrale Herausforderungen: Strukturen müssen weiterentwickelt, Finanzierungsfragen nachhaltig gelöst, Versorgungskapazitäten gesichert, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten verbessert und die Chancen der Digitalisierung verantwortungsvoll genutzt werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag, das „Parlament der Ärzteschaft“, hat sich vom 12. bis 15. Mai 2026 in Hannover intensiv mit diesen und zahlreichen weiteren Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik befasst. Die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages haben hierzu eine Vielzahl von Beschlüssen gefasst, die wir Ihnen auszugsweise mit diesem Schreiben übersenden. Das gesamte Beschlussprotokollkönnen Sie hier abrufen.

Die Beschlüsse spiegeln die große Bandbreite der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen wider. Sie reichen von der nachhaltigen Finanzierung und strukturellen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens über die Sicherung der ambulanten und stationären Versorgung, die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung und ärztlicher Nachwuchsförderung bis hin zu Fragen der Digitalisierung, des Datenschutzes und des

Einsatzes Künstlicher Intelligenz in der Medizin. Auch Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitlicher Klimaschutz und Klimaanpassung sowie die Stärkung der Krisenresilienz des Gesundheitswesens waren Gegenstand intensiver Beratungen. Einen Schwerpunkt des Ärztetages bildeten suchtmedizinische Fragestellungen. Auch hierzu wurden, nach einer ausführlichen Aussprache mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten, zahlreiche Beschlüsse gefasst.

Wir würden uns freuen, wenn die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages in die weiteren Beratungen auf Bundes- und Landesebene einbezogen werden. Die Ärzteschaft steht für einen konstruktiven Dialog und die gemeinsame Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens jederzeit zur Verfügung.

Gerne möchten wir die angesprochenen Themen und die sich daraus ergebenden gesundheitspolitischen Handlungserfordernisse auch im persönlichen Austausch mit Ihnen vertiefen.

[redacted]

Anlage
Auszug aus dem Beschlussprotokoll des 130. Deutschen Ärztetages

130. Deutscher Ärztetag

Auszug aus dem Beschlussprotokoll

Hannover

12. – 15. Mai 2026

130. Deutscher Ärztetag 2026

Beschlussprotokoll

- Auszug -

Hannover, 12. bis 15. Mai 2026

Impressum

© Bundesärztekammer 2026

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

Titelgrafik:
rsplus Berlin, kommunikation und design
Flemmingstraße 8, 12163 Berlin

Bildnachweis: artfocus_AdobeStock

Hinweis

Die in einer Reihe von Anträgen enthaltenen Begründungen sind nicht Teil des Beschlussgutes des Deutschen Ärztetages, werden aber mitveröffentlicht.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen sowie der Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

– Auszug aus dem Beschlussprotokoll –

TOP Ib
Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag – Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung **4**

Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) 5
Ib - 03 Keine Auswertung medizinischer Daten von Patienten durch Krankenkassen 6
Ib - 05 Gesundheitsdatennutzung durch Krankenkassen - klare Grenzen und Datenschutz sichern 8
Ib - 10 Recht auf Teilhabe an Gesundheit sichern - auch offline 10
Ib - 40 Klare Trennung von Finanzierung und medizinischer Versorgungsentscheidung – ärztliche statt versicherungsbetriebene Verantwortung in der Patientensteuerung sichern 12

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz 14
Ib - 32 Ungerechte Lastenverteilung im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verhindern! 15
Ib - 42 Stärkere Rolle der Ärzteschaft in der Rahmengebung im Gesundheitswesen 16
Ib - 23 Struktur- und Finanzreform des Gesundheitswesens geordnet voranbringen 17
Ib - 06 Sparen in der ambulanten Versorgung bedeutet faktische Kürzung ambulanter Leistungen 19
Ib - 20 GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Kürzungen gefährden die Versorgung 21
Ib - 12 Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Praxen und Wahrung der Versorgungsqualität unter dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz 22
Ib - 29 GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz konterkariert Krankenhausplanung 24
Ib - 13 Ambulante gebietsärztliche Versorgung für GKV-Patientinnen und -Patienten sicherstellen 26
Ib - 18 GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz - Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung nicht gefährden 28
Ib - 28 GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gefährdet hausarztzentrierte Versorgung 30
Ib - 11 Keine Schwächung der frühen Prävention als Voraussetzung für spätere Gesundheit und als wichtiger Baustein der Kostendämpfung im Gesundheitssystem im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz 32
Ib - 17 Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung 33
Ib - 22 Versicherungsfremde Leistungen endlich aus Steuermitteln finanzieren 35
Ib - 26 Keine Sanierung des Bundeshaushalts auf Kosten der Versicherten 36
Ib - 04 Bürokratieabbau im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mitdenken 37
Ib - 27 Bürokratieabbau zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze nutzen 38
Ib - 25 Einnahmenorientierte Ausgabendeckelung erstickt nicht-geförderte ambulante Weiterbildung 39
Ib - 31 Keine Streichung der Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapien 40
Ib - 30 Keine einseitige Kürzung der ambulanten Regelversorgung bei weiterhin unbegrenzten großflächigen Individualregelungen: hier Erstattungspsychotherapie 42

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung 44
Ib - 07 Sicherstellung der Refinanzierung von Notfallbehandlungskosten nicht krankenversicherter Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Praxen und weiteren medizinischen Einrichtungen 45

Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung 47
Ib - 16 Masterplan Medizinstudium 2020 - Jetzt handeln! Studierende und Patientinnen und Patienten können nicht länger warten! 48

Gesetz zur Änderung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes 50
Ib - 38 Verbot der Passivrauchexposition von Kindern und Jugendlichen in Pkw 51

Über die aktivierte Funktion "Lesezeichen" ist eine gezielte Navigation in den TOPs mit numerisch geordneten Beschlüssen möglich.

TOP Ic
Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung **52**

Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung 53
Ic - 14 Sektorenübergreifende Vergütung ambulanter Behandlungen neu ordnen 54
Ic - 35 Weiterbildungsqualität im Rahmen der Hybrid-DRGs gewährleisten 56

Ärztliche Berufsausübung 58
Ic - 54 Einbeziehung der Ärzteschaft in die Aktivrente 59
Ic - 166 Angleichung des gesetzlichen Mutterschutzes für selbstständige Ärztinnen zur Sicherung von Versorgung und Selbstverwaltung 60

Digital 62
Ic - 09 Betriebsstabilität sicherstellen - Telematikinfrastruktur weiterentwickeln 63
Ic - 43 Maßnahmen zur Stärkung von Qualität, Sicherheit und Verantwortung in der Gesundheits-IT 65
Ic - 171 Sicherstellung einer kostendeckenden Finanzierung der Telematikinfrastruktur in Arztpraxen 67
Ic - 64 KIM-Anbindung von Behörden zur Entbürokratisierung und Verbesserung der intersektoralen Kommunikation 69
Ic - 118 Verbindliche Implementierung des bundeseinheitlichen Medikationsplans in die Software von Pflegeeinrichtungen 71
Ic - 57 Unentgeltliche Abschrift der ärztlichen Behandlungsakte über die elektronische Patientenakte regeln 73
Ic - 174 Initiative für einen bundesweit verpflichtenden, strukturierten Arztbriefstandard zur Verbesserung der Schnittstellenkommunikation zwischen Fachärztinnen und Fachärzten/Krankenhäusern und der hausärztlichen Versorgung 74
Ic - 128 Digitalisierung als Werkzeug der Entlastung - Konsequente Umsetzung und Bürokratieabbau im ambulanten Sektor 76
Ic - 10 Qualitätsstandards für Studien zu KI-Anwendungen in der Medizin 78
Ic - 147 Ärztliche Kontrolle beim Einsatz von KI 81
Ic - 21 Transparenz und Regulierung algorithmischer Aufmerksamkeitssteuerung digitaler Plattformen 83
Ic - 142 Digitale KI-Agenten regulieren, bevor sie im Gesundheitswesen genutzt werden 85
Ic - 143 Cloudbasierte Künstliche Intelligenz von ärztlichen Behandlungsdaten - nur auf vertrauensvoller Infrastruktur 87
Ic - 145 Schutz vor Reidentifizierung bei anonymisierten/pseudonymisierten Behandlungsdaten aus der elektronischen Patientenakte im Gesundheitsdatenraum über (Kalender-)Muster und die Anwendung von künstlicher Intelligenz 89
Ic - 157 Künstliche Intelligenz (KI) an Behandlungsdaten bedeutet eine Datenvervielfältigung und eine Datenmitnahme 92
Ic - 144 Ressourcenverbrauch und Kosten der Anwendung von Künstlicher Intelligenz berücksichtigen 95
Ic - 114 Verordnungen von DiGA neu regeln 97
Ic - 172 Auch digitale Gesundheitsanwendungen müssen transparent und ehrlich sein 98

Prävention / Gesundheitsförderung 99
Ic - 04 Paradigmenwechsel für mehr Prävention und Gesundheitsförderung 100
Ic - 26 Prävention strukturell zu einer zentralen Säule des Gesundheitssystems weiterentwickeln 102
Ic - 29 Prävention strukturell stärken – Gesundheit schützen, Zukunft sichern 104
Ic - 06 Belange von Menschen mit Behinderungen bei der Novellierung des Präventionsgesetzes berücksichtigen 107
Ic - 19 Politische Interessenskonflikte bei der Krankheitsprävention auflösen 108
Ic - 17 Verringerung sozialer Spaltung ist Krankheitsprävention 111
Ic - 25 Die herzgesunde Stadt - Prävention stärken, Lebensqualität verbessern 112
Ic - 18 Verbesserung der Prävention und Versorgung von Adipositas 114
Ic - 45 Kosten für das Lungenkrebsscreening auf die Packungen für Zigaretten und E-Zigaretten umlegen 115
Ic - 03 Den Einsatz gegen HIV/AIDS konsequent fortführen 117
Ic - 30 Gesundheitliche Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung der Verhältnisprävention verbessern 119
Ic - 28 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken - lebensweltnahe Strukturen ausbauen 122
Ic - 33 HPV-Impfungen stärken - Krebsprävention für Kinder und Jugendliche konsequent ausbauen 125
Ic - 24 Unfälle verhindern, kindliche Entwicklung fördern - innerörtliches Tempolimit von 30 km/h zum Standard machen 127

Über die aktivierte Funktion "Lesezeichen" ist eine gezielte Navigation in den TOPs mit numerisch geordneten Beschlüssen möglich.

Ic - 47 Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung 129
Ic - 31 Reanimationsunterricht an Schulen verbindlich einführen – Laienreanimationsquote steigern 131
Ic - 112 Folgefinanzierung und Ausbau von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen 133
Ic - 44 Gesundheitsgefahren durch PFAS ernst nehmen, Reduktion von Ewigkeitschemikalien 134

Machtmissbrauch 136
Ic - 97 Den Schutz vor sexualisierter Belästigung und Diskriminierung im § 5 ArbSchG festschreiben 137

Bevölkerungsschutz im Pandemie-, Katastrophen-, Kriegsfall; Resilienz 138
Ic - 12 Die Krisenresilienz des Gesundheitssystems zur politischen Priorität machen 139
Ic - 94 Stärkung der Krisenresilienz des deutschen Gesundheitswesens 142
Ic - 176 Sicherstellung eines resilienten Gesundheitssystems 146
Ic - 92 Krisenfestigkeit der Krankenhausversorgung stärken 149
Ic - 56 Resilienz und Schutz vor gesundheitlichen Gefahren bei Hitze und Extremhitze 150
Ic - 156 Einbeziehung der medizinischen Versorgung im Dienst verletzter und verwundeter Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr in das Leistungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung - hierfür zusätzliche Aufnahme in das SGB VII 152

GKV / vertragsärztliche Versorgung / SGB V 154
Ic - 117 SGB V entschlossen erneuern 155
Ic - 36 Einführung einer Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen nach § 106b SGB V 156
Ic - 161 Priorisierung versus Rationierung von Gesundheitsleistungen 157
Ic - 52 Versicherungsschutz für Neugeborene ab Geburt unbürokratisch und automatisch sicherstellen 159
Ic - 58 Flächendeckende Einrichtung von Clearingstellen zur Sicherung der Finanzierung und der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung 161
Ic - 60 Sicherung der medizinischen Versorgung und Krankenversicherungsschutz nach Haftentlassung 163

Ausbildung / Medizinstudium 165
Ic - 129 Adäquate Rahmenbedingen für das Praktische Jahr sicherstellen 166
Ic - 152 Mindeststandards im Praktischen Jahr (PJ) 168
Ic - 105 Ärztemangel bekämpfen - Medizinstudienplätze endlich aufstocken: 6.000 zusätzlich! 170

Kommerzialisierung 172
Ic - 02 Medizinische Diagnostikangebote in Drogeriemärkten und anderen Gewerbebetrieben unterbinden 173

Krankenhaus 175
Ic - 11 Tragfähige und zukunftssichere Weiterentwicklung der Krankenhausreform 176

Sterbehilfe (Suizidassistenz) 180
Ic - 74 Kommerzialisierung der Suizidassistenz Einhalt gebieten 181

Qualitätssicherung / Patientensicherheit 182
Ic - 07 Geschlechtersensible Medizin systematisch verankern 183
Ic - 81 Umfassende Förderung von geschlechtersensibler Medizin 185
Ic - 82 Betriebliches Gesundheitsmanagement geschlechtersensibel weiterentwickeln 186

One Health, Klima und Gesundheit 187
Ic - 116 One Health Ansatz stärken 188
Ic - 115 Den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels aktiv begegnen - jetzt entschlossen die Klimaresilienz Deutschlands stärken 189

Psychotherapie / Versorgung psychisch kranker Menschen 193
Ic - 08 Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen: Therapie stärken statt Stigmatisierung ausbauen 194

Gewalt gegen Gesundheitsberufe 196
Ic - 15 Schutz des medizinischen Fachpersonals in militärischen Konflikten 197

Gesundheitsberufe 199
Ic - 162 Ausbildung in der Kinderkrankenpflege sichern 200

Über die aktivierte Funktion "Lesezeichen" ist eine gezielte Navigation in den TOPs mit numerisch geordneten Beschlüssen möglich.

Datenaustausch Kammern / Behörden 202
Ic - 53 Verbesserter Datenaustausch über Kammergrenzen hinweg 203

Arzneimittel / Medizinprodukte 204
Ic - 13 Individuelle Heilversuche mit nicht zugelassenen Substanzen - keine auf Wiederholung angelegte Durchführung ohne Forschung 205

Medizinische Fachangestellte 207
Ic - 16 Investitionen in die Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten zahlen sich aus 208

ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin 210
Ic - 91 Gemeinsame Strategie von Bund, Ländern und Kommunen zur Stabilisierung der Personalsituation in den Gesundheitsämtern 211
Ic - 102 Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit von Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst 212

Forschungsdaten 213
Ic - 05 Schuleingangsuntersuchungen vereinheitlichen und für das Gesundheitsmonitoring nutzen 214

TOP II
Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung 215

Allgemein 216
II - 01 Suchtmedizin und Suchtpolitik weiterentwickeln 217

Cannabis zu Konsumzwecken 220
II - 04 Rücknahme der Cannabis-Teillegalisierung 221
II - 20 Aufhebung der Legalisierung von Cannabis und Umsetzung von Schutz- und Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche 223
II - 06 Evaluation der Auswirkungen des Konsumcannabisgesetzes durch das Verbundforschungsprojekt EKOCAN 225

Cannabis zu medizinischen Zwecken 226
II - 02 Klare Trennung zwischen ärztlich verordnetem Cannabis und Cannabis zum Freizeitgebrauch 227
II - 12 Sorgfaltsgebot konsequent umsetzen - Medizinal-Cannabisgesetz (BT-Drs. 21/3061) nachschärfen 229
II - 19 Verschreibung von Cannabis im Rahmen kommerzieller Online-Plattformen 231

Tabak und Nikotinprodukte 233
II - 14 Tabakkontrolle 234
II - 05 Vollständiges Verbot von Aromastoffen in E-Zigaretten 237
II - 17 Kinder- und Jugendschutz 239
II - 07 Umfassendes Verbot von Werbung für E-Zigaretten, Vapes, Liquids, Nikotinkissen und Baller Liquids und des Online-Verkaufs sowie des Verkaufs in Automaten; "Vorbeugen ist besser als reparieren!" 241

Alkohol 243
II - 15 Kein Alkohol für Minderjährige 244

Substitution 245
II - 16 Umfassende Maßnahmen zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung 246
II - 28 Verbesserung der Versorgung opioidabhängiger Menschen 248

Medienkonsum 255
II - 03 Sichere soziale Medien für Kinder und Jugendliche bedeuten altersgerechte Risikominimierung und Medienkompetenzförderung 256
II - 18 Problematisches Medienverhalten reduzieren - Sucht vermeiden 258

Über die aktivierte Funktion "Lesezeichen" ist eine gezielte Navigation in den TOPs mit numerisch geordneten Beschlüssen möglich.

Sicherstellung der Finanzierung 261
II - 24 Sicherstellung der stationären suchtspezifischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen - Strukturelle Unterfinanzierung beenden 262
II - 25 Suchtberatungsstellen finanziell stärken 263

Ärztliche Ausbildung 264
II - 08 Vermittlung des Themas Sucht in der Ausbildung 265

Kompetenz in Suchtthemen 266
II - 26 Aktuelles Klima- und Gesundheitswissen systematisch in schulischen Rahmenlehrplänen weiterentwickeln 267

TOP IVc
Ärztliche Weiterbildung – Weitere Themen der ärztlichen Weiterbildung 269

Ambulante Weiterbildung 270
IVc - 22 Ambulante fachärztliche Weiterbildung ist der Grundstein für gelingende Ambulantisierung 271

Verbundweiterbildung 273
IVc - 08 Sektorenübergreifende Weiterbildung stärken 274

Über die aktivierte Funktion "Lesezeichen" ist eine gezielte Navigation in den TOPs mit numerisch geordneten Beschlüssen möglich.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)
GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
Gesetz zur Reform der Notfallversorgung
Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung
Gesetz zur Änderung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes
Gesetz zur Änderung des Strafgesetzbuches - Stärkung des strafrechtlichen Schutzes des Gemeinwesens

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)

Ib - 03 Keine Auswertung medizinischer Daten von Patienten durch Krankenkassen
Ib - 05 Gesundheitsdatennutzung durch Krankenkassen - klare Grenzen und Datenschutz sichern
Ib - 10 Recht auf Teilhabe an Gesundheit sichern - auch offline
Ib - 40 Klare Trennung von Finanzierung und medizinischer Versorgungsentscheidung - ärztliche statt versicherungsbetriebene Verantwortung in der Patientensteuerung sichern

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Auswertung medizinischer Daten von Patienten durch Krankenkassen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 03) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 erneuert die Kritik an Regelungen, die den gesetzlichen Krankenkassen die Aufgabe übertragen, aus Versichertendaten Gesundheitsrisiken abzuleiten und ohne vorherige Rückkopplung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eigenständig auf die Betroffenen zuzugehen.

Die Identifikation patientenindividueller Risiken darf nicht Aufgabe der Krankenkassen sein; die Identifikation und Einordnung solcher Risiken ist stattdessen originär ärztliche Aufgabe, die im Behandlungskontext mit den Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden muss.

Schon die bisher bestehenden Möglichkeiten für die Krankenkassen sind deswegen zu weitgehend. Die jetzt mit dem Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) geplanten zusätzlichen Möglichkeiten (Einbezug von Daten aus der elektronischen Patientenakte [ePA], erweiterte Analysen in sogenannten "Reallaboren") sind umso mehr abzulehnen.

Begründung:

Durch das Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG), welches 2024 in Kraft getreten ist, erhielten die gesetzlichen Krankenkassen die rechtliche Grundlage, die ihnen vorliegenden Daten (insbesondere Abrechnungsdaten) versichertenindividuell auszuwerten. Identifizieren diese Auswertungen eine Gesundheitsgefährdung des Versicherten (z. B. seltene Erkrankungen, Krebserkrankungen, Gesundheitsgefährdungen durch eine Arzneimitteltherapie), erhalten die Krankenkassen die Aufgabe, diesen Versicherten hierüber zu informieren und zu empfehlen, eine ärztliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Diese "Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen" (§ 25b SGB V) wurde seitens der ärztlichen Selbstverwaltung im Gesetzgebungsverfahren kritisch gesehen bzw. in Gänze abgelehnt. Insbesondere die Tatsache, dass der Gesetzgeber keine Notwendigkeit sieht, ärztlichen

Sachverstand einzubeziehen, trifft auf Unverständnis.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Kritik der ärztlichen Selbstverwaltung und Verbände nicht aufgegriffen, sondern beabsichtigt, die Rolle der Krankenkassen noch weiter zu stärken. Gemäß den Regelungen des Referentenentwurfes eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation (GeDIG) im Gesundheitswesen sollen die Auswertungen nicht nur anhand von Abrechnungsdaten erfolgen, sondern mit Zustimmung des Versicherten auch auf die Inhalte der ePA sowie Daten des Versicherten, die bei dritten Stellen liegen, erweitert werden. Schließlich sollen gesetzlichen Krankenkassen noch weitergehende Analysemöglichkeiten in sogenannten "Reallaboren" ermöglicht werden.

Gesetzliche Krankenkassen dürfen als Kostenträger keinen umfassenden Zugriff auf individuelle, sensible Informationen zu den Erkrankungen ihrer Versicherten erlangen, wie sie insbesondere in der ePA gespeichert werden. Die geplante Einwilligungslösung schützt Patienten und Versicherte nicht ausreichend, weil sich die Betroffenen als Einzelne gegenüber ihrer Krankenkasse grundsätzlich in einer schwächeren Position befinden. Es ist zudem nicht zumutbar, stets im Blick behalten zu müssen, ob eine einmal gegebene Einwilligung aufgrund des Eintritts neuer Erkrankungen widerrufen werden sollte. Alle Daten, die den Krankenkassen zu Auswertungszwecken zur Verfügung stehen sollen, wurden zudem durch Ärztinnen und Ärzte und die weiteren im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen erhoben (EBM-Ziffern, ICD- und OPS-Codes, Medikation, Arztbriefe, Befundberichte etc.). Auch deswegen ist eine einseitige Nutzung durch die Krankenkassen unstatthaft.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Gesundheitsdatennutzung durch Krankenkassen - klare Grenzen und Datenschutz sichern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Georg Deichhardt, Dr. Christiane Hummel, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Markus Beck, Dr. Karl Breu und Dr. Dirk Altrichter (Drucksache Ib - 05) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, den Entwurf des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) im Hinblick auf die Nutzung von Gesundheitsdaten durch die Krankenkassen grundlegend zu überarbeiten. Er warnt vor einem möglichen Paradigmenwechsel, durch den die Krankenkassen über die Rolle der Kostenträger hinaus in Richtung Leistungserbringung und Case Management erweitert wird. Das birgt Risiken für das Versorgungssystem. Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher klare, praxistaugliche und datenschutzrechtlich belastbare Regelungen, die die ärztliche Schweigepflicht sichern, Transparenz über die strukturellen Veränderungen herstellen und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die medizinische Versorgung erhalten.

Dabei sind insbesondere folgende Forderungen zu berücksichtigen:

1. Die Sicherstellung, dass Krankenkassen nicht zu faktischen Leistungserbringern werden und keinen Einfluss auf ärztliche Therapieentscheidungen oder die Versorgungssteuerung ausüben.
2. Die Trennung von medizinischer Versorgungssteuerung und Finanzierung durch die Krankenkassen ist beizubehalten.
3. Die Sicherstellung, dass die ärztliche Schweigepflicht nicht ausgehöhlt wird.
4. Die klare Begrenzung der Datennutzung auf versorgungsrelevante, medizinisch sinnvolle und ethisch vertretbare Zwecke.
5. Transparente und verständliche, informierte Einwilligungs- und Widerspruchsverfahren für Patientinnen und Patienten, die das Recht auf informationelle Selbstbestimmung wahren.

Begründung:

Die Nutzung von Gesundheitsdaten bietet Chancen für Versorgung und Forschung. Gleichzeitig betreffen die geplanten Regelungen hochsensible Daten und greifen in zentrale Grundprinzipien der medizinischen Versorgung ein.

Der vorliegende Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum GeDIG verfolgt grundsätzlich das Ziel, den Zugang zu Gesundheitsdaten zu erleichtern und deren Nutzung zu erweitern. Dieses Ziel ist im Grundsatz zu begrüßen. Allerdings bestehen aus Sicht der Ärzteschaft erhebliche Bedenken hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der vorgesehenen Regelungen.

Gesundheitsdaten gehören zu den sensibelsten personenbezogenen Daten überhaupt. Ihr Schutz ist nicht nur rechtlich geboten, sondern bildet auch eine zentrale Grundlage für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Patientinnen und Patienten. Jede gesetzliche Regelung, die den Umgang mit diesen Daten betrifft, muss diesem besonderen Schutzbedürfnis Rechnung tragen.

Der Referentenentwurf lässt in seiner derzeitigen Fassung Zweifel daran aufkommen, ob dieses Schutzniveau ausreichend gewährleistet ist. Insbesondere besteht die Gefahr, dass durch weitreichende Zugriffs- und Nutzungsmöglichkeiten durch die gesetzlichen Krankenkassen die ärztliche Schweigepflicht faktisch relativiert wird. Dies könnte das Vertrauen der Patientinnen und Patienten nachhaltig beeinträchtigen und sich negativ auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auswirken.

Insbesondere die erweiterten Auswertungsbefugnisse der Krankenkassen (§ 25b SGB V neue Fassung) mit Einwilligung der Versicherten auch auf sämtliche Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie zusätzliche Datenerhebungen führen zu einer erheblichen Verdichtung sensibelster Informationen. In der Praxis entsteht damit ein Instrument der Versorgungssteuerung, das funktional einem Case Management nahekommt und die ärztliche Therapiefreiheit sowie die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten mittelbar beeinträchtigen kann. Die vorgesehene Auswertung der ePA verstärkt diese Entwicklung zusätzlich. Mit den geplanten "Reallaboren der Krankenkassen" (§ 284a SGB V neue Fassung) wird zudem eine weit gefasste "Experimentierklausel" - wie es in der Gesetzesbegründung heißt - geschaffen, die eine langfristige und nur unzureichend konkret begrenzte Datennutzung erlaubt. Die vorgesehenen Kontroll- und Evaluationsmechanismen durch die Aufsichtsbehörden sind hierfür nicht ausreichend.

Der 130. Deutsche Ärztetag sieht daher erheblichen Nachbesserungsbedarf, um Datenschutz, ärztliche Unabhängigkeit und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Recht auf Teilhabe an Gesundheit sichern - auch offline

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Silke Lüder, Dr. Christian Messer, Wieland Dietrich, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Christine Schroth der Zweite, Christa Bartels und Dr. Gerd-Hermann Büscher (Drucksache Ib - 10) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 in Hannover fordert:

Gesundheit als wesentliches Grundrecht aller Menschen muss im Rahmen der Daseinsfürsorge für jeden möglich sein, auch ohne die Nutzung digitaler Techniken oder bestimmter Apps. Digitale Techniken sind ein großer Fortschritt und können eine Unterstützung im Medizinbereich sein. Aber es sollte keine Online-Ausschließlichkeit für den Zugang zu medizinischen Leistungen bestehen.

- Teilhabe für jeden Menschen muss möglich sein und ein durchgehender Digitalzwang schließt viele Menschen aus: alte oder kranke Menschen, Menschen mit Einschränkungen, Menschen mit geringem Einkommen, Menschen ohne gute Sprachkenntnisse, Menschen, die nicht gut lesen und schreiben können.
- Resilienz erfordert, dass immer auch noch nicht-digitale Wege zur Verfügung stehen müssen. Auch Krisen oder Kriegssituationen erfordern Offline-Möglichkeiten der Daseinsvorsorge, der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und der Nutzung der öffentlichen Infrastruktur.
- Freiwilligkeit widerspricht einem Zwang, für bisher allgemein frei verfügbare Dienste immer ein Smartphone oder eine App nutzen zu müssen.

Mit dem geplanten Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) soll die elektronische Patientenakte (ePA) als zentraler Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitssystems dienen, als zentrale Plattform für die Ersteinschätzung, Steuerung, Überweisung und Terminvergabe. Mit dieser neu zugewiesenen ePA-Funktion findet eine Ausgrenzung großer Teile der gesetzlich Versicherten und ein tiefer Eingriff in die Organisationshoheit medizinischer Einrichtungen statt.

Begründung:

Trotz aller Fortschritte durch den Einsatz von digitalen Techniken und KI-Methoden in der Medizin wäre ein unkritisch-verpflichtender Einsatz von Online-Möglichkeiten als Zugangsweg zu medizinischen Leistungen riskant. Dieser Weg könnte zur Ausgrenzung und Diskriminierung größerer Teile der Bevölkerung und zum Risiko nicht vorhandener gesellschaftlicher Resilienz in Krisen und Kriegssituationen führen. Dafür reicht auch schon ein längerer Stromausfall, die Folgen sind inzwischen offensichtlich.

Auch Initiativen aus der digitalaffinen und demokratischen Zivilgesellschaft fordern hier inzwischen das Überdenken einer zunehmenden Online-Abhängigkeit aller Lebensbereiche. Die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv) und mehrere Datenschutzorganisationen äußern deutliche Kritik an dem neuen Gesetzentwurf. Bisher hat nur ein geringer Prozentsatz der gesetzlich Versicherten tatsächlich aktiven Zugang zu ihren ePA-Daten. Die meisten Versicherten wissen auch nicht, dass die sensiblen Informationen aus ihrer ePA ab Mitte 2026 über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) an das beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelte Forschungsdatenzentrum (FDZ) zur weiteren Verarbeitung weitergeleitet werden. Die Informationspolitik der Krankenkassen ist hier bisher deutlich unzureichend.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Klare Trennung von Finanzierung und medizinischer Versorgungsentscheidung - ärztliche statt versicherungsbetriebene Verantwortung in der Patientensteuerung sichern

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. Birgit Wulff, Dr. Pedram Emami MBA, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Patrick Harmann, Dr. Silke Lüder, Dr. Kathrin Schawjinski, Dr. Alexander Schultze, Norbert Schütt, Dr. Christine Schroth der Zweite und Angela Gerriets-Spauschus (Drucksache Ib - 40) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 spricht sich für eine klare Trennung der Rollen von Krankenkassen und ärztlicher Selbstverwaltung in der Patientenversorgung aus und bekräftigt, dass medizinische Versorgungsentscheidungen konsequent in ärztlicher Verantwortung zu liegen haben. Das bedeutet insbesondere:

- Medizinische Entscheidungen darüber, ob, wie und in welchem Umfang Patientinnen und Patienten behandelt werden, müssen frei von Einflüssen der Krankenkassen erfolgen, einschließlich der Entscheidung über notwendige Leistungen und Behandlungswege.
- Krankenkassen dürfen keine eigenständigen digitalen Instrumente wie die elektronische Patientenakte-App (ePA-App) zur medizinischen Ersteinschätzung oder Patientensteuerung (gemäß des geplanten Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen [GeDIG]) betreiben, die Versorgungsentscheidungen ohne unabhängige ärztliche Verantwortung für die medizinische Entscheidung vorbereiten oder beeinflussen.
- Krankenkassen sollten aus Gründen des Interessenskonfliktes keine Zweitmeinungsverfahren anbieten dürfen. Solche Verfahren sollten perspektivisch ärztlich entwickelt sein.

Begründung:

Eine funktionierende Patientensteuerung setzt Verbindlichkeit, Transparenz und Vertrauen voraus. Diese Voraussetzungen können nur erfüllt werden, wenn medizinische Entscheidungen unabhängig von finanzierungsbezogenen Interessen getroffen werden und sich ausschließlich an fachlichen, evidenzbasierten und patientenbezogenen Kriterien

orientieren.

Krankenkassen sind zunehmend bestrebt, eigene Apps oder digitale Anwendungen zur Patientensteuerung oder medizinischen Ersteinschätzung zu etablieren. Dadurch entsteht die strukturelle Gefahr, dass Interessen der gesetzlichen Krankenkassen über die unabhängige ärztliche Einschätzung gestellt werden.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass digitale Instrumente zur medizinischen Patientensteuerung auf unabhängigen, medizinisch fundierten und transparenten Kriterien beruhen. Es muss ausgeschlossen werden, dass hinterlegte Algorithmen primär interessengeleitet Versorgungsbedarfe ermitteln oder Patientinnen und Patienten in bestimmte Versorgungseinrichtungen lenken.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Ib - 32	Ungerechte Lastenverteilung im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verhindern!
Ib - 42	Stärkere Rolle der Ärzteschaft in der Rahmengebung im Gesundheitswesen
Ib - 23	Struktur- und Finanzreform des Gesundheitswesens geordnet voranbringen
Ib - 06	Sparen in der ambulanten Versorgung bedeutet faktische Kürzung ambulanter Leistungen
Ib - 20	GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Kürzungen gefährden die Versorgung
Ib - 12	Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Praxen und Wahrung der Versorgungsqualität unter dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
Ib - 29	GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz konterkariert Krankenhausplanung
Ib - 13	Ambulante gebietsärztliche Versorgung für GKV-Patientinnen und -Patienten sicherstellen
Ib - 18	GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz - Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung nicht gefährden
Ib - 28	GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gefährdet hausarztzentrierte Versorgung
Ib - 11	Keine Schwächung der frühen Prävention als Voraussetzung für spätere Gesundheit und als wichtiger Baustein der Kostendämpfung im Gesundheitssystem im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
Ib - 17	Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung
Ib - 22	Versicherungsfremde Leistungen endlich aus Steuermitteln finanzieren
Ib - 26	Keine Sanierung des Bundeshaushalts auf Kosten der Versicherten
Ib - 04	Bürokratieabbau im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mitdenken
Ib - 27	Bürokratieabbau zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze nutzen
Ib - 25	Einnahmenorientierte Ausgabendeckelung erstickt nicht-geförderte ambulante Weiterbildung
Ib - 31	Keine Streichung der Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapien
Ib - 30	Keine einseitige Kürzung der ambulanten Regelversorgung bei weiterhin unbegrenzten großflächigen Individualregelungen: hier Erstattungspsychotherapie

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Ungerechte Lastenverteilung im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verhindern!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Martin Eichenlaub, PD Dr. Kirsten Jung und Dr. Christian Messer (Drucksache Ib - 32) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 betont, dass die Ärzteschaft das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ablehnt, solange die erwünschten Einsparungen weiter einer ungerechten Lastenverteilung unterliegen.

Begründung:

Der Kabinettsentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz plant Einsparungen im Gesundheitswesen von mehr als 16 Milliarden Euro für 2027. Grundlage hierfür waren die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit. Diese stellte ein Portfolio für Einsparungen in allen Sektoren vor. Auch die Ärzteschaft erkennt den Handlungsbedarf zu Einsparungen angesichts der prognostizierten Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der vorliegende Kabinettsentwurf ist jedoch aufgrund einer ungerechten Lastenverteilung abzulehnen. Während alle Bereiche der Tätigen in der medizinischen Versorgung mit Einsparungen konfrontiert werden, wird ein wesentlicher Pfeiler des Einsparpotenzials ausgelassen. So wird im Kabinettsentwurf die auch von der Kommission vorgeschlagene Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch eine Steuerfinanzierung auf ein maximales Minimum begrenzt.

Während insbesondere die niedergelassene Ärzteschaft auf konkrete Honorarkürzungen zusteuert, wird die größte Belastung der GKV politisch nicht angegangen. Auch im stationären Bereich werden durch die geplanten Einsparungen Defizite durch die Ärzteschaft hingenommen werden müssen. Die Ärzteschaft steht zu Einsparungen im Gesundheitswesen, aber nur unter der Bedingung einer gerechten Lastenverteilung. Diesem Anspruch wird der vorliegende Kabinettsentwurf nicht gerecht.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Stärkere Rolle der Ärzteschaft in der Rahmengebung im Gesundheitswesen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Christiane Qualmann, Johannes Neimann, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Thomas Buck, Dr. Gisbert Voigt, Christian Popoviciu und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache Ib - 42) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierunggesetzes noch stärker durch umfassende eigene fachübergreifende Konzepte auf Reformen im Gesundheitswesen hinzuwirken, wenn dies angezeigt ist. Zu beachten ist dabei das Interesse der gesamten Ärzteschaft und der Bevölkerung.

Begründung:

Die vergangenen Monate waren in besonderem Maße von Verbandspolitik gekennzeichnet, die im Kern die Interessen der jeweiligen Arztgruppe vertritt. Der Auftrag der Ärztekammern und damit der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft dieser Kammern geht deutlich darüber hinaus, weil sie das Interesse der gesamten Ärzteschaft und der Allgemeinheit in den Blick nimmt.

Auch inhaltlich kann die Ärzteschaft sich noch stärker gestaltend einbringen, denn funktionale Selbstverwaltung durch Ärzte ist prädestiniert dafür, Versorgungsideen von den Personen, die tagtäglich ärztlich tätig sind, entwickeln zu lassen. Der Selbstverwaltungsgedanke sollte noch stärker - auch proaktiv - nutzbar gemacht werden, damit das Gesundheitswesen vor allem durch Personen gestaltet wird, die tagtäglich ihre Kraft den Menschen widmen und wissen, wo und was besser gemacht werden kann und muss.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Struktur- und Finanzreform des Gesundheitswesens geordnet voranbringen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Dr. Norbert Smetak, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Petra Bubel, Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Christiane Wessel, Dr. Martin Eichenlaub, Markus Haist, Dr. Silke Lüder, Dr. Regine Held, Dr. Klaus J. Doubek und Wieland Dietrich (Drucksache Ib - 23) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 lehnt das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in der jetzigen Form und vor allem zum jetzigen Zeitpunkt ab. Die vorrangig und sofort vorzunehmende Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch Herausnahme aller versicherungsfremden Leistungen würde eine weitgehende Beitragsstabilisierung für 2027 ermöglichen und Raum und Zeit schaffen, zunächst ein geplantes Strukturreformgesetz und im Nachgang ein daran angepasstes Finanzierungsgesetz zur nachhaltigen Beitragsstabilisierung bei verbesserten Versorgungsprozessen für eine nachhaltige Beitragsstabilisierung ab 2028 auf den Weg zu bringen. Das wäre ein geordnetes Verfahren, das der 130. Deutsche Ärztetag einfordert.

Begründung:

Eine Gesundheitsreform erfordert ein geordnetes Vorgehen.

Eine echte Gesundheitsreform muss verständlich machen, was sie den Menschen nützt. Der hier vorliegende Entwurf birgt lediglich Nachteile für Versicherte und Leistungstragende. Der 130. Deutsche Ärztetag begrüßt die prinzipiellen Bemühungen der Bundesregierung, die Beitragssätze nicht weiter steigen zu lassen und dadurch das Wirtschaftswachstum nicht weiter zu destabilisieren. Nachdem am 30.03.2026 ein erster Bericht der FinanzKommission mit einer Vielzahl von Empfehlungen veröffentlicht wurde, die in ihrer Gesamtheit mehrfach über das notwendig Einzusparende hinausgingen, war es Aufgabe eines Referentenentwurfs, diese nach dem Aspekt der Beitragsstabilisierung in eine Ordnung zu bringen, wohl wissend, dass der Koalitionsvertrag dem gleichen Haus ein Strukturgesetz zur Primärversorgung und Patientensteuerung aufgetragen hat, das derzeit für die zweite Jahreshälfte terminiert ist. Dieser Referentenentwurf wurde bereits am 16.04.2026 veröffentlicht und umfasst drastische gesetzlich vorgenommene Kürzungen, vor allem im ambulanten, und dort wesentlich im fachärztlichen und psychotherapeutischen

Bereich, und zwar bemerkenswerterweise bei denjenigen Leistungen, die der Gesetzgeber noch kürzlich als steuernd und besonders förderungswürdig erachtet hat. Aber auch der hausärztliche und stationäre Bereich sind betroffen. Der Regierungsentwurf hat all dies am 29.04.2026 weitgehend unkritisch übernommen.

Es stellt sich die Frage, wie ein geplantes Strukturreformgesetz darauf noch sinnvoll aufsetzen soll. Außerdem fehlt bei der Zusammenstellung der Kürzungen die strukturelle Auswirkungsabschätzung als Gesamtkonzept. Aus fachärztlicher und psychotherapeutischer Perspektive wird die ambulante Versorgung durch diesen Gesetzentwurf perspektivisch finanziell ausgetrocknet, ganz ungeachtet eines sich ändernden Bedarfs der Bevölkerung an Versorgung. Wenn das so gewollt ist, fehlt das politische Bekenntnis dazu.

Der mit Abstand größte Posten zur sofortigen Umsetzung einer Stabilisierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wäre die Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen, die die FinanzKommission Gesundheit in ihrer Empfehlung 62, 60, 63 der Bundesregierung ans Herz gelegt hat. Dadurch wäre fast der gesamte im Jahr 2027 einzusparende Betrag zu decken. Von den zwölf Milliarden Euro nur zwei Prozent für 2027 und vier Prozent für 2028 zu decken, erfüllt den Zweck nicht, zumal zudem zwei Milliarden Euro weniger in den Gesundheitsfonds eingezahlt werden sollen. Empfänger von Bürgergeld und andere Empfänger versicherungsfremder Leistungen müssen gleichwertig gut medizinisch versorgt oder sozial abgesichert sein. Das ist die tiefste Überzeugung der deutschen Ärzteschaft. Ärztinnen und Ärzte sind in ihrer täglichen Arbeit viel mit den Nöten dieser Menschen konfrontiert. Es wird aber als grundsätzlich falsch bewertet, diese Mittel nicht aus dem Finanzhaushalt zu decken, sondern die Beiträge damit zu belasten, und dies ausdrücklich weiterhin bei einem Gesetz, das die Beiträge stabilisieren soll. Wenn nun der Bund nicht gewillt ist, die notwendigen Aufwendungen in die allgemeine Verantwortung zu überführen, um trickreich den Bundesfinanzhaushalt zu entlasten, belastet er die GKV-Versicherten doppelt, indem er ihnen die Lasten einseitig aufbürdet und zusätzlich Leistungen bei der ärztlichen Versorgung kürzt, wobei er sich selbst aber aus der Verantwortung zieht.

Daher fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, den Gesetzentwurf zurückzuziehen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Sparen in der ambulanten Versorgung bedeutet faktische Kürzung ambulanter Leistungen

Beschluss

Auf Antrag von Johannes Neimann, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Thomas Buck, Manuela Dörnte, Dr. Klaus J. Doubek, Christian Popoviciu, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Wolfgang Lensing, Dr. Raffael-Sebastian Boragk und Dr. Dietmar Klass (Drucksache Ib - 06) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die aktuellen Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Finanzen in der ambulanten Versorgung nicht zu belastbar nachgewiesenen, versorgungsneutralen Effizienzgewinnen führen, sondern wesentlich in Zugang, Vorhaltung und Vergütung eingreifen. Unter den heutigen Versorgungsbedingungen bedeutet dies faktisch eine Kürzung ambulanter Leistungen durch längere Wartezeiten, Angebotsverengung und Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen in den Versorgungsalltag.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, vor weiteren Einschnitten in die ambulante Versorgung nicht länger offen zu lassen, welche Entscheidungen fachlich und welche politisch zu treffen sind:

1. Die ärztliche Bewertung von medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit ist ureigene Aufgabe der Ärzteschaft. Notwendige und dringliche Behandlungen bedürfen einer prioritären Versorgung.
2. Die politische Entscheidung, welche - nicht dringlichen und nicht notwendigen - Leistungen weiterhin uneingeschränkt, zeitlich nachrangig, eingeschränkt oder nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden sollen, ist Aufgabe des Gesetzgebers.
3. Steuerungsmaßnahmen dürfen erst dann eingeführt werden, wenn die daraus folgenden rechtlich verbindlichen Konsequenzen für Patientinnen und Patienten transparent festgelegt sind.

Begründung:

Die FinanzKommission Gesundheit prognostiziert eine Deckungslücke von 15,3 Milliarden Euro für 2027, steigend auf 40,4 Milliarden Euro bis 2030, und empfiehlt zugleich ein weitreichendes Konsolidierungsprogramm. Zwar erkennt die Ärzteschaft einzelne Vorschläge mit tatsächlichem Transformations- oder Qualitätsgewinn ausdrücklich an; diese bleiben wegen ihres geringen Einsparvolumens für sich genommen jedoch ohne relevante Wirkung auf das Strukturproblem.

Gerade die relevanten ambulanten Einsparvolumina beruhen nicht auf klar benannten, versorgungsneutralen Effizienzreserven, sondern auf Eingriffen in Vergütung, Vorhaltung und Zugang. Werden planbare und wirtschaftlich tragende Leistungsanteile zurückgedrängt, entsteht kein neutraler Effizienzgewinn, sondern eine faktische Kürzung des verfügbaren Angebots.

Solange politisch nicht festgelegt wird, welche Leistungen weiterhin uneingeschränkt, zeitlich nachrangig, eingeschränkt oder nicht mehr zulasten der GKV erbracht werden sollen, erfolgt Rationierung verdeckt durch Budget und Warteschlange.

Beitragsstabilität zu versprechen und zugleich Leistungskürzungen zu bestreiten, obwohl wesentliche Einsparhebel in der ambulanten Versorgung gesehen werden, ist logisch nicht vereinbar.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Kürzungen gefährden die Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Florian Gerheuser und Hans-Martin Wollenberg (Drucksache Ib - 20) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, die in die Wege geleiteten Strukturreformen im Krankenhausbereich nicht durch schnelle und unausgewogene Sparpakete zu konterkarieren. Das betrifft die Festlegung der Grundlohnrate als feste Obergrenze, die zusätzliche einprozentige Kürzung der Veränderungsrate in 2027 bis 2029 sowie die Rückführung der Ausgleichsmöglichkeiten für Tariflohnsteigerungen auf 50 Prozent.

Die im Regierungsentwurf vorgesehenen Ausgabenkürzungen lassen sich in der geplanten Größenordnung nicht ohne - auch qualitative - Einschnitte in der Versorgung erzielen.

Statt einer strukturierten Krankenhausreform wird die "kalte Strukturbereinigung" beschleunigt. Am Ende fehlen dann genau die Strukturen, die für eine flächendeckende Versorgung dringend gebraucht werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Praxen und Wahrung der Versorgungsqualität unter dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Beschluss

Auf Antrag von Johannes Neimann, Dr. Wolfgang Lensing, Manuela Dörnte und Dr. Thomas Carl Stiller (Drucksache Ib - 12) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

1. Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehene grundsätzliche Koppelung der Vergütung an die Grundlohnrate bei gleichzeitigem Wegfall von Leistungsanreizen (wie den TSS-Zuschlägen) in einer Zeit massiver Kostensteigerungen (Inflation, Personal, Betriebskosten) zu einer systemischen Unvereinbarkeit führt. Ein effizientes Versorgungssystem kann nicht unterhalb des wirtschaftlichen Kostendeckungsgrades betrieben werden, ohne die ärztliche Versorgung und damit auch die Patientensicherheit zu gefährden.
2. Der 130. Deutsche Ärztetag sieht die reale Gefahr, dass die Umsetzung des Gesetzentwurfs in der jetzigen Fassung aufgrund seiner massiven wirtschaftlichen Auswirkungen vermehrt Ärztinnen und Ärzte zu einem früheren Eintritt in den Ruhestand (das Durchschnittsalter bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten lag 2025 bei 53,9 Jahren) oder sogar zu einer Abkehr aus der vertragsärztlichen Versorgung führen wird. Dies würde die Patientenversorgung nachhaltig und massiv verschlechtern.
3. Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die politischen Entscheidungsträger auf, klar gegenüber der Bevölkerung zu benennen, dass die geplanten Maßnahmen unter den heutigen Versorgungsbedingungen keine "neutralen" Effizienzsteigerungen darstellen. Sie führen vielmehr zur faktischen Kürzung ambulanter Leistungen durch längere Wartezeiten, Angebotsverengung sowie Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen in den Versorgungsalltag. Die Behauptung, es werde keine Leistungskürzungen geben, ist mit einer Politik der Beitragsstabilisierung durch Ausgabenbegrenzung in der ambulanten Versorgung logisch nicht vereinbar.

Begründung:

Der vorliegende Gesetzentwurf bricht mit dem Grundsatz der leistungsgerechten Vergütung. Die geplante "einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" ignoriert die realen

Gestehungskosten ärztlicher Leistungen. Damit steuert die ambulante Versorgung auf ein Dumping-Niveau zu, das mit dem ärztlichen Ethos und der wirtschaftlichen Verantwortung eines Praxisinhabers unvereinbar ist. Gemäß § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) ist der Arzt gesetzlich verpflichtet, Leistungen nur im notwendigen Maße zu erbringen. Wenn die bereitgestellten Mittel der Solidargemeinschaft für eine umfassende Versorgung nicht ausreichen, sind die Praxen gezwungen, das Leistungsangebot auf das gesetzliche Mindestmaß zu reduzieren, um ihre Wirtschaftlichkeit nicht zu verlieren.

Die praxisindividuelle Prüfung der Option eines Systemausstieges ist kein politisches Geplänkel, sondern eine notwendige unternehmerische Risikovorsorge. Werden ärztliche Leistungen dauerhaft unter Wert eingekauft, entzieht der Gesetzgeber der Freiberuflichkeit die Basis - einschließlich ihrer grundgesetzlich garantierten Finanzierung als Ausfluss des Artikels 12 Abs. 1 Grundgesetz.

Ein einheitliches Signal der gesamten Ärzteschaft ist hierbei unerlässlich, um die politische Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu verhindern und die Versorgungssicherheit als Ganzes zu thematisieren.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz konterkariert Krankenhausplanung

Beschluss

Auf Antrag von Eleonore Zergiebel, Dr. Lydia Berendes, Dr. Feras El-Hamid, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Clara Kerth, Dr. Christian Schwark, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Dr. Annette Bauer, Constantin Halim, Sonja Benders, Daniel Wellershaus, Stefanie Oberfeld, Dr. Jörg Woll, Dr. Frank Joachim Reuther, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele M.Sc., Benjamin Breckwoldt, Dr. Christoph Janke, Dr. Friederike Fabian, Dr. Matthias Fabian, Dr. Svea Rüppell, Katharina Weis, Sylvia Ottmüller, Markus Haist und Dr. Regina Herzog (Drucksache Ib - 29) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass angemessene Erreichbarkeit von Krankenhausbehandlung und stationärer Geburtshilfe ein essenzieller Bestandteil der Daseinsvorsorge ist, den sozialen Frieden sichert und politischer Radikalisierung vorbeugt. Er fordert von den politisch Verantwortlichen, die Krankenhausversorgung an den Bedürfnissen und Erfordernissen der Bevölkerung auszurichten und somit bedarfsnotwendige Krankenhäuser und stationäre Geburtshilfe zu sichern.

Begründung:

Die Krankenhausplanung - momentan in Umsetzung - verspricht eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte medizinische Versorgung. Die Vorschläge im gerade verabschiedeten Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (besser wäre "GKV-Spargesetz") setzen die Krankenhäuser nun finanziell aber derart unter Druck, dass die gerade vor dem Abschluss stehenden Umsetzungen der Krankenhausplanung (KHVVG, KHAG Plan NRW) zunichte gemacht werden. Somit wird sich die kalte, ungesteuerte Bereinigung der Krankenhausversorgung über Insolvenzen fortsetzen. Eine kalte Bereinigung der Krankenhausversorgung missachtet die Versorgungsbedarfe und führt zu Unterversorgung gerade im ländlichen Raum, wo schon in der Vergangenheit etliche Krankenhäuser in die Insolvenz geraten sind oder Abteilungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen geschlossen wurden, hier insbesondere Geburtshilfe und Gynäkologie. Ein Ersatz von Kreißsälen durch Geburtshäuser, die diese Lücken schließen sollen, widerspricht dem Ziel einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten Krankenhausplanung. Um das Ziel einer qualitativ hochwertigen Krankenhausplanung zu realisieren, muss eine ungesteuerte Bereinigung der

stationären Geburtshilfe dringend verhindert und die stationäre Geburtshilfe im Krankenhaus unbedingt weiter subventioniert werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Ambulante gebietsärztliche Versorgung für GKV-Patientinnen und -Patienten sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Charlotte Hillmann, Dr. Detlef Lorenzen, Prof. Dr. Andreas Umgelter, Dr. Joachim Suder und Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly (Drucksache Ib - 13) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bundesregierung, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) dazu auf, gleichzeitig mit Verabschiedung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes gemeinsam mit den Vertretungen der Gebietsärztinnen und -ärzte geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die tatsächlich sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten in angemessener Zeit Termine in der ambulanten gebietsärztlichen Versorgung erhalten.

Dabei müssen sowohl echte Akutpatientinnen und -patienten berücksichtigt werden, als auch Patientinnen und Patienten, die bislang nicht oder nicht mehr fachärztlich betreut sind und eine zeitlich befristete Abklärung oder auch eine dauerhafte Anbindung benötigen.

Nach Abschaffung der Terminservice- und Versorgungsgesetz-Fälle (TSVG-Fälle) (inkl. Hausarztvermittlungsfälle, Terminservice-Fälle [TSS-Fälle] und der bisher extrabudgetär vergüteten offenen Sprechstunde) muss sichergestellt werden, dass Gebietsärztinnen und -ärzte trotzdem eine extrabudgetäre Vergütung für die kurzfristige Behandlung von Akutpatientinnen und -patienten erhalten.

Außerdem müssen die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure ein Konzept entwickeln und umsetzen, mit dem auch Neupatientinnen und -patienten ohne dringlichen oder notfallmäßigen Behandlungsbedarf in die gebietsärztliche Regelversorgung aufgenommen werden. Dies könnte beispielsweise über eine Honorierung für die Annahme einer bestimmten Anzahl solcher Patientinnen und Patienten pro Quartal erfolgen.

Begründung:

Eine zeitnahe Vorstellung von Patientinnen und Patienten beim Gebietsarzt gelingt vielen

Kolleginnen und Kollegen aktuell oftmals nur dann, wenn diese im Rahmen von Dringlichkeits- oder Hausarztvermittlungsfällen vorgestellt werden. Gerade die Anbindung von Patientinnen und Patienten, die zur Vorsorge oder Mitbehandlung einen Gebietsarzt benötigen, ist regelmäßig aussichtslos. Mit der Streichung der TSVG-Fälle wird sich absehbar zusätzlich auch die Anbindung von Akutpatientinnen und -patienten erschweren.

Es ist aber dringend notwendig, alle Patientinnen und Patienten einer zeitlich und fachlich angemessenen Betreuung zuzuführen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz - Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung nicht gefährden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Regine Held, Dr. Petra Bubel, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Dr. Michael Deeg, Dr. Bernhard Gallenberger, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Dr. Sabine Köhler, Dr. Norbert Smetak und Dr. Christian Messer (Drucksache Ib - 18) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 kritisiert die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Streichung der Vergütungselemente des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) und die geplante Begrenzung der Wachstumsdynamik der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV).

Begründung:

Im Gegensatz zur Einschätzung der Experten der FinanzKommission Gesundheit werden die geplanten Sparmaßnahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes keineswegs ohne Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten bleiben.

Vielmehr wird die geplante Streichung der Regelungen des TSVG weitreichende Folgen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung haben. Die Verfügbarkeit von Terminen wird sich nicht verbessern. Ein Rückgang der verfügbaren Facharzttermine, längere Wartezeiten und Leistungskürzungen sind absehbar.

Durch die Streichung entfällt zudem die Grundlage für die Ausweitung der Sprechstunden von 20 auf 25 Wochenstunden, ebenso wie für die offene Sprechstunde sowie die Vermittlung über Hausärzte und die Rufnummer 116 117.

Zusätzlich betreffen die Kürzungen insbesondere grundversorgende Fachärzte, die aufgrund der Budgetierung bereits heute einen nicht unerheblichen Sparbeitrag leisten und dadurch über Gebühr belastet werden.

Explizit und offensichtlich gefährden die geplanten Einsparungen das Ziel einer weiteren Ambulantisierung und erschweren den Patientinnen und Patienten den Zugang zu

Früherkennungsuntersuchungen.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen ambulanten fachärztlichen Versorgung darf nicht durch kurzfristige Sparmaßnahmen gefährdet werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gefährdet hausarztzentrierte Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Petra Hummel-Kunhenn, Doris Höpner, Christiane Hoppe, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Jonas Frédéric Fröhlich, Dr. Anja von Buch, Dr. Markus Beck und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache Ib - 28) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe ist. Die Politik hat sich für einen Kurs der strikten Ausgabenbegrenzung entschieden, der auch die ambulante Versorgung betrifft.

Die im Gesetzentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes enthaltenen Eingriffe - insbesondere in die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) - überschreiten diese Grenze. Sie sind in Teilen systemfremd, greifen in die Vertragsautonomie ein und gefährden die Einführung eines funktionierenden, flächendeckenden Primärversorgungssystems. Zugleich besteht die Gefahr, dass erreichte Fortschritte bei der Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung durch gegenläufige Maßnahmen wieder relativiert werden. Insbesondere die vorgesehenen Regelungen im Bereich des § 73b SGB V setzen Fehlanreize und bremsen ausgerechnet ein System, das bereits heute als tragende Säule einer zukünftigen Primärversorgung dient und erprobte Strukturen einer funktionierenden kollegialen Zusammenarbeit von Fachärzten und Hausärzten eingeführt hat.

Der 130. Deutsche Ärztetag stellt fest:

Wer die hausärztliche Versorgung stärkt, stabilisiert das Gesundheitssystem - wer sie schwächt, gefährdet es.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber daher auf,

- die geplanten Abschläge auf wachsende HzV-Verträge ("Wachstumsabschlag") ersatzlos zu streichen,
- die Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate zurückzunehmen sowie
- Maßnahmen zu unterlassen, die die koordinierende und steuernde Rolle der

hausärztlichen Versorgung beeinträchtigen oder zusätzliche bürokratische Belastungen schaffen.

Begründung:

Die hausärztliche Versorgung ist als tragende Säule eines zukünftigen Primärversorgungssystems konsequent zu stärken und darf nicht durch widersprüchliche gesetzgeberische Eingriffe geschwächt werden. Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV kann nur gelingen, wenn Einsparmaßnahmen zielgerichtet erfolgen und funktionierende Versorgungsstrukturen erhalten bleiben.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Schwächung der frühen Prävention als Voraussetzung für spätere Gesundheit und als wichtiger Baustein der Kostendämpfung im Gesundheitssystem im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Buck, Johannes Neimann, Dr. Thomas Carl Stiller und Dr. Gisbert Voigt (Drucksache Ib - 11) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert, dass die Bundesregierung die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene finanzielle Begrenzung der Vergütung für präventive Leistungen, wenn die Zahlen dieser präventiven Leistungen steigen, überdenkt und zurücknimmt (ehem. EGV-Leistungen).

Begründung:

Im vorliegenden Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ist eine Begrenzung der Vergütungen für Vorsorgeleistungen geplant. Wenn die gesundheitspolitische und medizinisch gewünschte Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen steigt, soll der dadurch ausgelöste Anstieg des Finanzbedarfs begrenzt werden.

Gerade bei Vorsorgeleistungen ist eine steigende Inanspruchnahme weder unerwünscht noch steuerbar, sondern ausdrücklich gewollt. Prävention dient der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Erkrankungen und trägt langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Eine finanzielle Begrenzung der Vergütung setzt daher falsche Anreize und gefährdet den Ausbau präventiver Versorgung.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Thomas Lipp, Sebastian Exner, Dr. Marco Hensel MBA, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Ulrich Schwiersch und Johanna Riemer-Laudien (Drucksache Ib - 17) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bund und Gesetzgeber auf, die vollständige finanzielle Verantwortung für versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu übernehmen. Insbesondere müssen die Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und Bürgergeldempfänger vollständig und realitätsgerecht aus Steuermitteln finanziert werden. Eine dauerhafte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Beitragsmitteln der GKV ist systemwidrig und führt zu einer strukturellen Überlastung der Solidargemeinschaft. Mit der Übernahme wäre das für 2027 festgestellte Defizit von 15 Milliarden Euro zum großen Teil gedeckt. Dies würde die nötige Zeit dafür geben, die Versorgung im Rahmen von Strukturreformen zu sichern und auszubauen. Daraus könnten sich dann möglicherweise weitere Sparmaßnahmen ergeben.

Der 130. Deutsche Ärztetag erkennt zugleich die erheblichen finanziellen Herausforderungen der GKV ausdrücklich an und unterstützt das Ziel, die Finanzierungsgrundlagen der GKV nachhaltig zu stabilisieren. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass notwendige Konsolidierungsmaßnahmen nicht zu einer Gefährdung der ambulanten und stationären Patientenversorgung führen.

Die Stabilisierung der GKV darf nicht primär über pauschale Vergütungsbegrenzungen, zusätzliche Bürokratie oder administrative Verdichtung erfolgen, sondern muss sich an Versorgungsqualität, Patientensicherheit, medizinischer Notwendigkeit und Versorgungseffizienz orientieren. Nachhaltige Stabilität entsteht durch verlässliche Rahmenbedingungen und eine starke medizinische Versorgung.

Kurzfristige Konsolidierungsmaßnahmen können jedoch notwendige Strukturreformen des Gesundheitswesens nicht ersetzen. Diese müssen in einem gesonderten, breit abgestimmten Prozess gemeinsam mit der ärztlichen Selbstverwaltung entwickelt werden. Ziel muss eine patientenorientierte, effiziente und zukunftsfeste Versorgungsstruktur sein, die Bürokratie reduziert, Digitalisierung konsequent nutzbar macht und die Versorgung langfristig sichert.

Der 130. Deutsche Ärztetag unterstützt die Weiterentwicklung präventiver und zweckgebundener Abgaben, insbesondere im Bereich stark zuckerhaltiger Getränke sowie perspektivisch auch im Bereich Alkohol und Tabak, um gesundheitspolitische Lenkungseffekte und zusätzliche Finanzierungsbeiträge miteinander zu verbinden. Ebenso sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel abgesenkt werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, die im Rahmen des geplanten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen pauschalen Kürzungsmaßnahmen und Honorarbegrenzungen im ambulanten Bereich kritisch zu überprüfen und so auszugestalten, dass die wirtschaftliche Stabilität der Praxen und Krankenhäuser sowie die wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt werden. Ebenso sollte die geplante Kürzung des Bundeszuschusses um zwei Milliarden Euro zurückgenommen werden, um zusätzlichen finanziellen Druck auf die medizinische Versorgung zu vermeiden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Versicherungsfremde Leistungen endlich aus Steuermitteln finanzieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Petra Hummel-Kunhenn, Doris Höpner, Dr. Karin Bremer, Christiane Hoppe, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Melanie Rubenbauer und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache Ib - 22) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bundesregierung und Gesetzgeber mit Nachdruck auf, versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) endlich vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, wie seit langem von der Ärzteschaft gefordert und zuletzt auch von der FinanzKommission Gesundheit empfohlen.

Dass stattdessen die Beitragssätze zulasten der medizinischen Versorgung stabilisiert werden sollen, wird entschieden abgelehnt.

Begründung:

Viele Leistungen der GKV sind keine Leistungen der medizinischen Versorgung der Versicherten, sondern gehören in den Bereich der staatlichen Daseinsvorsorge. Es entspricht nicht der Funktion einer Krankenversicherung, aus sachfremden Gründen, z. B. um den Bundeshaushalt zu entlasten, diese Leistungen zu finanzieren.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Sanierung des Bundeshaushalts auf Kosten der Versicherten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Matthias Fabian und Dr. Lydia Berendes (Drucksache Ib - 26) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den umgehenden Ausgleich des Zwölf-Milliarden-Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) infolge einer unzureichenden Kostenübernahme des Bundes für Empfänger der Grundsicherung.

Mit der im Regierungsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen stufenweisen Erhöhung der Beitragspauschale für die Beziehenden von Grundsicherung und der gleichzeitigen Kürzung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds um jährlich zwei Milliarden Euro wird das Defizit von aktuell zwölf Milliarden Euro auch langfristig nicht ausgeglichen.

Dieses Vorhaben ist ordnungspolitisch nicht vermittelbar und muss geändert werden. Staatliche Aufgaben wie versicherungsfremde Leistungen, die weit über die Ausgaben für Empfänger von Grundsicherung hinausgehen und mit ca. 60 Milliarden Euro die Krankenkassen belasten, sind aus Steuern zu finanzieren und können nicht den Beitragszahlern eines solidarischen Krankenversicherungssystems aufgebürdet werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Bürokratieabbau im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mitdenken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Dr. Christian Schwark, Anne Kandler, Dr. Christian Piper, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Sylvia Ottmüller und Dr. Melanie Rubenbauer (Drucksache Ib - 04) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung nachdrücklich auf, das aktuelle GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zwingend mit einem nachhaltigen und systemeffektiven Bürokratieabbau zu verbinden.

Ein langfristig angelegter, systemeffektiver Abbau bürokratischer Hürden ist aus unserer Sicht essenziell, um die Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten. Eine lediglich kurzfristige Kostendämpfung, die nicht mit einer spürbaren Entbürokratisierung einhergeht, verstärkt nur den ökonomischen Druck im Gesundheitssystem und lässt die aktiven Akteure ohne Entlastung zurück.

Dies birgt die Gefahr, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung auf Dauer verschlechtert und dadurch letztendlich volkswirtschaftlich deutlich höhere Kosten entstehen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Bürokratieabbau zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze nutzen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Hans-Martin Wollenberg und Dr. Feras El-Hamid (Drucksache Ib - 27) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 appelliert an die Bundesregierung, im Gesetzentwurf zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze die Einsparmöglichkeiten durch Bürokratieabbau zu nutzen.

Der vorliegende Regierungsentwurf sieht stattdessen Regelungen vor, die zu einem weiteren Bürokratieaufbau im Gesundheitswesen führen. Das betrifft insbesondere die ausufernden Verfahrensregelungen zu den Prüfungen der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste, zum obligatorischen Zweitmeinungsverfahren und zur Teilkrankschreibung. Diese Regelungen binden Personal im Übermaß und kosten unnötig Geld.

Finanzwirksame Maßnahmen müssen durch Abbau von Bürokratie Eingang in das Spargesetz finden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Einnahmenorientierte Ausgabendeckelung erstickt nicht-geförderte ambulante Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Christiane Wessel, Dr. Norbert Smetak, Markus Haist, Dr. Sabine Köhler, Dr. Martin Eichenlaub, Christa Bartels, Dr. Klaus J. Doubek, Wieland Dietrich und Dr. Silke Lüder (Drucksache Ib - 25) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass eine Gesamtdeckelung auch über extrabudgetär vergütete Leistungen im ambulanten Bereich mittelfristig alle nicht-geförderten Weiterbildungsstellen in der ambulanten Versorgung nicht mehr finanzierbar machen würde. Damit wäre nicht nur die von der Regierung gewünschte Ambulantisierung konterkariert, sondern auch die angestrebte Beitragsstabilisierung, denn die Versorgung würde zwangsläufig in den stationären Bereich mit der größeren Kostendynamik rückgeführt werden.

Begründung:

Neben den bundesweit geförderten 2.000 Weiterbildungsstellen im fachärztlichen Bereich gibt es annähernd gleichviele nicht geförderte Weiterbildungsstellen. Bei deren Finanzierung ist neben hohem Engagement und Idealismus der anstellenden Fachärztinnen und Fachärzte der extrabudgetäre Vergütungsanteil am zu erzielenden Honorar der entscheidende Faktor der Finanzierbarkeit, auch für die Lohnkalkulation der Gehälter der Weiterzubildenden. Fällt dieser kalkulatorische Faktor weg, fällt auch die nicht-geförderte Weiterbildung weg.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Streichung der Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Sabine Köhler, Dr. Martin Eichenlaub, Stefanie Oberfeld, Dr. Norbert Smetak, Dr. Klaus J. Doubek, Markus Haist und Dr. Regine Held (Drucksache Ib - 31) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, eine Streichung der Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapien, wie sie von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen und von den Gesetzentwürfen unkritisch übernommen wurde, nicht umzusetzen.

Begründung:

Positive Versorgungseffekte nach Einführung der Zuschläge würden damit aufgegeben. Diese würden einerseits die Versorgung verschlechtern, andererseits nicht zu den Entlastungen führen, die die FinanzKommission Gesundheit angenommen hat.

Kurzzeittherapien sind Therapiekonzepte, die für die Praxen einen erhöhten administrativen Aufwand bedeuten und durch Freigabe von Kapazitäten Wartezeiten verkürzen. Aus der Betrachtung von Verhältniszahlen von Kurzzeit- zu Langzeittherapien und der Wartezeiten im Bericht der FinanzKommission Gesundheit, der hier zugrunde liegt, kann kein Fehlen einer Lenkungswirkung der Zuschläge abgeleitet werden.

Ein Aufwachsen von Kurzzeittherapien zum Nachteil von Langzeittherapien führte zur Beschäftigung von nichtärztlichem Praxispersonal zur Entlastung bei den organisatorischen und bürokratischen Arbeiten. Die aktuellen bestehenden Kürzungen zwingen bei weiteren Kürzungen zu Entlassungen von Personal.

In Folge ist zu erwarten, dass wieder mehr Langzeittherapien durchgeführt werden, die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten sinken wird, Wartezeiten steigen und ersatzweise auf Klinikschleifen ausgewichen wird. Das ist alles kostenintensiv und trägt nicht zur Beitragsstabilisierung bei.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird von der gemeinsamen Selbstverwaltung

gestaltet. Ein Verbotseingriff bedarf nicht nur einer guten Begründung, sondern auch einer fundierten und vertieften Kenntnis der Regelungsauswirkungen. Die Zuschläge gehen in die allgemeine Bewertung der Psychotherapie ein. Eine isolierte Kürzung hat daher nicht nur einen großen Bürokratieaufwand, sondern hätte auch sehr viel weniger Einsparung zur Folge, als sich dies die FinanzKommission Gesundheit vorgestellt hat, was dann offenbar unkritisch im Eiltempo in die Gesetzentwürfe übernommen wurde.

Zur wirklichen Beitragsstabilisierung eignet sich die Kürzung also nicht. Ziel bleibt die Sicherstellung einer geordneten Finanzierung der gewünschten Versorgung.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine einseitige Kürzung der ambulanten Regelversorgung bei weiterhin unbegrenzten großflächigen Individualregelungen: hier Erstattungspsychotherapie

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Sabine Köhler, Stefanie Oberfeld, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Norbert Smetak und Dr. Regine Held (Drucksache Ib - 30) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die ambulante Gesamt-Regelversorgung nicht ungeachtet bedarfsbegründeter Dynamik einnahmeorientiert gekürzt werden kann, solange Krankenkassen großflächige individuelle und dabei unbegrenzte Regelungen ihren Versicherten zu Marketingzwecken anbieten können.

Das trifft insbesondere auf die Erstattungspsychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB V zu: "Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen, die durch einen Psychotherapeuten erbracht werden, sind erstattungsfähig, …".

Das konterkariert die Gesetzgebung.

Begründung:

Eine Mengenbegrenzung bei der psychotherapeutischen Regelversorgung führt Patientinnen und Patienten zwangsläufig alternativ in die Erstattungspsychotherapie, die weiterhin gesetzlich unbegrenzt zur Verfügung steht und im Übrigen auch durch aktive Kommunikation von Krankenkassenmitarbeitenden aus Marketinggründen an die Versicherten herangetragen wird. Es kann nicht sein, dass einerseits alle fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in der Regelversorgung durch Bedarfsdynamiken zur Ausgabenbeschränkung belastet werden, andernorts jedoch gesetzliche Regelungen den Krankenkassen erlauben, unbegrenzt selbst Kosten durch regelhafte Individualangebote ohne weitere Verträge zur Direktabrechnung zuzulassen, um dann als "gute Kasse" dazustehen.

Das konterkariert die Gesetzgebung.

Die gesetzgeberische Absicht, Beitragsstabilisierung durch globale Kürzung von Mitteln in der ambulanten Versorgung zu erzielen, wird zu sehr schmerzhaften Leistungseinschränkungen für die Bevölkerung führen und Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte in der Regelversorgung in Bedrängnis bringen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Ib - 07 Sicherstellung der Refinanzierung von Notfallbehandlungskosten nicht krankenversicherter Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Praxen und weiteren medizinischen Einrichtungen

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Sicherstellung der Refinanzierung von Notfallbehandlungskosten nicht krankenversicherter Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Praxen und weiteren medizinischen Einrichtungen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Florian Gerheuser, Julian Veelken, Stefanie Minkley, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Katharina Thiede, Dr. Joachim Suder, Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Lydia Berendes (Drucksache Ib - 07) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die medizinische Notfallversorgung von nicht krankenversicherten, mittellosen Patientinnen und Patienten in Deutschland zwar rechtlich geboten ist, die Refinanzierung der dabei entstehenden Behandlungskosten für Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen in der Praxis jedoch unzureichend handhabbar und mit erheblichen Hürden verbunden ist.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung, den Gesetzgeber und weitere zuständige Stellen auf, im Rahmen der geplanten Reform der Notfall- und Rettungsdienststrukturen sicherzustellen, dass Krankenhäuser, Praxen und weitere medizinische Versorgungseinrichtungen ihrer Verpflichtung zur Behandlung medizinischer Notfälle unabhängig vom Versicherungsstatus von Patientinnen und Patienten nachkommen können, ohne dadurch finanzielle Nachteile zu erleiden. Konkret fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf,

- die bestehenden Nothelferregelungen (§ 25 SGB XII und § 6a Asylbewerberleistungsgesetz [AsylbLG]) grundlegend zu reformieren, insbesondere die Darlegungs- und Beweislast zulasten der behandelnden Einrichtungen deutlich zu reduzieren,
- die Antragstellung unbürokratisch zu vereinfachen,
- die zeitliche Begrenzung der Kostenerstattung infolge der sogenannten Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu überwinden und
- eine bundesweite Fonds- oder Pauschallösung einzurichten, an der sich Bund und Länder beteiligen, um die Kosten der Notfallbehandlung von nicht krankenversicherten, mittellosen Patientinnen und Patienten verlässlich, zeitnah und auskömmlich zu refinanzieren.

Der 130. Deutsche Ärztetag betont, dass der Zugang zu medizinischer Notfallversorgung

nicht vom Vorliegen eines Krankenversicherungsschutzes abhängen darf. Ärztinnen und Ärzte wie auch Krankenhäuser, Praxen und andere medizinische Einrichtungen dürfen durch bestehende Finanzierungslücken nicht in ethisch oder wirtschaftlich unzumutbare Entscheidungszwänge gebracht werden.

Begründung:

Ärzte und Ärztinnen, Krankenhäuser und weitere medizinische Einrichtungen sind ethisch, berufs- und sozialrechtlich verpflichtet, Menschen in medizinischen Notfällen unabhängig von ihrem Krankenversicherungsstatus zu behandeln. Für die Notfallbehandlung mittelloser, nicht krankenversicherter Patientinnen und Patienten existieren mit § 25 SGB XII (Nothelferanspruch) und § 6a AsylbLG für Geflüchtete zwar formell Erstattungsansprüche (Nothelferregelungen). Diese erweisen sich jedoch seit Jahren als unzureichend.

Insbesondere die beim Krankenhaus liegende Darlegungs- und Beweislast für die Mittellosigkeit von Patientinnen und Patienten, hohe bürokratische Hürden bei der Antragstellung sowie die zeitliche Begrenzung der Erstattungsfähigkeit führen dazu, dass Behandlungskosten häufig nicht oder nur anteilig übernommen werden. Dies verursacht nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erhebliche Erlösausfälle für Krankenhäuser, insbesondere in Ballungsräumen und an Kliniken mit hohem Versorgungsaufkommen, und gefährdet damit langfristig die Bereitschaft zur uneingeschränkten Notfallversorgung. Gleiches gilt für niedergelassene Praxen und weitere Einrichtungen der Versorgung wie z. B. Praxen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Zugleich führen die bestehenden Refinanzierungsdefizite zu Unsicherheiten in Praxen und Notaufnahmen und können dazu beitragen, dass hilfesuchende Patientinnen und Patienten abgewiesen oder unter unangemessenen finanziellen Druck gesetzt werden. Dies ist mit dem ärztlichen Ethos und dem allgemeinen Versorgungsauftrag nicht vereinbar. Die geplante Reform der Notfall- und Rettungsdienststrukturen bietet einen geeigneten Anlass, um diese seit langem bekannten Problemlagen strukturell zu beheben. Eine Vereinfachung der Nothelferregelungen sowie die Einrichtung eines solidarisch finanzierten Fonds können dazu beitragen, die ärztliche Notfallversorgung rechtssicher, diskriminierungsfrei und wirtschaftlich tragfähig zu gestalten.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung

Ib - 16 Masterplan Medizinstudium 2020 - Jetzt handeln! Studierende und Patientinnen und Patienten können nicht länger warten!

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Masterplan Medizinstudium 2020 - Jetzt handeln! Studierende und Patientinnen und Patienten können nicht länger warten!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Fabian Holbe, Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Anke Müller, Wenke Burghardt, Anne Machka und Dr. Jens Placke (Drucksache Ib - 16) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich die Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) und damit seit 2017 im Masterplan Medizinstudium 2020 beschlossene Punkte umzusetzen. Der fertige Referentenentwurf darf nicht länger in der Schublade verstauben - die vielen guten Reformideen müssen endlich bei den Studierenden ankommen!

Begründung:

Es ist ein Skandal, dass neun Jahre nach dem Beschluss und ein Jahr nach dem dringenden Appell des 129. Deutschen Ärztetages 2025 immer noch nichts passiert ist. Während Bund und Länder sich in Finanzierungsstreitigkeiten verlieren, leiden Studierende unter veralteten Strukturen und können nicht optimal auf die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der ärztlichen Tätigkeit vorbereitet werden.

Konkrete Forderungen:

1. Sofortige Verabschiedung der neuen Approbationsordnung - der Referentenentwurf liegt bereit, jetzt muss er umgesetzt werden!
2. Finanzierung sichern - Bund und Länder müssen ihre Verantwortung wahrnehmen und die Reform vollumfänglich ausfinanzieren.

Die medizinische Ausbildung in Deutschland hinkt hinterher - während andere Länder längst moderne Curricula umsetzen, blockieren wir uns selbst mit Bürokratie und Kostenstreit. Die Studierenden von heute sind die Ärztinnen und Ärzte von morgen.

Wer die Reform weiter verzögert, trägt die Verantwortung für den Mangel an Ärztinnen und Ärzten von morgen - und das ist kein Risiko, das wir eingehen dürfen.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Gesetz zur Änderung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes

Ib - 38 Verbot der Passivrauchexposition von Kindern und Jugendlichen in Pkw

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Verbot der Passivrauchexposition von Kindern und Jugendlichen in Pkw

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Ralf van Heek, Dr. Hannah Teipel, Dr. Hendrik Schönbohm, Dr. Christine Schwill, Dr. Victoria Witt und Anne Schluck (Drucksache Ib - 38) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 unterstützt den Gesetzentwurf des Bundesrates zum Verbot der Passivrauchexposition von Kindern und Jugendlichen in Pkw.

Begründung:

Gesundheitsschäden durch Tabakrauch auch bei indirekter Inhalation sind allgemein bekannt und wissenschaftlich gut belegt. Die sich entwickelnden Atemwege und Lungen von jungen Menschen sind besonders gefährdet, ihr Schutz ist darum besonders wichtig.

Der Gesetzgeber wird dabei auch die Einbeziehung von Passivdampfinhalation (Vapen) prüfen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung
Ärztliche Berufsausübung
Digital
Prävention / Gesundheitsförderung
Machtmissbrauch
Bevölkerungsschutz im Pandemie-, Katastrophen-, Kriegsfall; Resilienz
GKV / vertragsärztliche Versorgung / SGB V
Ausbildung / Medizinstudium
Kommerzialisierung
Krankenhaus
Sterbehilfe (Suizidassistenz)
Qualitätssicherung / Patientensicherheit
One Health, Klima und Gesundheit
Psychotherapie / Versorgung psychisch kranker Menschen
Gewalt gegen Gesundheitsberufe
Gesundheitsberufe
Datenaustausch Kammern / Behörden
Arzneimittel / Medizinprodukte
Medizinische Fachangestellte
ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin
Forschungsdaten

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung

Ic - 14 Sektorenübergreifende Vergütung ambulanter Behandlungen neu ordnen
Ic - 35 Weiterbildungsqualität im Rahmen der Hybrid-DRGs gewährleisten

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Sektorenübergreifende Vergütung ambulanter Behandlungen neu ordnen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 14) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 hält die Förderung der Ambulantisierung und die sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitssystem für wesentlich, um die Versorgung patientenorientiert weiterzuentwickeln. Hybrid-DRGs werden diesem Anspruch jedoch in ihrer derzeitigen Ausgestaltung - insbesondere angesichts der gesetzlich vorgegebenen weiteren Ausweitung - nicht gerecht. Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher den Gesetzgeber auf, die sektorenübergreifende Vergütung ambulanter Behandlungen grundlegend neu zu konzipieren und hierzu die ärztliche Selbstverwaltung, die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und Medizincontrolling-Expertise einzubinden.

Insbesondere folgende Punkte müssen verbindlich berücksichtigt werden:

- Strikte Orientierung an medizinischer Indikation, Leitlinien und Risikostratifikation
- Keine Ambulantisierung sensibler Eingriffe allein aus Vergütungsgründen, wenn die Besonderheiten des Eingriffs oder der Behandlungskontext eine stationäre Behandlung erfordern
- Sicherstellung einer fairen und kostendeckenden Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsarztpraxen, welche die tatsächliche Komplexität der Leistungen adäquat und nicht auf EBM-Niveau abgesenkt abbildet
- Förderung der ambulanten Versorgung von Kindern und Menschen mit Behinderungen durch die Berücksichtigung in Hybrid-DRGs schnellstmöglich und nicht, wie mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) beschlossen, erst ab dem Jahr 2027
- Klare und medizinisch nachvollziehbare Zuweisungskriterien anstatt eines für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht nachvollziehbaren Grouping-Algorithmus
- Vermeidung von zusätzlicher Bürokratie

- Keine Schaffung von Parallelstrukturen zwischen ambulantem Operieren und Hybrid-DRGs; adäquate Abstimmung mit dem vom Gesetzgeber zusätzlich geplanten Instrument der DRG-Kurzzeitfallpauschalen

- Einbeziehung der mit Hybrid-DRGs erbrachten Leistungen der Krankenhäuser in die Mindestvorhaltezahlen der Leistungsgruppen

- Berücksichtigung der Erfordernisse der ärztlichen Weiterbildung durch Einführung der vom Deutschen Ärztetag geforderten Weiterbildungspauschale, die den für die ärztliche Weiterbildung erforderlichen strukturellen und personellen Aufwand abbildet.

Begründung:

Hybrid-DRGs sollen formal "gleiche Vergütung für gleiche Leistung" schaffen und die Ambulantisierung fördern, sind in ihrer aktuellen Umsetzung aber methodisch, wirtschaftlich und organisatorisch unzureichend.

Es droht eine strukturelle Fehlsteuerung der Versorgung durch eine gesetzlich starr vorgegebene Ambulantisierung.

Unter den Bedingungen einer stärkeren Ambulantisierung ergeben sich neue Herausforderungen für die ärztliche Weiterbildung. Eingriffe, die als Hybrid-DRGs abgerechnet werden, müssen auch von weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten unter Supervision durchgeführt werden können. Dies macht eine sektorenübergreifende Organisation und eine Finanzierung des für die Weiterbildung erforderlichen zusätzlichen Aufwandes erforderlich.

Das Hybrid-DRG-System ist in seiner aktuellen Form kein Steuerungsinstrument für bessere Versorgung, sondern primär ein Kostendämpfungsinstrument mit erheblichen Nebenwirkungen. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um Qualitätsstandards und wirtschaftliche Tragfähigkeit zu sichern.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Weiterbildungsqualität im Rahmen der Hybrid-DRGs gewährleisten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Eleonore Zergiebel, Dr. Annette Bauer, Dr. Arndt Berson, Dr. Clara Kerth, Dr. Feras El-Hamid, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Wilhelm Rehorn und Dr. Jana Rönsch (Drucksache Ic - 35) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, bei der Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs die finanziellen, personellen und strukturellen Konsequenzen auf die Facharzt-Weiterbildung systematisch zu berücksichtigen.

Begründung:

Der effizientere Einsatz medizinischer Fachkräfte, der Aspekt der Wirtschaftlichkeit und die geforderte Versorgungsqualität erschweren die Weiterbildung der im Rahmen von Hybrid-DRGs gelisteten Prozeduren (= zu erlernende Eingriffe). Das Erlernen dieser Eingriffe ist für die Weiterbildung zukünftiger Fachärzte unabdingbar, sowohl für die Weiterbildung in den Gebieten, den Schwerpunkten als auch den Zusatz-Weiterbildungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018. Gerade aus demografischen Gesichtspunkten muss eine gute Weiterbildung auch im ambulanten und Kurzliegerbereich finanziell und personell zum Standard gehören und darf nicht der Überregulierung, ökonomischen Handlungslogiken und Sparmaßnahmen zum Opfer fallen.

Zum 01.01.2024 wurde mit Einführung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V ein sektorenübergreifendes, einheitliches Vergütungssystem für bestimmte medizinische Leistungen etabliert. Ziel ist die Ambulantisierung von Leistungen, die sicher, qualitativ angemessen und effektiv im ambulanten Setting erbracht werden können, die jedoch bisher in Deutschland traditionell sehr häufig stationär erfolgten. Zudem soll ein effizienterer Einsatz medizinischer Fachkräfte gefördert und die Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei gleichbleibender Versorgungsqualität gestärkt werden. Das Hybrid-DRG-Vergütungssystem gilt sowohl für die vertragsärztliche als auch für die stationäre Versorgung und sorgt für eine einheitliche pauschalierte Vergütung. Mit 2026 wurde das Leistungsspektrum auf 69 Hybrid-DRGs deutlich ausgeweitet. Eine schrittweise

Angleichung der Vergütung an den AOP-Katalog (EBM) ist bis 2030 geplant.

Die Überkomplexität führt bei Aufnahme eines Patienten zu besonderen Schwierigkeiten. Da das Regelwerk die Einteilung bestimmt und nicht die medizinische Indikation, bestehen zusätzliche Haftungs- und Aufklärungsrisiken. Wesentlich ist aber, dass die im Rahmen von Hybrid-DRGs aufgenommenen Prozeduren damit in der Weiterbildung nur sehr beschränkt erlernbar sind. Dies ist aber unabdingbar für die Weiterbildung der Ärzteschaft und Abdeckung der Facharztgruppen in der Zukunft.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Ärztliche Berufsausübung

Ic - 54	Einbeziehung der Ärzteschaft in die Aktivrente
Ic - 166	Angleichung des gesetzlichen Mutterschutzes für selbstständige Ärztinnen zur Sicherung von Versorgung und Selbstverwaltung

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Einbeziehung der Ärzteschaft in die Aktivrente

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Petra Bubel, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Dr. Anke Mann, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch, Dr. Dietrich Stoevesandt und Prof. Dr. Uwe Ebmeyer (Drucksache Ic - 54) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, im Rahmen der sogenannten Aktivrente sicherzustellen, dass alle Ärztinnen und Ärzte in den Genuss entsprechender Regelungen kommen und keine Benachteiligung selbstständig tätiger Ärztinnen und Ärzte erfolgt.

Ziel ist es, erfahrenen Ärztinnen und Ärzten einen flexiblen, rechtssicheren und attraktiven Weiterverbleib im Berufsleben über das reguläre Renteneintrittsalter hinaus zu ermöglichen und damit zugleich einen Beitrag zur Stabilisierung der medizinischen Versorgung zu leisten.

Begründung:

Angesichts des demografischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen gewinnt die Weiterbeschäftigung erfahrener Ärztinnen und Ärzte nach Erreichen des Renteneintrittsalters zunehmend an Bedeutung. Viele Ärztinnen und Ärzte sind bereit, ihre Tätigkeit - sei es in reduziertem Umfang oder projektbezogen - fortzuführen.

Die aktuell diskutierten Modelle einer Aktivrente zielen darauf ab, Anreize für eine freiwillige Weiterarbeit zu schaffen, etwa durch steuerliche Begünstigungen oder flexiblere Hinzuverdienstregelungen. Es ist jedoch sicherzustellen, dass diese Modelle auch für die Ärzteschaft praktikabel und zugänglich sind.

Durch eine faire und praktikable Ausgestaltung der Aktivrente für Ärztinnen und Ärzte soll deren wertvolle Erfahrung länger im Versorgungssystem gehalten, die medizinische Versorgung stabilisiert und zugleich die individuelle Entscheidungsfreiheit gestärkt werden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Angleichung des gesetzlichen Mutterschutzes für selbstständige Ärztinnen zur Sicherung von Versorgung und Selbstverwaltung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Nadezda Jesswein, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Susanne Johna, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Christiane Qualmann, Johannes Neimann, Dr. Ilka Aden, Dr. Uwe Gerecke, Dr. Karin Bremer, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Sabine Arndt, Dr. Franziska von Breunig, Dr. Ulf Zitterbart, Prof. Dr. Diana Steinmann, Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat und Dr. Thomas Carl Stiller (Drucksache Ic - 166) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Politik auf Bundes- und Landesebene sowie die Selbstverwaltung auf, einen Mutterschutz für selbstständige, niedergelassene Ärztinnen unverzüglich analog den Regelungen für angestellte Ärztinnen einzuführen.

Begründung:

Selbstständige Ärztinnen tragen eine zentrale Verantwortung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Fehlt ein ausreichender Mutterschutz, besteht die Gefahr, dass Frauen aus Sorge vor Einkommensverlust, organisatorischer Überlastung oder rechtlicher Unsicherheit eine Niederlassung verzögern oder ganz vermeiden.

Eine sinkende Niederlassungsbereitschaft gefährdet - insbesondere im Hinblick auf die steigende Zahl von Ärztinnen in der hausärztlichen Versorgung - nicht nur die Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern langfristig auch die Stabilität der ärztlichen Selbstverwaltung, die auf der aktiven Mitwirkung aller Ärztinnen und Ärzte beruht.

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung heißt es: "Wir wollen einen Mutterschutz für Selbstständige analog zu den Mutterschutzfristen für Beschäftigte einführen. Dafür prüfen wir zeitnah umlagefinanzierte und andere geeignete Finanzierungsmodelle." Die konkrete Umsetzung dieser Zusage ist bislang jedoch offen. Politische Initiativen zur sozialen Sicherung von Selbstständigen im Bundesrat und im Bundestag verdeutlichen den bestehenden Handlungsbedarf, ein bundesweit verbindlicher Rahmen im Bereich des

Mutterschutzes fehlt weiterhin.

Um eine gerechte und tragfähige Lösung zu erreichen, sind Ärztinnen und Ärzte, Selbstverwaltung und Politik gleichermaßen gefordert, Verantwortung zu übernehmen. Ziel ist eine verlässliche Gleichstellung im Mutterschutz, ohne strukturelle Nachteile für selbstständig tätige Ärztinnen.

Es braucht nun einen klaren politischen Zeitplan zur Umsetzung dieser Zusage, damit Gleichstellung und Versorgungssicherheit gewährleistet werden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Digital

Ic - 09	Betriebsstabilität sicherstellen - Telematikinfrastruktur weiterentwickeln
Ic - 43	Maßnahmen zur Stärkung von Qualität, Sicherheit und Verantwortung in der Gesundheits-IT
Ic - 171	Sicherstellung einer kostendeckenden Finanzierung der Telematikinfrastruktur in Arztpraxen
Ic - 64	KIM-Anbindung von Behörden zur Entbürokratisierung und Verbesserung der intersektoralen Kommunikation
Ic - 118	Verbindliche Implementierung des bundeseinheitlichen Medikationsplans in die Software von Pflegeeinrichtungen
Ic - 57	Unentgeltliche Abschrift der ärztlichen Behandlungsakte über die elektronische Patientenakte regeln
Ic - 174	Initiative für einen bundesweit verpflichtenden, strukturierten Arztbriefstandard zur Verbesserung der Schnittstellenkommunikation zwischen Fachärztinnen und Fachärzten/Krankenhäusern und der hausärztlichen Versorgung
Ic - 128	Digitalisierung als Werkzeug der Entlastung - Konsequente Umsetzung und Bürokratieabbau im ambulanten Sektor
Ic - 10	Qualitätsstandards für Studien zu KI-Anwendungen in der Medizin
Ic - 147	Ärztliche Kontrolle beim Einsatz von KI
Ic - 21	Transparenz und Regulierung algorithmischer Aufmerksamkeitssteuerung digitaler Plattformen
Ic - 142	Digitale KI-Agenten regulieren, bevor sie im Gesundheitswesen genutzt werden
Ic - 143	Cloudbasierte Künstliche Intelligenz von ärztlichen Behandlungsdaten - nur auf vertrauensvoller Infrastruktur
Ic - 145	Schutz vor Reidentifizierung bei anonymisierten/pseudonymisierten Behandlungsdaten aus der elektronischen Patientenakte im Gesundheitsdatenraum über (Kalender-)Muster und die Anwendung von künstlicher Intelligenz
Ic - 157	Künstliche Intelligenz (KI) an Behandlungsdaten bedeutet eine Datenvervielfältigung und eine Datenmitnahme
Ic - 144	Ressourcenverbrauch und Kosten der Anwendung von Künstlicher Intelligenz berücksichtigen
Ic - 114	Verordnungen von DiGA neu regeln
Ic - 172	Auch digitale Gesundheitsanwendungen müssen transparent und ehrlich sein

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Betriebsstabilität sicherstellen - Telematikinfrastruktur weiterentwickeln

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 09) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 kritisiert die mangelnde Stabilität und eingeschränkte Funktionalität der Telematikinfrastruktur (TI) und ihrer Anwendungen, insbesondere der elektronischen Patientenakte (ePA), und fordert die gematik, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Krankenkassen auf, wirksame Gegenmaßnahmen zügig zu entwickeln:

1. Betriebsstabilität verbessern

Um die Betriebsstabilität der Infrastruktur zu erhöhen, muss die gematik die im Gesetz vorgesehenen Durchgriffskompetenzen gegenüber Herstellern und Anbietern von Komponenten und Diensten stärker wahrnehmen. Notwendigenfalls muss der Gesetzgeber die Befugnisse der gematik erweitern. Im Falle von systemkritischen Infrastrukturkomponenten sollte die gematik ihre gesetzlichen Möglichkeiten zur Gewährleistung der Sicherheit oder der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur auch tatsächlich nutzen und solche Dienste im Zuge einer Beauftragung vergeben.

2. Telematikinfrastruktur 2.0 zügig vorantreiben

Die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur hin zu einer "Telematikinfrastruktur 2.0" (TI 2.0), mit der u. a. auch eine Verringerung der technischen Komplexität verknüpft wird, muss forciert werden. Die Ablösung von wartungsintensiven Konnektoren oder ein Verzicht auf proprietäre technische Sonderlösungen können einen Beitrag für eine stabilere und nutzerfreundlichere Telematikinfrastruktur darstellen. Auch die Einführung von digitalen Identitäten neben dem kartenbasierten elektronischen Heilberufsausweis eröffnet neue Möglichkeiten bei Versorgungsszenarien in Krankenhäusern oder im mobilen Einsatz. Die Landesärztekammern haben hierbei als bestätigende Stelle und verantwortliche Herausgeber eine herausgehobene Aufgabenstellung.

Bei der Transformation hin zur TI 2.0 ist zwingend darauf zu achten, dass Mehrwerte für die Nutzung im ärztlichen Alltag (weitere Anwendungsszenarien ermöglichen, bestehende

Anwendungen fachlich erweitern) geschaffen werden. Aufgrund ggf. veränderter Verantwortungsbereiche können neue Haftungsrisiken entstehen. Diese dürfen nicht auf Ärztinnen und Ärzte verlagert werden.

3. Elektronische Patientenakte weiterentwickeln

Das Potenzial der ePA bleibt nach wie vor weitgehend ungenutzt. Es gilt daher, zügig die nächsten Entwicklungsschritte anzugehen und Funktionalitäten der ePA, die einen direkten Nutzen für die Patientenversorgung bieten, zeitnah umzusetzen, z. B. ein erweitertes digitales Medikationsmanagement mit Einbeziehung weiterer noch fehlender Verordnungstypen (z. B. E-BtM-Rezept); auch der Impfausweis, die Labordatenübermittlung und die Volltextsuche in der ePA müssen so bald wie möglich realisiert werden.

Zur Steigerung der aktiven Nutzung der ePA durch die Versicherten selbst sind die Krankenkassen erneut dringend aufgerufen, eine angemessene Unterstützung und Information ihrer Versicherten zu gewährleisten.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte sind bereit, digitale Werkzeuge zu nutzen - wenn diese zuverlässig funktionieren und einen echten Mehrwert für die Patientenversorgung bieten.

Mit der Etablierung des elektronischen Rezeptes (E-Rezept) und der Einführung einer ePA wurden zwei der wichtigen Meilensteine bei den Bemühungen der Bundesregierung um eine fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen erreicht. Die "Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege" durch das BMG mit der Beschreibung konkreter zukünftiger Umsetzungsvorhaben gibt darüber hinaus einen ambitionierten Ausblick auf die zukünftigen Schwerpunkte.

Allerdings ist derzeit festzuhalten, dass die technische Stabilität der TI nicht ausreichend gewährleistet ist und zu Störungen in den Abläufen der Praxen und Kliniken führt. Die gematik verfügt nicht über ausreichende Handhabe gegenüber Herstellern, um Qualitätsprobleme wirksam zu beheben.

Relevante mobile Versorgungsszenarien (Pflege, Hausbesuche) sind in der Architektur der TI derzeit nicht effizient umsetzbar. Daher ist eine Weiterentwicklung der TI zu einer TI 2.0 voranzutreiben.

Des Weiteren ist der Funktionsumfang der ePA noch zu gering, um die gewünschte qualitative Unterstützung der Patientenversorgung zu erreichen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Maßnahmen zur Stärkung von Qualität, Sicherheit und Verantwortung in der Gesundheits-IT

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven Christian Dreyer, Christa Bartels, Dr. Annette Bauer, Dr. Lydia Berendes, Dr. Arndt Berson, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Wieland Dietrich, Dr. Feras El-Hamid, Sebastian Exner, Constantin Halim, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH, Rudolf Henke, Dr. Clara Kerth, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, MBA, Prof. Dr. Tim Knoop, Dr. Rudolf Lange, Sonja Benders, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Wiltraut Maria Reich, Dr. Jana Rönsch, Dr. Thomas Clemens Scheck, Dr. Stefan Schröter, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Stefan Streit, Dr. Christof Sturm, Dr. Birgit Timmermann, Daniel Wellershaus, Dr. Joachim Wichmann, MBA und Eleonore Zergiebel (Drucksache Ic - 43) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Qualität, Patientensicherheit und Vertrauenswürdigkeit in digitalen Gesundheitslösungen sind zu stärken. Daher fordert der 130. Deutsche Ärztetag 2026 den Gesetzgeber auf, die Rahmenbedingungen in der deutschen Gesundheits-IT wie folgt anzupassen:

- Schnittstellen müssen standardisiert und klar definiert werden. Sie sind so auszugestalten, dass Markteintritte neuer Anbieter nicht durch übermäßige Komplexität bei der Integration der einzelnen Softwaremodule und der Datenspeicherung erschwert werden.
- Einschränkende Vertragsbedingungen, wie etwa unangemessene Preissteigerungen und Lock-in-Effekte, bei denen ein Wechsel durch hohe Kosten oder lange Kündigungsfristen erschwert wird, sind auszuschließen.
- Eine verpflichtende Konformitätsbescheinigung für Gesundheits-IT ist einzuführen, die die Einhaltung von Interoperabilitäts- und Sicherheitsstandards durch die Hersteller verbindlich bestätigt. Im Falle der Nichteinhaltung muss ein Sonderkündigungsrecht normiert werden. Bereits vorgesehene Wechsel- und Interoperabilitätsrechte müssen konsequent durchgesetzt werden.
- Die Haftung von Herstellern und Betreibern zentraler Infrastrukturen (z. B. ePA-Systeme, E-Rezeptdienste) für Ausfälle, Datenverluste und Systemstörungen ist gesetzlich zu regeln. Zur Erfassung und Meldung technischer Probleme ist eine unabhängige zentrale Stelle einzurichten, die beauftragt ist, Funktionsfähigkeit und Performanz zentraler Dienste eigenständig zu prüfen.
- Die Datensicherheit ist durch ein koordiniertes Zusammenwirken von Herstellern,

Betreibern und Anwendern sicherzustellen; Sicherheitsaspekte sind dabei verbindlich in Entwicklung und Betrieb zu integrieren.

Darüber hinaus fordert der 130. Deutsche Ärztetag 2026, Ärztinnen und Ärzte wirksam vor datenschutzrechtlichen Haftungsrisiken zu schützen, die außerhalb ihres Einflussbereichs entstehen. Eine Haftung ist insbesondere auszuschließen, wenn sie gesetzlich zur Nutzung digitaler Systeme im Gesundheitswesen verpflichtet sind und sie diese ordnungsgemäß einsetzen.

Begründung:

Im Bereich der Verwaltungssysteme für Praxen, Krankenhäuser und Labore liegt eine hohe Marktkonzentration der IT-Anbieter vor, welche Datensicherheit, Innovationsfähigkeit und Versorgungsqualität gefährdet. Sie führt zu technischer Abhängigkeit und zeigt sich im Versorgungsalltag durch steigende Kosten, technische Hürden beim Systemwechsel, mangelnde Interoperabilität und schleppende Anpassungen an neue Anforderungen.

Nur durch verbindliche, durchsetzbare und transparente Rahmenbedingungen kann eine zukunftsfähige, sichere und wettbewerbliche Gesundheits-IT in Deutschland gewährleistet werden. Die regulatorischen Maßnahmen der letzten Jahre greifen zu kurz. Sie bleiben fragmentarisch, werden unzureichend durchgesetzt und adressieren zentrale strukturelle Probleme wie fehlende Standardisierung und proprietäre Systemarchitekturen nicht ausreichend.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Sicherstellung einer kostendeckenden Finanzierung der Telematikinfrastruktur in Arztpraxen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Gisa Weißgerber, Dr. Oliver Funken, Dr. Nadezda Jesswein, Dr. Gerald Quitterer, Christiane Hoppe, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Jan Helge Kurschel, Doris Höpner und Ute Taube (Drucksache Ic - 171) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, eine vollständige und kostendeckende Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) in den Arztpraxen sicherzustellen.

Die bestehenden TI-Pauschalen sind regelmäßig zu überprüfen und so anzupassen, dass sowohl Investitions- als auch laufende Betriebskosten vollständig abgedeckt werden. Dies umfasst u. a. auch die bürokratischen Prozesse rund um den Austausch der elektronischen Heilberufsausweise beim Wechsel der RSA-ECC-Sicherheitszertifikate.

Begründung:

Die Telematikinfrastruktur ist eine zentrale Grundlage für die Digitalisierung des Gesundheitswesens und Voraussetzung für zahlreiche Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA), das elektronische Rezept (E-Rezept) und die digitale Kommunikation zwischen Leistungserbringern.

Für Arztpraxen ist die Nutzung der TI gesetzlich verpflichtend. Gleichzeitig zeigt sich in der Praxis, dass die bestehenden Pauschalen die tatsächlichen Kosten häufig nicht vollständig abbilden. Neben einmaligen Investitionen entstehen insbesondere laufende Kosten für Betrieb, Wartung, Updates und notwendige Systemanpassungen. Beispielhaft kann hier auf die extrem bürokratischen Prozesse rund um den Austausch der elektronischen Heilberufsausweise beim Wechsel der RSA-ECC-Sicherheitszertifikate verwiesen werden. Insbesondere wegen Fehlern seitens der Hersteller waren hier viele Ärztinnen und Ärzte mit aufwendigen Prozessen und z. T. auch Mehrkosten bei ihren IT-Dienstleistern konfrontiert.

Eine unzureichende Finanzierung führt dazu, dass Praxen die Kosten der gesetzlich vorgegebenen Digitalisierung teilweise selbst tragen müssen. Dies ist weder sachgerecht noch geeignet, die Akzeptanz digitaler Anwendungen zu fördern.

Eine verlässliche, kostendeckende Finanzierung, die auch ungeplante bürokratische Belastungen und damit verbundene Mehrkosten für IT-Dienstleister berücksichtigt, ist daher Voraussetzung für eine funktionierende und sichere digitale Infrastruktur. Sie trägt dazu bei, die Praxen zu entlasten, die Stabilität der Systeme zu sichern und die Digitalisierung im Gesundheitswesen nachhaltig voranzubringen.

Ziel ist es, die verpflichtende Digitalisierung im Gesundheitswesen so auszugestalten, dass sie für die Praxen wirtschaftlich tragfähig ist und die Versorgung nicht belastet.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: KIM-Anbindung von Behörden zur Entbürokratisierung und Verbesserung der intersektoralen Kommunikation

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Petra Bubel, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Dr. Anke Mann, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch, Dr. Dietrich Stoevesandt und Prof. Dr. Uwe Ebmeyer (Drucksache Ic - 64) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung, die Länder sowie die zuständigen Behörden auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene auf, eine flächendeckende und verpflichtende Anbindung aller relevanten Behörden an die Kommunikationsdienste im Medizinwesen (KIM) der Telematikinfrastruktur (TI) sicherzustellen, um eine Kommunikation zu medizinischen Zwecken zu ermöglichen.

Ziel ist die rechtssichere, standardisierte und medienbruchfreie elektronische Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten, medizinischen Einrichtungen und Behörden, insbesondere zur Reduktion bürokratischer Belastungen im Versorgungsalltag.

Begründung:

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat mit der Einführung der TI und des KIM-Dienstes wichtige Fortschritte gemacht. Während medizinische Einrichtungen zunehmend an diese Infrastruktur angebunden sind, besteht eine erhebliche Lücke in der Kommunikation mit Behörden. Der Austausch erfolgt vielfach noch per Fax, Post oder unsicheren E-Mail-Verfahren.

Dies führt zu unnötigem Zeitaufwand, Verzögerungen in Verwaltungsprozessen und einer erhöhten Fehleranfälligkeit. Insbesondere bei Befundanfragen, sozialmedizinischen Stellungnahmen, Infektionsmeldungen oder Anfragen von Gesundheitsämtern entstehen vermeidbare bürokratische Hürden.

Eine verpflichtende KIM-Anbindung von Behörden würde eine sichere, datenschutzkonforme und effiziente Kommunikation ermöglichen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der Ärzteschaft leisten.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Verbindliche Implementierung des bundeseinheitlichen Medikationsplans in die Software von Pflegeeinrichtungen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Carl Stiller (Drucksache Ic - 118) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), den Gesetzgeber sowie die zuständigen Selbstverwaltungsorgane auf, die verpflichtende und flächendeckende Implementierung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP) in die Softwarelösungen von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gesetzlich zu verankern.

1. Verbindliche Integration in Pflegesoftware von Pflegeeinrichtungen
2. Vermeidung von Doppelstrukturen und Bürokratieabbau
3. Verbesserung der Patientensicherheit
4. Förderung der interprofessionellen Kommunikation
5. Anerkennung bewährter Strukturen

Begründung:

In der täglichen Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen stellt die Medikation einen zentralen Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit dar. Pflegeheime sind häufige Anlassorte für Rückfragen, Anpassungen und Beratungen zur Arzneimitteltherapie in der hausärztlichen Praxis.

Derzeit existieren jedoch vielfach parallele Dokumentationssysteme mit unterschiedlichen Formaten und Darstellungen der Medikation. Dies führt zu erheblichem Mehraufwand durch wiederholtes manuelles Übertragen von Daten zwischen Systemen. Gleichzeitig entstehen relevante Risiken für Übertragungsfehler, die die Patientensicherheit gefährden können. Der BMP hat sich in der ärztlichen Versorgung als praktikables, übersichtliches und standardisiertes Instrument etabliert. Eine konsequente und verpflichtende Implementierung in die Software von Pflegeeinrichtungen ist daher ein notwendiger Schritt, um Medienbrüche zu vermeiden, Bürokratie abzubauen und die Arzneimitteltherapiesicherheit nachhaltig zu verbessern.

Ziel muss eine durchgängige, sektorenübergreifende und einheitliche Medikationsdokumentation sein. Der 130. Deutsche Ärztetag ist aufgefordert, diese Entwicklung aktiv zu unterstützen und politisch einzufordern.

Zu 1:

Verpflichtende Nutzung des bundeseinheitlichen Medikationsplans in allen Pflegeeinrichtungen.

- Technische Integration des standardisierten Formats in bestehende Dokumentations- und Verwaltungssysteme.
- Sicherstellung der Interoperabilität mit Praxisverwaltungssystemen und Krankenhausinformationssystemen.

Zu 2:

- Abschaffung paralleler, uneinheitlicher Medikationsdokumentationen in unterschiedlichen Formaten.
- Reduktion von Mehraufwand durch händisches Übertragen von Medikationsdaten.
- Vereinheitlichung der Darstellung zur Verbesserung der Übersichtlichkeit und Effizienz.

Zu 3:

- Minimierung des Risikos von Übertragungsfehlern durch standardisierte und einheitliche Dokumentation.
- Förderung einer klaren, sektorenübergreifend verständlichen Medikationsübersicht.
- Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit insbesondere bei multimorbiden und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten.

Zu 4:

- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Pflegepersonal und Apotheken durch ein einheitliches Dokumentationsformat.
- Erleichterung von Abstimmungen bei Medikationsänderungen und Rückfragen.
- Unterstützung eines kontinuierlichen, transparenten Informationsflusses.

Zu 5:

- Feststellung, dass sich der BMP in der ärztlichen Praxis etabliert und bewährt hat.
- Übertragung dieses Standards auf den Pflegebereich zur Schaffung durchgängiger Versorgungsprozesse.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Unentgeltliche Abschrift der ärztlichen Behandlungsakte über die elektronische Patientenakte regeln

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Karin Harre, Carola Bartezky, Dr. Gesine Dörr, Dr. Steffen König, MBA, Dr. David Liehre, Antje Meinecke, Johanna Riemer-Laudien, Alina Sassenberg und Frank-Ullrich Schulz (Drucksache Ic - 57) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Bundesgesetzgeber auf, gesetzlich klarzustellen, dass die Ansprüche auf Einsichtnahme bzw. unentgeltliche erste Kopie der Behandlungsakte unter Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) abschließend erfüllt werden.

Begründung:

Der Bundesgesetzgeber hat in Folge der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) einen Anspruch auf unentgeltliche erste Abschrift der ärztlichen Behandlungsakte geregelt (§ 630g BGB). Die primär datenschutzrechtlich begründete Kostentragung durch Ärztinnen und Ärzte wurde als einseitige Verpflichtung ausgestaltet, die zu erheblichem Aufwand und zusätzlichen Kosten führt.

Die ePA soll nach § 347 Abs. 5 SGB V unter anderem dazu dienen, elektronische Abschriften der Behandlungsakte nach § 630g BGB zu speichern. Es ist daher folgerichtig, wenn mit der Übertragung einer elektronischen Abschrift der ärztlichen Behandlungsakte in die ePA auch der Anspruch auf eine unentgeltliche erste Abschrift abschließend erfüllt wird.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Initiative für einen bundesweit verpflichtenden, strukturierten Arztbriefstandard zur Verbesserung der Schnittstellenkommunikation zwischen Fachärztinnen und Fachärzten/Krankenhäusern und der hausärztlichen Versorgung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Gisa Weißgerber, Dr. Oliver Funken, Dr. Nadezda Jesswein, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Jonas Frédéric Fröhlich, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Karin Bremer und Dr. Gerald Quitterer (Drucksache Ic - 174) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber, die gematik und die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung auf, schnellstmöglich die Voraussetzungen für eine digitale, strukturierte Kommunikation auf Basis von internationalen Standards für strukturierte Daten zu schaffen und für deren flächendeckende Nutzung in der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Pflege sorgen.

Konkret muss der Krankenhaus-Entlassbrief als Medizinisches Informationsobjekt (MIO) weiterentwickelt und um zusätzliche verpflichtende Merkmale ergänzt werden (derzeit zu viele optionale Elemente). Krankenhäuser müssen dann zur Nutzung dieses MIOs sowie zum zeitnahen (i. d. R. drei Werktage) Versand über die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) verpflichtet werden.

Dieser Standard soll dabei für alle gelten und folgende Mindestanforderungen erfüllen:

- Strukturierte Datenerfassung: Verwendung von standardisierten Feldern für Anamnese, Diagnosen (ICD-10), Befunde, durchgeführte Therapie, Medikation (inkl. Änderungen mit Datum und Grund), Empfehlungen für weiteres Vorgehen und Arbeitsunfähigkeitsdauern.
- Maschinenlesbarkeit: Die Daten müssen in einem standardisierten Format (z. B. auf Basis von Fast Healthcare Interoperability Resources [FHIR]) übermittelt werden können, um eine automatische Übernahme in die Praxissoftware der Hausarztpraxen zu ermöglichen.
- Zeitnahe Übermittlung: Verbindliche Fristen für die Versendung des Arztbriefes nach Abschluss der Behandlung (idealerweise innerhalb von drei Werktagen). Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, eine entsprechende Initiative auf den Weg zu bringen und bis zum 131. Deutschen Ärztetag 2027 über Fortschritte zu berichten.

Begründung:

Die Qualität der Schnittstellenkommunikation zwischen der fachärztlichen/stationären und der hausärztlichen Versorgung ist für die Patientensicherheit, die Behandlungsqualität und die Effizienz unseres Versorgungssystems von entscheidender Bedeutung. Der aktuell praktizierte Austausch über unstrukturierte, Freitext lastige Arztbriefe ist mit erheblichen Mängeln behaftet:

1. Gefährdung der Patientensicherheit: Wesentliche Informationen wie Medikationsänderungen, neu aufgetretene Diagnosen oder notwendige Kontrolltermine gehen in langen Fließtexten leicht unter. Dies führt zu vermeidbaren Medikationsfehlern, Doppeluntersuchungen und Therapielücken. Ein strukturierter Brief mit hervorgehobenen Aktionspunkten minimiert dieses Risiko erheblich.
2. Enormer zeitlicher und administrativer Aufwand: Ärztinnen und Ärzte verbringen täglich viel zu viel Zeit damit, aus frei formulierten Briefen die relevanten Informationen mühsam herauszufiltern, manuell in die Patientenakte zu übertragen und To-dos abzuleiten. Dies ist eine ineffiziente Nutzung wertvoller Arbeitszeit, die der direkten Patientenversorgung verloren geht. Eine maschinenlesbare, strukturierte Übermittlung würde diesen Prozess automatisieren, entlasten und erheblich beschleunigen.
3. Vermeidung von Doppeldokumentation und Fehlern: Manuelle Übertragung ist fehleranfällig. Dosierungen, Diagnosen oder Befunde können leicht falsch abgeschrieben oder übersehen werden. Eine digitale und strukturierte Übernahme erhöht die Datenintegrität und Genauigkeit der patienteneigenen Akte.
4. Stärkung der Steuerungsfunktion des Hausarztes/der Hausärztin: Der Hausarzt als Koordinator der Behandlung benötigt eine schnelle, vollständige und klar strukturierte Rückmeldung, um den Behandlungsprozess lückenlos fortsetzen zu können. Nur so kann seine zentrale Lotsenfunktion im Gesundheitssystem effektiv erfüllt werden.
5. Zukunftssicherheit und Telematikinfrastruktur (TI): Ein standardisiertes Format ist die essenzielle Grundlage für die nahtlose Nutzung der TI und Anwendungen wie den elektronischen Medikationsplan (eMP) oder die Notfalldatenübersicht. Es ist ein notwendiger Schritt in die digitale Zukunft der Medizin.

Der beschriebene, verpflichtende Standard ist technisch längst machbar und würde zu mehr Patientensicherheit, einer spürbaren Entlastung der Hausarztpraxen und einer höheren Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung führen. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband sollte hier eine treibende Kraft sein.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Digitalisierung als Werkzeug der Entlastung - Konsequente Umsetzung und Bürokratieabbau im ambulanten Sektor

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Thomas Carl Stiller, Sebastian Exner, Dr. Tilman Kaethner, Bettina Rakowitz, Johanna Riemer-Laudien, Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Ulrich Schwiersch, Dr. Stefan Schröter und Dr. Marco Hensel MBA (Drucksache Ic - 128) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen darf kein Selbstzweck sein, sondern muss sich an ihrem praktischen Nutzen für die Patientenversorgung und der Entlastung der medizinischen Fachberufe messen lassen. Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen haben in den vergangenen Jahren eine enorme Vorleistung erbracht. Daher fordert der 130. Deutsche Ärztetag 2026 die zuständigen Akteure im Gesundheitswesen auf - insbesondere Krankenhäuser, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger - sektorenübergreifende Verbindlichkeit zu gewährleisten, indem die gesetzlichen Vorgaben zur Nutzung von Kommunikation im Medizinwesen (KIM) unverzüglich und flächendeckend umgesetzt werden. Zudem ist eine intelligente Verordnungssicherheit herzustellen, indem technische Schnittstellen zur digitalen Blockierung ambulanter Verordnungen während einer stationären Behandlung eingeführt werden, um Doppelstrukturen und Fehlabrechnungen zu vermeiden. Des Weiteren braucht es eine Automatisierung von Stammdaten, welche die verbindliche Hinterlegung des Zuzahlungsbefreiungsstatus direkt auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) beinhaltet.

Begründung:

Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und der Kommunikationsstandards wurden im ambulanten Sektor mit hohem Ressourcenaufwand vorangetrieben. Es ist jedoch festzustellen, dass dieser Fortschritt einseitig bleibt, solange andere Sektoren - insbesondere Krankenhäuser und Kostenträger - die Kommunikation via KIM nicht konsequent nutzen. Ein digitaler Informationsfluss funktioniert nur, wenn alle Partner am Netz sind. Die Verzögerungen bei der Umsetzung der Gesetzgebung durch andere Akteure führen zu Medienbrüchen, die die Effizienzgewinne der Praxen zunichtemachen. Daraus resultierend muss Digitalisierung zur Entbürokratisierung führen. Derzeit binden

administrative Prüfprozesse wertvolle ärztliche Arbeitszeit. Nur wenn die Digitalisierung den Praxisalltag spürbar erleichtert, wird die Akzeptanz für weitere Transformationsschritte erhalten bleiben.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Qualitätsstandards für Studien zu KI-Anwendungen in der Medizin

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 10) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Die Ärzteschaft fordert den Gesetzgeber, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), aber auch Fachgesellschaften, Forschungsinstitute und Hersteller von KI-Anwendungen auf, sich dafür einzusetzen, dass prospektive und methodisch hochwertige klinische Studien für KI-Anwendungen durchgeführt werden, wenn diese diagnostische oder therapeutische Entscheidungen unterstützen, beeinflussen oder vorbereiten. Insbesondere bei patientenrelevanten Auswirkungen müssen regelhaft auch randomisierte kontrollierte Studien durchgeführt werden.

Dabei ist insbesondere vorauszusetzen, dass die verwendeten Daten die Zielpopulationen und Versorgungskontexte angemessen abbilden, nicht einseitig oder unvollständig sind und relevante Subgruppen einschließen. Verzerrungen, Einschränkungen der Übertragbarkeit sowie potenzielle Benachteiligungen einzelner Patientengruppen sollen systematisch geprüft, offengelegt und in der Bewertung berücksichtigt werden.

Für diese Studien sollen klare Anforderungen gelten:

- Vor ihrem Einsatz im medizinischen Bereich sollen KI-Systeme anhand unabhängiger Datensätze und möglichst auch in unterschiedlichen Versorgungskontexten geprüft und extern validiert werden. Aussagekräftig ist insbesondere eine Validierung im Rahmen prospektiver, kontrollierter klinischer Studien in Bezug auf den Behandlungserfolg.
- Die Funktionsweise der Künstlichen Intelligenz (KI) muss nachvollziehbar beschrieben werden. Dazu zählen insbesondere Angaben zu Art und Zweck des Modells, Einsatzkontext, Herkunft, Zusammensetzung und Qualität der Trainings-, Validierungs- und Testdaten, Version des Systems, Schnittstellen zur ärztlichen Anwendung sowie Art, Zeitpunkt und Häufigkeit von Updates.
- In den Studien soll untersucht und dargelegt werden, wie die KI in klinische Entscheidungsprozesse eingebunden ist, welchen Einfluss sie auf ärztliche Entscheidungen hat und welche Risiken durch Fehlinterpretation, Übervertrauen oder Automationsbias bestehen.

- Etablierte Leitlinien zur Studienplanung und -berichterstattung (wie CONSORT-AI und SPIRIT-AI) sollen regelhaft angewendet und bei der Bewertung der Studien verbindlich berücksichtigt werden.
- Studien müssen patientenrelevante und klinisch aussagekräftige Endpunkte untersuchen, insbesondere Behandlungserfolg, Sicherheit für Patientinnen und Patienten, Kosteneffektivität sowie Auswirkungen (u. a. organisatorisch, zeitlich) auf Versorgungsabläufe in Praxis und Klinik. Die Studiendaten sollen so dokumentiert werden, dass sie unabhängig geprüft und mit anderen Studien verglichen werden können.

Zusätzlich sollen praxisnahe Handlungs- und Bewertungsleitfäden sowie standardisierte Prüfkriterien für Ärztinnen und Ärzte entwickelt werden, die helfen, Studien zu KI-Systemen besser zu verstehen und einzuordnen.

Begründung:

KI-Anwendungen finden mit großer Dynamik Eingang in Diagnostik, Therapieplanung und Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen.

Eine im Fachjournal Nature Communications veröffentlichte Übersichtsarbeit zu Studien über KI-Anwendungen in der Medizin zeigt, dass viele dieser Studien wichtige Qualitätskriterien nur unvollständig erfüllen. Dazu gehören unter anderem:

- eine unklare oder unzureichende Beschreibung der eingesetzten KI,
- fehlende oder unvollständige Angaben zu den verwendeten Trainingsdaten und zur Aktualisierung des Systems,
- unklare oder wenig aussagekräftige Endpunkte sowie
- unvollständige Angaben zu Nebenwirkungen, Risiken und möglichen Fehlanwendungen.

Die Autorinnen und Autoren der Übersichtsarbeit schließen daraus, dass eine unzureichende Berichtsqualität die Übertragbarkeit der Studienergebnisse in die Versorgung erheblich einschränkt und einen belastbaren Vergleich verschiedener KI-Systeme kaum zulässt.

Es besteht das Risiko, dass bestimmte KI-gestützte Verfahren ohne hinreichend gesicherte Evidenz faktisch zum Versorgungsstandard werden, etwa weil sie stark beworben oder früh in Leitlinien aufgenommen werden. Eine solche Fehlentwicklung mit Auswirkungen auf das Patientenwohl wäre im Nachhinein nur schwer zu korrigieren.

Mit dieser Forderung trägt der 130. Deutsche Ärztetag 2026 dazu bei, die Patientensicherheit zu stärken, insbesondere vulnerable Patientengruppen zu schützen,

Fehlanwendungen von KI-Systemen zu verhindern und gleichzeitig solche KI-Innovationen zu fördern, die im Sinne des Patientenwohls auf einer soliden, transparenten, unabhängigen und methodisch sauberen Evidenzbasis stehen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Ärztliche Kontrolle beim Einsatz von KI

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Dietmar Klass, Hans-Martin Wollenberg, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller und Dr. Matthias Fabian (Drucksache Ic - 147) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, den rechtlichen Rahmen für den Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) im Gesundheitswesen zeitnah und verbindlich zu gestalten:

- Ärztliche Aufsicht gesetzlich verankern

Der Einsatz medizinischer KI-Systeme muss dem Prinzip der menschlichen Aufsicht ("Human in the Loop") folgen. KI-Systeme mit diagnostischer, therapeutischer oder prognostischer Funktion dürfen nur eingesetzt werden, wenn eine qualifizierte ärztliche Aufsicht strukturell sichergestellt ist. Medizinische Entscheidungen mit unmittelbaren diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen müssen von einer verantwortlichen Ärztin oder einem verantwortlichen Arzt überprüft und freigegeben werden. Autonome KI-gestützte Entscheidungen ohne ärztliche Freigabe sind unzulässig.

- Transparenz und Nachvollziehbarkeit als Zulassungsvoraussetzung

Klinisch eingesetzte KI-Systeme müssen für verantwortliche Ärztinnen und Ärzte nachvollziehbar und überprüfbar sein. Die Anforderungen an Transparenz und Erklärbarkeit müssen sich am Risiko der jeweiligen medizinischen Entscheidung orientieren: Je schwerwiegender die klinische Konsequenz, desto höher die Anforderung an die Nachvollziehbarkeit des KI-Systems.

- Anpassung von Medizinprodukterecht und Sozialrecht

Die genannten Anforderungen sind im Medizinprodukterecht sowie im Sozialgesetzbuch V als Voraussetzungen für Qualitätssicherung und Erstattungsfähigkeit von KI-Systemen zu verankern.

- Umsetzung des EU Artificial Intelligence Act (EU AI Act)

Die Umsetzung muss konsequent im Sinne von Patientenschutz, Transparenz und ärztlicher Verantwortung erfolgen.

- Haftungsrahmen klarstellen

Die Haftungsverteilung zwischen Herstellern, Betreibern und Anwendern von KI-Systemen muss gesetzlich eindeutig geregelt werden. Dabei muss sichergestellt bleiben, dass Ärztinnen und Ärzte nicht für Fehlfunktionen oder systembedingte Fehler von KI-Systemen haften.

- Patientenrechte beim Einsatz von KI stärken

Patientinnen und Patienten müssen gemäß den rechtlichen Bestimmungen über den Einsatz von KI-Systemen im Rahmen ihrer Behandlung informiert werden. Sie müssen jederzeit Anspruch auf eine ärztliche Beurteilung und Entscheidung haben. Dies schließt das Recht auf eine rein ärztliche Zweitmeinung ohne KI-Beteiligung ein.

Die Ärzteschaft bekennt sich zu einer aktiven, gestaltenden Rolle bei der Einführung von KI-Systemen in Diagnostik, Therapie und Organisation der Gesundheitsversorgung. KI kann die Versorgungsqualität verbessern - vorausgesetzt, ärztliche Verantwortung, Transparenz und Patientenschutz bleiben gewährleistet. KI muss ärztliche Entscheidungen unterstützen, darf sie jedoch nicht ersetzen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Transparenz und Regulierung algorithmischer Aufmerksamkeitssteuerung digitaler Plattformen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Victoria Witt, Prof. Dr. Doreen Richardt, LL.M., Dr. Hendrik Schönbohm, Dr. Ralf van Heek, Dr. Christine Schwill und Dr. Hannah Teipel (Drucksache Ic - 21) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung sowie die zuständigen europäischen und nationalen Regulierungsbehörden auf, die Transparenz und Kontrolle algorithmischer Empfehlungssysteme digitaler Plattformen deutlich zu stärken.

Insbesondere sollen Betreiber digitaler Plattformen verpflichtet werden,

1. die Funktionsweise und Optimierungsziele ihrer Empfehlungssysteme offenzulegen,
2. unabhängige wissenschaftliche Forschung zu den Auswirkungen algorithmischer Aufmerksamkeitssteuerung auf kognitive Prozesse, Meinungsbildung und psychische Gesundheit zu ermöglichen sowie
3. regulatorische Maßnahmen zu prüfen, die eine übermäßige Konzentration von Aufmerksamkeitssteuerung durch private Plattformanbieter begrenzen.

Begründung:

Digitale Plattformen strukturieren zunehmend die Informationsumgebung, in der Menschen Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Meinungsbildung entwickeln. Algorithmische Empfehlungssysteme sind dabei häufig darauf ausgerichtet, Aufmerksamkeit möglichst lange zu binden und Nutzerverhalten vorherzusagen.

Aus neurologischer und psychiatrischer Perspektive ist Aufmerksamkeit jedoch eine zentrale Grundlage von Kognition, Entscheidungsfähigkeit und emotionaler Regulation. Systeme, die gezielt Aufmerksamkeit lenken und verstärken, können daher erhebliche Auswirkungen auf Informationsverarbeitung, Präferenzbildung und gesellschaftliche Diskurse haben. Besondere Relevanz hat dies für Kinder und Jugendliche, deren neurokognitive Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Zugleich betrifft die algorithmische Strukturierung von Aufmerksamkeit grundsätzlich alle Altersgruppen und

kann auch die gesellschaftliche Meinungsbildung beeinflussen.

Eine verantwortungsvolle Regulierung sollte daher nicht primär Nutzergruppen adressieren, sondern die strukturellen Mechanismen der Aufmerksamkeitssteuerung selbst in den Blick nehmen. Transparenz über Funktionsweise und Zielparameter algorithmischer Systeme sowie unabhängige wissenschaftliche Forschung sind Voraussetzungen für eine evidenzbasierte gesundheitspolitische Bewertung und Regulierung

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Digitale KI-Agenten regulieren, bevor sie im Gesundheitswesen genutzt werden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Streit, Christa Bartels, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Wieland Dietrich, Sebastian Exner, Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH, Prof. Dr. Tim Knoop, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Christof Sturm, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Wiltraut Maria Reich, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Christian Messer, Dr. Martin Eichenlaub und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 142) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert vom Bundesgesundheitsministerium (BMG), der gematik, der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) eine detaillierte Darstellung, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, bevor digitale KI-Agenten in der ärztlichen Patientenversorgung eingesetzt werden.

Begründung:

Wissenschaftliche Veröffentlichungen dokumentieren bereits jetzt eine stetig zunehmende Zahl von Ereignissen, bei denen diese selbstständig handelnden Programme sich unerwartet über die ausdrücklichen Vorgaben ihrer menschlichen Auftraggeber hinwegsetzen.

In einem Fall löschte der digitale Agent KI-Dateien, obwohl genau das untersagt worden war. Auch mehrfache Aufforderungen beendeten die eigenmächtigen Aktionen nicht. Dieser Vorgang ist seitdem mit dem Namen einer KI-Sicherheitsforscherin aus einem der weltgrößten IT-Unternehmen verknüpft, veröffentlicht und vielfach zitiert.

In einem anderen Fall verunglimpfte ein digitaler Agent einen Menschen, nachdem dieser zuvor seine Bearbeitungsergebnisse abgewiesen hatte. Dazu legte er eigeninitiativ einen Blog neu an, um dort seine Beschimpfungen zu veröffentlichen.

Neben dem berüchtigten Halluzinieren von KI selbst ergibt sich hier eine zweite Quelle, wie digitale Anwendungen zu unerwarteten Fehleinschätzungen kommen können. Die Verhinderung der ungewollten Veränderung oder Löschung von Originaldaten wird künftig

einen viel größeren Raum einnehmen als bisher.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Cloudbasierte Künstliche Intelligenz von ärztlichen Behandlungsdaten - nur auf vertrauensvoller Infrastruktur

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Streit, Christa Bartels, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Wieland Dietrich, Sebastian Exner, Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH, Prof. Dr. Tim Knoop, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Christof Sturm, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Stefan Schröter, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Wiltraut Maria Reich, Dr. Christian Messer, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Norbert Smetak und Julian Veelken (Drucksache Ic - 143) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert vom Bundesministerium für Gesunheit (BMG), der gematik GmbH, dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) eine detaillierte Durchführungsbestimmung zur rechtssicheren Anwendung von cloudbasierter Verarbeitung an anonymisierten und nicht-anonymisierten, ärztlichen Behandlungsdaten von Patienten.

Begründung:

Bislang wurde angenommen, es sei durch eine ausgeklügelte Sicherheitsarchitektur möglich, Cloudspeicher zu betreiben, ohne dass der Cloudbetreiber selbst Zugriff auf den KI-Algorithmus sowie die vom Anwender eingegebenen und/oder die von der KI erzeugten Daten bekommen könnte (sogenanntes "Confidential Computing").

Es hat sich jedoch herausgestellt, dass die aktuell üblichen Sicherheitsmaßnahmen durch eine leicht im freien Handel für zehn Euro erhältliche Platine umgangen werden können. Zwei große Chiphersteller haben öffentlich eingeräumt, an diese Lücke nicht gedacht zu haben. Voraussetzung für den unberechtigten Datenzugriff ist lediglich der Zugang mit Administratorenrecht zum Ort, an dem die Cloudserver tatsächlich stehen. So können Cloudbetreiber unbemerkten Zugriff auf Daten, Programme und KI der ärztlichen Nutzer bekommen.

Deshalb sind außereuropäische Cloudstandorte als nicht geeignet für die ärztliche und die nichtärztliche cloudbasierte KI-Verarbeitung von Behandlungsdaten anzusehen. Das gilt auch für europäische und sogar für deutsche Cloudstandorte, die von US-Firmen (mit-)

betrieben werden, weil die US-Gesetzgebung alle US-Unternehmen verpflichten kann, Daten von Nicht-US-Bürgern im Ausland an US-Behörden herauszugeben.

Es gibt aus Sicht von IT-Experten für die Idee des "Confidential Computing", also des sicheren und vertraulichen KI-Betriebs auf fremden Cloud-Servern, keine Grundlage mehr. Die rechtssichere KI-Anwendung an ärztlichen Behandlungsdaten durch Ärzte ruht bis auf Weiteres allein auf dem Versprechen der Cloudbetreiber, dessen Einhaltung nicht mehr überprüft werden kann. Damit ist die ärztliche Verschwiegenheit für jede KI-Verarbeitung bei ärztlichen Behandlungsdaten von Patientinnen und Patienten ungeklärt.

Auch wenn die Nachbearbeitung der so abgegriffenen Daten als aufwendig gilt, wird dieses Hindernis von den Experten als überwindbar eingestuft.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Schutz vor Reidentifizierung bei anonymisierten/pseudonymisierten Behandlungsdaten aus der elektronischen Patientenakte im Gesundheitsdatenraum über (Kalender-)Muster und die Anwendung von künstlicher Intelligenz

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Streit, Christa Bartels, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Wieland Dietrich, Sebastian Exner, Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH, Prof. Dr. Tim Knoop, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Christof Sturm, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Dr. Wiltraut Maria Reich, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Stefan Schröter, Dr. Christian Messer, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Norbert Smetak (Drucksache Ic - 145) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der gematik GmbH, dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) vor dem Beginn der Datenbereitstellung für die Datenökonomie eine detaillierte Darstellung, ob und wie die anonymisierten und pseudonymisierten Behandlungsdaten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) im Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) gegen eine Reidentifizierung geschützt sind.

Begründung:

Neben den Fragen zu Schwachstellen in der Prozessplanung und der Programmierung bei der ePA sind solche zur kryptografischen Sicherheit gegenüber einer Reidentifikation aufgekommen. Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat diese Fragestellung bereits für das Forschungsdatenzentrum (FDZ) aufgebracht. Nach der überarbeiteten Digitalisierungsstrategie 2026 soll Künstliche Intelligenz (KI) in Kürze zur Auswertung von ärztlichen Behandlungsdaten zur Anwendung kommen. Deshalb bedarf es eines weitergehenden Schutzkonzepts.

Durch die breite Verfügbarkeit von großer Rechnerleistung gelang schon in der Vergangenheit über den Abgleich zwischen öffentlich verfügbaren, personenbezogenen Daten und anonymisierten Gesundheitsdaten deren Reidentifizierung. Durch den Einsatz von KI steigt das Risiko, dass durch einen Musterabgleich die Anonymisierung gebrochen

wird. Nur eine wirksame Anonymisierung legitimiert die Verwendung von Real-World-Behandlungsdaten in der Datenökonomie. Pseudonymisierte Daten sind außerdem leichter zu reidentifizieren als anonymisierte Daten.

Ein vorab befragter Experte geht davon aus, dass für eine Reidentifizierung von anonymisierten Behandlungsdaten von Patienten nur die drei Attribute Geschlecht, Alter und Postleitzahl sowie die Kenntnis der Behandlungstage von fünf Arztkontakten ausreichend sind. Der Experte bezieht sich auf eine Studie, in der die Gesundheitsakte eines US-Governeurs auf Basis eines öffentlichen Wählerverzeichnisses reidentifiziert werden konnte, auf Basis von Geburtsdatum, Geschlecht und Postleitzahl.

Zusätzlich tragen Kalendermuster aus Metadaten zu einer Reidentifizierung bei. Die Wahrscheinlichkeit, dass zwei Patienten in einem Jahr an genau denselben vier Tagen zu einem beliebigen Arzt gehen, liegt weit unter eins zu 84 Millionen, also der Zahl an Menschen, die in Deutschland leben. Für fünf Arztbesuche im Jahr liegt diese Wahrscheinlichkeit bei weit unter eins zu acht Milliarden, also der Zahl der Menschen auf der ganzen Erde. Hier entstehen Kalendermuster. Alle Menschen, die in Deutschland leben, gehen durchschnittlich zehnmal im Jahr zum Arzt, davon etwa fünfmal zum Hausarzt. Die durchschnittliche Zahl der Termindaten steigt durch Wiederholungsrezepte ohne Arztkontakt deutlich über zehn pro Jahr.

Wie bekannt ist, verringert man das Risiko der Reidentifizierung durch Aggregation, Swapping, Verrauschen sowie der Erzeugung synthetischer Gesundheitsdaten. Diese Methoden reduzieren oder verändern aber die Nutzdaten. Der dadurch entstehende Schutz vor Reidentifizierung ist allerdings geringer, als man üblicherweise annimmt. Selbst ausprobieren kann man das mit frei verfügbaren Internet-Tools. Gleichzeitig werden Behandlungsdaten durch die obengenannten Schutzmaßnahmen den Real-World-Daten immer unähnlicher. Deshalb müssen Schutzverfahren immer gegen die Datenverwendbarkeit abgewogen werden.

Während die konventionelle Wissenschaft mit diesen Datenveränderungen vergleichsweise gut zurechtkommt, sind die Einflüsse auf KI-Erkenntnisse unkalkulierbar.

Reidentifizierung anonymisierter Gesundheitsdatensätze ist keine Theorie, sondern wurde in Amerika und Australien bereits erfolgreich demonstriert. Während die Sicherheit gegenüber einer Reidentifizierung von Gesundheitsdaten durch Angriffe mit einem konventionellen Datenbankabgleich mathematisch kalkuliert werden kann, ist die Berechnung der Sicherheit vor Angriffen bei KI-Anwendungen nicht möglich. Das heißt, zum bereits bestehenden kryptografisch-kalkulierbaren Risiko kommt zukünftig ein unkalkulierbares KI-Risiko dazu. Wird eine KI zuerst an anonymisierten oder pseudonymisierten Big-Data aus der ePA trainiert, sind beispielsweise die Kalendermuster der ePA-Patientendatensätze in der KI enthalten. Wird die gleiche KI anschließend an anderen Datenbanken angelernt, dann ist davon auszugehen, dass über die Kalendermusterkennung eine Verknüpfung mit dem Namen der Patienten und der Ärzte

stattfindet.

Egal zu welchem Zweck diese KI anschließend eingesetzt wird, sie greift dann auf die enthaltene Information über die Attribute aus den Behandlungsinformationen zu und macht Vorhersagen, die diese Informationen einbeziehen. Problematisch ist die unklare Verantwortlichkeit durch die Vielzahl der Datenspeicherplätze. Daten, die eine Reidentifizierung ermöglichen, liegen in Arztpraxen, in Apotheken, in der ePA, bei den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, bei den Institutionen, die die ärztliche Terminvergabe (auch nach § 370a SGB V) organisieren, im Forschungsdatenzentrum (mit der Zuordnungsdatei zwischen Klaridentität und dem einjährigen Forschungsdatenpseudonym) und überall dort, wo der eigene Name mit Geburtsdatum, der Adresse und anderen Nutzdaten (Gewicht, Körpergröße, Vorerkrankungen usw.) in Abfragen und (Gesundheits-)Apps vom Patienten schon einmal eingegeben wurde.

Diese Zusammenhänge werfen Fragen bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) auf. Wenn allgemein bekannt ist, dass bereits ohne KI eine Reidentifizierung von ePA-Datensätzen erfolgen kann, dann steht die Ärzteschaft vor einer Datenweitergabe für eine Verarbeitung mit und ohne KI-Anwendung im Gesundheitsdatenraum in der Verantwortung. Unabhängig von der strafrechtlichen Bewertung zerstört eine drohende, benachteiligende Diskriminierung von Patientinnen und Patienten auf Basis öffentlich gewordener ärztlicher Behandlungsdaten die bisherige Grundlage der ärztlichen Berufsausübung.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Künstliche Intelligenz (KI) an Behandlungsdaten bedeutet eine Datenvervielfältigung und eine Datenmitnahme

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Streit, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Wiltraut Maria Reich, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Dr. Tilman Kaethner, Christa Bartels, Wieland Dietrich, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Christian Messer, Dr. Christof Sturm, Dr. Norbert Smetak und Dr. Kathrin Schawjinski (Drucksache Ic - 157) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die gematik GmbH, das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) sowie die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI) auf, vor Beginn der Anwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) an Gesundheitsdaten der elektronischen Patientenakte (ePA) oder aus der ärztlichen Behandlungsakte detailliert darzulegen, wie verhindert werden kann, dass es durch KI zu einer Datenvervielfältigung und/oder einer Datenmitnahme kommt.

Begründung:

Das BMG plant die Anwendung von KI an den Daten der ePA, inzwischen sogar direkt an der Befunddokumentation in Praxen und Krankenhäusern. Aus der weiterentwickelten Digitalisierungsstrategie von 2026 geht hervor:

- Die Patienten sollen per KI auf ihre ePA zugreifen, damit die KI ihnen individualisierte Gesundheitsempfehlungen geben kann.
- Die Behandelnden sollen mit KI auf die unstrukturierten ePA-Daten im PDF-Format zugreifen.
- Die ärztliche und pflegerische Befunddokumentation soll zum überwiegenden Teil über eine KI-Texterfassung (z. B. per Sprache) erfolgen.

Auch wenn es sich nicht um eine 1:1-Kopie handelt, ist davon auszugehen, dass die Patientendaten in den Tensoren, also im mathematischen Modell der Realität der KI, enthalten sind. Es ist davon auszugehen, dass Trainingsdaten solange in einer KI verbleiben, bis diese gelöscht wird. Es ist davon auszugehen, dass eine KI nach einem Anlernen, die Informationen der Trainingsdaten vervielfältigt, fortan enthält und somit

mitnimmt.

Es besteht deshalb ein hoher Klärungsbedarf, wie eine verbotene Sekundärdatennutzung von ärztlichen Patientendaten, die für ein KI-Training verwendet wurden, verhindert werden könnte.

Eine KI kann für mehrere Zwecke nacheinander angelernt werden. Sie kann zuerst mit ärztlichen Behandlungsdaten und später an anderen Big Data Pools trainiert werden. Danach sind sowohl die medizinischen Daten aus der ePA als auch aus der ärztlichen Behandlungsdokumentation maschinenlesbar in der KI gespeichert. Egal zu welchem Zweck diese KI später eingesetzt wird, auf dieser Basis entstehen Vorhersagen, die als Grundlage für Entscheidungen über Menschen herangezogen werden. Dies betrifft die Prognose über die zukünftige Patientengesundheit bzw. -krankheit, aber auch für ärztliche Entscheidungen.

Da es sich bei Behandlungsdaten von Patienten in der ePA und der ärztlichen Behandlungsdokumentation um besonders schutzwürdige, personenbezogene Daten handelt, muss diese Frage der Datenmitnahme vor einem ärztlichen Einsatz der KI bei der Patientenversorgung in Praxen und Krankenhäusern geklärt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass es nicht zu einer benachteiligenden Diskriminierung unserer Patienten und Patientinnen durch unsere ärztlichen Behandlungsdaten und unser ärztliches Tun kommt.

Dieser Kontext verdeutlicht noch einmal, wie wichtig das Kuratieren von ärztlichen Behandlungsdaten vor der Einstellung in die ePA ist. Damit keine unzulässige Datenweitergabe über Dritte aus der ärztlichen Behandlungsdokumentation stattfindet, müssen Informationen über Dritte (Telefonnummern, Familiengeheimnisse, Verweise auf Verwandte, Arbeitgeber und andere Personen) vor der ärztlichen Übertragung in die ePA gelöscht werden.

Die Bedeutung der ärztlichen Aufklärung, der Abwägung für oder gegen eine Einstellung in die ePA und der gemeinsamen Entscheidung vor einer Dateneinstellung bei diskriminierenden Diagnosen (Geschlechtserkrankungen, Schwangerschaftsabbrüchen und psychischen Erkrankungen) wird hier noch einmal sehr deutlich. Analog zur Aufklärungspflicht über mögliche Konsequenzen einer Nichtnutzung der ePA im ePA-Gutachten bedarf es der Dokumentation dieser Aufklärung sowie des Ergebnisses der gemeinsamen Abwägung in der ärztlichen Behandlungsakte.

Die Weitergabe von Behandlungsdaten aus der ePA in die KI stellt womöglich eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB dar. Hier steht die Ärzteschaft vor jeder Datenweitergabe in der Verantwortung. Unabhängig von der strafrechtlichen Bewertung zerstört eine drohende, benachteiligende Diskriminierung von Patientinnen und Patienten auf Basis öffentlich gewordener, ärztlicher Behandlungsdaten die bisherige Grundlage der ärztlichen Berufsausübung.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Ressourcenverbrauch und Kosten der Anwendung von Künstlicher Intelligenz berücksichtigen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Streit, Dr. Christof Sturm, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Wiltraut Maria Reich, Dr. Klaus J. Doubek, Christa Bartels, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Norbert Smetak und Dr. Kathrin Schawjinski (Drucksache Ic - 144) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, für Gesetzgebungsverfahren, die einen Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) planen oder erforderlich machen, den dadurch entstehenden zusätzlichen Ressourcenverbrauch und die Kosten zu prognostizieren und unter dem Punkt Erfüllungsaufwand im Referentenentwurf detailliert darzulegen.

Energie- und Wasserverbrauch durch die Digitalisierung haben sehr stark zugenommen. Mit jeder neuen Anwendungskategorie steigt der Ressourcenverbrauch. Mit der sogenannten Tokenzählung ist offensichtlich ein Mechanismus gefunden worden, um die KI-Technologie zu ökonomisieren. Zu diesen ganz neuen Kosten kommen außerdem weiterhin die klassischen Lizenzgebühren für die spezifischen Medizinanwendungen. Es ist wegen des erheblichen Nachholeffektes der Digitalunternehmen zukünftig von weiter deutlich steigenden Kosten auszugehen, die dann auch von den ärztlichen Nutzern für Token und für Lizenzen bezahlt werden müssen.

Begründung:

Ressourcenverbrauch:

Eine Suchmaschinenanfrage braucht bereits dreimal mehr Energie als eine E-Mail. Eine KI-Anfrage etwa 10- bis 30-mal mehr Energie als die Suchmaschinenanfrage und damit bis zu 100- bis 300-mal mehr als eine verschickte E-Mail.

Fünf kurze KI-Anfragen verbrauchen etwa so viel Strom wie das einmalige Aufladen des Mobiltelefons oder ca. zwanzig Minuten Laptop-Betrieb. 120 KI-Anfragen entsprechen dem Energieverbrauch eines Kühlschranks. Die Hochleistungsprozessoren zum Anlernen von KI

in den Rechenzentren erreichen den Stromverbrauch eines Backofens. Viele hundert solcher Prozessoren laufen für das Training einer einzigen KI wochenlang.

Zusätzlich verbrauchen ungefähr 50 Suchmaschinenanfragen oder eben nur ein einziger langer KI-generierter Text etwa ein kleines Glas Wasser.

Kosten:

Jedes eingegebene oder ausgegebene Wort verbraucht bei einer KI-Anfrage ca. ein bis zwei sogenannte Token. Gibt man beispielsweise das kurze Wort Hallo ein, dann verbraucht das einen Token. Gibt man dagegen das Wort "Hallo" ein, sind es mindestens drei Token, da die Anführungszeichen jeweils extra gezählt werden. Über die Zahl dieser sogenannten Token wird die KI-Nutzung nach der vom Auftraggeber eingegebenen Worte und der von der KI danach wieder ausgegeben Worte abgerechnet. Das derzeit leistungsfähigste KI-Modell kostete bis vor kurzem als Flatrate ca. 100 Euro pro Monat. Nach einer Änderung des Tarifmodells (mit einer Abrechnung über die Tokenzählung) wären 100 Euro, bei intensiver KI-Nutzung, bereits nach einem Tag verbraucht.

Gibt man das Wort "Hallo" in einen digitalen KI-Agenten ein, dann wird eine Anfrage an die KI verschickt, die weit über 100.000 Token groß ist, weil der Agent Teile seiner Kontextdatenbank gleich mitschickt.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Verordnungen von DiGA neu regeln

Beschluss

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, eine verpflichtende Testnutzung bei Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) einzuführen, in deren Rahmen Patientinnen und Patienten die Funktionalität für maximal vier Wochen testen können. Bei Nichtgefallen sollte ein Rücktritt möglich sein, ohne dass die Kassen für die vollen Kosten aufkommen müssten.

Darüber hinaus sollte eine nachweisbare Inanspruchnahme installiert werden. In dem Falle, dass Patientinnen und Patienten, die nicht von der Nutzung zurückgetreten sind und dennoch die DIGA nicht nutzen, entsprechend finanziell an den Kosten zu beteiligen sind.

Begründung:

DiGA können für gewisse Patientengruppen einen Vorteil bieten, die Nutzung verordneter DiGA wird jedoch noch zu häufig abgebrochen, wie eine Studie der Barmer zeigt. Vor dem Hintergrund der angespannten Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist angesichts der hohen Kosten von DiGA angezeigt, dass verordnete DiGA auch wirklich genutzt werden.

Zudem ist das Regressrisiko für die Ärzteschaft gestiegen, wie aus einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) verlautet. Aus diesen Gründen appelliert der Deutsche Ärztetag, dass die Verordnung von DiGA stets sorgfältig abgewogen werden sollte.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Auch digitale Gesundheitsanwendungen müssen transparent und ehrlich sein

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Gisa Weißgerber, Petra Hummel-Kunhenn, Johann Ertl, Dr. Georg Deichhardt, Dr. Karin Bremer, Christiane Hoppe, Dr. Anja von Buch und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache Ic - 172) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, mehr Transparenz im Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) zu schaffen. Irreführende Werbung, aggressive Geschäftspraktiken und intransparente Preispolitik mit nicht nachvollziehbarer Preisgestaltung dürfen nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden.

Begründung:

Die Idee von Bundesminister Jens Spahn im Jahr 2020 zur Einführung von DiGA war gut gemeint: Mehr Effizienz, mehr Digitalisierung, Deutschland als Vorbild und die Nutzung von smarten Anwendungen, so die Vorstellung. Der Nachweis eines tatsächlich positiven Versorgungseffektes dieser Idee ist aus unserer Sicht bislang nicht ausreichend erkennbar.

Sicher können DiGA für manche Patienten hilfreich sein. Gefordert werden muss:

- Beendigung des derzeitigen Fast-Track-Verfahrens,
- die DiGA-Versorgungseffekte müssen sich an der verfügbaren Standard- oder Referenztherapie messen lassen,
- Preisfindung in Relation zur Referenztherapie,
- keine Vergütung bei fehlender oder geringer Nutzung der App,
- Verbot aggressiver Geschäftspraktiken und irreführender Werbung und
- Strafen bei entsprechenden Verstößen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Prävention / Gesundheitsförderung

Ic - 04	Paradigmenwechsel für mehr Prävention und Gesundheitsförderung
Ic - 26	Prävention strukturell zu einer zentralen Säule des Gesundheitssystems weiterentwickeln
Ic - 29	Prävention strukturell stärken – Gesundheit schützen, Zukunft sichern
Ic - 06	Belange von Menschen mit Behinderungen bei der Novellierung des Präventionsgesetzes berücksichtigen
Ic - 19	Politische Interessenskonflikte bei der Krankheitsprävention auflösen
Ic - 17	Verringerung sozialer Spaltung ist Krankheitsprävention
Ic - 25	Die herzgesunde Stadt - Prävention stärken, Lebensqualität verbessern
Ic - 18	Verbesserung der Prävention und Versorgung von Adipositas
Ic - 45	Kosten für das Lungenkrebsscreening auf die Packungen für Zigaretten und E-Zigaretten umlegen
Ic - 03	Den Einsatz gegen HIV/AIDS konsequent fortführen
Ic - 30	Gesundheitliche Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung der Verhältnisprävention verbessern
Ic - 28	Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken - lebensweltnahe Strukturen ausbauen
Ic - 33	HPV-Impfungen stärken - Krebsprävention für Kinder und Jugendliche konsequent ausbauen
Ic - 24	Unfälle verhindern, kindliche Entwicklung fördern - innerörtliches Tempolimit von 30 km/h zum Standard machen
Ic - 47	Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung
Ic - 31	Reanimationsunterricht an Schulen verbindlich einführen - Laienreanimationsquote steigern
Ic - 112	Folgefinanzierung und Ausbau von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen
Ic - 44	Gesundheitsgefahren durch PFAS ernst nehmen, Reduktion von Ewigkeitschemikalien

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Paradigmenwechsel für mehr Prävention und Gesundheitsförderung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 04) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel hin zu einer stärkeren Ausrichtung an Prävention und Gesundheitsförderung in Politik, Versorgung und Wissenschaft. Den vielfältigen Appellen für mehr Prävention müssen endlich Taten folgen. Für die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitswesens bedarf es der strukturellen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Konkret bedeutet dies:

- Gesundheit muss zu einer verbindlichen Zielgröße für politisches Handeln in allen Politikfeldern im Sinne eines "Health in and for All Policies"-Ansatzes werden (u. a. in der Bildungs-, Arbeits-, Wissenschafts-, Agrar-, Ernährungs-, Verkehrs- und Umweltpolitik sowie Krisenvorsorge und -management). Präventionsstrategien und -ziele müssen ressortübergreifend und mit Einbindung der Fachexpertise von Ärztinnen und Ärzten gedacht sowie umgesetzt werden.
- Wissenschaftlich empfohlene Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen, u. a. in der Tabak-, Alkohol-, Sport- und Ernährungspolitik, müssen priorisiert und durch effektive sowie wissensbasierte und ggf. laienverständliche Gesundheitskommunikation unterstützt werden.
- Prävention und Gesundheitsförderung müssen zu integralen Bestandteilen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik werden und nicht länger ein Add-on darstellen.
- Durch Aufbau und Management von zentralen Dateninfrastrukturen sowie geeigneten Kooperations- und Kommunikationswegen müssen eine kontinuierliche und systematische Erhebung gesundheitsbezogener Daten sowie gezielte und bedarfsgerechte Berichterstattung ermöglicht werden.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit seinen subsidiären niedrigschwelligen Angeboten und aufsuchenden Gesundheitshilfen muss nachhaltig gestärkt werden.
- Bei der Qualifizierung von Gesundheitsberufen ist eine präventions- und gesundheitsorientierte Haltung und Handlung im Sinne der Priorisierung von präventiven gegenüber kurativen Maßnahmen zu vermitteln.

Begründung:

Mit rund 500 Milliarden Euro jährlich gehört Deutschland zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben weltweit. Dennoch liegt die Lebenserwartung unter dem OECD-Durchschnitt vergleichbarer Staaten, und auch bei den gesunden Lebensjahren besteht deutlicher Nachholbedarf.

Wirksame gesundheitliche Prävention ist der zentrale Schlüssel, um gesellschaftliches und individuelles Wohlbefinden sowie die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zu steigern, die Gesundheitsversorgung langfristig zu sichern und die Wirtschaftskraft zu stärken. Trotz aller medizinischen Fortschritte werden ohne eine grundlegende Umorientierung angesichts einer alternden Bevölkerung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der größer werdenden umweltbedingten Gesundheitsrisiken Gesundheit und Wohlbefinden nicht sichergestellt werden können.

Eine vorbeugende Gesundheitspolitik kann zudem die gesundheitliche Chancengerechtigkeit verbessern. Strukturelle Ungleichheiten in Bildung, Einkommen und Wohnverhältnissen beeinflussen Gesundheitsrisiken stark. Präventionsmaßnahmen müssen deshalb sektorenübergreifend, zielgruppenspezifisch und nachhaltig sein, um Ungleichheiten nicht weiter zu verfestigen, sondern zu verringern. Präventionsmaßnahmen sollten daher so gestaltet sein, dass sie gesunde Entscheidungen erleichtern und Barrieren abbauen - etwa durch barrierefreie Vorsorgeangebote, niederschwellige Präventionsangebote in Kommunen, Schulgesundheit und betriebliche Gesundheitsförderung. Prävention stärkt zudem die Resilienz gegenüber zukünftigen Krisen.

Mehr Prävention bedeutet weniger Kosten, bessere Lebensqualität, Gerechtigkeit und Robustheit des Gesundheitssystems. Es ist eine Investition in eine gesunde, produktive Gesellschaft und eine effiziente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Prävention strukturell zu einer zentralen Säule des Gesundheitssystems weiterentwickeln

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. Birgit Wulff, Dr. Pedram Emami MBA, Dr. Martin Eichenlaub, Angela Gerriets-Spauschus, Dr. Patrick Harmann, Dr. Silke Lüder, Dr. Kathrin Schawjinski, Dr. Christine Schroth der Zweite, Norbert Schütt und Dr. Alexander Schultze (Drucksache Ic - 26) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bund und Länder auf, Prävention und Gesundheitsförderung deutlich stärker im deutschen Gesundheitssystem zu verankern. Prävention muss zu einer zentralen Säule des Gesundheitssystems weiterentwickelt werden, um die Chancen der Bevölkerung für ein gesundes Leben zu verbessern und die langfristige Stabilität der solidarischen Gesundheitsversorgung zu sichern.

Hierzu sind insbesondere folgende Maßnahmen erforderlich:

- Eine Stärkung der individuellen risikoadjustierten präventiven Beratung.
- Eine bessere Berücksichtigung gesellschaftlicher und struktureller Risikofaktoren im Sinne der Verhältnisprävention.
- Eine konsequente Umsetzung des Ansatzes "Health in All Policies" (HiAP) in politischen Handlungsfeldern.
- Eine fächerübergreifende Kooperation der Akteurinnen und Akteure, denn Prävention ist eine Querschnittsaufgabe.
- Die Entwicklung koordinierender Strategien, um die gesamte Bevölkerung zu erreichen.
- Eine stärkere strukturelle Einbindung von Wissenschaft und Forschung in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Präventionsstrategien.

Begründung:

Prävention und Gesundheitsförderung sind zentrale Voraussetzungen für eine nachhaltige Stabilisierung des Gesundheitssystems und für mehr gesunde Lebensjahre in der Bevölkerung. Eine wichtige Rolle spielt dabei der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), der jedoch durch jahrelange Sparpolitik seine vielfältigen Aufgaben nur bedingt erfüllen kann. Darüber hinaus darf zu einem großen Teil Prävention nicht länger projektförmig und

sektorenübergreifend unkoordiniert organisiert sein. Sie muss integraler Bestandteil einer langfristigen politischen Gesundheitsstrategie werden. Die stark zersplitterte Akteurs- und Zuständigkeitsstruktur im deutschen Präventionssystem und die mangelnde Integration der beteiligten Akteurinnen und Akteure müssen verbessert werden.

In internationalen Vergleichen liegt Deutschland bei der Prävention hinter vielen europäischen Staaten zurück, das zeigt auch der europäische Public-Health-Index.

Das deutsche Gesundheitssystem ist jedoch weiterhin stark auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet. Nicht übertragbare Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und chronische Lungenerkrankungen verursachen einen großen Teil der Krankheitslast in Deutschland. Wir wissen evidenzbasiert, dass diese Erkrankungen wesentlich durch vermeidbare Risikofaktoren wie Tabakkonsum, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel mitverursacht werden. Ärztinnen und Ärzte spielen eine zentrale Rolle bei Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Nur sie können risikoadjustiert individuell beraten, beispielsweise in Krankenhäusern, Praxen und in der betriebsärztlichen Betreuung. Die Bevölkerung hat großes Vertrauen in ihre diesbezügliche Kompetenz. Um diese Ressource besser nutzen zu können, muss die präventive ärztliche Beratung aber deutlich gestärkt werden.

Neben der Förderung der Verhaltensprävention muss auch die Verhältnisprävention mehr in den Fokus genommen werden. So erreichen beispielsweise Gesundheitsinformationen und Präventionsprojekte derzeit im Sinne des Präventionsparadoxes vor allem den sowieso für Gesundheitsthemen offenen Teil der Bevölkerung, während die vulnerablen Gruppen nur eingeschränkt Zugang finden.

Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen in Lebenswelten wie Schulen, Kitas, Betrieben, Stadtteilen oder Pflegeeinrichtungen können nachhaltige Effekte in großen Bevölkerungsgruppen erzielen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt in seiner aktuellen Stellungnahme eine stärkere Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft und eine stärkere strukturelle Einbindung wissenschaftlicher Einrichtungen in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Präventionsstrategien. So ist auch die Berücksichtigung der Ergebnisse der Implementationsforschung erforderlich, um die Dimensionen Translation und Transfer zu verbessern. Erforderlich darüber hinaus sind u. a. die Erhebung von Kennzahlen und messbare, verbindliche Zielgrößen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Prävention strukturell stärken – Gesundheit schützen, Zukunft sichern

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Stefanie Minkley, Anne Schluck, Dr. Katharina Thiede, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Christine Schwill, Dr. Detlef Lorenzen und Julian Veelken (Drucksache Ic - 29) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bund und Länder auf, Prävention als prioritäres gesundheitspolitisches Handlungsfeld strukturell zu stärken und als langfristige Investition in die Bevölkerungsgesundheit zu verstehen, unabhängig von Legislaturperioden und auf Basis eines parteiübergreifenden Konsenses. Angesichts der unzureichenden Position Deutschlands im europäischen Vergleich der Präventionspolitik sowie der erheblichen vermeidbaren Krankheitslast sind verbindliche Maßnahmen erforderlich.

Im Einzelnen wird gefordert:

- Konsequente Verhältnisprävention in den Bereichen Tabak, Alkohol und ungesunde Ernährung durch evidenzbasierte Regulierung, steuerliche Instrumente und Werbeeinschränkungen
- Systematische Förderung körperlicher Bewegung in Schule, Beruf und kommunalem Umfeld
- Wirksamer Schutz von Kindern und Jugendlichen vor suchtfördernden digitalen Mechanismen durch gesetzliche Regulierung algorithmischer Belohnungssysteme
- Verbindliche flächendeckende Umsetzung kommunaler Hitzeaktionspläne mit besonderem Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen
- Strukturelle Stärkung der Unfallprävention, insbesondere bei Kindern und jungen Erwachsenen

Darüber hinaus wird gefordert:

- Eine gesetzlich verankerte, verlässliche und zweckgebundene Finanzierung präventiver Maßnahmen, Prävention als Investition, nicht als Ausgabenposten
- Die institutionelle Verankerung eines bundesweiten Präventionsmonitorings mit transparenten Berichtspflichten zur frühzeitigen Erkennung von Trends
- Eine ressortübergreifende Koordination auf Bundesebene (Health in All Policies [HiAP]) unter Einbindung der Ressorts Gesundheit, Ernährung, Umwelt, Verkehr,

Stadtplanung, Bildung und Soziales
- Eine strukturierte Zusammenarbeit von Krankenversicherungen und Ärzteschaft bei Präventionsprogrammen - komplementär und koordiniert, nicht konkurrierend.

Begründung:

Deutschland verfügt über eines der leistungsfähigsten kurativen Gesundheitssysteme Europas, bleibt jedoch im Bereich struktureller Prävention deutlich hinter dem europäischen Durchschnitt zurück. Der Public Health Index 2025 weist Deutschland im Vergleich von 18 europäischen Ländern auf Rang 17 aus. Besonders ausgeprägte Defizite bestehen in den Bereichen Tabakkontrolle, Alkoholpolitik, Ernährungsprävention und Bewegungsförderung. Länder mit konsequenter Verhältnisprävention durch Werbeverbote, steuerliche Instrumente und verbindliche Regulierungen erzielen nachweislich bessere Ergebnisse bei wichtigen Gesundheitsindikatoren - und das bei vergleichbaren wirtschaftlichen Voraussetzungen. Ein erheblicher Anteil der Krankheitslast in Deutschland ist prinzipiell vermeidbar. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, chronische Atemwegserkrankungen, bestimmte Krebserkrankungen sowie Suchterkrankungen stehen in engem wissenschaftlich belegtem Zusammenhang mit beeinflussbaren Risikofaktoren: Tabak- und Alkoholkonsum, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Diese Erkrankungen verursachen direkte Kosten durch medizinische Versorgung, Rehabilitation und Pflege sowie erhebliche indirekte Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung und Produktivitätsverluste. Investitionen in Prävention sind daher nicht nur medizinisch geboten, sondern auch gesundheitsökonomisch rational.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Kinder- und Jugendgesundheit. Risikoverhalten und gesundheitsrelevante Gewohnheiten entstehen häufig im frühen Lebensalter. Adipositas, Nikotinkonsum, riskanter Alkoholkonsum sowie exzessive Nutzung sozialer Medien nehmen zu. Digitale Plattformen setzen gezielte, belohnungsbasierte Algorithmen ein, die insbesondere bei Heranwachsenden neurobiologisch wirksam sind und mit Schlafstörungen, depressiven Symptomen und Konzentrationsstörungen assoziiert sein können. Eine auch im europäischen Vergleich immer noch einseitig auf den motorisierten Individualverkehr fokussierende Planung urbaner Bereiche und damit die Schaffung und Duldung eines öffentlichen Raumes, den Kinder in weiten Teilen nicht gefahrlos erkunden können, behindert die motorische und soziale Entwicklung nachwachsender Generationen. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen ist eine zentrale ärztliche und gesellschaftliche Verantwortung, die über individuelle Aufklärung hinaus gesetzgeberisches Handeln erfordert.

Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, insbesondere hitzebedingte Morbidität und Mortalität, nehmen nachweislich zu und erfordern verbindliche Präventionsstrukturen. Kommunale Hitzeaktionspläne müssen flächendeckend umgesetzt werden; besonders vulnerable Gruppen wie ältere Menschen, Kleinkinder, chronisch Kranke und

Pflegebedürftige bedürfen gezielter Schutzmaßnahmen. Bislang fehlt eine verbindliche gesetzliche Grundlage für die Umsetzung solcher Pläne auf kommunaler Ebene.

Unfälle zählen bei Kindern und jungen Erwachsenen zu den häufigsten Ursachen von Morbidität, Behinderung und vorzeitigem Tod. Strukturelle Maßnahmen, insbesondere in den Bereichen Straßenverkehr, Schule und Sport, haben nachgewiesenes Präventionspotenzial, das durch systematische Förderung besser ausgeschöpft werden könnte.

Die bisherige Präventionspolitik in Deutschland ist zu stark fragmentiert, strukturell unterfinanziert und zu einseitig auf individuelle Verhaltensänderung ausgerichtet. Wirksame Prävention setzt an gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen an.

Notwendig sind daher: eine verlässliche institutionelle Finanzierung, ein kontinuierliches Monitoring mit klaren Zielvorgaben sowie eine ressortübergreifende Koordination nach dem Prinzip Health in All Policies. Die Zukunft des Gesundheitswesens liegt vor allem in der Prävention! Wie in der Rentenpolitik muss auch im Gesundheitswesen langfristig geplant werden, unabhängig von der jeweils verantwortlichen Bundesregierung.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt, dass nachhaltige Gesundheitspolitik nur gelingen kann, wenn die Vermeidung von Krankheit gleichrangig neben ihrer Behandlung steht. Eine strukturelle und neu bewertete Priorisierung der Prävention ist dringend erforderlich - im Interesse der Bevölkerungsgesundheit, der Generationengerechtigkeit und der Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Belange von Menschen mit Behinderungen bei der Novellierung des Präventionsgesetzes berücksichtigen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 06) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, bei der angekündigten Novellierung des Präventionsgesetzes (PrävG) die Bedürfnisse und Interessen der Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen. Zugleich spricht sich der 130. Deutsche Ärztetag dafür aus, die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen sowie die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen befassten Ärztinnen und Ärzte stärker in die Planung spezifischer Präventionsmaßnahmen einzubeziehen.

Begründung:

Menschen mit Behinderung und insbesondere geistiger und/oder Mehrfachbehinderung weisen im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung einen schlechteren Gesundheitszustand auf und zeigen häufiger Risikoverhaltensweisen. Zugleich sind zielgruppenspezifische Angebote zur Förderung von Bewegung und Gesundheit für Menschen mit Behinderungen seltener zu finden.

Die große Heterogenität von Menschen mit Behinderungen erfordert ein differenziertes und zielgruppenspezifisches Vorgehen. Präventionsmaßnahmen müssen der Vielfalt an Beeinträchtigungsformen ebenso Rechnung tragen wie den unterschiedlichen Bedürfnissen und daraus resultierenden Unterstützungsbedarfen.

Entsprechend sollte eine vertiefte fachliche Auseinandersetzung bzw. ein intensiver fachlicher Austausch mit allen Beteiligten als eine der ersten Maßnahmen zeitnah angestoßen werden, um die geplante Novellierung des PrävG als Chance für eine inklusivere und chancengerechtere Präventionslandschaft zu nutzen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Politische Interessenskonflikte bei der Krankheitsprävention auflösen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Streit, Dr. Christof Sturm, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Wiltraut Maria Reich, Dr. Stefan Schröter, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Klaus J. Doubek (Drucksache Ic - 19) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert, ab sofort bei jedem zukünftigen Gesetzgebungsverfahren die Effekte auf die Gesundheit bzw. auf die Prävention von Krankheit mitzudenken. Neben dem Erfüllungsaufwand müssen deshalb gesundheitsrelevante Effekte und mögliche Interessenkonflikte im Referentenentwurf detailliert formuliert werden. Dies fordert das Konzept des Health in All Policies (HiAP).

Begründung:

Die verkürzte Klage aus der Politik über zu hohe Kosten und die Fehlnutzung im Gesundheitswesen erscheint unangemessen, wenn Interessenkonflikte zwischen ökonomischen und gesundheitlichen Beweggründen nicht zur Kenntnis genommen und nicht aufgelöst werden. Dies gilt für die Mediennutzung, für das Zigaretten rauchen, den Konsum von Alkohol und legalen Drogen, aber auch bei der Verhinderung und der Behandlung von Übergewicht und Adipositas durch Ernährungsempfehlungen.

In allen genannten Fällen besteht ein politischer Interessenkonflikt zwischen der Gesundheit der Menschen und der erwarteten Wertschöpfung zuzüglich der Steuereinnahmen.

Der volkswirtschaftliche Einfluss einer erfolgreichen Prävention bzw. der Behandlung des Übergewichts bzw. der Adipositas durch reduzierten privaten Konsum ist überaus bedeutsam. Jeder zweite Einwohner Deutschlands gilt als übergewichtig oder adipositaserkrankt und müsste deshalb dauerhaft ca. 30 Prozent weniger Lebensmittel einkaufen und verzehren.

Steuererhöhungen, also Preiserhöhungen für Zucker, Alkohol und Zigaretten, sind im Rahmen politischer Gesamtkonzepte sinnvoll. Der allgemein niederschwellige Zugang zu dem als gesund geltenden Getränk Wasser ist eine zusätzlich erforderliche Maßnahme, um

eine gesunde Wahl an Stelle von zucker- und/oder alkoholhaltigen Getränken möglich zu machen.

Ein erschwerter Zugang durch Steuererhöhungen bzw. Altersbeschränkungen allein ist noch kein Präventionskonzept. Damit die Reduktion von pathologischem Konsum (vor allem bei Medien, Alkohol und Drogen, aber auch bei Übergewicht und Adipositas) gelingt, befördert die Politik vielfältige Erlebnisräume für Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen, von denen ein positiver Einfluss auf die Gesundheit ausgeht.

Vorstellungen einer systematischen, ökonomischen Belohnung von gesundheitlich erwünschtem Wohlverhalten im Sinne von Bonusmodellen erforderte die ärztliche Unterscheidung von krankhaftem Fehlkonsum und von eigenverantwortlichem Fehlverhalten. Deshalb erteilt die Ärzteschaft solchen Überlegungen eine Absage.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Verringerung sozialer Spaltung ist Krankheitsprävention

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Streit, Dr. Heidemarie Lux, Christa Bartels, Dr. Wiltraut Maria Reich, Dr. Christof Sturm, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Stefan Schröter, Dr. Gerd-Hermann Büscher und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache Ic - 17) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Je größer die soziale Spaltung einer Gesellschaft, desto geringer ist die durchschnittliche Lebenserwartung in dieser Gesellschaft. Es gibt gute Gründe davon auszugehen, dass alle Menschen, auch die reichsten Menschen einer Gesellschaft, von einer Reduktion der sozialen Spaltung durch ein längeres Leben profitieren. Oder anders formuliert, die Chance über die Verringerung der sozialen Spaltung die Lebenserwartung aller Menschen einer Gesellschaft zu erhöhen, darf nicht ungenutzt bleiben.

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert, deshalb bei jedem zukünftigen Gesetzgebungsverfahren die Wirkung auf die soziale Spaltung mitzudenken. Neben dem üblichen Erfüllungsaufwand müssen deshalb gesellschaftsspaltende und gesellschaftseinende Effekte sowie mögliche Interessenkonflikte im Referentenentwurf detailliert formuliert werden. Wir fordern für mehr Gesundheit von der Politik ein Health in All Policies (HiAP).

Begründung:

Soziale Spaltung geht mit einer geringeren durchschnittlichen Lebenserwartung einher. Deutschland liegt hier im internationalen Vergleich zurück. Es ist davon auszugehen, dass die soziale Spaltung in Deutschland als Ursache in Frage kommt, warum sich die Lebenserwartung trotz hoher Kosten im Gesundheitswesen nicht verbessert, wie dies zu erwarten wäre. Jenseits von direkten Sparmaßnahmen und digitaler Patientensteuerung ergibt sich hier ein aussichtsreicher Lösungsansatz, um die aktuelle Misere des Gesundheitssystems zu überwinden.

Die Befähigung zu einem gesunden Leben im Sinne der WHO erfordert ausreichenden Zugriff auf Ressourcen, auf soziale Teilhabe und die Verringerung vermeidbarer struktureller Konflikte.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Die herzgesunde Stadt - Prävention stärken, Lebensqualität verbessern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Markus Beck, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Hans-Otto Bürger, Alexander Fuchs, Dr. Jürgen Gatter, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Richard Lauerer, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Torben Ostendorf, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Melanie Rubenbauer, Anne Schluck, Dr. Christian Schwark, Dr. Ulrich Schwiersch, Dr. Jan Henrik Sperling, Dr. Katharina Thiede und Dr. Andreas Tröster (Drucksache Ic - 25) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Städte und Kommunen auf, aus gesundheitspräventiven Gründen urbane Räume zügig so umzugestalten, dass evidenzbasierte Anforderungen an die "Herzgesunde Stadt" (1) erfüllt werden.

Im Einzelnen fordert der Deutsche Ärztetag die

- signifikante Reduzierung von Feinstaub und Stickoxiden,
- Schaffung einer Verkehrsinfrastruktur, die zu körperlicher Aktivität (zu Fuß, per Fahrrad usw.) anregt unter Berücksichtigung des Konzepts der "Stadt der kurzen Wege" (20 Minuten-Viertel),
- Verringerung von Verkehrslärm,
- Erweiterung und Neuschaffung von Grünflächen, die Bewegung fördern und in Zeiten steigender Temperaturen Kühlung bieten sowie die rasche Umsetzung von Hitzeaktionsplänen (Trinkbrunnen, Kühlräume),
- Entsiegelung möglichst vieler Flächen,
- Reduzierung von nächtlichem Kunstlicht.

Angesichts der angespannten finanziellen Situation der meisten Städte und Kommunen regt die deutsche Ärzteschaft an, Mittel der Klimaschutz- und Transformationsfinanzierung auf Bundes- und EU-Ebene für diesen Zweck zu verwenden.

Begründung:

1. Luftverschmutzung ist ein globales Gesundheitsproblem, das für eine globale

Übersterblichkeit von jährlich etwa 8,79 Millionen Menschen verantwortlich ist, vor allem bedingt durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Städtebaulich ist es sinnvoll, Häuser, Schulen und Parks abseits stark befahrener Straßen zu bauen.
2. Wer aktiv pendelt - zu Fuß oder per Fahrrad - hat gegenüber Autopendlern eine signifikant höhere Lebenserwartung und ein deutlich geringeres Herz-Kreislauf-Risiko.
3. Umgebungslärm betrifft einen Großteil der städtischen Bevölkerung und ist ein manifester Herz-Kreislauf-Risikofaktor, weil er chronische physiologische und mentale Stressreaktionen hervorruft.
4. In Zeiten des Klimawandels drohen Städte zu Hitzefallen zu werden. Bereits heute ist die hitzebedingte Sterblichkeit in Deutschland signifikant (RKI: ca. 4.500 Hitzetote/Jahr im Mittel; 2023 besonders ausgeprägt). Die Begrünung möglichst großer Flächen kann die Temperatur signifikant senken und an Hitzetagen Zuflucht bieten.
5. Die Entsiegelung von Plätzen im Verbund mit dem Konzept der "Schwammstadt" verringert die Schäden durch Überschwemmungen nach Starkregenereignissen, die mit der Erderwärmung zunehmen. Das verringert nicht nur Sachschäden, sondern auch psychische Traumata und kardiovaskulären Stress.
6. Nächtliches Licht im Freien verursacht über ähnliche Pathomechanismen wie nächtlicher Verkehrslärm ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

(1) Münzel T, Hahad O, Daiber A (2021) Herzgesunde Städte - die Gene laden das Gewehr, die Umwelt zieht den Abzug. Aktuel Kardiol 2021; 10: 543–547; DOI 10.1055/a-1546-7383

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Verbesserung der Prävention und Versorgung von Adipositas

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Victoria Witt, Dr. Alexander Schultze, Anne Schluck und Dr. Hannah Teipel (Drucksache Ic - 18) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf, die Prävention der Adipositas durch wirksame verhältnispräventive Maßnahmen deutlich zu stärken. Hierzu zählen insbesondere gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zur Förderung ausgewogener Ernährung und körperlicher Bewegung sowie ein verbesserter Schutz von Kindern und Jugendlichen vor gesundheitsschädlichen Einflussfaktoren. Gleichzeitig sind die bestehenden Defizite in der Versorgung von Menschen mit Adipositas abzubauen, insbesondere durch eine zeitnahe Umsetzung leitliniengerechter, multimodaler Therapieangebote einschließlich medikamentöser Behandlungsoptionen bei medizinischer Indikation.

Begründung:

Adipositas betrifft Millionen Menschen in Deutschland und ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für zahlreiche Folgeerkrankungen sowie erheblichen gesellschaftlichen und gesundheitsökonomischen Belastungen verbunden. Obwohl Adipositas in Deutschland seit dem Jahr 2020 zunehmend als eigenständige chronische Erkrankung anerkannt wird, bestehen weiterhin erhebliche Defizite sowohl in der Prävention als auch in der leitliniengerechten Versorgung. Dieser Entwicklung muss gesundheitspolitisch konsequent Rechnung getragen werden. Neben einer besseren Versorgung Betroffener sind insbesondere nachhaltige verhältnispräventive Maßnahmen erforderlich, um die weitere Zunahme der Erkrankung wirksam zu begrenzen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Kosten für das Lungenkrebsscreening auf die Packungen für Zigaretten und E-Zigaretten umlegen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Anke Müller, Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Fabian Holbe, Wenke Burghardt, Anne Machka und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 45) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 spricht eine Empfehlung zur Umlage der Kosten, die durch das Lungenkrebsscreening generiert werden, auf die verursachenden Substanzen aus. Durch eine zusätzliche Abgabe auf die Zigaretten- und E-Zigaretten-Packungen sowie Tabak könnte das Lungenkrebsscreening verursacherabhängig finanziert und das System der gesetzlichen Krankenkassen entlastet werden. Gleichzeitig würde das Bewusstsein für Ursache und Wirkung gestärkt werden. Die höheren Kosten für Nikotinprodukte würden Rauchen unattraktiver machen und damit einen primärpräventiven Aspekt entwickeln.

Begründung:

Seit dem 01.04.2026 haben aktive und ehemalige Raucherinnen und Raucher im Alter von 50 bis 75 Jahren mit 25 Jahren Rauchanamnese sowie mindestens 15 Packungsjahren Anspruch auf ein jährliches Low-Dose-CT. Damit soll ein möglicher Lungenkrebs bei Raucherinnen und Rauchern früher erkannt und die Lungenkrebsmortalität gesenkt werden. Man schätzt, dass das Lungenkrebsscreening mittels Low-Dose-CT ca. fünf von 1.000 gescreenten Personen davor bewahrt, innerhalb von zehn Jahren an einem Lungenkrebs zu versterben. Eine Reduktion der Gesamtmortalität ist dabei bisher nicht belegt.

Auch wenn das Lungenkrebsscreening medizinisch sinnvoll erscheint, generiert es zusätzliche Kosten für die Krankenkassen.

Die betroffenen Versicherten haben Anspruch auf bis zu 26 (!) Low-Dose-CTs. Hinzukommen Kosten für Folgeuntersuchungen bei auffälligen Befunden.

Das Lungenkrebsscreening ist dabei ausschließlich auf Raucherinnen und Raucher begrenzt. Der Risikofaktor ist prinzipiell verhinderbar.

Da das Lungenkrebsscreening keinen einzigen Fall von Lungenkrebs verhindert, sondern lediglich eine Diagnosestellung in einem Krankheitsstadium erreichen soll, welches eine frühzeitigere und damit wirksamere Therapie ermöglicht, benötigt es weitere Anstrengungen, um eine bessere Primärprävention durch Rauchverzicht zu erreichen.

Es wäre fair und konsequent, wenn die Kosten, die durch das Lungenkrebsscreening und die notwendigen Folgeuntersuchungen entstehen, durch eine zusätzliche Abgabe auf Zigaretten und elektronische Zigaretten umgelegt werden.

Dadurch könnten verschiedene positive Effekte erzielt werden:

- Entlastung der ohnehin angespannten Finanzlage der Krankenkassen
- Schaffung eines Bewusstseins für entstehende Kosten und den Wert von Gesundheit durch eine klare Benennung der Verursacher
- ein höherer Anreiz zur Abstinenz und was noch wichtiger wäre: eine Verhinderung des Starts in eine Raucherkarriere
- langfristig durch den verhältnispräventiven Aspekt eine Senkung der Krankheitslast

Es geht ausdrücklich nicht um ein Rauchverbot! Weiter zu rauchen und die dadurch entstehenden Kosten zu akzeptieren, ist eine individuelle Entscheidung.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Den Einsatz gegen HIV/AIDS konsequent fortführen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 03) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bund und Länder im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten auf, Präventions-, Versorgungs- und Forschungsmaßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS fortzuführen und weiter auszubauen. Bestehende Projekte und Versorgungsstrukturen, wie Aufklärungskampagnen, Zugang zu Medikamenten und HIV-Schwerpunktpraxen, müssen erhalten und gesichert werden. Für eine nachhaltige Prävention und Behandlung sind langfristig stabile Strukturen sowie eine verlässliche, ausreichende Finanzierung erforderlich, um die bisherigen Erfolge zu erhalten und wirksame Maßnahmen international zu unterstützen. Im Einklang mit der Stellungnahme des Weltärztebundes (World Medical Association, WMA) zu HIV/AIDS setzt sich die deutsche Ärzteschaft dafür ein, dass durch gesundheitspolitische Maßnahmen der Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV/AIDS klar und ausdrücklich entgegengewirkt wird.

Begründung:

HIV/AIDS ist heute eine behandelbare Infektionskrankheit, für die wirksame Mittel zur Prävention und Therapie zur Verfügung stehen. Derzeit steigen die Infektionszahlen in Deutschland und vielen Regionen der Welt wieder an. Vor diesem Hintergrund ist zu befürchten, dass die Kürzungen der Bundesregierung um 300 Millionen Euro für die internationale AIDS-Hilfe sowie die Streichung regionaler Mittel, etwa für die AIDS-Hilfe in Nordrhein-Westfalen, die bisher erzielten Fortschritte gefährden und zu einem Anstieg von Neuinfektionen und damit verbundenen Todesfällen führen.

Internationale Organisationen, wie das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS (UNAIDS), haben in der Vergangenheit entscheidend zur Eindämmung der weltweiten HIV-Pandemie beigetragen. Auch die Bundesärztekammer setzt sich für die "Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderer sexuell übertragbarer Infektionen (BIS 2030)" des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein und arbeitet mit der Deutschen Aidshilfe im Einsatz gegen HIV/AIDS zusammen

(https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/menschen-mit-hiv-aids). Solidarität der beteiligten Akteure ist unerlässlich, um Prävention, Behandlung und Versorgung nachhaltig zu sichern und die globale Gesundheit zu stärken. Deutschland sollte seine Verantwortung wahrnehmen, die Finanzierung sichern und die Zusammenarbeit im Einsatz gegen HIV/AIDS konsequent unterstützen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Gesundheitliche Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung der Verhältnisprävention verbessern

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Jan Henrik Sperling, Dr. Mirko Barone, Dr. Andreas Schießl, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Karl Breu, Dr. Markus Sandrock, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Maya Trapp, Dr. Joachim Suder und Dr. Susanne von der Heydt (Drucksache Ic - 30) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass zur Vermeidung der Zunahme chronischer Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, Krebserkrankungen sowie psychischer Erkrankungen in Deutschland weiterhin überwiegend auf Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention gesetzt wird, während strukturelle Maßnahmen der Verhältnisprävention unzureichend berücksichtigt sind.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die politisch Verantwortlichen auf,

1. die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels aus individuellen Voraussetzungen sowie sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen und globalen Einflussfaktoren zu verstehen und entsprechend gesundheitspolitisch zu adressieren,
2. Verhältnisprävention als zentrales Prinzip der Gesundheits- und Sozialpolitik zu stärken und systematisch in politische Entscheidungsprozesse zu integrieren,
3. strukturelle Maßnahmen zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit auszubauen, insbesondere in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stadt- und Lebensraumgestaltung, Umwelt- und Klimaschutz sowie digitale Lebenswelten,
4. das Vorsorgeprinzip konsequent anzuwenden, insbesondere in Bereichen, in denen deutliche Hinweise auf gesundheitliche Risiken für Kinder und Jugendliche bestehen, auch wenn die wissenschaftliche Evidenz noch nicht vollständig ist,
5. gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die Familien entlasten und gesundes Verhalten im Alltag nicht nur erleichtern, sondern vielfach erst ermöglichen,
6. die Expertise der Kinder- und Jugendmedizin systematisch in die Entwicklung präventiver und gesundheitspolitischer Maßnahmen einzubinden.

Begründung:

Für das Gelingen einer primären Prävention von Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck und ihren Folgeerkrankungen, Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen ist eine frühe Intervention der Schlüssel. Die Weichen für gesundheitsfördernde bzw. gesundheitsschädigende Lebensumstände werden häufig bereits im jungen Lebensalter gestellt. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird nicht allein durch individuelles Verhalten bestimmt, sondern in erheblichem Maße durch die Rahmenbedingungen, unter denen sie aufwachsen. Diese umfassen familiäre, soziale und wirtschaftliche Kontexte ebenso wie Umweltfaktoren, infrastrukturelle Gegebenheiten und zunehmend auch global geprägte Einflüsse, etwa durch digitale Plattformen und wirtschaftliche Interessen. Ärztinnen und Ärzte leisten täglich einen unverzichtbaren Beitrag zur Verhaltensprävention durch Beratung, Vorsorge und Therapie. Diese bleibt ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung.

Zentrale Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit entstehen jedoch in ihren Lebenswelten - in Familien, Bildungseinrichtungen, Städten, digitalen Räumen sowie durch wirtschaftliche und gesellschaftliche Strukturen. Hierzu zählen unter anderem Ernährungsangebote, Bewegungsmöglichkeiten, Medienumgebungen, soziale Teilhabe sowie ökologische Lebensbedingungen. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Maßnahmen der Verhältnisprävention - etwa durch Preis- und Steuerpolitik, Werberegulierung oder gesundheitsförderliche Infrastruktur - wirksam zur Verbesserung der Gesundheit beitragen können. Beispiele hierfür sind die Besteuerung zuckerhaltiger Getränke, Einschränkungen von Werbung für gesundheitsschädliche Produkte oder die gezielte Förderung bewegungsfreundlicher Lebensräume. Deutschland nutzt die Verhältnisprävention bislang nur unzureichend und bleibt damit hinter internationalen Standards und seinen eigenen Möglichkeiten zurück. Eine wirksame Prävention erfordert daher eine Ergänzung der Verhaltensprävention durch eine konsequente Stärkung der Verhältnisprävention. Gesundes Verhalten darf nicht allein von individueller Kompetenz und Ressourcen abhängen, sondern muss im Alltag realistisch möglich sein. Verhältnisprävention ist dabei nicht nur Gesundheitspolitik, sondern auch Sozialpolitik. Sie reduziert gesundheitliche Ungleichheit und entlastet Familien.

Insbesondere im Bereich digitaler Lebenswelten zeigt sich die Notwendigkeit eines solchen Ansatzes deutlich. Digitale Plattformen prägen zunehmend die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und sind häufig durch strukturelle Mechanismen gekennzeichnet, die in keiner Weise an gesundheitlichen Zielen ausgerichtet sind.

Wenn wirtschaftliche Anreize dauerhaft gegen gesundheitliche Interessen wirken, braucht es politische Rahmenbedingungen, die den Schutz von Kindern und Jugendlichen sicherstellen.

Kindergesundheit ist kein Zufallsprodukt individuellen Verhaltens, sondern das Ergebnis politischer und gesellschaftlicher Gestaltung - und damit eine zentrale Verantwortung

unseres Gemeinwesens. Dies erfordert auch eine klare politische Priorisierung von Kinder- und Jugendgesundheit gegenüber kurzfristigen wirtschaftlichen Interessen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken - lebensweltnahe Strukturen ausbauen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Jan Henrik Sperling, Dr. Mirko Barone, Dr. Andreas Schießl, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Karl Breu, Dr. Markus Sandrock, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Maya Trapp, Dr. Joachim Suder und Dr. Susanne von der Heydt (Drucksache Ic - 28) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die psychischen Belastungen und Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen haben und weiterhin auf hohem Niveau bestehen.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher die politisch Verantwortlichen auf,

1. niedrigschwellige, lebensweltnahe Unterstützungsstrukturen für Kinder und Jugendliche systematisch auszubauen, insbesondere in den Settings Kindergarten und Schule (z. B. Schulsozialarbeit, Schulgesundheitsfachkräfte, schulpsychologischer Dienst),
2. die frühzeitige Erkennung psychischer Belastungen in Kindertagesstätten und Schulen strukturell zu verankern und entsprechende Interventionswege verbindlich zu etablieren,
3. die koordinierende Rolle der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in der Versorgung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher zu stärken,
4. die Etablierung multiprofessioneller Teams in der ambulanten pädiatrischen Versorgung zu ermöglichen und regelhaft zu finanzieren (z. B. Einbindung von Psychologie, Sozialarbeit, Ergotherapie),
5. eine strukturierte Patientensteuerung zu etablieren, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien frühzeitig und zielgerichtet in geeignete Versorgungsangebote lenkt,
6. die notwendigen finanziellen Mittel für diese Maßnahmen bereitzustellen, da frühzeitige Interventionen nachweislich zur Vermeidung chronischer Verläufe beitragen und langfristig zu einer Entlastung des Gesundheitssystems führen.

Begründung:

In der kinder- und jugendärztlichen Versorgung zeigt sich seit Jahren eine deutliche

Zunahme psychischer Belastungen bei Kindern und Jugendlichen. Diese äußern sich beispielsweise in Verhaltens- und Konfliktauffälligkeiten, sozialem Rückzug bis hin zur Schulvermeidung, problematischem Umgang mit digitalen Medien und Gaming, Essstörungen und anderem. Besonders deutlich wurde dies in der Corona-Pandemie. Auch nach dem Ende der Pandemie hält das Ausmaß der Belastungen an. Hier muss gesellschaftlich gegengesteuert werden - eine ausschließliche Forderung nach Ausweitung von Therapiekapazitäten greift zu kurz.

Die Ursachen hierfür sind vielfältig und liegen zunehmend in veränderten Lebensbedingungen von Kindern und Familien. Dazu zählen gesellschaftliche und globale Belastungslagen, veränderte Familienstrukturen, steigender ökonomischer Druck sowie tiefgreifende Veränderungen im Mediennutzungsverhalten.

Viele Eltern sind mit den Anforderungen moderner Lebensrealitäten konfrontiert, ohne auf ausreichend stabile unterstützende Strukturen zurückgreifen zu können. Gleichzeitig fehlen häufig niedrigschwellige Angebote, die frühzeitig entlastend wirken könnten.

Psychische Belastungen entstehen somit im Kontext komplexer Lebenswelten. Eine Versorgung, die primär auf spezialisierte Therapieangebote ausgerichtet ist, greift häufig erst zu einem Zeitpunkt, zu dem sich bereits manifeste Erkrankungen entwickelt haben. Eine ausschließliche Ausweitung spezialisierter Therapieangebote ohne strukturelle Stärkung der Lebenswelten greift zu kurz. Stattdessen sollten Probleme bereits in ihrer Entstehung erkannt und Unterstützung und Hilfe frühzeitig und niederschwellig angeboten werden.

Erforderlich ist daher eine konsequente Stärkung frühzeitiger, niedrigschwelliger und lebensweltorientierter Unterstützungsangebote. Insbesondere die Schule stellt dabei einen zentralen Ort dar, an dem Kinder und Jugendliche erreicht, stabilisiert und unterstützt werden können. Eine Ausdünnung entsprechender Strukturen steht im Widerspruch zu den aktuellen Anforderungen. Unterstützende Angebote in und für Schulen müssen ausgebaut und verstetigt werden.

Darüber hinaus kommt der Kinder- und Jugendmedizin in diesem Kontext eine zentrale Rolle zu. Pädiatrische Praxen sind häufig die erste und kontinuierliche Anlaufstelle für Familien und übernehmen damit eine koordinierende Funktion innerhalb eines multiprofessionellen Versorgungsansatzes. Sie sind aus Sicht der Kinder und ihrer Familien die primäre medizinische Bezugsebene.

Eine wirksame Versorgung erfordert daher sowohl strukturelle Maßnahmen im sozialen Umfeld von Kindern als auch eine gezielte Stärkung der ambulanten pädiatrischen Versorgung, einschließlich der Möglichkeit, multiprofessionelle Teams unter ärztlicher Leitung zu etablieren.

Die hierfür notwendigen Investitionen sind nicht nur medizinisch geboten, sondern auch

gesundheitsökonomisch sinnvoll, da frühzeitige Interventionen langfristig kostenintensive chronische Verläufe vermeiden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: HPV-Impfungen stärken - Krebsprävention für Kinder und Jugendliche konsequent ausbauen

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. Birgit Wulff, Dr. Pedram Emami MBA, Dr. Martin Eichenlaub, Angela Gerriets-Spauschus, Dr. Patrick Harmann, Dr. Kathrin Schawjinski, Dr. Christine Schroth der Zweite, Norbert Schütt und Dr. Alexander Schultze (Drucksache Ic - 33) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert,

- eine verbindliche nationale Strategie zur Steigerung der HPV-Impfquoten zu erarbeiten und umzusetzen,
- die HPV-Impfung als wirksame Maßnahme der Krebsprävention entschlossen zu fördern und im Nationalen Krebsplan verbindlich zu berücksichtigen,
- erfolgreiche Modelle im In- und Ausland, etwa schulbasierte Impfprogramme in Australien, systematisch zu prüfen, weiterzuentwickeln und bundesweit nutzbar zu machen,
- die zentrale Rolle der ärztlichen Versorgung bei der HPV-Impfung zu stärken und sicherzustellen, dass Impfprogramme- und kampagnen regelhaft unter Einbindung der Ärzteschaft erfolgen.

Begründung:

In Deutschland erkranken jährlich mehr als 10.000 Menschen an HPV-bedingten Krebserkrankungen. Gleichzeitig steht mit der HPV-Impfung eine sichere und wirksame Präventionsmaßnahme zur Verfügung. Dennoch sind die Impfquoten weiterhin zu niedrig. 2024 waren bundesweit nur 55 Prozent der 15-jährigen Mädchen und 36 Prozent der 15-jährigen Jungen vollständig geimpft. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung für alle Kinder im Alter von 9 bis 14 Jahren.

Fachliche Konzepte zur Verbesserung der Impfquoten liegen längst vor. Es fehlt jedoch weiter an einer verbindlichen und koordinierten Umsetzung auf Bundes- und Landesebene.

Ein Blick nach Australien zeigt, dass deutlich höhere Impfquoten erreichbar sind.

Konsequente, niedrigschwellige und schulnahe Impfprogramme haben dort wesentlich dazu beigetragen, HPV-bedingte Erkrankungen stark zurückzudrängen. Über 80 Prozent der australischen Jugendlichen haben inzwischen einen vollständigen HPV-Impfschutz. Ziel muss es sein, vermeidbare HPV-bedingte Erkrankungen und Krebserkrankungen nachhaltig zu reduzieren und eine vergleichbar hohe Impfrate in Deutschland zu erreichen. In der Praxis bestehen unterschiedliche Regelungen der gesetzlichen Krankenkassen, etwa hinsichtlich Altersgrenzen und Vergütung der HPV-Impfung über die STIKO-Empfehlung hinaus. Diese Unterschiede können die Umsetzung im Versorgungsalltag erschweren und zu Unsicherheiten bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten führen. Einheitliche Rahmenbedingungen sind daher eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Steigerung der Impfquoten.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Unfälle verhindern, kindliche Entwicklung fördern - innerörtliches Tempolimit von 30 km/h zum Standard machen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Markus Beck, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Alexander Fuchs, Dr. Jürgen Gatter, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Richard Lauerer, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Torben Ostendorf, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Melanie Rubenbauer, Anne Schluck, Dr. Christian Schwark, Dr. Ulrich Schwiersch, Dr. Jan Henrik Sperling, Dr. Katharina Thiede und Dr. Andreas Tröster (Drucksache Ic - 24) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, zur Vermeidung von Verkehrstoten im Sinne der internationalen Strategie "Vision Zero" und zur Förderung der kindlichen Entwicklung den Städten und Kommunen die Möglichkeit zu eröffnen, das Tempo im innerörtlichen Straßenverkehr grundsätzlich auf 30 km/h zu begrenzen. Eine Abweichung nach oben soll dort zulässig sein, wo durch bauliche Trennung von Auto-, Rad- und Fußgängerverkehr eine erhöhte Unfallgefahr ausgeschlossen wird oder auf Durchgangsstraßen, auf bzw. an denen keine Kinder unterwegs sein müssen.

Begründung:

Im Falle einer Kollision nimmt die Aufprallenergie im Quadrat der Geschwindigkeit zu. Dementsprechend steigt das Risiko tödlicher Verletzungen bei der Kollision eines Autos mit einem sich fußläufig oder per Fahrrad bewegenden Menschen exponentiell an. Während ein aus Tempo 30 bremsendes Kraftfahrzeug bereits steht, würde es aus Tempo 50 noch mit erheblicher Geschwindigkeit auf sein Opfer prallen.

Kinder sind im Straßenverkehr besonders gefährdet. Sie können Geschwindigkeiten schlecht einschätzen, sind gerade in Gruppen schnell abgelenkt und neigen zu impulsivem Verhalten wie dem plötzlichen Betreten der Fahrbahn. In Deutschland ziehen Eltern daraus die Konsequenz, die Teilnahme von Kindern am Straßenverkehr stark einzuschränken, was deren körperliche, psychische und soziale Entwicklung behindert. In anderen Ländern wie z. B. den Niederlanden, ging man zugunsten der Kinder den umgekehrten Weg und fördert deren autonome Teilhabe am öffentlichen Raum u. a. durch bauliche Maßnahmen und die Drosselung des Tempos im urbanen oder dörflichen Straßenverkehr. Mittlerweile erkennen

mehr und mehr Städte und Kommunen weltweit die negativen Auswirkungen der Priorisierung des "ungehinderten innerörtlichen Verkehrsflusses" auf Gesundheit und Lebensqualität aller Menschen sowie speziell auf die kindliche Entwicklung, realisieren autofreie Zonen und entschleunigen den Straßenverkehr. In ganz Norwegen wurde die Geschwindigkeit innerorts grundsätzlich auf 30 km/h limitiert.

Dessen ungeachtet gilt in Deutschland auch nach der letzten Novelle der Straßenverkehrsordnung Tempo 50 weiterhin als regelhafte innerörtliche Höchstgeschwindigkeit, auch wenn die Möglichkeiten, Tempo 30 anzuordnen, deutlich ausgeweitet wurden.

Mehr als 1.000 deutsche Kommunen und Städte der "Initiative Lebenswerte Städte und Gemeinden" (1) meinen dazu: "Die Initiative begrüßt […, dass] die neuen Regelungen im Sinne einer stadt- und umweltverträglichen Gestaltung von Mobilität und Verkehr genutzt werden können. Dies betrifft insbesondere die Anordnungsmöglichkeiten für Maßnahmen zugunsten des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV), des Rad- und des Fußverkehrs. 'Gleichwohl', so Leipzigs Baubürgermeister Thomas Dienberg, Co-Sprecher der Initiative, 'haben wir unsere Ziele nur teilweise erreicht. Gerade bei der Anordnung der zulässigen Höchstgeschwindigkeiten sind wir noch weit von der notwendigen Flexibilität entfernt, auch wenn die StVO hier ebenfalls kleinere Verbesserungen bereithält.'"

(1) https://lebenswerte-staedte.de/de/news/das-glas-ist-mehr-als-halbvoll-initiative-lebenswerte-staedte-zum-abschluss-der-reform-des-strassenverkehrsrechts.html

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Petra Bubel, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Dr. Anke Mann, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch, Dr. Dietrich Stoevesandt und Prof. Dr. Uwe Ebmeyer (Drucksache Ic - 47) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung, die Länder sowie die zuständigen Institutionen im Gesundheitswesen auf, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland nachhaltig zu stärken und strukturell zu verankern. Gleichzeitig begrüßt der 130. Deutsche Ärztetag im Grundsatz Maßnahmen der Verhältnisprävention, wie beispielsweise die Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Getränke oder industriell hergestellte Lebensmittel. Diese Maßnahmen müssen von umfassenden Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz flankiert werden.

Wir fordern:

- die Verankerung von Gesundheit als Staatsziel im Grundgesetz und in den Landesverfassungen zuprüfen;
- verbindliche Gesundheits- und Ernährungsbildung sowie eine qualitativ hochwertige, möglichst regionale Gemeinschaftsverpflegung in Kitas und Schulen;
- tägliche Bewegungsangebote als festen Bestandteil des Bildungsalltags;
- die Stärkung der Gesundheitskompetenz zur Förderung eigenverantwortlicher Entscheidungen;
- einen besonderen Fokus auf die psychosoziale Gesundheit;
- das öffentliche Gesundheitswesen für die Umsetzung der Aufgaben in der Präventionsarbeit auszustatten und zu stärken;
- gezielte Maßnahmen gegen gesundheitliche Ungleichheit.

Begründung:

Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland verschlechtert sich spürbar. Bewegungsmangel und Fehlernährung führen bereits im frühen Alter zu steigenden Adipositasraten. Dies ist kein individuelles, sondern ein strukturelles Problem

und erfordert entschlossenes politisches Handeln. Insbesondere bedarf die psychosoziale Gesundheit mehr Aufmerksamkeit.

Einzelmaßnahmen reichen nicht aus. Auch eine zukünftige Zuckersteuer kann ein geeignetes Instrument sein, insbesondere den Zuckergehalt in industriell gefertigten Getränken und Speisen zu verringern und so den Zuckerkonsum zu senken und gesundheitsförderliche Anreize zu setzen. Ihre Wirkung entfaltet sie jedoch nur im Zusammenspiel mit weiteren Maßnahmen. Prävention muss deshalb systematisch, verbindlich und ressortübergreifend umgesetzt werden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Reanimationsunterricht an Schulen verbindlich einführen - Laienreanimationsquote steigern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Pedram Emami MBA, Dr. Martin Eichenlaub, Angela Gerriets-Spauschus, Dr. Patrick Harmann, Dr. Silke Lüder, Dr. Kathrin Schawjinski, Dr. Christine Schroth der Zweite, Norbert Schütt, Dr. Alexander Schultze und PD Dr. Birgit Wulff (Drucksache Ic - 31) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesländer auf,

- den Unterricht in Reanimation verbindlich in die Lehrpläne aller weiterführenden Schulen aufzunehmen und mindestens zwei Unterrichtsstunden, zum Beispiel im Rahmen eines Unterrichtsfachs Gesundheit, jährlich ab Klasse 7 bis zum Schulabschluss verpflichtend vorzusehen.
- die dafür notwendige Qualifizierung von Lehrkräften unter der strukturellen Einbindung medizinischer und rettungsdienstlicher Expertise sicherzustellen. Sinnvoll wäre dabei eine wissenschaftliche Begleitung sowie eine regelmäßige Evaluation.

Begründung:

Jährlich erleiden in Deutschland rund 135.000 Menschen einen Herz-Kreislauf-Stillstand. Entscheidend für das Überleben ist der sofortige Beginn einer Herzdruckmassage durch Laien.

Aktuell leisten jedoch in Deutschland trotz einer gesetzlichen Verpflichtung nur etwa 52 Prozent der Anwesenden Hilfe. In Schweden liegt die Quote bei über 80 Prozent. Schätzungen zufolge könnten jährlich bis zu 10.000 zusätzliche Menschenleben gerettet werden, wenn unverzüglich mit Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen würde.

Der Schulausschuss der Kultusministerkonferenz (KMK) empfiehlt bereits seit 2014 die Einführung von mindestens zwei Unterrichtsstunden pro Jahr ab Klasse 7. Auch der 125. Deutsche Ärztetag 2021 hat diese Forderung ausdrücklich unterstützt und deren Umsetzung angemahnt. Trotz dieser klaren Empfehlungen erfolgte die Umsetzung bislang uneinheitlich. Das verhindert eine nachhaltige Steigerung der Laienreanimationsquote.

Die Einführung eines verpflichtenden Reanimationsunterrichts stellt eine einfache und nachhaltige Maßnahme dar, um lebensrettende Kompetenzen in der Bevölkerung zu verankern und die Überlebenschancen bei Herz-Kreislauf-Stillstand deutlich zu verbessern.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Folgefinanzierung und Ausbau von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Konstanze Schütze, Dr. Regine Held, Dr. Christian Messer, Julian Veelken und Prof. Dr. Jörg Weimann (Drucksache Ic - 112) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Landesregierungen auf, die Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften (SGFK) an allen öffentlichen Schulen zu realisieren.

Begründung:

Wir müssen die Gesundheitskompetenz und Prävention dort stärken, wo Kinder und Jugendliche unmittelbar erreicht werden: in den Schulen. Und das gelingt mit sogenannten SGFK an öffentlichen Schulen. Die Ergebnisse der Modellprojekte u. a. an zehn Berliner Schulen zeigen, dass der Einsatz von SGFK erfolgreich ist und die großen Defizite in der Gesundheitskompetenz damit beseitigt werden können, akute Probleme unmittelbar zu identifizieren sind, dadurch Lehrkräfte entlastet werden und der Unterrichtsablauf entstört wird. Das Erfolgsprojekt sollte nun unbefristet und stabil finanziert an allen öffentlichen Schulen eingeführt werden, um die Gesundheitskompetenz unserer Kinder langfristig zu stärken und ihre Gesundheit zu schützen!

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Gesundheitsgefahren durch PFAS ernst nehmen, Reduktion von Ewigkeitschemikalien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Stefanie Minkley, Anne Schluck, Dr. Joachim Suder, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken und Dr. Charlotte Hillmann (Drucksache Ic - 44) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bund, Länder und die Europäische Union auf,

- die Verwendung von per- und polyfluorierten Alkylsubstanzen (PFAS) konsequent zu reduzieren und mittelfristig auf nicht essenzielle Anwendungen zu verzichten,
- die bestehenden Grenzwerte für PFAS in Trinkwasser, Lebensmitteln und Umweltmedien regelmäßig an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse anzupassen,
- bundesweite Monitoringprogramme für PFAS in Umwelt und Humanproben auszubauen, die Bevölkerung bei nachgewiesenen Belastungen frühzeitig und transparent zu informieren, die Forschung zu gesundheitlichen Auswirkungen von PFAS, insbesondere bei Kindern und Schwangeren, gezielt zu fördern, das Verursacherprinzip bei der Finanzierung von Sanierungsmaßnahmen konsequent anzuwenden.

Begründung:

Per- und polyfluorierte Alkylsubstanzen (PFAS) sind eine große Stoffgruppe synthetischer Chemikalien, die aufgrund ihrer extremen Persistenz in Umwelt und Organismen als sogenannte "Ewigkeitschemikalien" bezeichnet werden. PFAS werden in zahlreichen industriellen Anwendungen und vielen Konsumprodukten eingesetzt. Aufgrund ihrer chemischen Stabilität verbleiben sie über Jahrzehnte bis Jahrhunderte in Böden, Gewässern und im menschlichen Körper.

Wissenschaftliche Bewertungen europäischer Behörden zeigen, dass PFAS mit einer Vielzahl gesundheitlicher Risiken assoziiert sind. Dazu zählen unter anderem Störungen des Immunsystems, erhöhte Cholesterinspiegel, verminderte Impfantworten, Entwicklungsstörungen bei Kindern sowie mögliche Zusammenhänge mit bestimmten

Krebserkrankungen. Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (European Food Safety Authority, EFSA) hat daher eine tolerierbare wöchentliche Aufnahmemenge für mehrere PFAS festgelegt, die deutlich unter früheren Grenzwerten liegt.

Besonders hervorzuheben ist die großflächige Kontamination landwirtschaftlicher Flächen und des Grundwassers, ausgelöst durch den Einsatz PFAS-belasteter Pestizide.

Mit der Novellierung der Trinkwasserverordnung im Jahr 2023 wurden erstmals verbindliche Grenzwerte für PFAS in Deutschland eingeführt, basierend auf der EU-Trinkwasserrichtlinie (EU) 2020/2184. Diese stellen einen wichtigen Schritt dar, erfordern jedoch eine kontinuierliche wissenschaftliche Überprüfung und Weiterentwicklung (UBA, 2023).

Angesichts der hohen Persistenz kommt der Prävention eine zentrale Bedeutung zu. Die Ärzteschaft trägt eine besondere Verantwortung für den Schutz der öffentlichen Gesundheit und sollte sich daher klar für eine vorsorgende Regulierung langlebiger Schadstoffe einsetzen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Machtmissbrauch

Ic - 97 Den Schutz vor sexualisierter Belästigung und Diskriminierung im § 5 ArbSchG festschreiben

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Den Schutz vor sexualisierter Belästigung und Diskriminierung im § 5 ArbSchG festschreiben

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Dr. Christian Schwark, Anne Kandler, Dr. Christian Piper, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Sylvia Ottmüller und Dr. Melanie Rubenbauer (Drucksache Ic - 97) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber dazu auf, den Schutz vor sexualisierter Belästigung und Diskriminierung zu einer expliziten Aufgabe des Arbeitsschutzes zu machen. Konkret sollen der § 4 Nr. 1 und § 5 Abs. 3 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) um den Schutz vor sexualisierter Belästigung und Diskriminierung erweitert werden, damit diese Gefährdungen zwingender Teil der Gefährdungsbeurteilung (GBU) werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Bevölkerungsschutz im Pandemie-, Katastrophen-, Kriegsfall; Resilienz

Ic - 12	Die Krisenresilienz des Gesundheitssystems zur politischen Priorität machen
Ic - 94	Stärkung der Krisenresilienz des deutschen Gesundheitswesens
Ic - 176	Sicherstellung eines resilienten Gesundheitssystems
Ic - 92	Krisenfestigkeit der Krankenhausversorgung stärken
Ic - 56	Resilienz und Schutz vor gesundheitlichen Gefahren bei Hitze und Extremhitze
Ic - 156	Einbeziehung der medizinischen Versorgung im Dienst verletzter und verwundeter Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr in das Leistungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung - hierfür zusätzliche Aufnahme in das SGB VII

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Die Krisenresilienz des Gesundheitssystems zur politischen Priorität machen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 12) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die rechtlichen Grundlagen zur Vorbereitung des Gesundheitssystems auf Krise, Krieg und Katastrophe zu schaffen und für eine auskömmliche Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen zu sorgen.

Die Stärkung der Resilienz des Gesundheitssystems muss als Ziel in allen gesetzgeberischen Vorhaben im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Damit rechtzeitig die notwendigen Planungen und Maßnahmen getroffen werden können, ist vor allem das derzeit durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorbereitete Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG) als umfassendes Vorsorge- und Sicherstellungsgesetz zu konzipieren und ohne Verzögerungen zu verabschieden.

Darüber hinaus müssen die aktuell auf den Weg gebrachten oder geplanten Reformvorhaben im Bereich der Krankenhausversorgung, der Notfallversorgung und der Primärversorgung auf die Schaffung resilienter Strukturen und Prozesse ausgerichtet werden. Das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist auch unter dem Gesichtspunkt zu überdenken, wie sich die drastischen Mittelkürzungen auf die Krisenfestigkeit des Gesundheitssystems auswirken werden.

Um die Versorgung auch in länger andauernden oder komplexen Krisenlagen zu gewährleisten, ist ein regulativer Rahmen zu schaffen, der folgende Punkte berücksichtigt:

- Um im Krisenfall handlungsfähig zu sein, müssen die Prozesse und Strukturen der Zusammenarbeit aller Ebenen und Akteure im Zivil- und Katastrophenschutz - einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der zivil-militärischen Kooperation - klar definiert, abgestimmt und im Sinne eines resilienten Bevölkerungsschutzes regelmäßig auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Übungen tragen dazu bei, dass die Akteure über das notwendige praktische Können verfügen, um in einer Krisenlage schnell und richtig zu handeln. Die Finanzierung der Übungen muss gesichert sein und darf nicht aus der regelhaften Vergütung der Gesundheitseinrichtungen erfolgen.

- Zur Lagebeurteilung und -führung ist auf Bundesebene ein Lagezentrum Gesundheit einzurichten, dem alle notwendigen Informationen, wie z. B. verfügbare Betten/Intensivbetten in Kliniken, Kapazitäten in Praxen, Ressourcen für den Patiententransport, aktuelles Infektionsgeschehen, verfügbares Sanitätsmaterial in Echtzeit zur Verfügung stehen. Die Zuständigkeiten im föderalen System sind entsprechend anzupassen. Die ärztliche Perspektive bei der Lageeinschätzung und -führung muss durch die Beteiligung der Bundesärztekammer am künftigen Lagezentrum Gesundheit berücksichtigt werden.

- Um auf künftige Gesundheitsnotlagen infolge von Pandemien besser vorbereitet zu sein, ist die derzeit vorgenommene Überarbeitung und Neukonzeption des Nationalen Pandemieplans zeitnah abzuschließen. Der gewählte Ansatz, den Pandemieplan nach Überarbeitung niedrigschwellig zugänglich zu machen und kontinuierlich zu aktualisieren, sodass Ärztinnen und Ärzte im Krisenfall jederzeit auf den aktuellen Stand zugreifen können, ist dabei zu begrüßen. Die Ärzteschaft ist bei der Überarbeitung und Fortschreibung verbindlich einzubeziehen.

- Um die fortgesetzte Versorgung auch in Krisen sicherstellen zu können, müssen ausreichende Kapazitäten in allen Bereichen des Gesundheitswesens vorgehalten werden. Dazu gehören auch Reservekapazitäten kritischer Versorgungsstrukturen sowie spezialisierte Versorgungsbereiche wie z. B. Dekontaminationseinheiten. Die bauliche und technische Infrastruktur der Gesundheitseinrichtungen muss wirksam vor Angriffen geschützt werden. Die notwendigen finanziellen Mittel sind bereitzustellen.

- Kritische Infrastrukturen, insbesondere im Bereich der Daseinsfürsorge, müssen besser gegen Angriffe geschützt werden. Bei einem Ausfall der Ver- bzw. Entsorgung ist festzulegen, dass Gesundheitseinrichtungen so lange wie möglich am Netz bleiben bzw. prioritär wieder angeschlossen werden. Gesundheitseinrichtungen sollten sich nach Möglichkeit auch durch eine Steigerung der eigenen Autarkie auf einen Ausfall z. B. der Strom- oder Wasserversorgung vorbereiten. Die zur Steigerung der Autarkie von Gesundheitseinrichtungen notwenigen Strategien und Maßnahmen sind auskömmlich zu finanzieren.

- Die IT-Systeme in den Gesundheitseinrichtungen sind als kritische Infrastruktur gegen Cyberangriffe zu schützen. Entsprechend müssen die Anforderungen aus der zweiten EU-Richtlinie zur Netzwerk- und Informationssicherheit (NIS-2-Richtlinie), aber auch Empfehlungen z. B. des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) mit den spezifischen Erfordernissen des Gesundheitswesens in Einklang gebracht werden. Die digitale Souveränität Europas muss zur Reduzierung einseitiger Abhängigkeiten von Technologien aus außereuropäischen Staaten zwingend gestärkt werden, um auf diese Weise auch zu einer resilienten digitalen Infrastruktur im Gesundheitswesen beizutragen.

- Die Versorgung mit Sanitätsmaterial und Arzneimitteln ist gegen Lieferkettenunterbrechungen zu schützen. Neben einer verstärkten Produktion in Europa oder dem Ausbau von Kapazitäten für die Herstellung von Arzneimitteln durch die Bundeswehr ist die strategische Bevorratung ein wirksames Instrument der Risikovorsorge. Dazu ist das bereits unmittelbar nach der Pandemie gefasste Ziel, eine Nationale Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) einzurichten, die eine Bevorratung mit kritischen Arzneimitteln und Medizinprodukten für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten gewährleistet, endlich entschieden weiter zu verfolgen.

- Zur Stärkung der Klimaresilienz müssen Klimaschutz und Klimaanpassung konsequent umgesetzt werden. Dazu gehört die Finanzierung klimafreundlicher Investitionen in die bauliche Infrastruktur. Außerdem sind verbindliche Hitzeschutzpläne, ein bundesweites Hitzealarmsystem sowie effektive soziale Schutzmaßnahmen für vulnerable Gruppen erforderlich.

Da die Herausforderungen durch Krise, Krieg und Katastrophe grenzüberschreitend sind, müssen auch die Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz des Gesundheitswesens stets im europäischen Kontext gedacht werden. Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 bekräftigt zudem die Notwendigkeit, dass sich auch die ärztliche Selbstverwaltung aktiv an Strategien zur Steigerung der Resilienz des Gesundheitswesens beteiligt.

Begründung:

Der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine und die veränderte Bedrohungslage in Europa erfordern eine rasche Stärkung der Resilienz des Gesundheitswesens. Dabei darf die Vorbereitung nicht allein auf den Bündnis- und/oder Verteidigungsfall ausgerichtet sein, sondern muss auch andere schwere Krisen einbeziehen, etwa Pandemien, Naturkatastrophen oder technische Schädigungen der kritischen Infrastruktur.

Aktuell spiegeln sich diese Herausforderungen in der Gesetzeslage jedoch nicht ausreichend wider. So wird das als zentraler Baustein zur Steigerung der Krisenresilienz vorgesehene GeSiG erst mit Vorliegen eines Referentenentwurfs im Sommer 2026 das parlamentarische Verfahren erreichen. Eine Überarbeitung des Nationalen Pandemieplans, mit der auch die Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie berücksichtigt werden sollen, ist noch andauernd. Auch der als Reaktion auf Lieferkettenprobleme während der COVID-19-Pandemie beschlossene Aufbau einer Nationalen Reserve Gesundheitsschutz ist ins Stocken geraten. Die Umsetzung der NIS-2-Richtlinie in deutsches Recht ist zwar erfolgt, insbesondere bei Gesundheitseinrichtungen mittlerer Größe verdeutlichen sich jedoch Probleme bei der Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zur Steigerung der Cyberresilienz, kleine Gesundheitseinrichtungen sind hingegen nicht erfasst.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Stärkung der Krisenresilienz des deutschen Gesundheitswesens

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Melanie Rubenbauer, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Melanie Kretschmar und Dr. Torben Ostendorf (Drucksache Ic - 94) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Ob zunehmende Extremwetterereignisse, die wachsende Gefahr globaler Pandemien oder geopolitische Spannungen - etwa durch die Blockade strategischer Seewege oder die sicherheitspolitischen Folgen aktueller Kriege und Konflikte - die Herausforderungen für das Gesundheitswesen nehmen spürbar zu. Damit die medizinische Versorgung auch unter außergewöhnlichen Bedingungen verlässlich gewährleistet bleibt, muss die Krisenfähigkeit des Gesundheitswesens systematisch gestärkt werden. Dies erfordert entschlossenes und koordiniertes Handeln von Bund, Ländern und Kommunen.

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert daher Bund, Länder und Kommunen auf, umgehend die notwendigen Maßnahmen zur Erhöhung der Krisenresilienz des deutschen Gesundheitswesens zu ergreifen.

Folgende Maßnahmen sind zum Ausbau eines resilienten Gesundheitswesens erforderlich:

- Zentrale Krisenkoordination optimieren

Zur Gewährleistung einer effektiven Abstimmung von Bund, Ländern und Kommunen im Krisenfall ist beim Nationalen Sicherheitsrat (NSR) unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung ein gemeinsames Lagezentrum Gesundheit einzurichten. Zur Vermeidung von Parallelstrukturen soll auf bestehende Einrichtungen wie das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum von Bund und Ländern aufgesetzt werden.

Dem Lagezentrum Gesundheit obliegt die Festlegung von Resilienzplänen für das Gesundheitswesen. Dabei kann eine Abstimmung mit den Landesärztekammern sinnvoll sein. Im Krisenfall sollte das zentrale Lagezentrum einerseits die Erfassung verfügbarer personeller und sachlicher Kapazitäten für die Gesundheitsversorgung verbessern und andererseits im Sinne einer strategischen Patientensteuerung die Verteilung von Verletzten nach Vorbild des in der Corona-Pandemie entwickelten Kleeblattsystems bewerkstelligen.

- Infrastrukturelle Reserven sichern

Der Ausbau krisenfester Infrastrukturen in Krankenhäusern, Praxen und Pflegeeinrichtungen muss gefördert werden. Der Zugang zu diesen Einrichtungen und der durchgehende Betrieb kritischer Bereiche wie Operationssäle sind durch bauliche Planung zu sichern. Zudem müssen Kliniken ebenso wie Praxen auf den vorübergehenden Ausfall von Strom, Wasser, Kommunikation und IT-Systemen vorbereitet werden.

Bei der Anpassung und bei der Umsetzung der Krankenhausreform sind die Erfordernisse eines resilienten Gesundheitssystems stärker zu berücksichtigen. Reservekapazitäten, Redundanzen kritischer Versorgungsstrukturen und die Vorhaltung spezieller Versorgungsbereiche können von zentraler Bedeutung für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung im Krisenfall sein.

- Klimaresilienz von Gesundheitseinrichtungen fördern

Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren (MVZ), Arztpraxen und alle weiteren Leistungserbringer müssen in die Lage versetzt werden, ihre baulich-technische Ausstattung klimaresilient anzupassen und Hitzeaktionspläne umzusetzen. Dies setzt erhebliche Investitionen voraus, die in den bisherigen Finanzierungsmechanismen nicht abgebildet sind. Deswegen ist ein sektorenübergreifender Bundesfonds "Klimagerechtes Gesundheitswesen" erforderlich. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel sind durch den Bund zur Verfügung zu stellen.

- Abhängigkeit von fossilen Energieträgern reduzieren

Um die bestehende Abhängigkeit des Gesundheitswesens von fossilen Energieträgern zu verringern, fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, sich auf EU-, Bundes- und Länderebene verstärkt für die schrittweise Beendigung entsprechender Subventionen einzusetzen und deren öffentliche Bewerbung zu unterlassen. Gleichzeitig ist die Energie- und Mobilitätswende als zentrale gesundheitspolitisch relevante Maßnahme entschlossen voranzutreiben. Dazu gehören insbesondere der Ausbau erneuerbarer Energien, die Förderung energieeffizienter Technologien in Gesundheitseinrichtungen sowie die Unterstützung nachhaltiger Mobilitätskonzepte.

- Digitalisierung stärken und Cybersicherheit ausbauen

Hybride Angriffe bedrohen zunehmend das deutsche Gesundheitswesen, weil viele Einrichtungen noch unzureichend geschützt sind. Um die Verfügbarkeit und Stabilität digitaler Anwendungen - von der Telematikinfrastruktur bis zu lokalen IT-Systemen - dauerhaft zu gewährleisten, müssen Produkt- und Nutzersicherheit Hand in Hand gehen. Betreiber von Gesundheitseinrichtungen haben dafür Sorge zu tragen, dass ihren Beschäftigten kontinuierlich ausreichende Kenntnisse zur IT-Sicherheit vermittelt werden.

- Arzneimittelversorgung krisenfest gestalten

Bestehende Versorgungsprobleme können sich in Krisenzeiten massiv verstärken. Um auch im Krisenfall eine flächendeckende Verfügbarkeit lebenswichtiger Arzneimittel und Medizinprodukte zu garantieren, sind strategische Reservebestände aufzubauen. Gleichzeitig muss die Abhängigkeit von wenigen Produktionsstandorten außerhalb Europas durch den gezielten Ausbau nationaler und europäischer Kapazitäten reduziert werden. Für kritische Arzneimittel und medizinische Produkte sollte eine Diversifikation von Liefer- und Produktionswegen verpflichtend werden.

- Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stärken

Der ÖGD gehört zu den Eckpfeilern eines resilienten Gesundheitssystems. Damit der ÖGD seine Aufgaben adäquat ausfüllen kann, ist er nachhaltig zu stärken und langfristig mit ausreichenden finanziellen Mitteln auszustatten. Zudem ist der ÖGD zwingend und regelhaft in Übungen des Katastrophenschutzes einzubinden.

- Bevölkerung vorbereiten

Aufbau und Aufrechterhaltung eines resilienten Gesundheitssystems sind eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung. Dazu ist auch die Gesundheits- und Krisenkompetenz in der Bevölkerung zu verbessern. Dies ist unter anderem durch Förderung der Prävention, Wissensvermittlung um das richtige Verhalten im Krisenfall sowie regelmäßige Erste-Hilfe-Kurse sicherzustellen.

Begründung:

In Krisensituationen muss die Bevölkerung darauf vertrauen können, dass die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung gewährleistet ist. Deutschland hat in den vergangenen Jahrzehnten bereits Großschadensereignisse - von Unfällen bis zu Naturkatastrophen - bewältigt, doch bereits die Corona-Pandemie hat eindrücklich aufgezeigt, dass zentrale Strukturen des Gesundheitswesens für weitergehende Herausforderungen nicht ausreichend gewappnet sind.

Abhängigkeiten von fossilen Energieträgern bergen zusätzliche gesundheitliche und volkswirtschaftliche Risiken. Lieferunterbrechungen und Preisvolatilität - etwa durch die Blockade strategischer Seewege wie der Straße von Hormus - können die Energieversorgung destabilisieren, die wirtschaftliche Lage verschlechtern und damit indirekt die Gesundheitsversorgung sowie die soziale Sicherheit gefährden. Eine verlässliche Energieversorgung ist jedoch Grundvoraussetzung für den Betrieb medizinischer Einrichtungen, insbesondere für kritische Bereiche wie Intensivmedizin, OP-Säle oder die Arzneimittelproduktion. Daher ist es erforderlich, die Energiewende mit Nachdruck voranzutreiben und Subventionen für fossile Energieträger schrittweise zu

beenden, um die Resilienz des Gesundheitswesens langfristig zu stärken.

Der Klimawandel erfordert zudem, dass Gesundheitseinrichtungen ihre baulich-technische Ausstattung und ihre betrieblichen Abläufe an zunehmende Extremwetterlagen anpassen und Hitzeaktionspläne etablieren. Dazu zählen eine optimierte Gebäudehülle mit verbessertem Wärmeschutz und begrünten Fassaden, leistungsfähige Lüftungs- und Kühlsysteme, eine mehrfach abgesicherte Energie- und Wasserversorgung sowie digitale Frühwarn- und Steuerungsinstrumente (vgl. Handlungsleitfaden des Kompetenzzentrums für klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen: https://klimeg.de/).

Gleichzeitig erfordert die infolge des Krieges zwischen Russland und der Ukraine stark veränderte Bedrohungslage eine Resilienz des Gesundheitsbereichs gegen hybride Angriffe.

Anknüpfend an bestehende Ansätze wie die "Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen" des Bundesministeriums des Inneren und für Heimat (BMI) oder die Stellungnahmen des Expertinnen- und Expertenrats "Gesundheit und Resilienz" müssen gezielt Maßnahmen ergriffen werden, widerstandsfähige Strukturen zu schaffen, leistungsfähige Verfahren zu etablieren, Zuständigkeiten zu definieren und so die Handlungsfähigkeit der Akteure zu sichern.

Die Stärkung der Resilienz unseres Gesundheitswesens betrifft alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, auch unter Einbezug der Zivil-militärischen Zusammenarbeit (ZMZ). Entsprechend müssen die Verantwortlichkeiten in einem abgestimmten, verbindlichen Stufenplan festgelegt werden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Sicherstellung eines resilienten Gesundheitssystems

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Gisa Weißgerber, Dr. Oliver Funken, Dr. Nadezda Jesswein, Petra Hummel-Kunhenn, Dr. Jonas Frédéric Fröhlich, Doris Höpner, Christiane Hoppe, Dr. Christine Schroth der Zweite und Ute Taube (Drucksache Ic - 176) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Die Abgeordneten des 130. Deutschen Ärztetages 2026 fordern die politischen Entscheidungsträger aller Ebenen auf, die Bedingungen für ein Funktionieren des Gesundheitssystems im Krisenfall zu schaffen und die Ärzteschaft dabei einzubinden.

Die Versorgung der Bevölkerung muss in Krisensituationen auch nach Wegfall zentraler Strukturen regional arbeitsfähig bleiben. In jedem Krisenfall muss aber auch der Ausfall einzelner regionaler Strukturen mit geplant werden. Deshalb ist es erforderlich, modulare, sich überlappende eigenständige und kooperative Einheiten zu schaffen.

Diese regionalen Versorgungsverbünde sind mit staatlich zu finanzierenden Mindestanforderungen aufzubauen.

Diese sind:

Sicherstellung der Infrastruktur:
Die Verbünde müssen auch nach Wegfall von zentraler Infrastruktur arbeitsfähig bleiben. Dazu gehören eine Notstromversorgung (Generatoren, Batterielösungen) und die Sicherstellung von Wasser, Heizung und IT. Es müssen im Krisenfall Kommunikationskanäle und Prozesse verfügbar sein, die eine Vernetzung aller beteiligten Einheiten unbürokratisch und schnell ermöglichen.

Materialressourcen:
Die Verbünde müssen in die Lage versetzt werden, eine ausreichende Vorratshaltung kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Dazu gehört die Bevorratung mit Basismedikamenten und Verbandsmaterial. Verfallsdaten von Medikamenten müssen dabei beachtet werden und durch ein Rotationsprinzip muss sichergestellt sein, dass wichtige Medikamente, vor allem für chronisch Erkrankte (z. B. Insulin), ständig vorrätig sind und in ärztlichen Praxen direkt abgegeben werden dürfen (Dispensierrecht).

Personalressourcen:
Um die Überlastung von Personal zu verhindern, müssen Personalreserven bekannt und einsetzbar sein. So müssen Listen von z. B. pensionierten Ärztinnen und Ärzten, Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Gesundheitsämtern schnell verfügbar sein und ein Schichtsystem für die zu erwartenden hohen Anforderungen vorgehalten werden. Die Praxen müssen dabei von administrativer Belastung weitestgehend freigehalten werden.

Diese Mindestvoraussetzungen müssen im ausstehenden Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG) berücksichtigt und die erforderlichen Mittel staatlich bereitgestellt werden.

Fortbildung:
Im Krisenfall könnte es notwendig werden, dass eine medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger über die täglichen Krankheitsbilder hinaus erforderlich ist. Hierfür sollte ein Curriculum für ärztliches Personal sowie medizinisches Fachpersonal etabliert werden. Außerdem sind gemeinsame Übungen mit den Vertretern aller Sektoren (Rettungsdienst, stationärer Bereich, Rehaklinik) zu etablieren.

Im Gesetzgebungsprozess ist es unerlässlich, ärztliche Kompetenz und Praxiserfahrung einzubinden. Da die Strukturen von regional über mittlere bis auf Landesentscheidungsebenen miteinander verschränkt sind, ist auch eine Einbindung von ärztlicher Expertise auf Landes- und kommunaler und regionaler Ebene bei der Erarbeitung von Plänen zur Förderung der Resilienz im Gesundheitswesen unerlässlich.

Begründung:

Im Krisenfall kommt es aufgrund des überproportionalen Anfalls von Akut- und Notfallpatienten, die eines hohen Versorgungsgrads bedürfen, zu einer Belastung des stationären Bereichs der Gesundheitsversorgung. Um die Regelversorgung der Bürgerinnen und Bürger aufrechtzuerhalten, ist es sinnvoll, eine lokale Versorgungseinheit dafür zu befähigen, die idealerweise ohne Verwendung von öffentlicher Infrastruktur erreichbar ist. Hierfür ist die Gesamtheit der vertragsärztlichen Versorgung geeignet, die ein flächendeckendes Netz über die gesamte Bundesrepublik ergibt.

Daher ist naheliegend, die ärztlichen Praxen zu befähigen, mit ihrer Kernkompetenz der lokalen Regelversorgung Verantwortung im Krisenfall übernehmen zu können. Hierzu gehört die Sicherstellung der allgemeinen Infrastruktur wie Strom, Wasser und der Kommunikationswege, insbesondere zu den umliegenden Kliniken und Stabsstellen, aber auch die Versorgung mit Material, Medikamenten und der Möglichkeit, schnell und unbürokratisch personelle Ressourcen zu aktivieren.

Bereits während der Pandemie und der Flutkatastrophe im Ahrtal und an der Erft hat sich gezeigt, dass die Praxen ein Rückgrat der Regelversorgung darstellen. Für weitere Ausnahmesituationen müssen Ärztinnen und Ärzte vorbereitet sein. Eine enge Zusammenarbeit mit dem stationären Bereich, dem Rettungsdienst und Rehakliniken als mögliche Erweiterung der Bettenkapazität muss etabliert und geübt sein. Daher ist es unumgänglich, dass die ärztliche Expertise von Beginn an in den gesetzgebenden Prozess und lokal in die entsprechenden operativen Gremien eingebunden wird.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Krisenfestigkeit der Krankenhausversorgung stärken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Tilman Kaethner, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter, Dr. Ulrich Schwiersch, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Marco Hensel MBA (Drucksache Ic - 92) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung und die Länder auf, die Krisenfestigkeit der Krankenhausversorgung in Deutschland deutlich zu stärken und Krankenhäuser strukturell, baulich, organisatorisch und personell so auszustatten, dass sie auch in Krisen-, Katastrophen- und Verteidigungsfällen, insbesondere bei einer hohen Zahl von Patientinnen und Patienten mit kriegstypischen Verletzungen, eine adäquate medizinische Versorgung sicherstellen können. Eine entscheidende Voraussetzung für die Krisenfestigkeit ist zudem eine ausreichende personelle Ausstattung, insbesondere im Pflegebereich, da bereits im Regelbetrieb erhebliche Engpässe bestehen. Auch die ambulante Versorgung muss in diesem Sinn gestärkt werden.

Begründung:

Die veränderte sicherheitspolitische Lage weltweit erfordert eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Krisen- und Verteidigungsfälle. Die Erfahrungen aus aktuellen Konflikten zeigen, dass sich Art und Schwere der Verletzungen deutlich von den im Regelbetrieb üblichen Versorgungsanlässen unterscheiden und insbesondere schwere Traumata, komplexe Weichteilverletzungen und Verbrennungen häufiger auftreten. Krankenhäuser müssen daher nicht nur personell, sondern auch strukturell, baulich und organisatorisch auf solche Szenarien vorbereitet werden.

Hierzu zählen unter anderem angepasste Versorgungsabläufe, geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie eine entsprechende Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals. Gleichzeitig ist eine enge Vernetzung von Krankenhäusern mit Rehabilitationseinrichtungen und der ambulanten Versorgung erforderlich, um auch bei hohen Patientenzahlen eine funktionierende Versorgungskette sicherzustellen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Resilienz und Schutz vor gesundheitlichen Gefahren bei Hitze und Extremhitze

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Joachim Suder, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Katharina Thiede, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Gerald Quitterer und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache Ic - 56) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die zuständigen Stellen in den Bundesländern auf, durch geeignete Regelungen die Resilienz gegenüber zu erwartenden Hitze- und Extremhitzeereignissen zu verbessern, um einer gesundheitlichen Gefährdung entgegenzuwirken.

Hierzu gehören insbesondere

- die Aufnahme von Hitzeereignissen in die Landeskatastrophenschutzgesetze
- die Einrichtung von Hitzekrisenstäben auf Landes-, Kreis- und Kommunalebenen
- die Verpflichtung zur Erstellung kommunaler Hitzeaktionspläne mit Benennung von klaren Zuständigkeiten, Alarmierungsketten und Finanzierungsrahmen
- die Entwicklung und Bereitstellung gezielter Schutzmaßnahmen für Risikogruppen
- Anpassungsprogramme gegen Extremhitze für kritische Infrastrukturen und öffentliche Gebäude.

Begründung:

Die Klimakrise schreitet voran, auch in Deutschland nehmen die Temperaturen im Zuge des Klimawandels kontinuierlich zu. Hitze ist unter allen Extremwetterereignissen die größte kumulative Gefahr für die menschliche Gesundheit; Hitzewellen fordern bereits jetzt bis zu 10.000 Todesfälle pro Jahr in Deutschland. Meteorologen weisen darauf hin, dass Hitzewellen zukünftig nicht nur häufiger, sondern auch intensiver auftreten werden. Extreme Hitzeereignisse werden Deutschland künftig deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit häufiger, länger und intensiver treffen. Temperaturen von über 40 °C über mehrere Tage stellen damit auch in Deutschland eine reale Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung, aber auch für Wirtschaft und kritische Infrastruktur dar.

Trotz der Gefährdung für weite Teile der Bevölkerung gibt es bisher nur unzureichende Vorbereitungen auf extreme Hitzeereignisse. Im Falle von außergewöhnlich intensiven Hitzewellen ist nicht nur eine erhöhte Morbidität und Mortalität von Risikogruppen zu erwarten, auch Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeheime und weitere Gesundheitseinrichtungen wie auch die Energie- und Trinkwasserversorgung kämen unter Druck.

Zum Schutz vor derartigen Ereignissen ist die Einbeziehung von Hitze und Extremhitze in die Katastrophengesetzgebung der Länder wie auch die Entwicklung von Schutzplänen und Hitzeaktionsplänen erforderlich. Notwendig sind dabei sektorenübergreifende Vorbereitungen mit eindeutig definierten Alarmierungsketten und einem besonderen Fokus auf Risikogruppen und spezielle Risikokonstellationen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Einbeziehung der medizinischen Versorgung im Dienst verletzter und verwundeter Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr in das Leistungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung - hierfür zusätzliche Aufnahme in das SGB VII

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Edgar Pinkowski, Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Günther Matheis, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Jens Placke, Dr. Wolfgang Miller, Dr. Andreas Botzlar, Erik Bodendieck, Dr. Christian Schwark und Dr. Klaus J. Doubek (Drucksache Ic - 156) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, die Versorgung im Dienst verletzter und verwundeter Soldatinnen und Soldaten der Versorgung der Versicherten in der gesetzlichen Unfallversicherung gleichzustellen: Die Ärzteschaft sieht es als standespolitische Verpflichtung, für eine angemessene Versorgung der Soldatinnen und Soldaten einzutreten, die im Dienst Verletzungen und Verwundungen erleiden.

Diese Versorgung soll Teil des Leistungsrechts des Sozialgesetzbuchs SGB VII - Gesetzliche Unfallversicherung werden und nicht - wie bislang vorgesehen - Teil des SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung.

Die Bundesregierung wird aufgefordert:

- einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Versorgung von Einsatz- und Dienstunfällen bei Soldatinnen und Soldaten systematisch dem SGB VII zuordnet oder ein diesem System äquivalentes, eigenständiges Versorgungsregime schafft, das die bewährten Strukturen der gesetzlichen Unfallversicherung - insbesondere das Prinzip des Durchgangsarztverfahrens, der stufenweisen Heilbehandlung, der besonderen Heilverfahren und der Rehabilitation - vollumfänglich abbildet;
- sicherzustellen, dass verwundete Soldatinnen und Soldaten neben den Bundeswehrkrankenhäusern äquivalenten Zugang zu den BG-Kliniken (Berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken) und den weiteren am Verletzungsartenverfahren (VAV) sowie am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligten Krankenhäusern erhalten;
- die Finanzierung der Versorgung entsprechend anzupassen und dabei die Kostenübernahme nach den Grundsätzen des SGB VII zu gestalten, insbesondere ohne Beschränkung durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV) nach SGB V;
- einen ressortübergreifenden Dialog zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) und den Trägern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zu initiieren, um die praktische Umsetzung zu koordinieren.

Begründung:

Die Gesundheitsversorgung für Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr ist in der Wertigkeit ebenso bedeutend wie die Versorgung der Versicherten in der gesetzlichen Unfallversicherung: Es gilt, die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit bzw. Einsatzbereitschaft der jeweils Betroffenen zu erhalten und/oder wiederherzustellen.

Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr sind bei der Ausübung ihres Dienstes - insbesondere bei Landes- und Bündnisverteidigung im In- und Ausland, bei Übungen sowie bei anderen dienstlichen Tätigkeiten - einem erheblichen Berufsrisiko ausgesetzt, schwerste traumatische Verletzungen zu erleiden. Diese Verletzungen (im Einsatz: Verwundungen) - Polytraumata, Amputationen, Schuss- und Explosionsverletzungen, Hirnverletzungen sowie psychische Alterationen - entsprechen in ihrer Art, Schwere und ihrem Versorgungsbedarf in weiten Teilen den Verletzungs- und Erkrankungsmustern, die die gesetzliche Unfallversicherung nach SGB VII seit Jahrzehnten professionell versorgt.

Gleichwohl wird die medizinische Versorgung ("unentgeltliche truppenärztliche Versorgung") von Soldatinnen und Soldaten derzeit analog dem Regelwerk des SGB V zugeordnet oder über den Sanitätsdienst der Bundeswehr abgebildet, ohne dass die bewährten Versorgungsstrukturen der gesetzlichen Unfallversicherung systematisch genutzt werden, sondern regelhaft nur als Einzelfall geprüft und dann beantragt werden können. Dies führt zu Versorgungsnachteilen und ist medizinisch wie rechtlich nicht sachgerecht.

Insbesondere in der Landes- und Bündnisverteidigung ist die Bundeswehr auf Unterstützung bei der Versorgung einer vermutlich sehr hohen Anzahl komplex Verwundeter durch die zivilen Leistungserbringer angewiesen.

Ein Verfahren, welches auf Einzelfallprüfung ausgerichtet ist, wird alleine schon an den administrativen Hürden scheitern. Das SGB V ist hingegen auf die wirtschaftliche Regelversorgung bei Krankheit ausgerichtet und für schwere Einsatzverletzungen strukturell und im Versorgungsergebnis ungeeignet.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

GKV / vertragsärztliche Versorgung / SGB V

Ic - 117	SGB V entschlossen erneuern
Ic - 36	Einführung einer Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen nach § 106b SGB V
Ic - 161	Priorisierung versus Rationierung von Gesundheitsleistungen
Ic - 52	Versicherungsschutz für Neugeborene ab Geburt unbürokratisch und automatisch sicherstellen
Ic - 58	Flächendeckende Einrichtung von Clearingstellen zur Sicherung der Finanzierung und der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung
Ic - 60	Sicherung der medizinischen Versorgung und Krankenversicherungsschutz nach Haftentlassung

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: SGB V entschlossen erneuern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Tilman Kaethner, Sebastian Exner, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Thomas Carl Stiller, Johanna Riemer-Laudien, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter, Dr. Ulrich Schwiersch und Dr. Ulrich Tappe (Drucksache Ic - 117) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist historisch gewachsen und mittlerweile so komplex geworden, dass es abgesehen von wenigen Expertinnen und Experten kaum jemand durchdringt. Es hindert die Akteure der Gesundheitsversorgung oftmals, anstelle sie zu fördern. Das System wirkt, wie die darin Tätigen nahezu täglich erfahren, oft erstarrt und überreguliert. Aus diesem Grund fordert der 130. Deutsche Ärztetag 2026 den Gesetzgeber auf, das SGB V grundsätzlich zu überarbeiten.

Begründung:

Das SGB V ist ein Buch voller Fehlanreize, Beschränkungen, Redundanzen und Absurditäten, die maßgeblich mitverantwortlich für unsere oft unter ihren Möglichkeiten bleibende Versorgung ist.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Einführung einer Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen nach § 106b SGB V

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Joachim Suder, Stefanie Minkley, Anne Schluck, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Christine Schwill und Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. (Drucksache Ic - 36) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesgesundheitsministerin auf, sich für eine zeitnahe bundesweite Einführung einer gesetzlichen Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen nach § 106b SGB V in Höhe von 300 Euro pro Praxis, Quartal und Krankenkasse einzusetzen.

Begründung:

Dies würde die Praxisverwaltung deutlich entlasten und die Konzentration auf die Patientenversorgung ermöglichen. Der Löwenanteil der Prüfentscheidungen betraf Regresse unter 300 Euro im Zeitraum von 2021 bis 2024.

Ein Wegfall dieser Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei einer Bagatellgrenze von 300 Euro wäre ein wesentlicher Beitrag zu der von der Bundesregierung wiederholt versprochenen Entbürokratisierung. Der Bürokratieabbau wird allenthalben als kritischer Erfolgsfaktor für den Weg aus der Krise erkannt. Gleichzeitig wäre es ein wichtiges politisches Signal an den medizinischen Nachwuchs, denn es wird immer schwerer, junge Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewinnen.

Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung sollte einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Priorisierung versus Rationierung von Gesundheitsleistungen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Oliver Funken, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, MBA, Daniel Wellershaus, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Dr. Torben Ostendorf und Sebastian Exner (Drucksache Ic - 161) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber und die Bundesregierung auf, über Priorisierung versus Rationierung von Gesundheitsleistungen einen breiten gesellschaftlichen Diskurs zu führen. Eine Verschiebung der Entscheidung auf die Ärzteschaft wird abgelehnt.

Begründung:

Priorisierung wird als Methode verstanden, zu einem dynamischen, anpassbaren System zu kommen, anstatt zu einer starren Rationierung von Gesundheitsleistungen.

Was fehlt, ist eine offene Diskussion in der Gesellschaft über das Thema "ungerichtete Rationalisierung versus Priorisierung im Gesundheitswesen", in der die verschiedenen Alternativen mit ihren Stärken und Schwächen inklusive der Anfälligkeiten gegenüber Fehlern und Einflussnahmen gegenübergestellt werden.

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz löst erneut die Priorisierungsdebatte aus. In einer solchen Priorisierung werden Gesundheitsleistungen zum Beispiel über sogenannte QALYs (Quality-Adjusted Life Years, deutsch: qualitätskorrigierte Lebensjahre) bewertet. Diese dienen dazu, den Nutzen medizinischer Maßnahmen vergleichbar zu machen. (Ein QALY kombiniert: Lebensdauer und Lebensqualität)

Gesundheitssysteme haben begrenzte Ressourcen. Mit QALYs versucht man zu beurteilen:

- Welche Behandlung bringt den größten gesundheitlichen Nutzen?
- Welche Maßnahme ist kosteneffizient?
- Wie können Mittel fair verteilt werden?

QALYs sind ethisch umstritten:

- Ältere oder chronisch kranke Menschen könnten benachteiligt werden.
- Lebensqualität ist subjektiv schwer messbar.
- Menschenleben werden scheinbar "ökonomisiert".
- Soziale Aspekte werden kaum berücksichtigt.

Solche weitreichenden Entscheidungen gilt es, im gesellschaftlichen Konsens zu treffen und nicht alleine der Ärzteschaft zu überantworten.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Versicherungsschutz für Neugeborene ab Geburt unbürokratisch und automatisch sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Markus Sandrock, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Maya Trapp, Dr. Andreas Schießl, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Ariane Kunstein und Dr. Gisbert Voigt (Drucksache Ic - 52) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die politisch Verantwortlichen auf:

1. Das Recht neugeborener Kinder nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention auf umfassenden Zugang zu medizinischer Versorgung und Prävention ist durch automatischen Krankenversicherungsnachweis ab Geburt sicherzustellen.
2. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der Mutter eines neugeborenen Kindes ist durch gesetzliche Regelungen zum unverzüglichen Ausstellen eines vorläufigen Versicherungsnachweises für das Kind, z. B. auf Basis des Versicherungsstatus der Kindesmutter, zu verpflichten.
3. Ferner ist gesetzlich zu regeln, dass der letztendlich zuständige Kostenträger der in Vorleistung getretenen Versicherung die entstandenen Kosten für ein letztlich doch nicht bei ihr versichertes Kind erstatten muss.

Begründung:

Gemäß der UN-Kinderrechtskonvention gehört der unbeschränkte Zugang zu medizinischer Versorgung und Prävention (wie z. B. Impfungen) zu den zentralen Kinderrechten. Kein Kind darf aus ökonomischen oder sozialen Gründen von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Der Versicherungsstatus von Neugeborenen und Säuglingen ist oft auf Grund bürokratischer Hemmnisse viele Wochen ungeklärt. Bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund dauert es oft lange, bis die Nachweise zur Ausstellung einer Geburtsurkunde, die für die Kostenträger Voraussetzung zur Klärung des Versicherungsstatus ist, beigebracht werden können.

In den ersten Lebenswochen hat ein Kind jedoch nicht nur Anspruch auf eine medizinische Versorgung im Krankheitsfall, sondern auch auf aufwendige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Viele behandelnde Ärztinnen und Ärzte fürchten bei ungeklärtem Versicherungsstatus Regresse für die sehr teuren Immunprophylaxen und Impfungen der ersten Lebenswochen. Es besteht damit die Gefahr der nicht zeitgerechten Durchführung dieser teuren Maßnahmen mit einem erhöhten Risiko für vermeidbare Erkrankungen.

Die geplante digitale Versorgungssteuerung im Gesundheitssystem ist mit der Versicherungsnummer verbunden. Sie wird somit zur digitalen Identität im System, ohne die es z. B. keine elektronische Patientenakte (ePA) geben kann.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Flächendeckende Einrichtung von Clearingstellen zur Sicherung der Finanzierung und der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Dr. Joachim Suder und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache Ic - 58) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bundes- und Landesregierungen auf, flächendeckend Clearingstellen zur Krankenversicherung einzurichten und dauerhaft zu finanzieren, um die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Versicherungsstatus verlässlich sicherzustellen. Clearingstellen müssen niedrigschwellige, unabhängige Beratung anbieten, die zeitnahe Klärung und Wiederherstellung eines regulären Krankenversicherungsschutzes unterstützt und die Finanzierung medizinisch notwendiger Behandlungen übernehmen, solange ein regulärer Leistungsanspruch nicht besteht.

Weiterhin werden die Landesärztekammern aufgefordert, sich gegenüber den jeweiligen Landesregierungen aktiv für den Aufbau bzw. den Ausbau von Clearingstellen einzusetzen, Ärztinnen und Ärzte systematisch über bestehende Clearingstellen, anonyme Behandlungsscheine und Abrechnungsmöglichkeiten zu informieren und die Kooperation zwischen Clearingstellen und der ärztlichen Versorgung nachdrücklich zu fördern.

Begründung:

Trotz der seit 2007 bestehenden allgemeinen Krankenversicherungspflicht leben in Deutschland weiterhin zahlreiche Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Krankenversicherungsschutz. Für die Betroffenen bedeutet dies erhebliche Hürden beim Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung.

Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Versicherungsstatus nehmen medizinische Leistungen häufig erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien in Anspruch. Dies führt zu vermeidbarem Leid, erschwert therapeutische Verläufe und erhöht langfristig den Behandlungsaufwand. Ärztinnen und Ärzte erleben diese Folgen unmittelbar im Versorgungsalltag.

Gleichzeitig sehen sich Ärztinnen und Ärzte regelmäßig mit der Frage konfrontiert, wie notwendige Behandlungen ohne gesicherte Finanzierung erbracht werden können. Fehlende Abrechnungswege, Unsicherheiten über Kostenübernahmen und regionale Unterschiede belasten die Versorgungspraxis und führen zu ungleicher medizinischer Versorgung.

Ärztinnen und Ärzte begegnen Patientinnen und Patienten ohne Versicherungsschutz regelmäßig in Praxen, Ambulanzen und Krankenhäusern. Für die Ärzteschaft entsteht ein dauerhafter Konflikt zwischen dem ärztlichen Behandlungsauftrag, berufsrechtlichen Pflichten und fehlender Abrechnungs- und Finanzierungssicherheit.

In mehreren Bundesländern und Kommunen sind Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung sowie Modelle des anonymen Behandlungsscheins etabliert. Clearingstellen bieten einen erprobten Lösungsansatz und haben sich sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte bewährt. Clearingstellen ermöglichen Beratung, die Klärung von Versicherungs- und Leistungsansprüchen, die Integration in die Regelversorgung und - sofern dies kurzfristig nicht möglich ist - die Übernahme der Kosten medizinisch notwendiger Behandlungen. Sie schaffen damit Zugang zu Versorgung und zugleich Abrechnungs- und Rechtssicherheit für Gesundheitseinrichtungen.

Gleichzeitig bleibt dieses System bislang ein regional begrenzter und uneinheitlicher Flickenteppich. Art, Umfang und Finanzierung der Angebote hängen stark vom Wohnort ab. Eine flächendeckende, nachhaltige und verbindlich geregelte Struktur fehlt weiterhin.

Es ist weder fachlich noch ethisch vertretbar, die Verantwortung für strukturelle Versorgungslücken dauerhaft auf das individuelle ärztliche Handeln zu verlagern. Ärztliches Engagement und ehrenamtliche Strukturen können staatliche Verantwortung nicht ersetzen.

Der 113. Deutsche Ärztetag 2010 hat mit seiner Forderung nach anonymen Krankenscheinen bereits deutlich gemacht, dass Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung nicht akzeptabel sind. Die flächendeckende Etablierung von Clearingstellen mit der Möglichkeit der Behandlungskostenübernahme ist eine notwendige Weiterentwicklung dieser Position. Sie trägt dazu bei, ärztliches Handeln am medizinischen Bedarf auszurichten und zugleich verlässliche strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Sicherung der medizinischen Versorgung und Krankenversicherungsschutz nach Haftentlassung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Joachim Suder, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache Ic - 60) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Gesetzgeber in Bund und Ländern auf, geeignete Regelungen zu finden, um die Kontinuität medizinischer Versorgung von Menschen nach verbüßter Haft zu sichern.

Dies gilt insbesondere für die Gewährleistung eines fortgesetzten Versicherungsschutzes nach der Haftentlassung, wie auch die Schaffung von Möglichkeiten zur Sicherung einer unterbrechungsfreien Weiterverordnung benötigter Medikamente zur Behandlung von Erkrankungen oder der Substitution bei Suchterkrankungen.

Begründung:

Häftlinge sind während ihrer Haftzeit nicht klassisch über eine Krankenkasse versichert, sondern das jeweilige Bundesland übernimmt im Rahmen der staatlichen Fürsorgepflicht die vollständige medizinische Versorgung und die entstehenden Kosten. Die Behandlung erfolgt in der Regel direkt durch Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal der Justizvollzugsanstalt (JVA). Die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse vor der Haft bleibt bestehen, aber der Leistungsanspruch ruht für die Dauer der Haft beitragsfrei. Bei vor der Haft privat Versicherten ruhen die Leistungen, es können Beiträge für eine Anwartschaft anfallen.

Mit dem Tag der Haftentlassung lebt der ursprüngliche Versicherungsschutz wieder auf, oft muss aber auch eine neue Versicherung beantragt werden. Das übliche Verfahren dauert in diesen Fällen Tage bis Wochen, in denen de facto kein gesicherter Versicherungsschutz besteht und auch keine Versicherungskarte oder ein vergleichbarer Nachweis vorliegt.

Gerade bei bestehender Notwendigkeit der Verordnung von Medikamenten zur Behandlung von Erkrankungen oder der Substitution von Suchterkrankten kommt es hier

regelmäßig zu gesundheitsgefährdenden Engpässen, da die Weiterbehandlung u. a. durch einen fehlenden Versicherungsnachweis unterbrochen wird.

Wenn der Zeitpunkt der Entlassung nach verbüßter Haftstrafe geplant und mit ausreichend zeitlichem Vorlauf bekannt ist, könnte in diesen Fällen die Sicherung und Beantragung eines ausreichenden Versicherungsschutzes im Rahmen der Prozeduren vor der Haftentlassung zur verpflichtenden Auflage für Hafteinrichtungen gemacht werden. Die derzeit nicht zulässige Aushändigung von Medikamenten vor Wochenenden und Feiertagen müsste entsprechend den Regelungen des Entlassmanagements von Krankenhäusern geregelt werden. Für kurzfristig Entlassene (nach Untersuchungshaft oder vor oder nach Feiertagen oder Wochenenden) wäre eine befristete Übergangsversicherungskarte zu erwägen, die z. B. die notwendigen medizinischen Leistungen für einen befristeten Zeitraum abdeckt.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Ausbildung / Medizinstudium

Ic - 129 Adäquate Rahmenbedingen für das Praktische Jahr sicherstellen
Ic - 152 Mindeststandards im Praktischen Jahr (PJ)
Ic - 105 Ärztemangel bekämpfen - Medizinstudienplätze endlich aufstocken: 6.000 zusätzlich!

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Adäquate Rahmenbedingen für das Praktische Jahr sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Gerald Quitterer, Alexandra Archodoulakis, Carsten Mohrhardt, Dr. Karl Breu, Dr. Feras El-Hamid, Julian Veelken, Dr. Karl Amann, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Markus Beck, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Jan Henrik Sperling, Dr. Wolfgang Fink, Dr. Heidemarie Lux, Alexander Fuchs, Dr. Ewald Schlereth, Dr. Christian Messer, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Ila Schnabel und Dr. Andreas Tröster (Drucksache Ic - 129) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, die angekündigten Schritte zur Verbesserung der Bedingungen des Praktischen Jahres (PJ) zügig umzusetzen. Die Modernisierung hin zu einer bundesweit einheitlichen Vergütungsstruktur, die - unabhängig von Anrechnungsfaktoren und der Förderhöchstdauer - eine faire und angemessene Aufwandsentschädigung normiert, ist ein dringend notwendiger Schritt hin zu einer hochwertigen PJ-Ausbildung für alle Medizinstudierenden im PJ.

Auch die geplante Schaffung einer gerechten und einheitlichen Fehlzeitenregelung stellt eine wichtige Verbesserung dar. In der geltenden Fehlzeitenregelung mit 30 möglichen Fehltagen sind krankheitsbedingte Fehlzeiten unzureichend berücksichtigt. Im Sinne der Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie der Gesundheit von PJ-Studierenden ist es notwendig, Krankheitsausfälle vollständig aus dieser Regelung auszunehmen und dies nicht auf eine ermessensfehleranfällige Härtefallregelung zu beschränken. Andernfalls ist eine Fehlzeit von mindestens 45 Tagen zu gewähren, wie sie sich während der COVID-19-Pandemie bewährt hat.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert außerdem alle Landesprüfungsämter und Universitäten auf, die nötigen Schritte zu unternehmen, dass ein angemessener Abstand - mindestens 30 Tage - zwischen Ende des PJ und der dritten Ärztlichen Prüfung (M3) liegt, um Studierenden eine adäquate Prüfungsvorbereitung zu ermöglichen.

Zuletzt spricht sich der 130. Deutsche Ärztetag dafür aus, dass strukturierte Verbesserungen in der Lehre im PJ vorangetrieben werden. Dazu gehören Mentoringprogramme, strukturierte Feedback-Mechanismen, regelmäßiger PJ-Unterricht und die Möglichkeit eigenständig unter Supervision Patienten und Patientinnen zu betreuen.

Begründung:

Auch wenn Studierende im PJ sich noch in ihrer Hochschulausbildung befinden, übernehmen sie dennoch versorgungsrelevante Aufgaben im klinischen Alltag. Neben der ganztägigen Ausbildung bleibt oftmals keine Zeit für Nebenverdienste. Eine zur Existenzsicherung ausreichende, faire und angemessene Aufwandsentschädigung ist deshalb unabdingbar. In diesem Sinne ist die im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode avisierte bundesweit einheitliche Entschädigung mindestens in Höhe des BAföG-Höchstsatzes entsprechend auszugestalten.

Zudem muss dieser wichtige Teil der ärztlichen Ausbildung begleitet werden durch die notwendigen Rahmenbedingen: feste Ansprechpartner, ausreichend Zeit der ärztlichen Supervisoren, strukturierte Lern- und Feedbackangebote und die Möglichkeit unter kontrollierten Umständen Verantwortung für Patientinnen und Patienten zu übernehmen. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass an der Ausbildung beteiligten Ärztinnen und Ärzten ausreichend Zeit für die Supervision und Betreuung der Studierenden eingeräumt wird.

Zu den für ein faires PJ unerlässlichen Rahmenbedingen gehört auch die Möglichkeit, bei Krankheit ohne schlechtes Gewissen oder Angst zu Hause zu bleiben zu können, ohne ggf. ein Härtefallverfahren anstrengen zu müssen, in welchen Unwägbarkeiten und Ermessensfehler zu Ungunsten der Studierenden auftreten können.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Mindeststandards im Praktischen Jahr (PJ)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Schröter, Sebastian Exner, Dr. Marco Hensel MBA, Johanna Riemer-Laudien, Dr. Thomas Lipp, Bettina Rakowitz, Dr. Ulrich Schwiersch und Dr. Thomas Carl Stiller (Drucksache Ic - 152) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert eine Reform der Fehlzeitenregelung im Praktischen Jahr (PJ), insbesondere die getrennte Erfassung von Krankheitstagen und "Urlaubstagen" sowie die Einführung einer bundeseinheitlichen Härtefallregelung für Studierende mit Kindern oder Behinderung. Für PJ-Studierende sind verbindliche Mindeststandards zum Schutz von Gesundheit und Sicherheit festzulegen, die sich an den Schutzzielen und Grundlagen des Arbeitszeit- und Arbeitsschutzrechts orientieren.

Begründung:

Das PJ ist ein obligatorischer Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums mit erheblicher praktischer Verantwortung in der Patientenversorgung. Die zeitliche Beanspruchung der PJ-Studierenden entspricht einer Vollzeittätigkeit. Gleichzeitig gelten für das PJ bislang keine einheitlichen, verbindlichen Schutzstandards hinsichtlich Arbeitszeit, Ruhezeiten oder Pausen.

Die derzeitige Regelung von 30 Fehltagen für das gesamte PJ umfasst Krankheit, Krankheit des Kindes, Urlaub und Lernzeiten gleichermaßen. Dies führt dazu, dass Studierende krank arbeiten, um die Anerkennung ihrer Tertiale nicht zu gefährden. Zwar existieren individuelle Absprachen an einzelnen Lehrkrankenhäusern, jedoch keine bundeseinheitlichen Vorgaben. Angesichts von Wochenarbeitszeiten, die einem vollwertigen Arbeitsverhältnis entsprechen, ist diese Regelung nicht mehr zeitgemäß. Krankheit und Urlaub müssen auch im PJ getrennt behandelt werden. Eine Reform ist notwendig, um die Patientensicherheit sowie die Ausbildungs- und Leistungsqualität zu gewährleisten.

Eine bundeseinheitliche Härtefallregelung ist insbesondere für Studierende mit Kindern oder mit Behinderung erforderlich, um Mehrbelastungen angemessen zu berücksichtigen und Chancengleichheit zu gewährleisten.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Ärztemangel bekämpfen - Medizinstudienplätze endlich aufstocken: 6.000 zusätzlich!

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Rüdiger Smektala (Drucksache Ic - 105) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert erneut die sofortige Wiedereinrichtung von 6.000 Studienplätzen in der Medizin. Diese wurden nach der Wiedervereinigung Deutschlands durch politische Beschlüsse gekürzt. Der Ärztemangel muss primär durch eine ausreichende Anzahl von Studienabsolventen in Deutschland bekämpft werden und nicht durch einen Abzug von Medizinern aus anderen Ländern, in denen diese Kolleginnen und Kollegen dringend für die Versorgung der eigenen Bevölkerung gebraucht werden.

Begründung:

Aus allen Sektoren des Gesundheitssystems liegen Hinweise und Beschwerden über einen zunehmenden Ärztemangel vor.

- In den Krankenhäusern können die ärztlichen Stellenpläne mittlerweile auch in städtischen Regionen nicht mehr besetzt werden, da Bewerber fehlen.
- Praxisinhaber im haus- und fachärztlichen Bereich finden keine Nachfolger.
- Arztstellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) finden keine Bewerber.

Zugleich bewerben sich auf einen Medizinstudienplatz bis zu zehn Interessierte! Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) schätzt, dass bis 2040 kumuliert bis zu 50.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen! Es besteht dringender Handlungsbedarf, da es mindestens zwölf Jahre dauert, bis ein heutiger Studienanfänger als Facharzt zur Patientenversorgung zur Verfügung stehen könnte. In diesem Zusammenhang verwahren sich die Landesärztekammern gegen jeden Druck aus dem politischen Raum, das Niveau von Fachsprachen- und Kenntnisprüfungen zu relativieren, um den Zugang von Medizinern aus Drittstaaten in das deutsche Gesundheitssystem zu erleichtern. Das Problem des Ärztemangels ist durch die politischen Beschlüsse zur Verknappung der Medizinstudienplätze hausgemacht. Im Zentrum der Anstrengungen der Landesärztekammern steht das Niveau der ärztlichen Versorgung zur sicheren Behandlung

von Patientinnen und Patienten. Auf den jetzt vorliegenden Ärztemangel hat der Deutsche Ärztetag wiederholt in den vergangenen Jahrzehnten hingewiesen. Neue Studienplätze sind nur in viel zu geringer Anzahl in nur wenigen Bundesländern entstanden (z. B. Nordrhein-Westfalen, Bayern).

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Kommerzialisierung

Ic - 02 Medizinische Diagnostikangebote in Drogeriemärkten und anderen Gewerbebetrieben unterbinden

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Medizinische Diagnostikangebote in Drogeriemärkten und anderen Gewerbebetrieben unterbinden

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 02) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, medizinische Diagnostikangebote, die in Drogeriemärkten und anderen Gewerbebetrieben angeboten werden, zu unterbinden, um den Schutz der Gesundheit und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Medizinische Diagnostikangebote, die beispielsweise in Drogeriemärkten oder anderen Gewerbebetrieben angeboten bzw. dort im Sinne einer Fernbehandlung beworben werden, liefern lediglich isolierte Momentaufnahmen ohne medizinischen Kontext. Das kann Menschen unnötig verunsichern oder sie in falscher Sicherheit wiegen und dadurch notwendige Behandlungen gefährlich verzögern oder auch zu unnötigen zusätzlichen Arztterminen führen.

Begründung:

Eine ärztliche Behandlung geht weit über das Ablesen einzelner Messwerte hinaus. Zu einer verantwortungsvollen Diagnostik gehören Anamnese, körperliche Untersuchung, gegebenenfalls differenzialdiagnostische Überlegungen sowie eventuell die gemeinsame Entscheidung über therapeutische Maßnahmen. Der medizinisch sinnvolle Einsatz und die richtige Interpretation von Testverfahren setzen zudem eine sorgfältige Abwägung mit Blick auf Sensitivität und Spezifität der Verfahren unter Berücksichtigung der jeweiligen gesundheitlichen Situation des Patienten voraus. Dies alles können medizinische Diagnostikangebote in Gewerbebetrieben nicht leisten. Durch sie besteht die Gefahr einer Kommerzialisierung medizinischer Diagnostik ohne hinreichende Indikationsstellung. Medizinische Untersuchungen sollten nicht zu konsumierbaren Dienstleistungen ohne erforderliche fachärztliche Einbettung werden, denn Diagnostik ist kein Selbstzweck, sondern Bestandteil eines Behandlungsprozesses.

Hinzu kommt, dass diese neuen Gesundheitsdienstleistungsmodelle weder personell noch

räumlich auf medizinische Notfälle wie Kreislaufkollapse oder akute Komplikationen vorbereitet sind, so wie es in Arztpraxen der Fall ist. Wer diagnostische Leistungen anbietet, trägt aber auch in dieser Hinsicht Verantwortung.

Arztpraxen bieten dagegen ein sicheres Umfeld für medizinische Beratung und Behandlung. Hier werden gesundheitliche Fragen kompetent, vertraulich und mit dem notwendigen Einfühlungsvermögen behandelt. Das ist auch durch berufsrechtliche Vorgaben sichergestellt.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Krankenhaus

Ic - 11 Tragfähige und zukunftssichere Weiterentwicklung der Krankenhausreform

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Tragfähige und zukunftssichere Weiterentwicklung der Krankenhausreform

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 11) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, die Krankenhausreform in folgenden Punkten praxistauglich weiterzuentwickeln:

- Die Vorhaltevergütung bedarf einer grundlegenden Überarbeitung, da dieser Teil der Reform in seiner derzeitigen Ausgestaltung nicht tragfähig ist. Die verlängerte Konvergenzphase ist konsequent zu nutzen und es muss unverzüglich mit der Entwicklung eines konsistenten, fallzahlunabhängigen Vergütungskonzepts begonnen werden.

- Die Leistungsgruppensystematik ist fachlich konsistent weiterzuentwickeln Dabei ist ein Abgleich mit der Fallzuordnung durch den sog. Grouper sicherzustellen und das für den Grouper zuständige Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verbindlich in die Beratungen des Leistungsgruppenausschusses einzubinden.

- Missverständliche Gesetzesformulierungen zur Anwesenheitspflicht von Fachärztinnen und Fachärzten im Bereitschaftsdienst sind zu korrigieren.

- Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung sind angemessen zu berücksichtigen. Dazu gehört die strukturelle und finanzielle Förderung ärztlicher Weiterbildungsverbünde unter der Verantwortung der Landesärztekammern und die Beseitigung rechtlicher Hemmnisse im Bereich der Arbeitnehmerüberlassung.

- Eine patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung ist verbindlich sicherzustellen.

- Die Mindestvorhaltezahlen und die Regelungen zur Onkochirurgie sind zu streichen.

- Für Fachkrankenhäuser muss die Zuweisung allgemeiner Leistungsgruppen mit entsprechend fokussierten Mindestvoraussetzungen und entsprechend beschränktem Versorgungsauftrag ermöglicht werden.

- Die notwendige Krisenresilienz der stationären Versorgung ist im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausreform in den Ländern zu berücksichtigen.

- Die sich aus der Reform ergebenden strukturellen Veränderungen, insbesondere im Hinblick auf einen voraussichtlich zunehmenden Bedarf an Interhospitaltransporten, sollten in Bezug auf den erhöhten Personalbedarf und zusätzlich entstehende Kosten überdacht werden.

Begründung:

Vorhaltevergütung

Die derzeit vorgesehenen Vergu?tungsregelungen sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen kaum abschätzbar, erzeugen erheblichen bürokratischen Aufwand und verfehlen das Ziel einer fallzahlunabha?ngigen Vergütung. Eine echte Vorhaltevergütung muss unter anderem eine für den krankenhausplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag des Krankenhauses patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sichern. Anstelle des vorgesehenen Fallzahlbezuges ist sie am Umfang des Versorgungsauftrages sowie an der zu versorgenden Population auszurichten. Ein solches Konzept muss gemeinsam mit den sachkundigen Akteuren der Versorgung, einschließlich der Bundesa?rztekammer, entwickelt werden. Die verlängerte Konvergenzphase ist konsequent zu nutzen. Ein Aufschub bis zum Jahr 2027 ist nicht vertretbar.

Leistungsgruppensystematik

Die Leistungsgruppensystematik als zentrales Steuerungsinstrument der Krankenhausreform muss kontinuierlich weiterentwickelt und konsequent an den Reformzielen ausgerichtet werden. Zudem ist die Fallzuordnung durch den InEK-Grouper bislang nicht ausreichend mit den Qualitätskriterien abgestimmt. Um Fehlsteuerungen zu vermeiden, ist ein konsequenter Abgleich zwischen Grouper, Qualitätskriterien und dem Prüfkonzept des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) entscheidend.

Ärztliche Weiterbildung

Die Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Weiterbildung sind bislang unzureichend berücksichtigt. Die Planung auf Basis von Leistungsgruppen wird zu einer stärkeren Zentralisierung weiterbildungsrelevanter Versorgungsinhalte führen, wodurch Einschränkungen der Weiterbildungsmöglichkeiten drohen. Um auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Weiterbildung zu gewährleisten, sind unter anderem regionale Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, Arztpraxen oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu von den (Landes-)Ärztekammern

anerkannten Weiterbildungsverbünden konsequent zu stärken und bei der Leistungsgruppenzuteilung zu berücksichtigen. Rotationen innerhalb dieser Verbünde dürfen nicht durch Regelungen des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) behindert werden; entsprechende rechtliche Hürden sind daher abzubauen.

Ärztliche Personalausstattung

Die für die Leistungsgruppen vorgegebenen Facharztzahlen definieren lediglich Mindestanforderungen an die fachärztliche Rufbereitschaft und bilden nicht die für die Versorgung insgesamt erforderliche ärztliche Personalausstattung ab, die neben Fachärztinnen und Fachärzten auch Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung umfasst und an den konkreten Versorgungsauftrag, die Größe der jeweiligen Abteilung, die konkreten Fallzahlen der jeweiligen Leistungsgruppen sowie weitere Faktoren angepasst werden muss. Die isolierte Orientierung an Mindestvorgaben zur fachärztlichen Rufbereitschaft birgt das Risiko, dass Krankenhäuser ihre ärztliche Personalausstattung auf dieses Niveau begrenzen und darüber hinausgehende Strukturen abbauen. Dies hätte nicht nur negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung, sondern auch auf die ärztliche Weiterbildung, denn eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung setzt eine ausreichende Personalausstattung voraus.

Mindestvorhaltezahlen und Regelungen zur Onkochirurgie

Diese Regelungen überfrachten die Leistungsgruppensystematik und werfen zahlreiche fachliche und rechtliche Fragen auf. Darüber hinaus schaffen sie voraussichtlich keinen erkennbaren Mehrwert für die Versorgungsqualität. Die Leistungsgruppenzuordnung stellt bereits ein Steuerungsinstrument mit dem Ziel dar, eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern. Ein pauschaler Prozentsatz in der Onkochirurgie berücksichtigt nicht die Vielfalt und Häufigkeit onkochirurgischer Leistungen und könnte zu einer ungewollten Konzentration führen, die einer bedarfsorientierten Versorgung entgegenwirkt. Für eine Festlegung von Mindestvorhaltezahlen fehlt es absehbar an einer belastbaren evidenzbasierten Grundlage. Das vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgelegte Konzept zu den Mindestvorhaltezahlen zeigt, dass eine methodisch überzeugende und auch rechtssichere Definition derzeit nicht vorliegt.

Fachkrankenhäuser

Die Ausgestaltung der aktuellen Regelungen kann zu erheblichen Einschränkungen für Fachkrankenhäuser führen. Ohne ergänzende Vorgaben droht eine ungewollte Verengung des Leistungsspektrums mit negativen Auswirkungen auf die Versorgung. Damit das spezifische Leistungsspektrum der Fachkrankenhäuser durch Fälle aus allgemeinen Leistungsgruppen ergänzt werden kann und somit sachgerecht abgebildet wird, sollten eingeschränkte Versorgungsaufträge nach Maßgabe der medizinischen Erfordernisse für bestimmte Leistungsgruppen durch die Landesplanungsbehörde erteilt werden können.

Andernfalls könnten beispielsweise orthopädische Fachkrankenhäuser keinerlei konservative Behandlungen erbringen und geriatrische Fachkrankenhäuser wären auf Behandlungen gemäß den spezifischen OPS-Codes beschränkt.

Krisenresilienz

Neben Investitionen in Infrastruktur und Cybersicherheit müssen auch Reservekapazitäten kritischer Versorgungsstrukturen sowie spezialisierte Versorgungsbereiche mitgeplant und umgesetzt werden. Ziel ist es, die medizinische Versorgung auch unter außergewöhnlichen Belastungen flächendeckend und verlässlich sicherzustellen.

Transportkapazitäten

Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung und Zentralisierung, sind die strukturellen Folgen der Reform frühzeitig zu berücksichtigen, wie etwa eine steigende Anzahl von Interhospitaltransporten.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Sterbehilfe (Suizidassistenz)

Ic - 74 Kommerzialisierung der Suizidassistenz Einhalt gebieten

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Kommerzialisierung der Suizidassistenz Einhalt gebieten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Matthias Albrecht, Alexandra Archodoulakis, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Innokentij Jurastow, Dr. Regine Held, Dr. Christian Messer, Dr. Konstanze Schütze, Julian Veelken, Dr. Susanne von der Heydt und Prof. Dr. Ulrich Wedding (Drucksache Ic - 74) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung und alle am Gesundheitswesen beteiligten Organisationen auf, allen gewerblichen Angeboten der Suizidassistenz Einhalt zu gebieten.

Begründung:

Seit das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 2020 den § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt hat, wird in Deutschland zunehmend Suizidassistenz angeboten und durchgeführt. Genaue Zahlen hierzu fehlen.

Dabei wird Suizidassistenz nicht nur von sogenannten Sterbehilfevereinen angeboten, sondern auch von Ärztinnen und Ärzten einzeln durchgeführt. Eine einheitliche und transparente finanzielle Bemessung der Suizidassistenz im Sinne einer Aufwandsentschädigung oder Honorierung existiert nicht.

Darüber hinaus bieten mittlerweile auch Gewerbebetriebe - organisiert als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) - verschiedene Leistungen rund um die Suizidassistenz gegen Honorar an.

Bei weiterhin fehlender gesetzlicher Regulierung und - soweit bekannt - zunehmenden Zahlen an assistiertem Suizid in Deutschland muss einer Kommerzialisierung klar entgegengetreten werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Qualitätssicherung / Patientensicherheit

Ic - 07 Geschlechtersensible Medizin systematisch verankern
Ic - 81 Umfassende Förderung von geschlechtersensibler Medizin
Ic - 82 Betriebliches Gesundheitsmanagement geschlechtersensibel weiterentwickeln

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Geschlechtersensible Medizin systematisch verankern

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 07) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bund, Länder sowie die zuständigen Institutionen auf, eine übergeordnete Strategie zur Förderung einer geschlechtersensiblen Medizin zu entwickeln und die geschlechtersensible Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung systematisch zu verankern.

Dabei sollen insbesondere folgende Punkte beachtet werden:

- Geschlechterspezifische Aspekte sollten systematisch in Leitlinien, Richtlinien und Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.
- Geschlechtersensible Aspekte müssen bei der Entwicklung, Validierung und Anwendung von Medizinprodukten angemessen berücksichtigt werden. Es ist sicherzustellen, dass zugrundeliegende Datensätze repräsentativ sind, insbesondere bei der Entwicklung digitaler und KI-gestützter Medizinprodukte, um eine geschlechtersensible Anwendung zu gewährleisten.
- Geschlechtersensible Versorgungskonzepte sowie Projekte der Versorgungsforschung müssen gezielt gefördert, umgesetzt und evaluiert werden.

Begründung:

Seit der Veröffentlichung des ersten Frauengesundheitsberichts in Deutschland im Jahr 1996 ist die Situation weitgehend unverändert: Auch 30 Jahre später bestehen Datenlücken. Arzneimittel und Medizinprodukte sind überwiegend mit männlichen Probanden evaluiert. Die geschlechtersensible Medizin ist jedoch ein zentraler Bestandteil einer evidenzbasierten, patientenorientierten und qualitativ hochwertigen Versorgung. Geschlecht und Geschlechtsidentität beeinflussen Krankheitsentstehung, Symptomatik, Diagnostik, Therapieansprechen, Nebenwirkungsprofile und den Zugang zu medizinischer Versorgung. Der Deutsche Ärztetag hat sich wiederholt für eine gezielte Förderung geschlechterspezifischer Gesundheitsaspekte ausgesprochen, zuletzt auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig. Auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat

2025 die Bedeutung geschlechtersensibler Medizin sowie die Stärkung der Geschlechterperspektive in Aus- und Fortbildung, Forschung und Versorgung hervorgehoben. Auch wenn die Bundesregierung 2026 die Förderrichtlinien "Patientinnenzentrierte Versorgung von Frauen" und "Nachwuchsgruppen Versorgungsforschung Frauengesundheit" auf den Weg gebracht hat, sind geschlechtsspezifische Aspekte in der (Versorgungs-)Forschung, in Leitlinien und in der Entwicklung und Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten weiterhin unzureichend berücksichtigt. Dies beeinträchtigt die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung aller Geschlechter. Um eine bedarfsgerechte und wirksame Prävention und Gesundheitsversorgung sicherzustellen, ist daher eine konsequente Integration geschlechtersensibler Ansätze in Forschung, Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe und in der Versorgungspraxis unverzichtbar.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Umfassende Förderung von geschlechtersensibler Medizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Johanna Riemer-Laudien, Sebastian Exner, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Lipp, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter, Dr. Thomas Carl Stiller und Dr. Ulrich Tappe (Drucksache Ic - 81) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 erkennt den wesentlichen Beitrag der geschlechtersensiblen Medizin zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Förderung von Patientensicherheit und zur Kostenvermeidung im Gesundheitswesen an.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher die Verantwortlichen auf, das Geschlecht als verbindliche Variable in medizinischer Forschung, klinischen Studien und in der Arzneimittelentwicklung zu berücksichtigen. Geschlechtersensible Inhalte sind ebenso verbindlich in Studium, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe zu verankern und entsprechende wissenschaftliche Strukturen und Lehrstühle sind dauerhaft zu stärken.

Begründung:

Eine qualitativ hochwertige, patientensichere und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung erfordert die systematische Berücksichtigung geschlechtsbezogener Unterschiede in Forschung, Lehre, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Dies erfordert eine gemeinsame Zielsetzung aller verantwortlichen Stellen in den genannten Bereichen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Betriebliches Gesundheitsmanagement geschlechtersensibel weiterentwickeln

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Johanna Riemer-Laudien, Sebastian Exner, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Lipp, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter, Dr. Thomas Carl Stiller und Dr. Ulrich Tappe (Drucksache Ic - 82) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die politisch Verantwortlichen auf, die geschlechtersensible und evidenzbasierte Ausgestaltung des betrieblichen Gesundheitsmanagements stärker in den Fokus von Gesundheitspolitik, Selbstverwaltung und betriebsärztlicher Praxis zu rücken. Dabei soll darauf hingewirkt werden, dass geschlechterspezifische Unterschiede systematisch berücksichtigt, entsprechende Präventionsangebote weiterentwickelt und die entsprechenden gesundheitlichen Bedarfe im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements angemessen adressiert werden.

Begründung:

Erkenntnisse zeigen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin unzureichend berücksichtigt werden. Dies gilt auch für das betriebliche Gesundheitsmanagement, das häufig nicht ausreichend auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern ausgerichtet ist. Eine stärkere geschlechtersensible und evidenzbasierte Ausgestaltung ist daher erforderlich, um wirksame Prävention zu gewährleisten und Benachteiligungen zu vermeiden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

One Health, Klima und Gesundheit

Ic - 116 One Health Ansatz stärken
Ic - 115 Den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels aktiv begegnen - jetzt entschlossen die Klimaresilienz Deutschlands stärken

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: One Health Ansatz stärken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Gerald Quitterer und Dr. Andreas Botzlar (Drucksache Ic - 116) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 bekräftigt die zentrale Bedeutung des One Health Ansatzes für die Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt und fordert Bund und Länder auf, den One Health Ansatz systematisch in Prävention, Gesundheitsplanung, Krisenvorsorge sowie Umwelt- und Klimaschutzmaßnahmen einzubeziehen.

Begründung:

Die Gesundheit des Menschen ist untrennbar mit dem Zustand der natürlichen Umwelt und dem Wohlergehen von Tieren verbunden. Zudem führen bewaffnete Konflikte weltweit zu erheblichen Schäden an Umwelt, Infrastruktur und Versorgungssystemen mit langfristigen Folgen für die öffentliche Gesundheit. Diese führen nicht nur zu menschlichem Leid, sondern auch zu großflächiger Zerstörung von Lebensräumen, Infrastruktur und Ökosystemen.

Der One Health Ansatz macht diese Zusammenhänge sichtbar und bietet einen Rahmen, um gesundheitliche, ökologische und gesellschaftliche Herausforderungen gemeinsam zu adressieren. Seine konsequente Anwendung ist daher ein zentraler Beitrag zur globalen Gesundheitsvorsorge.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels aktiv begegnen - jetzt entschlossen die Klimaresilienz Deutschlands stärken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Gerald Quitterer, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Katharina Thiede, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Torben Ostendorf und Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. (Drucksache Ic - 115) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Klimawandel gefährdet zunehmend die Gesundheit der Menschen in Deutschland. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft ihn als die bedeutendste Herausforderung für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert ein. Gleichzeitig drohen massive gesundheitliche, ökonomische, soziale und ökologische Folgekosten.

Trotz der Dringlichkeit sind klimapolitische Themen weitgehend aus der politischen Debatte verschwunden. Vor diesem Hintergrund fordert der 130. Deutsche Ärztetag 2026 Bund, Länder und Kommunen auf, gesundheitliche Folgen des Klimawandels durch konkrete Maßnahmen des Gesundheits- und Bevölkerungsschutzes wirksam zu begrenzen. Gute Vorsätze und abstrakte Planungen reichen nicht aus. Erforderlich sind konkrete Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor hitze-, UV- und klimabedingten Gesundheitsrisiken sowie zur klimaresilienten Ausgestaltung des Gesundheitswesens.

Daher fordert der 130. Deutsche Ärztetag:

- Verpflichtende Hitzeaktionspläne in allen Städten und Gemeinden umsetzen

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer zur Umsetzung des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 30.09.2020 auf, der eine Erstellung von Hitzeaktionsplänen innerhalb von fünf Jahren für erforderlich erklärte. An der Vorbereitung und Umsetzung der entsprechenden Regulierungen sollte die deutsche Ärzteschaft beteiligt werden.

- UV- und Hitzeschutz bei der Arbeit im Freien verbessern

Der 130. Deutsche Ärztetag appelliert an die Bundesregierung, auf eine deutliche Stärkung des UV- und Hitzeschutzes bei der Arbeit im Freien hinzuwirken, etwa durch konzertierte mediale Kampagnen in der Öffentlichkeit und in den Betrieben, aber auch durch

gesetzliche Rahmenbedingungen zum Arbeitsschutz. Dabei sollte die Bundesregierung eng mit Repräsentantinnen und Repräsentanten der Ärzteschaft und der Berufsgenossenschaften zusammenarbeiten.

- Klimaresilienz von Gesundheitseinrichtungen fördern

Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren (MVZ), Arztpraxen und weitere Leistungserbringer müssen in die Lage versetzt werden, ihre baulich-technische Ausstattung klimaresilient anzupassen und Hitzeaktionspläne umzusetzen. Notwendige Anpassungen umfassen etwa eine optimierte Gebäudehülle mit verbessertem Wärmeschutz und begrünten Fassaden, leistungsfähige Lüftungs- und Kühlsysteme, eine mehrfach abgesicherte Energie- und Wasserversorgung, sowie digitale Frühwarn- und Steuerungsinstrumente (vgl. Handlungsleitfaden des Kompetenzzentrums für klimaresiliente Medizin- und Gesundheitseinrichtungen: https://klimeg.de/).
Dies setzt erhebliche Investitionen voraus, die in den bisherigen Finanzierungsmechanismen nicht abgebildet sind. Deswegen ist ein bundesweiter Investitionsfonds zur klimagerechten Modernisierung des Gesundheitswesens erforderlich. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel sind durch den Bund zur Verfügung zu stellen.

- Verbot schulischer Sportveranstaltungen bei amtlichen Hitzewarnungen

Bei amtlichen Hitzewarnungen sollen die Länder verbindliche Regelungen zum Schutz von Schülerinnen und Schülern bei Sportveranstaltungen im Freien treffen. Die Verantwortung hierfür darf nicht den einzelnen Schulleitungen überlassen werden. Zudem werden die Länder gebeten, die Bundesjugendspiele grundsätzlich im Frühjahr oder Herbst anzusetzen.

- Nachhaltige Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsbildung in die schulischen Lehrpläne integrieren

Die Länder sollen die Entwicklung nachhaltiger Konzepte zur Gesundheitsbildung an Schulen priorisieren. Konkrete Lerninhalte zu Themen wie Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Verhalten im Notfall, aber auch zur angemessenen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie zum Hitzeschutz und den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels sollten stärker in die schulischen Lehrpläne integriert werden - von der ersten Jahrgangsstufe bis zum Schulabschluss. Dafür muss der erforderliche zeitliche Rahmen bereitgestellt und die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. An der konkreten Umsetzung in den Schulen sollte die deutsche Ärzteschaft von Anfang an beteiligt werden.

- Klimaresilienz von Schulen fördern

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Länder auf, Schulen als zentrale Lebensräume für Kindergesundheit zu begreifen und systematisch klimaresilient auszustatten. Gefördert

werden sollten verbesserte Gebäudehüllen, effektive Lüftungs- und Klimasysteme, Sonnenschutzmaßnahmen sowie die Begrünung von Innen- und Außenbereichen. Zudem ist ein systematisches Monitoring von Temperatur, CO^2 und Feinstaub in Klassenräumen einzuführen.

- Maßnahmen zur Reduktion verkehrsbedingter Luftschadstoff- und Lärmbelastungen verstärken

Um die Belastung von Gesundheit und Klima durch Luftschadstoff- und Lärmbelastungen des Verkehrssektors zu mindern, fordert der 130. Deutsche Ärztetag die politischen Entscheidungsträger auf, sich konsequent für gesundheitsschutzorientierte Geschwindigkeitsregelungen auf Bundes-, Land- und Ortsstraßen einzusetzen.

- Gesundheitliche Folgen fossiler Emissionen reduzieren

Um die planetare Gesundheit zu schützen, fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, gesundheitliche Belastungen durch fossile Emissionen bei politischen Entscheidungen stärker zu berücksichtigen. Gleichzeitig ist die Energie- und Mobilitätswende als zentrale gesundheitspolitische Maßnahme entschlossen voranzutreiben. Der 130. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass jeder Tag, an dem fossile Energien verbrannt werden, das gesundheitliche Risiko für die Menschen erhöht. Zudem verschärfen die damit verbundenen CO^2-Emissionen kontinuierlich die Klimakrise mit den entsprechenden Auswirkungen auf die globale Gesundheit.

Begründung:

Der Lancet-Countdown-Bericht 2024 zeigt, dass die Klimakrise unsere Gesundheit in einem bislang beispiellosen Ausmaß bedroht. Verzögerungen bei wirksamen Maßnahmen zur Begrenzung der globalen Erwärmung verursachen erhebliche gesundheitliche, ökonomische, soziale und ökologische Folgekosten. Zwischen 2010 bis 2014 und 2019 bis 2023 stiegen die jährlichen Verluste durch Extremwetterereignisse um 23 Prozent auf 227 Milliarden US-Dollar. Gleichzeitig belegen zahlreiche Studien, dass die ökonomischen Vorteile einer raschen Umstellung auf Netto-Null-Emissionen durch frühzeitige Präventions- und Anpassungsmaßnahmen erhebliche gesundheitliche Folgekosten vermeiden können.

Ebenso birgt die Abhängigkeit von fossilen Energieträgern erhebliche gesundheitliche Risiken: Lieferunterbrechungen und Preisvolatilität - etwa durch die Blockade strategischer Seewege wie der Straße von Hormus - können die Energieversorgung destabilisieren, die wirtschaftliche Lage verschlechtern und damit indirekt die Gesundheitsversorgung sowie die soziale Sicherheit gefährden. Deshalb sind Maßnahmen zur Reduktion gesundheitsrelevanter Emissionen und zur Sicherung einer resilienten Gesundheitsversorgung erforderlich.

Um die Bevölkerung wirksam zu schützen, benötigen Gesundheitseinrichtungen klimaresiliente Strukturen und konkrete Hitzeaktionspläne. Die dafür nötigen baulich-technischen Anpassungen - beispielsweise verbesserte Gebäudehüllen, leistungsfähige Lüftungs- und Kühlsysteme sowie digitale Frühwarninstrumente - erfordern erhebliche Investitionen, die in den bisherigen Finanzierungsmechanismen nicht abgebildet sind. Da Hitzewellen an Häufigkeit und Intensität zunehmen und besonders junge Menschen gefährden, sind auch klare Schutzstandards im Bildungsbereich notwendig. Ein Verbot schulischer Sportveranstaltungen im Freien bei amtlichen Hitzewarnungen würde hier bundesweit einheitliche Regelungen schaffen.

Ebenso entscheidend ist die frühzeitige Vermittlung nachhaltiger Gesundheitsbildung. Wenn Schülerinnen und Schüler ab der ersten Jahrgangsstufe systematisch Inhalte zu Ernährung, Bewegung, psychischer Gesundheit, Notfallmanagement und den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels erlernen, stärkt dies ihre Fähigkeit, verantwortungsbewusst über ihre Gesundheit zu entscheiden.

Schließlich trägt der Verkehrssektor maßgeblich zu Treibhausgasemissionen, Luftschadstoffen und Lärmbelastung bei. Konsequente Tempolimits auf Bundes-, Landes- und Ortsstraßen sind daher ein wirksamer Beitrag, um diese gesundheitlichen Belastungen deutlich zu reduzieren.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Psychotherapie / Versorgung psychisch kranker Menschen

Ic - 08 Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen: Therapie stärken statt Stigmatisierung ausbauen

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen: Therapie stärken statt Stigmatisierung ausbauen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 08) unter Berücksichtigung des Antrags von Christa Bartels, Dr. Christian Messer, Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH, Dr. Martin Eichenlaub, Wieland Dietrich, Dr. Paula Hezler-Rusch und Dr. Gerd-Hermann Büscher (Drucksache Ic - 08a) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 konstatiert, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die unbehandelt unter bestimmten Umständen ein erhöhtes Risiko für Gewalttaten aufweisen können, eine frühzeitige und adäquate Behandlung benötigen. Insbesondere psychiatrische Einrichtungen und Sozialpsychiatrische Dienste müssen gestärkt werden. Die beste Maßnahme, um Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verhindern, ist deren Behandlung.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher die Bundesländer auf, die gesellschaftliche Debatte über die Vermeidung von Gewaltdelikten durch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als eine Chance für den Auf- bzw. Ausbau einer wirksamen und nachhaltigen Gewaltpräventionsstrategie zu nutzen.

Wesentliche Elemente hierfür sind Vorsorge, Beratung und Hilfe für vulnerable Gruppen, bedarfsadaptierte längerfristige aufsuchende Behandlung, Einbindung forensisch-psychiatrischer Expertise, flächendeckende Etablierung von Kriseninterventionsdiensten, die Stärkung Sozialpsychiatrischer Dienste, verbindliche Verantwortungsgemeinschaften auf regionaler Ebene, Fallkonferenzen und nur als Ultima Ratio die Unterbringung zur Behandlung. Maßnahmen und Angebote müssen unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehen.

Die Bestrebungen in verschiedenen Bundesländern, die bestehenden Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze (PsychK[H]G) mit einem Fokus auf die Absenkung der Schwelle für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung und die Erweiterung von Meldepflichten zu überarbeiten, sieht der Deutsche Ärztetag kritisch: Nur durch Behandlung und Teilhabe kann nachhaltige Gewaltprävention bei psychisch kranken Menschen gelingen.

Insbesondere wird die mit einer Ausweitung der Meldepflichten ohne konkreten Bezug zu einer gegenwärtigen Gefahr einhergehende Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht

entschieden abgelehnt.

Begründung:

Die Gewalttaten in Aschaffenburg, Magdeburg, Mannheim, Hamburg und jüngst in der Schweiz haben eine gesellschaftliche Debatte darüber ausgelöst, wie Gewaltdelikte von Menschen mit psychischen Erkrankungen verhindert werden können. Als eine Reaktion wird die Ausweitung der Meldepflichten von Kliniken in den PsychK[H]G der Länder diskutiert. In Hessen hat der Landtag bereits im Dezember 2025 eine entsprechende Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes beschlossen. Nach Inkrafttreten müssen in vielen Fällen die Polizei bzw. Ordnungsbehörden über die Entlassung aus der Unterbringung informiert und ihnen personenbezogene Daten übermittelt werden. In Niedersachsen liegt seit November 2025 ebenfalls ein Gesetzentwurf vor; auch in Nordrhein-Westfalen hat das Landeskabinett im März 2026 den Entwurf einer Neufassung des PsychKG beschlossen. Weitere Bundesländer haben angekündigt, ihre PsychK[H]G novellieren zu wollen.

Mit einer Ausweitung der Meldepflichten geht eine Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht einher. Dies kann die ärztliche Versorgung psychisch kranker Patientinnen und Patienten empfindlich beeinträchtigen, indem das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient massiv beeinträchtigt wird. Menschen mit psychischen Erkrankungen könnten davon abgehalten werden, sich medizinische Hilfe zu suchen. Das verschlechtert unter Umständen nicht nur den Gesundheitszustand der psychisch Erkrankten, sondern erhöht zugleich das Risiko, dass aufgrund einer solchen Erkrankung Gefahren durch psychisch erkrankte Menschen entstehen.

Eine Ausweitung von Meldepflichten erscheint zudem angesichts der geringen Genauigkeit bei der Prognose von Gewalttaten insgesamt unverhältnismäßig. Zudem ist fraglich, ob der Schutz der Bevölkerung vor Gewaltdelikten von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch eine solche Datensammlung verbessert wird.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Gewalt gegen Gesundheitsberufe

Ic - 15 Schutz des medizinischen Fachpersonals in militärischen Konflikten

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Schutz des medizinischen Fachpersonals in militärischen Konflikten

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 15) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 verurteilt die zunehmenden und systematischen Angriffe, die Bedrohungen und jede Form von Gewalt gegen medizinisches Fachpersonal und Gesundheitseinrichtungen in Konfliktsituationen.

Im Einklang mit dem humanitären Völkerrecht muss der sichere Zugang zu medizinischen Einrichtungen und medizinischer Versorgung für Verletzte und andere Hilfsbedürftige gewährleistet werden.

Die Neutralität des medizinischen Berufs muss oberste Priorität haben. Ärztinnen und Ärzte müssen ihrer Pflicht nachkommen können, verletzte und kranke Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Rolle und Funktion im Konflikt zu behandeln, ohne bestraft oder eingeschüchtert zu werden.

Es muss gleichzeitig sichergestellt sein, dass Gesundheitseinrichtungen nicht für militärische Zwecke missbraucht werden und die Neutralität zur Disposition gestellt wird.

Die zunehmende, gezielte Gewalt gegen medizinisches Fachpersonal und Gesundheitseinrichtungen in kriegerischen Auseinandersetzungen hat ernsthafte humanitäre Folgen und erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Solche Gewalttaten müssen dokumentiert, benannt und geahndet werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert politisch Verantwortliche entschieden zum Schutz der medizinischen Versorgung auf.

Begründung:

Die Eskalation bewaffneter Konflikte weltweit verursacht massive humanitäre Folgen, belastet Gesundheitssysteme und gefährdet Patientinnen und Patienten sowie medizinisches Fachpersonal.

Nach den Genfer Konventionen genießen medizinisches Fachpersonal, Krankentransporte und Gesundheitseinrichtungen, die durch die Embleme des Roten Kreuzes, des Roten Halbmonds oder des Roten Kristalls gekennzeichnet sind, Schutz.

Angriffe auf medizinisches Personal und Infrastruktur verstoßen gegen medizinethische Grundsätze, die in Notlagen ebenso wie in Friedenszeiten gelten, und erfordern entschiedene Schutzmaßnahmen.

Der Weltärztebund (World Medical Association, WMA) hat in seiner dringlichen Vorstandsresolution vom 25.04.2026 die Notwendigkeit eines multilateralen Ansatzes zur Lösung von Konflikten hervorgehoben. Die Resolution bekräftigt die Empfehlungen der WMA in weiteren Stellungnahmen zu diesem Thema, darunter die "Stellungnahme zur Lage in Zeiten bewaffneter Konflikte und anderen Gewaltsituationen" ("WMA Statement in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence"), die "Deklaration zum Schutz und zur Integrität medizinischen Personals in bewaffneten Konflikten und anderen Gewaltsituationen" ("WMA Declaration on the Protection and Integrity of Medical Personnel in Armed Conflicts and Other Situations of Violence") sowie die Stellungnahme zu bewaffneten Konflikten ("WMA Statement on Armed Conflict").

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Gesundheitsberufe

Ic - 162 Ausbildung in der Kinderkrankenpflege sichern

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Ausbildung in der Kinderkrankenpflege sichern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Stephan Buchner, Dr. Hans-Jörg Bittrich, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Maya Trapp, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Ralf van Heek, Dr. Walter Gradel, Dr. Julia Hoppe, San.-Rätin Dr. Charis Eibl und Dr. Claus Beermann (Drucksache Ic - 162) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundes- und die Landesregierungen auf, das Wahlrecht der Pflegeausbildung nach § 59 Pflegeberufsgesetz (PflBG) zur Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger im dritten Ausbildungsjahr zu erhalten und zu stärken. Außerdem müssen ausreichende pädiatrische Ausbildungsanteile einschließlich verpflichtender Praxiseinsätze in Kinderkliniken und sozialpädiatrischen Einrichtungen sichergestellt werden.

Begründung:

Seit der faktischen Zurückdrängung der eigenständigen Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach Inkrafttreten des PflBG 2020 ist eine deutliche Verschärfung der Versorgungssituation zu beobachten. Aktuell sind bundesweit mehr als 6.500 Stellen im Bereich der Kinderkrankenpflege unbesetzt, was die ohnehin angespannte Lage zusätzlich verschärft. Besonders betroffen sind hochsensible Versorgungsbereiche wie die Kinderintensivmedizin und die Neonatologie. Gerade dort, wo es um die Versorgung von Früh- und Neugeborenen sowie schwerstkranken Kindern geht, ist spezialisiertes Fachwissen unverzichtbar. Die vorhandene Personalnot gefährdet zunehmend die Qualität und Sicherheit der Versorgung.

Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch Kinder und Jugendliche ein Recht auf eine spezialisierte, altersgerechte und fachlich hochqualifizierte Pflegeversorgung haben. Dieses Recht kann nur gewährleistet werden, wenn ausreichend qualifiziertes Fachpersonal mit spezifischer Ausbildung zur Verfügung steht. Die generalistische Ausbildung allein kann die besonderen Anforderungen der pädiatrischen

Pflege nur eingeschränkt abbilden.

Daher ist es umso wichtiger, das im Pflegeberufsgesetz verankerte Wahlrecht nach § 59 PflBG konsequent zu ermöglichen und aktiv zu fördern. Obwohl Pflegeschulen, die eine pädiatrische Vertiefung anbieten, gesetzlich verpflichtet sind, das Wahlrecht nach § 59 PflBG zu gewährleisten, besteht in der Praxis eine erhebliche Diskrepanz zwischen rechtlichem Anspruch und tatsächlicher Umsetzung.

Der Zugang zur Spezialisierung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ist aktuell nur in sehr begrenztem Umfang möglich. Als Begründung wird seitens der Ausbildungsträger häufig der hohe organisatorische und strukturelle Aufwand angeführt, der mit der Umsetzung der Spezialisierung verbunden ist.

Dazu zählen insbesondere die Sicherstellung geeigneter Praxiseinsätze, die Koordination spezialisierter Ausbildungsinhalte sowie personelle und finanzielle Ressourcen. Diese strukturellen Hürden dürfen jedoch nicht dazu führen, dass ein gesetzlich verankertes Wahlrecht faktisch ausgehöhlt wird. Wenn Auszubildende trotz bestehendem Anspruch keine reale Möglichkeit erhalten, die Spezialisierung zu absolvieren, entsteht ein unhaltbarer Zustand, der sowohl den Fachkräftenachwuchs als auch die Versorgungsqualität in der pädiatrischen Pflege nachhaltig gefährdet.

Die Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr stellt eine zentrale Möglichkeit dar, dem Fachkräftemangel gezielt entgegenzuwirken und gleichzeitig die Versorgungsqualität nachhaltig zu sichern. Zudem wird die Attraktivität pädiatrischer Arbeitsfelder durch eine eigenständige Ausbildungsidentität gestärkt und die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Pädiatrie profitiert von hochqualifizierten spezialisierten Pflegefachpersonen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Datenaustausch Kammern / Behörden

Ic - 53 Verbesserter Datenaustausch über Kammergrenzen hinweg

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Verbesserter Datenaustausch über Kammergrenzen hinweg

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Petra Bubel, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Dr. Anke Mann, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch, Dr. Dietrich Stoevesandt und Prof. Dr. Uwe Ebmeyer (Drucksache Ic - 53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 begrüßt, dass der Vorstand der Bundesärztekammer einen verbesserten Datenaustausch zwischen den Ärztekammern und anderen Behörden voranbringt und die Möglichkeiten eines gemeinsamen Registers prüft. Für eine erfolgreiche Umsetzung dieser wichtigen Ziele werden die Akteure in der Landes- und Bundespolitik aufgefordert, die Voraussetzungen für eine Umsetzung proaktiv mitzugestalten.

Begründung:

Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig hatte im vergangenen Jahr das gemeinsame Register und den verbesserten Datenaustausch beschlossen. Der Vorstand und die Gremien der Bundesärztekammer haben sich seitdem intensiv damit befasst. Ziel ist einerseits eine Entbürokratisierung, aber zugleich eine höhere Transparenz und ein verbesserter Patientenschutz. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist absehbar auch die zügige und konsequente Schaffung der gesetzlichen Grundlagen nötig, etwa die einheitliche Regelung in den Heilberufe- und Kammergesetzen. Die Mitwirkung der einzelnen Akteure in der Bundes- und Landespolitik ist daher für eine erfolgreiche Umsetzung zwingend nötig.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, gemeinsam mit den zuständigen Akteuren die Umsetzung des verbesserten Datenaustausches weiter zu forcieren.

Finanzrelevant:

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Arzneimittel / Medizinprodukte

Ic - 13 Individuelle Heilversuche mit nicht zugelassenen Substanzen - keine auf Wiederholung angelegte Durchführung ohne Forschung

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Individuelle Heilversuche mit nicht zugelassenen Substanzen - keine auf Wiederholung angelegte Durchführung ohne Forschung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 13) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, individuelle Heilversuche mit nicht zugelassenen Substanzen, beispielsweise mit dendritischen Zellpräparationen, in Deutschland im Arzneimittelrecht in Anlehnung an die Deklaration von Helsinki zu regeln. Dabei sollten solche individuellen Heilversuche, die in einer Vielzahl gleich gelagerter Fälle auf Wiederholung angelegt sind, verpflichtend zum Gegenstand von Forschung in Einklang mit den berufsrechtlichen Vorgaben und den Prinzipien der Deklaration von Helsinki gemacht werden.

Begründung:

Der individuelle Heilversuch ist Ausdruck der Therapiefreiheit und Therapieverantwortung von Ärztinnen und Ärzten. Er ist bedeutsam für medizinischen Fortschritt und die Berücksichtigung der Besonderheiten in Einzelfällen. Ziel ist es, eine Therapie zu ermöglichen, die außerhalb des medizinischen Standards steht, wenn für eine Erkrankung keine allgemein anerkannte oder wirksame Behandlung existiert. Das erfordert eine Therapieentscheidung und Risiko-Nutzen-Abwägung sowie eine Sicherung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin oder des Patienten durch umfassende Aufklärung im konkreten Behandlungsfall. Der individuelle Heilversuch ist damit gerade keine Standardbehandlung im Rahmen eines breiten Angebots an Patientinnen und Patienten.

Auch gemäß der Deklaration von Helsinki können Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung eines einzelnen Patienten, für dessen Erkrankung es keine nachweislich wirksamen Maßnahmen gibt oder andere bekannte Maßnahmen unwirksam waren, nach Einholung eines fachkundigen Ratschlags mit informierter Einwilligung des Patienten oder eines rechtlichen Vertreters eine in ihrer Wirksamkeit nicht nachgewiesene Maßnahme anwenden, wenn diese Maßnahme nach dem Urteil der Ärztin bzw. des Arztes hoffen lässt, das Leben zu retten, die Gesundheit wiederherzustellen oder Leiden zu lindern. Diese Maßnahme sollte anschließend Gegenstand von Forschung werden, die so konzipiert ist,

dass ihre Sicherheit und Wirksamkeit bewertet werden kann. In allen Fällen müssen neue Informationen aufgezeichnet und, sofern angemessen, öffentlich verfügbar gemacht werden.

Daher sollten individuelle Heilversuche mit nicht zugelassenen Substanzen, beispielsweise die autologe Verwendung von dendritischen Zellpräparationen, bei denen der klinische Nutzen nicht erwiesen ist und Risiken nicht auszuschließen sind, nicht in einer Vielzahl von gleich gelagerten Fällen bei verschiedenen Personen durchgeführt werden, ohne dass systematische Forschung im Interesse der Wissensgenerierung erfolgt und Anforderungen zur Durchführung von Forschungsvorhaben (vgl. z. B. § 15 MBO-Ä) beachtet werden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Medizinische Fachangestellte

Ic - 16 Investitionen in die Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten zahlen sich aus

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Investitionen in die Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten zahlen sich aus

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 16) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 weist erneut darauf hin, dass gut qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA) als integraler Bestandteil für die ambulante Versorgung unverzichtbar sind. Die Politik ist aufgefordert, die Personalausstattung der Arztpraxen nicht durch unangemessene Sparmaßnahmen zu unterminieren, wie sie das aktuell vorliegende GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorsehen. Gleichfalls gelten für MFA dieselben demografischen Herausforderungen wie in vielen anderen Berufszweigen.

Neben förderlichen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die Arztpraxen und der Refinanzierung der Personalkosten muss auch deutlich mehr für die Ausbildung und Fortbildung von MFA getan werden. Dazu gehört auch eine attraktive, zeitgemäße Ausbildungsordnung.

Der 130. Deutsche Ärztetag ruft trotz schwieriger Umfeldbedingungen alle Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber dazu auf, mehr auszubilden und ihre MFA weiter zu qualifizieren, insbesondere auch über die vielfältigen Fortbildungsangebote der Fortbildungsakademien der Landesärztekammern.

Zugleich begrüßt es der 130. Deutsche Ärztetag, dass die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer die Arztpraxen durch Informations- und Werbemaßnahmen für das Berufsbild MFA bei ihrer Personalgewinnung unterstützen. Auch dieses Engagement ist fortzusetzen.

Begründung:

Die Bundesagentur für Arbeit weist den Beruf der Medizinischen Fachangestellten in ihrer jährlichen Analyse der Fachkräftesituation als Engpassberuf aus - es fehlt an qualifiziertem Personal und es rücken nicht genügend Auszubildende nach. Ohne zusätzliche Ausbildungsbereitschaft in den Arztpraxen wird der Personalbedarf im ambulanten Bereich

nicht gedeckt werden können. Zugleich benötigen die Praxen eine adäquate finanzielle Ausstattung, damit sie trotz gestiegener Personal- und Sachkosten attraktive Arbeitgeber bleiben können.

Für die Arztpraxen kommt es vor allem auch darauf an, geeignete Bewerberinnen und Bewerber für die Ausbildungsplätze zu finden. Vor diesem Hintergrund ist der bereits begonnene Novellierungsprozess der aus dem Jahr 2006 stammenden Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte eine Chance, den Beruf zukunftsfähiger und für Schulabsolventinnen und -absolventen attraktiver zu machen.

Neben den Landesärztekammern wirkt die Bundesärztekammer mit den gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen der Kampagne "Von Beruf wichtig" durchgeführten Social-Media-Maßnahmen darauf hin, das Berufsbild MFA zu bewerben und bekannter zu machen.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin

Ic - 91 Gemeinsame Strategie von Bund, Ländern und Kommunen zur Stabilisierung der Personalsituation in den Gesundheitsämtern

Ic - 102 Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit von Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Gemeinsame Strategie von Bund, Ländern und Kommunen zur Stabilisierung der Personalsituation in den Gesundheitsämtern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Hans-Martin Wollenberg und Dr. Feras El-Hamid (Drucksache Ic - 91) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, gemeinsam mit den Kommunen als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), den Pakt für den ÖGD über das Jahr 2026 hinaus fortzuführen. Es muss umgehend eine Strategie zur Stabilisierung des ÖGD entwickelt werden. Dabei muss insbesondere die zwischenzeitlich erfolgte personelle Verstärkung, die mit dem Auslaufen des Paktes für den ÖGD Ende 2026 nunmehr von Abbau bedroht ist, in den Fokus genommen und gesichert werden.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit von Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Susanne Johna, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Matthias Fabian und Dr. Lydia Berendes (Drucksache Ic - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 setzt sich entschieden dafür ein, dass ärztliche Entscheidungen, die ärztliche Schweigepflicht und ärztliches Handeln auch in Gesundheitsämtern und im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ausschließlich auf bestehendem Berufsrecht und aktuellen wissenschaftlich medizinischen Erkenntnissen und ethischer Grundlage erfolgen.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert sämtliche Akteure in Politik und Verwaltung auf, den Schutz der ärztlichen Tätigkeit auch im ÖGD sicherzustellen, die ärztliche Schweigepflicht zu gewährleisten und diese nicht durch politische oder administrative Vorgaben zu ersetzen oder einzuschränken.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Forschungsdaten

Ic - 05 Schuleingangsuntersuchungen vereinheitlichen und für das Gesundheitsmonitoring nutzen

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Schuleingangsuntersuchungen vereinheitlichen und für das Gesundheitsmonitoring nutzen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 05) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 sieht in den Schuleingangsuntersuchungen (SEU) eine wichtige Datenquelle, die für ein fortlaufendes und systematisches Monitoring des Gesundheitszustandes von Kindern im Vorschulalter genutzt werden sollte. Bisher erfolgen keine regelmäßige Zusammenführung und Aufbereitung der erhobenen Daten auf Bundesebene zur Nutzung für Forschung und Politik.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Durchführung der SEU und ihre Dokumentation bundesweit zu standardisieren sowie die erhobenen Daten für Forschung und die Gesundheitsberichterstattung der Länder und des Bundes zur Verfügung zu stellen.

Begründung:

Im Rahmen der bundesweit verbindlichen SEU findet eine auf Ebene der Bundesländer standardisierte Erfassung der Schulreife von Vorschulkindern statt. Die SEU umfasst die Dokumentation der Teilnahme an den Präventionsmaßnahmen (Impfungen und kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen) und die Erfassung des Gesundheitszustands mit einem Schwerpunkt auf solche Untersuchungen, die für die Teilnahme am Unterricht und den Schulerfolg bedeutend sind (Sehen, Hören, Verhalten, Koordination, Sprachentwicklung). Darüber hinaus werden auch chronische Erkrankungen sowie Größe und Gewicht erfasst. Die Daten der SEU können somit wertvolle Hinweise auf den Gesundheitszustand der Einschulungsjahrgänge geben und insbesondere auch Entwicklungstendenzen aufzeigen.

Aufgrund der derzeit uneinheitlichen Durchführung und Dokumentation der SEU ist die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten über die Bundesländer hinweg bisher eingeschränkt.

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Allgemein
Cannabis zu Konsumzwecken
Cannabis zu medizinischen Zwecken
Tabak und Nikotinprodukte
Alkohol
Substitution
Medienkonsum
Sicherstellung der Finanzierung
Ärztliche Ausbildung
Kompetenz in Suchtthemen

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Allgemein

II - 01 Suchtmedizin und Suchtpolitik weiterentwickeln

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Suchtmedizin und Suchtpolitik weiterentwickeln

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 kritisiert, dass der Umgang mit Suchterkrankungen in Prävention, Versorgung und Politik widersprüchlich ist und in wesentlichen Bereichen hinter dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zurückbleibt. So werden wirksame verhältnispräventive Maßnahmen im Bereich der legalen Suchtmittel und des Glücksspiels nicht konsequent umgesetzt. Zudem sind Versorgungsstrukturen des Suchthilfesystems unzureichend aufeinander abgestimmt und nicht ausreichend finanziert. Stigmatisierung führt weiterhin dazu, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen weniger Behandlungen oder Hilfe in Anspruch nehmen. Eine konsequente Weiterentwicklung von Suchtpolitik und Suchtmedizin erfordert daher eine klare Priorisierung gesundheitlicher Ziele, den Abbau von Stigmatisierung sowie eine nachhaltige Stärkung der Suchthilfe und suchtmedizinischer Kompetenzen.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher

- Bund und Länder auf, verhältnispräventive Maßnahmen im Bereich der legalen Suchtmittel zu Verfügbarkeit, Preisgestaltung, Werbung und Produktgestaltung konsequent umzusetzen,
- Bund und Länder auf, suchtpolitische Maßnahmen einheitlich an wissenschaftlicher Evidenz und gesundheitlichen Zielsetzungen auszurichten; dabei dürfen wirtschaftliche Interessen nicht über gesundheitliche Ziele gestellt werden,
- Bund, Länder und Kommunen auf, die Suchthilfe strukturell zu stärken, niedrigschwellige Angebote auszubauen und die Verzahnung mit der medizinischen Versorgung zu verbessern,
- den Bund auf, unter Beteiligung aller relevanten Akteure die im Jahr 2012 beschlossene Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik zu aktualisieren,
- den Gesetzgeber sowie die Akteure des Gesundheitswesens auf, wirksame Regelungen zum Abbau von Stigmatisierung zu erlassen, um den Zugang zur Versorgung zu verbessern und suchtmedizinische Tätigkeit gezielt zu fördern,
- die (Landes-)Ärztekammern und den Medizinischen Fakultätentag auf, sicherzustellen, dass die existierenden suchtmedizinischen Inhalte im erforderlichen Umfang im Rahmen von Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt bzw. berücksichtigt werden.

Begründung:

Abhängigkeitserkrankungen betreffen etwa jeden zehnten Menschen in Deutschland und sind mit einer erheblichen Krankheitslast verbunden. Sie gehen häufig mit somatischen und psychischen Begleiterkrankungen einher, beeinflussen den Verlauf anderer Erkrankungen und führen zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität. Darüber hinaus haben Suchterkrankungen weitreichende soziale Folgen, unter anderem für Teilhabe, Erwerbsfähigkeit und familiäre Strukturen. Auch für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft entstehen erhebliche Belastungen durch direkte und indirekte Kosten. Allein für die Folgen von Alkohol- und Nikotinkonsum betragen diese 57 bzw. 97,2 Milliarden Euro im Jahr.

Wirksame verhältnispräventive Maßnahmen werden in Deutschland jedoch nur unzureichend umgesetzt. Laut des im Jahr 2025 veröffentlichten Public Health Indexes (PHI) der AOK belegt Deutschland im europäischen Vergleich im Bereich Tabak und Alkohol hinsichtlich seiner Präventionspolitik die hinteren Plätze und schneidet unterdurchschnittlich ab, und das trotz einheitlicher Empfehlungen und Forderungen der Fachwelt, wie die negativen Folgen von Alkohol-, Tabak- und Nikotinkonsum gesenkt werden können.

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erfolgt multiprofessionell und beinhaltet neben der medizinischen Behandlung auch die Inanspruchnahme von Suchtberatungsstellen für Prävention oder Frühintervention. Für eine gelingende Zusammenarbeit ist es unerlässlich, dass verlässliche und dauerhafte Strukturen der Suchthilfe bestehen, die ausreichend mit personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet sind. Eine Befragung zur finanziellen Situation durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) ergab, dass im Jahr 2024 für drei Viertel der öffentlich finanzierten Suchtberatungsstellen keine kostendeckende Finanzierung bestand.

Im Jahr 2012 wurde die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik als Grundlage für eine moderne Ausrichtung der deutschen Drogen- und Suchtpolitik veröffentlicht. Seitdem haben sich sowohl im Bereich legaler als auch illegaler Suchtmittel sowie bei nicht-substanzgebundenen Abhängigkeiten, etwa im Kontext sozialer Medien, neue Entwicklungen und Produkte etabliert. Darüber hinaus wurden mit der Teillegalisierung von Cannabis neue drogenpolitische Wege beschritten. Zwischenzeitlich konnten zudem neue Erkenntnisse in der Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen gewonnen werden. Eine Aktualisierung der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik ist daher erforderlich, um diesen Entwicklungen angemessen Rechnung zu tragen.

Stigmatisierung stellt weiterhin eine wesentliche Barriere für eine wirksame Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen dar. Schuldzuweisungen, moralische Bewertungen und gesellschaftliche Ausgrenzung führen dazu, dass Betroffene notwendige Hilfen verzögert oder gar nicht in Anspruch nehmen. Eine aktuelle Studie der Universitätsmedizin Frankfurt, die im "The Lancet Regional Health - Europe" veröffentlicht

wurde, zeigt, dass aus Sorge vor Stigmatisierung fast 50 Prozent der 119 Befragten ihren Substanzkonsum verschwiegen, 36 Prozent vermieden medizinische Hilfe trotz akuter Erkrankung, 29 Prozent brachen eine laufende Behandlung ab. Ein angemessener Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen setzt deren Anerkennung als behandelbare, häufig chronisch verlaufende Erkrankungen voraus.

Hierfür ist auch auf gesundheitspolitischer Ebene eine konsequente Ausrichtung auf die Verringerung von Stigmatisierung erforderlich. Die 10. Stellungnahme des ExpertInnenrats der Bundesregierung "Gesundheit und Resilienz" aus dem Jahr 2025 weist darauf hin, dass politische Rahmenbedingungen so gestaltet werden müssen, dass Stigmatisierung im Gesundheits- und Sozialsystem reduziert wird, unter anderem durch den Abbau von Zugangsbarrieren zu Therapien, Versicherungen oder zur Verbeamtung sowie durch den Ausbau niedrigschwelliger Informations- und Beratungsangebote für Betroffene. Zudem bedarf es einer kontinuierlichen Datenerhebung zu Stigmatisierung, der Ermittlung ihrer volkswirtschaftlichen Kosten sowie eines wissenschaftsbasierten Monitorings von Entstigmatisierungsmaßnahmen.

Der ärztlichen Profession kommt dabei eine besondere Verantwortung zu. Ein vorurteilsfreier, empathischer und fachlich fundierter Umgang muss sowohl in der Aus-, Weiter- und Fortbildung als auch in der Versorgungspraxis verankert sein. Abhängigkeitserkrankungen betreffen zudem zahlreiche medizinische Fachgebiete. Sie beeinflussen Diagnostik, Therapie und Verlauf vieler Erkrankungen und erfordern daher eine fachübergreifende Kompetenz.

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Cannabis zu Konsumzwecken

II - 04 Rücknahme der Cannabis-Teillegalisierung
II - 20 Aufhebung der Legalisierung von Cannabis und Umsetzung von Schutz- und Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche
II - 06 Evaluation der Auswirkungen des Konsumcannabisgesetzes durch das Verbundforschungsprojekt EKOCAN

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Rücknahme der Cannabis-Teillegalisierung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 04) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, die Teillegalisierung von Cannabis zurückzunehmen.

Begründung:

Vor dem Hintergrund der zentralen Ziele des am 01.04.2024 in Kraft getretenen Konsumcannabisgesetzes (KCanG), insbesondere der Stärkung des Kinder-, Jugend- und Gesundheitsschutzes, war die Teillegalisierung von Cannabis ein Fehler.

Nach der gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) vom 10.04.2026 mehren sich parallel zur (scheinbar) stabilen Konsumprävalenz Hinweise auf eine Zunahme problematischer Konsummuster, insbesondere bei konsumerfahrenen jungen Erwachsenen sowie bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern.

Zugleich geht aus dem zweiten Zwischenbericht zur Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN) hervor, dass weniger Frühinterventionsprogramme durch Jugendliche in Anspruch genommen werden, denn seit Einführung des Konsumcannabisgesetzes erfolgen keine regelhaften, verbindlichen Zuweisungen mehr durch die Justiz.

Darüber hinaus belegt eine aktuelle Studie aus Bayern einen Anstieg der Diagnosen cannabisinduzierter Psychosen sowie cannabisbezogener Störungen in der untersuchten Region seit der Teillegalisierung von Cannabis.

Mit großer Sorge nimmt der 130. Deutsche Ärztetag zudem wahr, dass zunehmend hochpotente Cannabisprodukte zur Verfügung stehen bei gleichzeitig sinkenden Preisen.

Ein Trend, der mit erhöhten gesundheitlichen Risiken einhergeht.

Diese Entwicklungen stehen im klaren Widerspruch zu den intendierten Zielen des Gesetzgebers. Aus ärztlicher Sicht ist insbesondere der Schutz vulnerabler Gruppen, wie Kinder und Jugendliche, nicht ausreichend gewährleistet.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Aufhebung der Legalisierung von Cannabis und Umsetzung von Schutz- und Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Karin Bremer und Dr. Raffael-Sebastian Boragk (Drucksache II - 20) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, die Legalisierung von Cannabis außerhalb des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufzuheben und sich damit insbesondere für eine schnellstmögliche Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor Cannabis einzusetzen.

Unverzüglich umzusetzen sind ergänzend Schutz- und Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche und die Intensivierung der Aufklärung vor den Gefahren des Cannabiskonsums. Effektiver Schutz von Kindern und Jugendlichen duldet keinen Aufschub.

Begründung:

Als Ärztinnen und Ärzte tragen wir Verantwortung für unsere Patientinnen und Patienten, und ganz besonders für Prävention, Früherkennung und gesundheitlichen Kinderschutz. Kinder und Jugendliche sind gegenüber psychoaktiven Substanzen wie Cannabis besonders vulnerabel. Frühzeitige Exposition und Normalisierung von Cannabiskonsum können sich negativ auf neurokognitive Entwicklung, psychische Gesundheit und schulische Leistungsfähigkeit auswirken. Ärztliche Prävention umfasst daher nicht nur die Vermeidung des Eigenkonsums, vor allem Minderjähriger, sondern auch den Schutz vor sichtbarer Alltagspräsenz, Geruchsexposition und sozialer Normalisierung.

Der Deutsche Ärztetag hat vor dem Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) vor einer Legalisierung von Cannabis gewarnt, er hat auf die Gefahren des Konsums, insbesondere für Kinder und Jugendliche aufmerksam gemacht. Gleichwohl verabschiedete der Bundesgesetzgeber das CanG, auch in der Annahme, sein Regelungskonvolut könne Kinder und Jugendliche schützen. Der vom Gesetzgeber als wirksam eingestufte Kinder- und Jugendschutz, insbesondere auf der Basis des § 5 Konsumcannabisgesetz (KCanG), erweist sich jedoch als ineffizient. Nicht nur, dass diese Regelung die Orte, an denen der Konsum von Cannabis verboten ist, festlegt, nicht klar genug formuliert ist (Sichtregelung).

Noch problematischer ist, dass derzeit nicht genug Möglichkeiten bestehen, diese Regelung zu vollziehen, geschweige denn faktisch jemals bestehen werden. Konsum ist, trotz der Regelung in § 5 KCanG u. a. regelmäßig und unkontrolliert in und im Umfeld von Freibädern, Freizeitstätten, Schulhöfen und Sportstätten festzustellen. Verbote und Schutzregelungen, deren Vollzug nicht leistbar ist und nicht leistbar wird, bieten für Kinder und Jugendliche keinen Schutz. Die Lösung ist einfach: Die Legalisierung von Cannabis außerhalb des BtMG muss rückgängig gemacht werden. Auch die Bundesgesundheitsministerin Warken hat die Teillegalisierung zuletzt als Fehler bezeichnet - nun wird es Zeit, diesen Worten Taten folgen zu lassen.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Evaluation der Auswirkungen des Konsumcannabisgesetzes durch das Verbundforschungsprojekt EKOCAN

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Ulrich Schwiersch, Dr. Georg Deichhardt, Dr. Mirko Barone, Alexander Fuchs, Dr. Karl Breu, Johann Ertl, Dr. Melanie Kretschmar und Dr. Melanie Rubenbauer (Drucksache II - 06) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dazu auf, dafür Sorge zu tragen, dass in dem Forschungsprojekt "Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN)" auch Hinweise auf problematische Entwicklungen von psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise eine mögliche Zunahme der cannabisassoziierten Psychosen, in die Evaluation dezidiert aufgenommen werden.

Zusätzlich fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung zur Offenlegung der Finanzierung des Verbundforschungsprojektes EKOCAN auf, um die Unabhängigkeit des Projekts sicherstellen zu können.

Zudem sollen geeignete Frühinterventionsprogramme oder vergleichbare Maßnahmen für Kinder und Jugendliche im Konsumcannabisgesetz (KCanG) verpflichtend verankert werden.

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Cannabis zu medizinischen Zwecken

II - 02	Klare Trennung zwischen ärztlich verordnetem Cannabis und Cannabis zum Freizeitgebrauch
II - 12	Sorgfaltsgebot konsequent umsetzen - Medizinal-Cannabisgesetz (BT-Drs. 21/3061) nachschärfen
II - 19	Verschreibung von Cannabis im Rahmen kommerzieller Online-Plattformen

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Klare Trennung zwischen ärztlich verordnetem Cannabis und Cannabis zum Freizeitgebrauch

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 02) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf,

- das vorgesehene Erste Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes zügig zu verabschieden,
- darüber hinaus Medizinalcannabis wieder in den Regelungskontext des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) einzubeziehen und an die Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu binden,
- Werbung für Medizinalcannabis entschieden entgegenzuwirken,
- ein gezieltes Forschungsprogramm aufzulegen, das weiterführende klinische Studien zu Indikation, Anwendung und Nebenwirkungen von medizinischem Cannabis ermöglicht.

Begründung:

Mit großer Sorge beobachtet der 130. Deutsche Ärztetag die Fehlentwicklungen, die mit Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) am 01.04.2024 im Bereich des Medizinalcannabis aufgetreten sind. Die vom Gesetzgeber anvisierte Trennung zwischen Freizeitkonsum von Cannabis und Cannabis zu medizinischen Zwecken ist nicht gelungen.

Die Importe von Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken sind seit der Teillegalisierung sprunghaft angestiegen. Im ersten Halbjahr 2025 nahmen sie im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um mehr als 400 Prozent zu. Gleichzeitig haben sich die Verordnungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen lediglich im einstelligen Prozentbereich erhöht. Dies deutet auf eine deutliche Zunahme von Verschreibungen auf Privatrezepten hin. Die Vermutung liegt nahe, dass auch Freizeitkonsumierende Cannabis über z. B. telemedizinische Plattformen und mit ihnen kooperierende Versandapotheken beziehen, die den Erwerb teilweise nur durch die Beantwortung eines Fragebogens möglich machen. Die Plattformen bieten dabei Diagnosen zur Auswahl an, für die keine bzw. nur unzureichende Evidenz zur Wirksamkeit der Behandlung mit Medizinalcannabis besteht.

Die aktuell mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Herausnahme von Cannabis in Form von getrockneten Blüten aus der Verordnungsfähigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ein richtiger Schritt, löst das Problem aber nicht. Denn die Verordnung über ein Privatrezept bleibt weiterhin möglich, obwohl die Begründung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ausdrücklich auf die besondere Suchtgefahr hinweist. Erhebliche Gefahren gehen im Übrigen auch von einer unkritischen und unsachgemäßen Nutzung von Cannabis in Form von Extrakten aus. Die geltenden Regelungen eröffnen daher - auch unter Berücksichtigung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz - weiterhin die Möglichkeiten des Missbrauchs und gefährden die notwendige Abgrenzung von Medizinalcannabis als Arzneimittel. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Patientensicherheit, da in vielen Fällen eine sorgfältige, indikationsgerechte Behandlung nicht stattfindet.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung den Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes auf den Weg gebracht, um dieser Fehlentwicklung entgegenzuwirken und gleichzeitig die Patientenversorgung zu gewährleisten. Es gilt nun, das Gesetz umzusetzen und darüber hinaus weitere Maßnahmen zu ergreifen, um einen sicheren und indikationsgerechten Umgang mit Medizinalcannabis zu erreichen.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Sorgfaltsgebot konsequent umsetzen - Medizinal-Cannabisgesetz (BT-Drs. 21/3061) nachschärfen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Dirk Altrichter, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Karl Breu, Dr. Mirko Barone, Dr. Andreas Schießl, Dr. Ulrich Schwiersch, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Georg Deichhardt und Dr. Markus Beck (Drucksache II - 12) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 begrüßt die im Gesetzentwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes ([MedCanG] BT-Drs. 21/3061 vom 03.12.2025) vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit.

Er stellt jedoch fest, dass die vorgesehenen Regelungen nicht ausreichen, um den besonderen Risiken von Medizinalcannabis im Therapieverlauf gerecht zu werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher den Deutschen Bundestag, insbesondere den Gesundheitsausschuss sowie die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Fraktionen sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), auf, im weiteren Gesetzgebungsverfahren folgende Nachbesserungen verbindlich umzusetzen:

1. Verpflichtende regelmäßige persönliche ärztliche Verlaufskontrolle
   Im Rahmen der Behandlung mit Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken ist mindestens einmal pro Quartal ein persönlicher Patienten-Arzt-Kontakt vor Ort bzw. durch einen Hausbesuch erforderlich.
2. Ausweitung des Versandverbots auf weitere Medizinalcannabis-Darreichungsformen
   Das Versandverbot ist auf sämtliche Darreichungsformen mit vergleichbarer pharmakologischer und psychoaktiver Wirkung zu erstrecken.

Begründung:

Der Gesetzentwurf (BT-Drs. 21/3061) erkennt zutreffend die besonderen Risiken von Medizinalcannabis an und verlangt für die Erstverordnung konsequent einen persönlichen Patienten-Arzt-Kontakt.

Im weiteren Therapieverlauf wird dieses Schutzniveau jedoch nicht aufrechterhalten:

Folgeverschreibungen sind ohne erneuten persönlichen Kontakt möglich, sofern innerhalb von vier Quartalen eine persönliche Konsultation erfolgt ist. Damit wird eine längerfristige Weiterbehandlung ohne regelmäßige ärztliche Untersuchung ermöglicht.

Gerade die wesentlichen Risiken der Therapie - Abhängigkeit, Dosissteigerung, psychiatrische Komplikationen und eingeschränkte Fahrtauglichkeit - entstehen im Verlauf und erfordern eine kontinuierliche persönliche ärztliche Beurteilung.

Darüber hinaus beschränkt sich das Versandverbot ausschließlich auf Cannabisblüten, obwohl andere Darreichungsformen vergleichbare Risiken aufweisen und Umgehungsmöglichkeiten eröffnen.

Zur Sicherstellung der Patientensicherheit ist daher eine konsequente und widerspruchsfreie Nachschärfung der Regelungen erforderlich.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Verschreibung von Cannabis im Rahmen kommerzieller Online-Plattformen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Doris Höpner, Dr. Christiane Qualmann, Johann Ertl, Dr. Georg Deichhardt, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Anja von Buch, Christiane Hoppe, Petra Hummel-Kunhenn, Dr. Katja Tritzschler und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache II - 19) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 lehnt die ärztliche Verordnung von Medizinalcannabis außerhalb eines persönlichen Patienten-Arzt-Kontaktes über Online-Portale ab.

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, berufsrechtliche Verstöße nach § 7 Abs. 4 (Muster-)Berufsordnung (MBO) zu ahnden. Danach ist eine ausschließliche Behandlung oder Beratung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird. Der Gesetzgeber wird außerdem aufgefordert, die Rechtslage nachzubessern, damit ein klarer Patienten-Arzt-Bezug als Grundvoraussetzung auch bei der Verschreibung von Cannabis gegeben ist.

Begründung:

In zunehmendem Umfang vermitteln kommerzielle Online-Plattformen Patientinnen und Patienten Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel der Verschreibung von medizinischem Cannabis. Ärztinnen und Ärzte arbeiten hierbei teilweise gegen Honorar für diese Anbieter und führen mit den Patientinnen und Patienten lediglich kurze telefonische oder telemedizinische Konsultationen durch.

Im Anschluss erfolgt häufig die Ausstellung eines Rezepts für medizinisches Cannabis, ohne dass eine ausreichende ärztliche Kenntnis der Patientinnen und Patienten, ihrer Krankengeschichte oder der bisherigen Therapie vorliegt. Eine umfassende Anamnese, Diagnostik und therapeutische Einordnung sind unter solchen Bedingungen vielfach nicht gewährleistet.

Diese Praxis wirft erhebliche berufsrechtliche Fragen auf. Ärztliche Verordnungen müssen auf einer sorgfältigen ärztlichen Prüfung der Indikation und einer verantwortlichen Therapieentscheidung beruhen. Werden ärztliche Leistungen im Rahmen kommerzieller Plattformmodelle im Wesentlichen auf die Ausstellung eines Rezepts reduziert, kann dies

mit den ärztlichen Berufspflichten unvereinbar sein. Die berufsrechtliche Verantwortung liegt hierbei bei den jeweils handelnden Ärztinnen und Ärzten. Daher ist eine klare Positionierung der Bundesärztekammer erforderlich, dass entsprechende Praktiken berufsrechtlich überprüft werden und gegebenenfalls Konsequenzen für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte haben können.

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Tabak und Nikotinprodukte

II - 14	Tabakkontrolle
II - 05	Vollständiges Verbot von Aromastoffen in E-Zigaretten
II - 17	Kinder- und Jugendschutz
II - 07	Umfassendes Verbot von Werbung für E-Zigaretten, Vapes, Liquids, Nikotinkissen und Baller Liquids und des Online-Verkaufs sowie des Verkaufs in Automaten; "Vorbeugen ist besser als reparieren!"

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Tabakkontrolle

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache II - 14) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die zuständigen Gesetzgeber, Ministerien und Behörden in Bund und Ländern auf, umgehend wirksame Maßnahmen zur Stärkung der Tabakkontrolle zu ergreifen und dabei insbesondere die nachfolgenden Forderungen in konkrete Gesetz- und Verordnungsvorhaben zu überführen:

- Vollständige Werbeverbote
  Jegliche Werbung für Tabakprodukte, E-Zigaretten, Tabakerhitzer und verwandte Erzeugnisse ist unverzüglich und vollständig zu verbieten, einschließlich digitaler Medien, Sponsoring und Product-Placement. Bestehende Ausnahmen im deutschen Recht sind zu streichen.
- Deutliche Steuererhöhungen
  Die Tabaksteuer sowie die Steuer auf Nikotinprodukte und E-Zigaretten-Liquids sind signifikant und regelmäßig anzuheben, um den Konsum preislich unattraktiv zu machen. Steuereinnahmen sind anteilig für Prävention und Entwöhnungsprogramme einzusetzen.
- Neutrale Verpackung (Plain Packaging)
  Alle Tabakprodukte und E-Zigaretten sind bundesweit in einheitlicher, neutraler Verpackung ohne Markenlogos oder attraktive Gestaltungselemente anzubieten. Großflächige Warnhinweise sind beizubehalten und auszuweiten.
- Strengere Alterskontrollen
  Alterskontrollen beim Kauf von Tabak- und Nikotinprodukten, einschließlich des Online-Handels, sind wirksam durchzusetzen. Verstöße sind konsequent zu sanktionieren. Der Verkauf über Automaten ohne zuverlässige Altersprüfung ist zu untersagen.
- Erstattung von Entwöhnungsprogrammen
  Frühzeitige evidenzbasierte Tabakentwöhnungsmaßnahmen - ärztliche Kurzberatung, strukturierte Gruppentherapien, pharmakologische Unterstützung - helfen, Kosten für spätere Diagnostik und Therapie von einer Vielzahl von "Raucher"-Erkrankungen zu vermeiden.

Begründung:

Tabakkonsum bleibt eine der führenden vermeidbaren Todesursachen in Deutschland. Gleichzeitig senken E-Zigaretten und verwandte Produkte die Eintrittsschwelle für den Nikotinkonsum, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, erheblich.

International zeigen die Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte deutlich, welche Maßnahmen wirksam Raucherprävalenzen senken und tabakassoziierte Erkrankungen reduzieren. Länder mit effektiver Tabakkontrolle haben gemeinsame Merkmale: Sie verfolgen konsequente, langfristige und rechtlich verbindliche Strategien zur Tabakprävention und -entwöhnung.

Im Einzelnen zeichnen sie sich durch folgende Instrumente aus:

- Vollständige Werbeverbote, auch im digitalen Raum
- Deutlich höhere Tabaksteuern im europäischen Vergleich
- Neutrale Verpackung (Plain Packaging)
- Konsequente Rauchverbote im öffentlichen Raum, in der Gastronomie und an Arbeitsplätzen
- Langfristige nationale Ausstiegsstrategien (Tobacco-Endgame-Ansätze) mit konkreten Zieldaten für eine rauchfreie Gesellschaft

Deutschland weist im europäischen Vergleich nach wie vor eine der höchsten Raucherprävalenzen auf. Maßgebliche Ursachen sind die im Vergleich zu den genannten Vorbildländern später eingeführten und weniger konsequent umgesetzten Regulierungsmaßnahmen:

- Werbeverbote wurden später und mit mehr Ausnahmen eingeführt
- Tabaksteuern liegen trotz zuletzt erfolgter Anhebungen weiterhin unter dem Niveau von z. B. Finnland, Irland und dem Vereinigten Königreich
- Neutrale Verpackungen wurden noch nicht eingeführt
- Rauchverbote im öffentlichen Raum werden uneinheitlich umgesetzt und durchgesetzt
- Eine nationale Tobacco-Endgame-Strategie fehlt bislang
- Tabakentwöhnung ist keine erstattete Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Rauchen verursacht in Deutschland jährlich rund 120.000 bis 140.000 vorzeitige Todesfälle. Die gesamtgesellschaftlichen Kosten durch tabakassoziierte Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD, Malignome, belaufen sich auf mehrere Milliarden Euro pro Jahr. Gleichzeitig bedrohen Nikotinprodukte der neuen Generation (E-Zigaretten, Tabakerhitzer, Nikotinbeutel) besonders junge Menschen: Studien belegen, dass diese Produkte als Einstieg in den Nikotinkonsum wirken und langfristig die Raucherquoten erhöhen.

Als Ärzteschaft tragen wir Verantwortung für die öffentliche Gesundheit. Es ist unsere Pflicht, gegenüber der Politik klar zu benennen, welche Maßnahmen wissenschaftlich belegt wirksam sind und deren Umsetzung einzufordern. Die vorliegenden Forderungen orientieren sich an evidenzbasierten Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) und den erprobten Maßnahmen der genannten Vorbildländer.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Vollständiges Verbot von Aromastoffen in E-Zigaretten

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 05) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, Aromastoffe in E-Zigaretten zum Schutz von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verbieten.

Bis entsprechende gesetzliche Regelungen dazu getroffen sind, fordert der 130. Deutsche Ärztetag das Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (BMLEH) auf, sich in einem ersten Schritt für das zügige Inkrafttreten und die anschließende Umsetzung der Fünften Verordnung zur Änderung der Tabakerzeugnisverordnung (5. ÄndV TabakerzV) einzusetzen.

Begründung:

E-Zigaretten werden vor allem von Jugendlichen und jungen Erwachsenen genutzt. Unter Jugendlichen lag die Prävalenz von Einweg-E-Zigaretten laut Drogenaffinitätsstudie im Jahr 2023 bei 6,7 Prozent, bei jungen Erwachsenen bei 12,0 Prozent.

Der Konsum von E-Zigaretten ist jedoch aufgrund des enthaltenen Nikotins sowie aufgrund krebserzeugender Substanzen wie Formaldehyd, Acetaldehyd und des zelltoxischen Acroleins, die beim Erhitzen entstehen, nachweislich mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Zudem greifen die enthaltenen Substanzen die Atemorgane sowie das Herz-Kreislauf-System an und beeinträchtigen das Immunsystem. Ferner ist das Risiko, im weiteren Verlauf auf Tabakzigaretten umzusteigen, bei jungen E-Zigaretten-Konsumierenden bis zu dreimal höher im Vergleich zu denen, die nie E-Zigaretten konsumiert haben. Auch kommt es häufig zu Dual Use, der ein zusätzliches Risiko für die Gesundheit birgt.

Aromastoffe erhöhen dabei gezielt die Attraktivität von E-Zigaretten für junge Konsumentinnen und Konsumenten. Insbesondere süße und fruchtige Aromen sprechen junge Menschen an und fördern eine frühe Gewöhnung sowie Nikotinabhängigkeit. Nach Angaben des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) sowie relevanter medizinischer Fachgesellschaften sind Zusätze wie Aroma- und sogenannte Kühlstoffe wie Menthol

selbst gesundheitsschädigend und tragen zur Ausbildung sowie Aufrechterhaltung einer Nikotinabhängigkeit bei.

Neben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben auch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) gemeinsam in einem breiten Bündnis medizinisch-wissenschaftlicher Organisationen und Fachgesellschaften sowie der 129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig bereits ein Verbot von Aromastoffen in E-Zigaretten gefordert.

Der Entwurf einer Fünften Verordnung zur Änderung der TabakerzV sieht vor, dass insgesamt 13 gesundheitlich bedenkliche Aroma- und Kühlstoffe wie Menthol in E-Zigaretten verboten werden. Dies kann jedoch nur ein erster Schritt sein; Ziel muss das Verbot aller Aromastoffe sein, denn aktuelle Untersuchungen aus den Niederlanden zeigen, dass dies zu einer deutlichen Abnahme des Konsums von E-Zigaretten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen führt.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Kinder- und Jugendschutz

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Gerald Quitterer, Petra Hummel-Kunhenn, Dr. Jonas Frédéric Fröhlich, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Katja Tritzschler, Johann Ertl, Dr. Christine Schroth der Zweite, Christiane Hoppe und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache II - 17) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, ein bundesweites Verbot von Einweg-E-Zigaretten (sogenannten "Disposable Vapes") zeitnah umzusetzen.

Begründung:

1. Medizinische Gründe - insbesondere im Kinder- und Jugendschutz:

Einweg-E-Zigaretten stellen ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar, vor allem für Kinder und Jugendliche:

- Sie enthalten häufig hohe Nikotinkonzentrationen (oft in Form von Nikotinsalzen), die eine rasche und ausgeprägte Abhängigkeitsentwicklung begünstigen.
- Nikotin wirkt neurotoxisch auf das sich noch entwickelnde Gehirn junger Menschen und kann langfristige Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Lernfähigkeit verursachen.
- Das Inhalationsaerosol reizt die Atemwege und kann entzündliche Prozesse in der Lunge fördern; bei Jugendlichen mit Asthma oder erhöhter Infektanfälligkeit bestehen besondere Risiken.
- Frühzeitige Nikotinexposition belastet Herz-Kreislauf-Regulationsmechanismen und kann die Grundlage für spätere chronische Erkrankungen legen.
- Einweg-E-Zigaretten fungieren aufgrund ihrer niedrigen Einstiegshürde, süßer Aromatisierung und diskreten Nutzungsmöglichkeit als "Einstiegsprodukt" in weitere Nikotin- und Suchterkrankungen. Aus ärztlicher Sicht widerspricht die breite Verfügbarkeit dieser Produkte klar dem präventiven Gesundheitsauftrag sowie dem Schutzauftrag gegenüber Minderjährigen.

2. Ökologische Gründe:

Neben den gesundheitlichen Aspekten sind Einweg-E-Zigaretten ökologisch nicht vertretbar:

- Jedes Einweg-Vape enthält einen Lithium-Akku, Elektronikbauteile und ein Kunststoffgehäuse und stellt damit problematischen Elektroschrott dar.
- Die Geräte werden nach sehr kurzer Nutzungsdauer entsorgt; Recycling ist aufgrund der verklebten Bauweise kaum möglich.
- Wertvolle Ressourcen wie Lithium, Kupfer und Kunststoffe werden für kurzlebige Wegwerfprodukte verbraucht.
- Falsch entsorgte Akkus erhöhen das Brandrisiko in Abfallwirtschaftsbetrieben und belasten Umwelt und Kommunen zusätzlich. Damit stehen Einweg-E-Zigaretten in direktem Widerspruch zu den nationalen Nachhaltigkeits- und Ressourcenschutzzielen.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Umfassendes Verbot von Werbung für E-Zigaretten, Vapes, Liquids, Nikotinkissen und Baller Liquids und des Online-Verkaufs sowie des Verkaufs in Automaten; "Vorbeugen ist besser als reparieren!"

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Sophia Blankenhorn, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Jürgen de Laporte (Drucksache II - 07) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, sich für die Einführung eines umfassenden Verbots von Werbung (Internet, soziale Medien, Plakaten am Verkaufsort...), des Online-Verkaufs und des Verkaufs in Automaten von E-Zigaretten in Deutschland einzusetzen. Der Grundsatz "Vorbeugen statt reparieren!" muss im Gesundheitswesen konsequent umgesetzt werden, um die Gesundheit der Bevölkerung - insbesondere von Kindern und Jugendlichen - nachhaltig zu schützen. Präventive Maßnahmen auf der Ebene der Verhaltens- und Verhältnisprävention (Stärkung der Prävention) sind hierfür unverzichtbar.

Begründung:

Millionen Deutsche rauchen E-Zigaretten, vorwiegend unter jungen Leuten stehen Vapes hoch im Kurs. Viele glauben, dass diese Form des Konsums relativ sicher sei und kein höheres Krebsrisiko berge.

E-Zigaretten sind kein harmloses Konsumgut. Wissenschaftliche Studien belegen, dass sie gesundheitsschädlich sind, ein hohes Suchtpotenzial besitzen und als Einstiegsdroge für herkömmliche Tabakprodukte wirken können. Besonders gefährdet sind Jugendliche, deren Gehirnentwicklung durch Nikotinkonsum nachhaltig beeinträchtigt werden kann. Das Vapen führt zu DNA-Schäden in Lunge und Mundhöhle. In E-Zigaretten finden sich zahlreiche gesichert krebserzeugende Substanzen: Nitrosamine, flüchtige organische Verbindungen wie Formaldehyd sowie Schwermetalle aus den Heizelementen. Der Verkauf von Vape-Produkten wird durch die Vielzahl der verfügbaren Aromen wie Mango, Vanille, Cola oder Chocolate Brownie gefördert, die insbesondere Jugendliche ansprechen. Deutschland geht bislang auffällig sorglos mit E-Zigaretten um. Das farbenfrohe Design der (Einweg-)E-Zigaretten spricht insbesondere Kinder und Jugendliche an. Kinder lernen schon früh, wie man Verkaufsautomaten bedient. Und wenn sie einen solchen Automaten

benutzen, kommen sie mit den E-Zigaretten in Kontakt. Diese Art von Marketing lockt wahrscheinlich neue Kunden an und sollte verboten werden, um junge Menschen vom Konsum von E-Zigaretten abzuhalten. Mehrere Länder haben bereits umfassende Werbeverbote für E-Zigaretten eingeführt, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen. Ein vollständiges Verbot der Werbung sowie eine Verkaufsbeschränkung dieser Substanzen wäre im Sinne einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik. Die Bundesregierung sollte die Prävention stärken: Ausbau von Aufklärungskampagnen, die über die Risiken von E-Zigaretten informieren, insbesondere in Schulen und Jugendeinrichtungen. Gleichzeitig den Ausbau eines Beratungsangebots sowie leicht zugängliche Hilfen anbieten.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Alkohol

II - 15 Kein Alkohol für Minderjährige

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Kein Alkohol für Minderjährige

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Charlotte Hillmann, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Florian Gerheuser und Dr. Hans-Otto Bürger (Drucksache II - 15) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Bundesgesetzgeber dazu auf, das "begleitete Trinken", also den Alkoholkonsum von Jugendlichen zwischen 14 und 16 Jahren, abzuschaffen und das Mindestalter für Kauf und Konsum von Alkohol auf 18 Jahre zu erhöhen.

Begründung:

Die Gesundheitsrisiken für Heranwachsende durch den Konsum von Alkohol sind klar belegt. Hierzu gehören psychische Erkrankungen wie Alkoholsucht, Ängste, Depressionen sowie Einflüsse auf die Hirnentwicklung und das Risikoverhalten.

Die Vorstellung, dass Eltern die Gesundheitsgefahren des Alkoholgenusses ihrer Kinder dadurch kontrollieren können, dass sie die Kinder unter ihrer Aufsicht Alkohol konsumieren lassen, ist durch nichts belegt. Vielmehr normalisiert diese Vorstellung das falsche Bild des Suchtmittels Alkohol; eine Regelung analog der anderen Suchtmittel ist überfällig.

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Substitution

II - 16 Umfassende Maßnahmen zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung
II - 28 Verbesserung der Versorgung opioidabhängiger Menschen

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Umfassende Maßnahmen zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Paula Hezler-Rusch, Christa Bartels, Dr. Sophia Blankenhorn, Benjamin Breckwoldt, Dr. Matthias Fabian, Markus Haist, Daniela-Ursula Ibach, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Frank Joachim Reuther, Dr. Markus Sandrock, Dr. Christoph von Ascheraden und Dr. Hans-Otto Bürger (Drucksache II - 16) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Selbstverwaltung auf, wie vom Bundesrechnungshof in seiner Stellungnahme vom 28.04.2026 gerügt, wirksame Maßnahmen und Rahmensetzungen zur finanziellen und organisatorischen Verbesserung der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Menschen zu ergreifen. Dazu zählen insbesondere:

- Entlastung und Entstigmatisierung der Praxen und Ambulanzen durch Abbau bürokratischer Vorgaben. Dazu zählen der Entfall der durch G-BA-Beschluss seit Jahrzehnten durchzuführenden anlassunabhängigen hohen Zahl von in den Praxen und Ambulanzen aufwendig zu bearbeitenden Stichprobenprüfungen.
- Einrichtung der videogestützten Substitution über Modellprojekte hinaus und damit verbesserte wohnortnahe Substitution.
- Finanzielle Sicherung der Substitution mit Berücksichtigung der erforderlichen psychosozialen Begleitmaßnahmen wie therapeutischer Gespräche und sozialmedizinischer Begleitung.
- Beauftragung der Krankenkassen, die bundesweite Finanzierung des Sichtbezugs in Apotheken zu regeln.
- Wie vom Bundesrechnungshof auch gefordert, Regelungen in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu flexibilisieren.
- Finanzierung der Naloxonbehandlung für Suchthilfeeinrichtungen.

Begründung:

Die Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Erkrankung. Die unzureichende Versorgung dieser Patientengruppe und dadurch hohe Folgekosten auslösend, ist vom Bundesrechnungshof jüngst gerügt worden. Das BMG hat die Möglichkeit, über Rahmensetzungen und Einbindung der Player in der medizinischen Versorgung wie der

Krankenkassen, der Kliniken, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Versorgungssituation zu verbessern.

Die Anzahl substituierender Ärztinnen und Ärzte sinkt weiter, der Altersdurchschnitt ist hoch. Die Hälfte der opioidabhängigen Patientinnen und Patienten ist nicht versorgt. Eklatant ist die Unterversorgung auf dem Land. Weite Anfahrtswege zur Substitution sind mit einer Berufstätigkeit kaum vereinbar, Fahrtkosten können die Betroffenen kaum bestreiten. Dies fördert Konzentrationsprozesse dieser Patientengruppe und Verelendung in den großen Städten.

Bei guter Versorgung sehen wir, dass über 60 Prozent der substituierten Patientinnen und Patienten auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sein können und damit ein steuerpflichtiges Einkommen erwirtschaften.

Maßnahmen zu Entbürokratisierung und Entstigmatisierung dieser hochwirksamen Behandlungsform wurden bereits auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in einem an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesenen Antrag gefordert.

Substitution ist nicht allein Vergabe eines Medikaments, sondern bedarf bei oft psychisch und somatisch multimorbiden Patienten einer ganzheitlichen Versorgung mit somatischer Behandlung, psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und sozialer Betreuungsmaßnahmen. Angezeigt ist die Einrichtung von Housing-First-Projekten und Supported Employment.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Verbesserung der Versorgung opioidabhängiger Menschen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sabine Köhler, Dr. Martin Eichenlaub, Christa Bartels, Dr. Heidemarie Lux und PD Dr. Kirsten Jung (Drucksache II - 28) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert, die medizinische Versorgungssituation für Menschen mit Opioidabhängigkeit zu verbessern und ihnen ein adäquates Behandlungsangebot bereitzustellen. Dafür müssen geeignete Strukturen geschaffen werden, die sowohl einen niedrigschwelligen Zugang der Patientinnen und Patienten zur indizierten Behandlung als auch geschützte Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte sichern.

Begründung:

Das aktuelle Angebot für eine Substitutionstherapie ist in Deutschland nicht ausreichend. Die Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sinkt seit Jahren, entsprechend ist die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten rückläufig. Angesichts der Tatsache, dass diese Therapieform nachgewiesenermaßen der wirksamste Weg ist, um Opioidabhängige zu behandeln, ist dies ein gravierendes Problem. Betroffen sind sowohl die Abhängigkeitserkrankten selbst als auch die Gesellschaft, die die Folgekosten der Nicht-Behandlung in vielschichtiger Form zu tragen hat.

Die Dringlichkeit dieses Antrags ergibt sich aus der prekären Versorgungslage:

1. Demografischer Kollaps der Behandlungsstruktur: In Deutschland sind aktuell laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 57 Prozent der substituierenden Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt, davon 41 Ärztinnen und Ärzte über 80 Jahre. Ohne eine deutliche Attraktivitätssteigerung und eine fachlich fundierte Aufwertung des Gebiets bricht das System der Substitution in den nächsten fünf bis zehn Jahren flächendeckend zusammen.
2. Versorgungslücken und Lebensgefahr: Bereits in der aktuellen Versorgungssituation zeigt sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen Bedarf und verfügbaren Kapazitäten. Die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten sinkt seit 2023 bereits kontinuierlich ab. Da es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine chronische, potenziell

tödlich verlaufende Erkrankung handelt, führt eine unzureichende Versorgungsdichte unmittelbar zu einer erhöhten Mortalitätsrate und einer Zunahme schwerwiegender gesundheitlicher Komplikationen (z. B. Infektionskrankheiten, Notfalleinweisungen). Die Sicherstellung des rechtzeitigen Zugangs zur Substitution ist daher eine essenzielle Maßnahme der Risikominimierung und der staatlichen Daseinsvorsorge. Gleichzeitig entstehen hohe Folgekosten für die Gesellschaft, worauf zuletzt u. a. der Bundesrechnungshof explizit hingewiesen hat.

3. Bedarf an Strukturüberlegungen: Es braucht zeitnahe Überlegungen, wie die besondere Versorgungsorganisation für eine niedrigschwellige Substitutionsbehandlung modifiziert werden kann, um den Bedarf an Angeboten zu decken. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass substituierende Ärztinnen und Ärzte die Tätigkeit in einer sicheren Umgebung durchführen können. Hierfür sollte der Einbezug von z. B. Gesundheitsämtern und anderen Einrichtungen der kommunalen Daseinsfürsorge geprüft werden. Aktuell ist die Versorgung an den Praxisort gebunden und dort sind die Anforderungen an die Substitutionsversorgung mit strengen Sicherungsvorkehrungen schwierig zu realisieren.
4. Qualität durch Kompetenz: Um neue Kolleginnen und Kollegen für dieses Therapieverfahren zu gewinnen, muss die Substitution im Rahmen einer umfassenderen suchtmedizinischen Fort- und Weiterbildung stärker vermittelt werden.
5. Zunahme an Behandlungsbedarf: Aktuell sind auf dem globalen Drogenmarkt erhebliche Verschiebungen hin zu hochpotenteren synthetischen Opioiden zu beobachten. Auch in Deutschland verdichten sich entsprechende Hinweise. Im Zuge dessen ist mit einem verstärkten und niedrigschwellig verfügbaren Behandlungsbedarf zu rechnen - der unbedingt auch ein stabiles und flächendeckend vorhandenes Netz an Substitutionsangeboten umfasst.

Es ist daher essenziell, die Substitutionstherapie durch ein multimodales Konzept aus Bildung, Vermittlung und Vergütung zu stützen.

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Medienkonsum

II - 03	Sichere soziale Medien für Kinder und Jugendliche bedeuten altersgerechte Risikominimierung und Medienkompetenzförderung
II - 18	Problematisches Medienverhalten reduzieren - Sucht vermeiden

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Sichere soziale Medien für Kinder und Jugendliche bedeuten altersgerechte Risikominimierung und Medienkompetenzförderung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 03) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 sieht mit großer Besorgnis die gesundheitlichen Risiken bis hin zur Mediensucht, die mit einer problematischen Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche einhergehen, und begrüßt daher die öffentliche Debatte um eine stärkere Regulierung.

Aus Sicht des 130. Deutschen Ärztetages bedarf es einer altersdifferenzierten Regelung. Insbesondere sind die besonders vulnerablen jüngeren Jugendlichen bis zum Alter von 16 Jahren durch ein Nutzungsverbot sozialer Medien und dessen konsequenter Überprüfung zu schützen.

Außerdem müssen Plattformbetreiber verpflichtet werden, einen wirksamen Schutz Jugendlicher vor suchtfördernden algorithmischen Verstärkungen, gefährdenden Inhalten, Cybermobbing und Grooming zu gewährleisten.

Es darf jedoch nicht darum gehen, Minderjährige von der digitalen Teilhabe und Bildung auszuschließen. Ziel muss vielmehr eine dem Entwicklungsstand angemessene Befähigung zur Nutzung sozialer Medien sein. Dies erfordert auch die Unterstützung der verantwortlichen Sorgeberechtigten und der Bildungseinrichtungen.

Begründung:

Im Zuge der COVID-19-Pandemie erfolgte eine deutliche Zunahme der Nutzungszeiten sozialer Medien sowie problematischer Nutzungsmuster. Auch nach der Pandemie ist der Lebensalltag von Kindern und Jugendlichen durch die zunehmende Digitalisierung und einen starken Einfluss sozialer Medien, insbesondere auch sozialer Plattformen geprägt.

Gemäß einer Studie von DAK und Deutschem Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) wiesen 2024 über 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren eine riskante Mediennutzung auf, 4,7 Prozent gelten als

mediensüchtig. Jungen sind mit sechs Prozent fast doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (3,2 Prozent). Hinzu kommen hohe Werte beim Gaming, Streaming und sog. "Phubbing" (unangemessene Nutzung des Smartphones in sozialen Situationen) (DAK-Suchtstudie: Millionen Kinder haben Probleme durch Medienkonsum).

Mit einem problematischen Medienkonsum erhöht sich das Risiko für Depressionen, Angstzustände, Einsamkeit, schulische Schwierigkeiten, Probleme mit dem eigenen Körperbild und Schlafstörungen. Dies betrifft insbesondere die für die Identitätsbildung und die Entwicklung des Selbstwertgefühls kritische Lebensphase von 10 bis 14 Jahren. Hinzu kommt die Gefahr der Entwicklung einer Mediensucht mit den typischen Merkmalen wie Kontrollverlust über die Nutzung, Priorisierung digitaler Aktivitäten gegenüber anderen Lebensbereichen und der fortgesetzten Nutzung trotz negativer Konsequenzen. Neben den negativen Auswirkungen auf die mentale Gesundheit gehen hohe Nutzungszeiten zudem mit fehlender Bewegung und einem ungesunden Essverhalten sowie den hieraus resultierenden Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit einher. Bereits bei Kindern zeigen sich Haltungsschäden durch zu viel und falsches Sitzen.

Auf der anderen Seite finden der Meinungs- und Informationsaustausch sowie die Informationsbeschaffung auch bei Kindern und Jugendlichen zunehmend im digitalen Raum statt. Zudem geht die Nutzung sozialer Medien auch mit positiven Effekten wie sozialer Unterstützung oder Peer-Verbundenheit einher und ist somit für die Persönlichkeitsentwicklung und das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen wichtig. Von daher sollte die Nutzung ab einem bestimmten Alter schrittweise ermöglicht werden.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Problematisches Medienverhalten reduzieren - Sucht vermeiden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Charlotte Hillmann, Dr. Gerald Quitterer, Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Innokentij Jurastow, Dr. Christian Messer, Dr. Matthias Albrecht, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Dirk Altrichter und Dr. Mirko Barone (Drucksache II - 18) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 sieht zunehmende gesundheitliche Risiken durch das Mediennutzungsverhalten von Kindern und Jugendlichen sowie von Erwachsenen.

Erwachsene ebenso wie Kinder und Jugendliche verbringen täglich viele Stunden mit audiovisuellen Medien. Die Übergänge zwischen unproblematischem, problematischem und suchtähnlichem Medienverhalten sind dabei häufig fließend. Problematisches Medienverhalten ist in der Regel kein Zufall, sondern Ergebnis von Plattform-Algorithmen und Funktionen, die gezielt Aufmerksamkeit binden und die Nutzungsdauer maximieren. Das gilt für soziale Medien ebenso wie für Streaming- und Gaming-Plattformen sowie für digitale Fernsehinhalte.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die verantwortlichen Ministerien, den Bundesgesetzgeber, den unionalen Gesetzgeber und die zuständigen Aufsichtsbehörden dazu auf, dafür Sorge zu tragen, dass

- risikoreiche Funktionen wie Autoplay, algorithmisch kuratierte Endlos-Feeds und personalisierte Vorschläge, die gezielt zum Weitersehen oder -scrollen anregen, reguliert werden oder für Minderjährige deaktiviert sind.
- Systeme, die nachweislich das Nutzungsverhalten in Richtung exzessiver Nutzung lenken, regelmäßig durch die Aufsichtsbehörden überprüft werden müssen - unabhängig davon, ob es sich um soziale Medien, Gaming-Plattformen oder Streaming-Dienste handelt. Hierzu gehören unabhängige Risikoaudits, Transparenzpflichten für Empfehlungssysteme und wirksame Sanktionsmöglichkeiten.
- Betreiber stärker in die Pflicht genommen werden, ihre Plattformen so umzugestalten, dass digitale Nutzung wieder stärker von bewussten Entscheidungen geprägt ist und weniger von automatisierten Fortsetzungsschleifen. Dazu gehören auch verpflichtende Nutzungsunterbrechungen ("Take a Break"-Design). Digitale Plattformen müssen nach dem Prinzip "Safety by Design" gestaltet werden. Wie in anderen Bereichen des Verbraucherschutzes darf digitale Produktgestaltung nicht gezielt gesundheitsriskantes

Verhalten fördern.

- Verbraucherinnen und Verbraucher schnelle und kompetente Hilfsangebote erhalten, wenn ihnen verstörende Inhalte angezeigt werden oder sie gar Gewalt im digitalen Raum erfahren. In erster Linie sind Betreiber in der Verantwortung, Meldewege vorzuhalten, die eine schnelle und konsequente Adressierung sicherstellen. Diese Angebote müssen von unabhängigen Hilfsangeboten flankiert werden. Bund und Länder müssen für solche Hilfsangebote finanzielle Mittel bereitstellen. Hilfsangebote müssen altersgerecht angepasst sein; Peer-Strukturen sollen gefördert werden.
- bestehende Präventions- und Schulungsangebote des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) um zielgruppengerechtes Material für Erwachsene erweitert werden. Prävention und Medienkompetenz bleiben wichtig, reichen allein jedoch nicht aus, solange digitale Angebote systematisch auf maximale Verweildauer und Interaktion ausgerichtet sind.

Begründung:

Wichtigste Zielgruppe von Prävention und Regulierung schädlichen Nutzungsverhaltens sind Kinder und Jugendliche. Der gesundheitliche Schaden in dieser Gruppe ist besonders gut belegt, und die Anzahl gesunder Lebensjahre, die durch Prävention gewonnen werden kann, ist hier am größten. Problematische Mediennutzung kann mit Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, psychischer Belastung, sozialem Rückzug sowie einem Kontrollverlust über das eigene Nutzungsverhalten einhergehen. Gleichwohl betrifft problematische Mediennutzung die gesamte Gesellschaft und muss daher auch in allen Altersgruppen zielgruppengerecht adressiert werden.

Die ARD/ZDF-Medienstudie 2025 weist tägliche Video-Nutzungszeiten von 160 bis 206 Minuten, Nutzungszeiten für mediales Internet von 95 bis 265 Minuten sowie eine Gesamtmediennutzungszeit von 344 bis 416 Minuten pro Tag aus. Zur Videonutzung zählt auch das lineare Fernsehen; die Spitzennutzungsgruppe sind Menschen über 50. Das "mediale Internet" umfasst soziale Medien, Chats, Shopping, Surfen, Online-Spiele, Mediatheken, Musik und Online-Texte. Hier weist die Gruppe der 14- bis 29-Jährigen die höchsten Nutzungszeiten auf. Die VAUNET-Mediennutzungsanalyse 2024 dokumentiert für 14- bis 59-Jährige eine tägliche Bewegtbildnutzung von durchschnittlich 5 Stunden und 25 Minuten, davon 188 Minuten Fernsehen, 98 Minuten Online-Video und 37 Minuten Videospiele. Die parallele Nutzung mehrerer Medienangebote - etwa Smartphone und Fernsehen zugleich - sowie die ständige digitale Erreichbarkeit im beruflichen und privaten Kontext gehören längst zum Alltag vieler Menschen. Auch Schulen stehen in einem Spannungsfeld: Einerseits sollen sie Medienkompetenz vermitteln und digitale Endgeräte für den Unterricht nutzen, andererseits die Smartphone-Nutzung auf dem Schulgelände begrenzen bzw. verhindern.

Mit der Vielfalt digitaler Medien gehen unterschiedliche Nutzungsmechanismen und

gesundheitliche Risiken einher. Problematische Nutzungsmuster und suchtähnliche Verhaltensweisen resultieren nicht nur durch lange Nutzungszeiten, sondern auch durch parallele Mediennutzung, ständige Verfügbarkeit und eine auf Dauerbindung ausgerichtete Plattformgestaltung. Empfehlungsalgorithmen, personalisierte Startseiten und Funktionen wie Autoplay verlängern die Nutzung häufig ohne bewusste Entscheidung der Nutzerinnen und Nutzer. Diese Systeme sind nicht primär auf Information oder Wohlbefinden ausgerichtet, sondern auf maximale Verweildauer und Interaktion.

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Sicherstellung der Finanzierung

II - 24 Sicherstellung der stationären suchtspezifischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen - Strukturelle Unterfinanzierung beenden

II - 25 Suchtberatungsstellen finanziell stärken

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Sicherstellung der stationären suchtspezifischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen - Strukturelle Unterfinanzierung beenden

Beschluss

Auf Antrag von Sylvia Ottmüller, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Dietmar Klass, Hans-Martin Wollenberg, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Melanie Rubenbauer und Dr. Matthias Fabian (Drucksache II - 24) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Bundesgesetzgeber und die Landesgesetzgeber nachdrücklich auf, die Rahmenbedingungen für die stationäre Suchtmedizin im Kindes- und Jugendalter so zu gestalten, dass eine bedarfsgerechte und wirtschaftlich tragfähige Versorgung dauerhaft gesichert ist.

Begründung:

Am Beispiel einer aktuell existenzbedrohten Fachklinik für Kinder und Jugendliche wird deutlich, dass das derzeitige Finanzierungssystem die medizinischen und therapeutischen Realitäten nicht mehr abbildet.

Die Tagessätze für spezialisierte pädiatrische Suchteinrichtungen müssen bundesweit so kalkuliert werden, dass sie die notwendigen hohen personellen und therapeutischen Mindeststandards (insbesondere engmaschige medizinische und psychotherapeutische Betreuung) vollumfänglich decken.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Suchtberatungsstellen finanziell stärken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Dr. Sabine Köhler, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Paula Hezler-Rusch und Christa Bartels (Drucksache II - 25) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, Suchtberatungsstellen ausreichend gut zu finanzieren.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte sind bei der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen auf eine gute Infrastruktur von Suchtberatungsstellen angewiesen. Sie leisten einen wertvollen Beitrag, indem sie Betroffene häufig erst für eine sinnvolle Krankenbehandlung nach SGB V zugänglich und geeignet machen. Die Bereitstellung dieser Infrastruktur ist Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge und vollständig aus dem Sozialhaushalt zu finanzieren.

TOP II Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung

Ärztliche Ausbildung

II - 08 Vermittlung des Themas Sucht in der Ausbildung

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Vermittlung des Themas Sucht in der Ausbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Ulrich Schwiersch, Dr. Georg Deichhardt, Dr. Mirko Barone, Alexander Fuchs, Dr. Karl Breu, Johann Ertl, Dr. Melanie Kretschmar und Dr. Melanie Rubenbauer (Drucksache II - 08) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber und die medizinischen Fakultäten auf, für eine umfassende Eingliederung des Themas Sucht in die ärztliche Ausbildung zu sorgen.

Begründung:

Suchterkrankungen sind weiterhin stark ansteigend. Kenntnisse dazu müssen bereits in der Ausbildung vermittelt werden. Nur dadurch finden sich nach der Approbation Ärztinnen und Ärzte, die sich für diesen wichtigen Bereich der Versorgung entscheiden.

Viele somatische Erkrankungen entstehen oder werden verstärkt durch bestehende Suchterkrankungen.

Die hohe Anzahl dieser Erkrankungen in der Bevölkerung erfordert die Berücksichtigung in Forschung und Lehre.

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Kompetenz in Suchtthemen

II - 26 Aktuelles Klima- und Gesundheitswissen systematisch in schulischen Rahmenlehrplänen weiterentwickeln

TOP II **Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung**

Titel: Aktuelles Klima- und Gesundheitswissen systematisch in schulischen Rahmenlehrplänen weiterentwickeln

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Gerald Quitterer, Dr. Dirk Altrichter, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Katharina Thiede, Dr. Markus Beck, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Karl Breu, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Torben Ostendorf, Dr. Richard Lauerer, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Lydia Berendes, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Karl Amann, Dr. Ulrich Schwiersch und Dr. Jens Trögner (Drucksache II - 26) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 begrüßt, dass Gesundheitskompetenz in vielen Bundesländern bereits als fächerübergreifendes Bildungsziel in schulischen Lehrplänen verankert ist.

Vor dem Hintergrund neuer gesundheitlicher Herausforderungen fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bildungs- und Kultusministerien der Länder jedoch auf, die entsprechenden Inhalte in den bestehenden Lehrplänen weiterzuentwickeln und deren Umsetzung zu stärken. Dabei ist der nötige zeitliche Umfang in den Unterrichtsablauf einzuplanen.

Insbesondere sollen

- die Inhalte regelmäßig aktualisiert und der Bereich Prävention deutlich gestärkt werden, wozu auch die Suchtprävention gehört,
- gesundheitliche Auswirkungen des Klimawandels ("Klimawissen") systematisch berücksichtigt werden,
- eine verbindliche und wirksame Umsetzung der bestehenden Vorgaben im Schulalltag sichergestellt werden.

Die Ärzteschaft unterstützt diesen Prozess und bringt ihre fachliche Expertise in die Weiterentwicklung sowie Umsetzung geeigneter Konzepte ein.

Begründung:

Schulen sind zentrale Lebenswelten junger Menschen und bieten daher ein besonders geeignetes Setting, Gesundheitskompetenz systematisch und frühzeitig zu vermitteln.

Die vorliegenden Auswertungen zeigen, dass Gesundheitsförderung in den meisten Bundesländern bereits fächerübergreifend und über alle Jahrgangsstufen hinweg in Lehrplänen verankert ist und Themen wie Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit oder Suchtprävention adressiert werden. Gleichzeitig bestehen jedoch Unterschiede in der konkreten Ausgestaltung, Verbindlichkeit und praktischen Umsetzung.

Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der bestehenden Ansätze erforderlich. Insbesondere präventive Aspekte sollten stärker in den Fokus rücken, da frühzeitig vermittelte Gesundheitskompetenz wesentlich dazu beiträgt, Krankheitslast zu reduzieren, gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken und Ressourcen des Gesundheitswesens langfristig zu schonen.

Zudem gewinnen die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels zunehmend an Bedeutung. Themen wie Hitzebelastung, neue Infektionsrisiken oder Umweltveränderungen sollten daher systematisch in der schulischen Bildung berücksichtigt werden, um Kinder und Jugendliche zu einem kompetenten Umgang mit diesen Herausforderungen zu befähigen.

Nicht zuletzt zeigt sich, dass eine bloße Verankerung in Lehrplänen nicht ausreicht: Für eine nachhaltige Wirkung ist entscheidend, dass die Inhalte verbindlich, qualitätsgesichert und flächendeckend im Schulalltag umgesetzt werden - etwa durch geeignete Unterrichtsmaterialien, Fortbildungen für Lehrkräfte und unterstützende Programme.

Darüber hinaus unterstreichen aktuelle Umfragen, dass auch in der Bevölkerung ein hoher Bedarf und Wunsch nach frühzeitiger Vermittlung von Gesundheitswissen besteht.

TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Weitere Themen der ärztlichen Weiterbildung

Ambulante Weiterbildung
Verbundweiterbildung

TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Weitere Themen der ärztlichen Weiterbildung

Ambulante Weiterbildung

IVc - 22 Ambulante fachärztliche Weiterbildung ist der Grundstein für gelingende Ambulantisierung

TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Weitere Themen der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Ambulante fachärztliche Weiterbildung ist der Grundstein für gelingende Ambulantisierung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Mira Faßbach, Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH, Christa Bartels, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Wieland Dietrich, Sebastian Exner, Prof. Dr. Tim Knoop, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Stefan Streit, Dr. Christof Sturm, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Doreen Richardt, LL.M., Carsten Mohrhardt, Dr. Sabine Köhler, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Christine Hidas (Drucksache IVc - 22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert von Politik, Selbstverwaltung und Kostenträgern, die für eine erfolgreiche Ambulantisierung erforderlichen Ressourcen und Strukturen für die ambulante fachärztliche Weiterbildung zu stärken und verbindlich in Reformprozesse einzubeziehen.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert, dass Bund und Länder nach Maßgabe der ärztlichen Selbstverwaltung eine verlässliche und zweckgebundene Finanzierung der ambulanten Weiterbildung sicherstellen, die den tatsächlichen Aufwand der Weiterbilderinnen und Weiterbilder abbildet und die im Rahmen der Ambulantisierung erforderliche ambulante Kapazität für die fachärztlichen ambulanten Weiterbildungsabschnitte sicherstellt. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich weiterhin dafür einzusetzen, dass zukünftige Reformvorhaben (z. B. Ambulantisierung, sektorenübergreifende Versorgung, Krankenhausreform) eine verpflichtende Bewertung der Auswirkungen auf die Weiterbildung enthalten - insbesondere vor dem Hintergrund absehbarer Verknappung von Versorgungs- und Weiterbildungsressourcen, Verlagerung von Inhalten in die ambulante Versorgung und dadurch auch zunehmend erforderlicher Verbundweiterbildung und ambulanter Weiterbildungsabschnitte.

Begründung:

Die politisch angestrebte Ambulantisierung und die parallel laufenden Strukturreformen im stationären und ambulanten Bereich verändern die Rahmenbedingungen der ärztlichen Weiterbildung grundlegend. Durch die Reduktion stationärer Kapazitäten entstehen Engpässe in der Vermittlung fachärztlicher Kompetenzen, die bislang überwiegend im Krankenhaus erworben wurden. Gleichzeitig gewinnen Verbundweiterbildung und sektorübergreifende Weiterbildungsmodelle an Bedeutung. Damit diese Modelle

funktionieren und die Facharztinhalte weiterhin vollständig abgebildet werden können, müssen ambulante Weiterbildungsstrukturen ausgebaut und verlässlich finanziert werden. Reformprozesse berücksichtigen diese Anforderungen bislang nicht ausreichend. Ohne eine systematische Weiterbildungsfolgenabschätzung drohen Qualitätsverluste, Nachwuchsprobleme und eine Gefährdung der Versorgungssicherheit. Eine gelingende Ambulantisierung setzt daher voraus, dass ambulante Weiterbildungsressourcen frühzeitig eingeplant, gestärkt und in allen Reformvorhaben verbindlich mitgedacht werden.

TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Weitere Themen der ärztlichen Weiterbildung

Verbundweiterbildung

IVc - 08 Sektorenübergreifende Weiterbildung stärken

TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Weitere Themen der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Sektorenübergreifende Weiterbildung stärken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Gisa Weißgerber, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Nadezda Jesswein, Dr. Karin Bremer, Petra Hummel-Kunhenn, Christiane Hoppe, Dr. Georg Deichhardt, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Jonas Frédéric Fröhlich, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Fabian Holbe und Wenke Burghardt (Drucksache IVc - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Landesregierungen und die Bundesregierung auf, Weiterbildungsverbünde finanziell zu unterstützen und rechtliche Hürden für flexible Weiterbildungsmodelle auszuräumen.

Begründung:

Eine qualitativ hochstehende ärztliche Weiterbildung erfordert zunehmend auch den Blick über die eigenen Fachgebietsgrenzen hinaus. In vielen Fachgebieten sind fakultative Weiterbildungsabschnitte vorgesehen.

Die Krankenhausreformen, u. a. das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG), das im April 2026 in Kraft getreten ist, führt zu einer Spezialisierung und dem Wegfall von Abteilungen in vielen Krankenhäusern. Dies wird zu der Notwendigkeit führen, ambulante Weiterbildungsangebote aufzubauen. Weiterbildungsverbünde können dazu dienen, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auch sektorenübergreifende Weiterbildung ohne Zeitverluste absolvieren.

Weiterbildungsverbünde müssen deswegen gegründet und finanziell in die Lage versetzt werden, flächendeckend Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu unterstützen. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die rechtlichen Rahmenbedingungen (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz [AÜG]) so auszugestalten, dass es zu keinen Nachteilen in der ärztlichen Weiterbildung durch Wechsel der Weiterbildungsstätten kommt.