



130. Deutscher Ärztetag in Hannover

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz steht Deutschland vor einem der umfangreichsten Sparpakete für die gesetzliche Krankenversicherung seit Jahrzehnten. Gleichzeitig stehen mit der geplanten Einführung des Primärversorgungssystems, der Neuordnung der Notfallversorgung und der praktischen Umsetzung der Krankenhausreform in den Ländern umfangreiche strukturelle Neuerungen im Gesundheitswesen bevor. Vor diesem gesundheitspolitischen Hintergrund fand der 130. Deutsche Ärztetag in Hannover statt. Welche Auswirkungen haben die Reformen auf die Versorgung? Wie verändern sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in unserem Gesundheitswesen? Wie lassen sich die Strukturen des Gesundheitswesens zukunftsfest ausgestalten? Mit diesen Fragen beschäftigte sich das Parlament der verfassten Ärzteschaft.

Zum Auftakt kritisierte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, das finanzpolitische Vorgehen der Bundesregierung scharf. Es sei „ein Affront“ für Versicherte und Beschäftigte im Gesundheitswesen, dass der Bundesfinanzminister keinerlei Bereitschaft erkennen lasse, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von milliardenschweren Belastungen durch versicherungsfremde Leistungen zu befreien. Stattdessen entziehe der Bund dem System weitere Mittel und verschärfe so die ohnehin angespannte Finanzlage zusätzlich. So werde der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds im kommenden Jahr im Saldo um

1,75 Milliarden Euro reduziert. „Das ist Haushaltskonsolidierung zulasten der Versicherten, der Patientinnen und Patienten und mittelbar auch der Beschäftigten im Gesundheitswesen“, erklärte Reinhardt. Er sprach sich für eine regelgebundene und transparente Ausgestaltung des Bundeszuschusses aus. Dieser müsse künftig konsequent an den tatsächlichen Kosten versicherungsfremder Leistungen ausgerichtet werden.

Der BÄK-Präsident unterstrich, dass Einnahmen und Ausgaben der GKV wieder in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden müssten. Im Zuge des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes werde jedoch von manchem der Eindruck erweckt, diese Aussage sei gleichbedeutend mit einer Bindung aller GKV-Ausgaben an die Entwicklung der Grundlohnrate. Das sei unzutreffend. „Wer ernsthaft an einer finanzierbaren, solidarischen Gesundheitsversorgung interessiert ist, muss Einnahmen wie Ausgaben gleichermaßen in den Blick nehmen“, so Reinhardt.

Im Beisein von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken äußerte sich Reinhardt kritisch zu zentralen Maßnahmen des aktuellen Gesetzentwurfs. So sei es widersprüchlich, bewährte Instrumente wie offene Sprechstunden und zentrale Terminvergabesysteme zwar beizu-



Bundesärztekammer-Präsident
Dr. Klaus Reinhardt

halten, ihnen zugleich aber die finanzielle Grundlage zu entziehen. Auch die geplanten Änderungen bei der Refinanzierung von Tarifierungen in Krankenhäusern sowie das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren stießen in der Praxis auf erhebliche Bedenken. Reinhardt forderte die Bundesregierung auf, den Reformprozess neu aufzusetzen und gemeinsam mit den Akteuren der Versorgung tragfähige Lösungen zu entwickeln.

Der Ärztetag forderte den Gesetzgeber in einem mit großer Mehrheit gefassten Beschluss auf, die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Sparmaßnahmen hinsichtlich ihrer Folgewirkungen für die Patientenversorgung, ihres Zusammenspiels untereinander und der Lastenverteilung auf alle Beteiligten sauber auszutarieren und zu überarbeiten. Der Ärztetag stellte klar, dass die Stabilisierung der GKV-Finzen weder zulasten der Patientenversorgung gehen noch die beruflichen Rahmenbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen verschlechtern dürfe. Eine ausschließliche Orientierung der Ausgaben an der Entwicklung der (reduzierten) Grundlohnrate greife zu kurz. Ein solidarisches Gesundheitssystem müsse seine Leistungen letztlich am medizinisch erforderlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausrichten.

BESCHLUSS DES DEUTSCHEN ÄRZTETAGES IM WORTLAUT

Zuverlässig und zukunftsfest — stabile Gesundheitsversorgung in Zeiten des Wandels

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor einem Wendepunkt. Die demografische Entwicklung, die steigende Krankheitslast und der Fachkräftemangel belasten die Versorgung massiv. Gleichzeitig nehmen Patientinnen und Patienten insbesondere in der ambulanten Versorgung medizinische Leistungen oft unkoordiniert in Anspruch, was die Versorgung zusätzlich strapaziert. Auch im stationären Sektor besteht Handlungsbedarf, um zukunftsgerechte Krankenhausstrukturen zu erreichen, die Ambulantisierung voranzubringen und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung dauerhaft zu sichern.

Diese Herausforderungen treffen auf ein System, dessen finanzielle Grundlage unter Druck steht. Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 unterstützt deshalb grundsätzlich die Zielsetzung der Bundesregierung, das Gesamtsystem so auszurichten, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ihre Einnahmen nicht dauerhaft übersteigen. Bei der konkreten Umsetzung sieht er aber die dringende Notwendigkeit, die in dem von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf für ein GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Neuregelungen hinsichtlich ihrer Folgewirkungen, ihres Zusammenspiels untereinander und der Lastenverteilung auf alle Beteiligten sauber auszutarieren und zu überarbeiten.

Zudem sind finanzielle Stabilität, Versorgungsqualität und die Belastbarkeit des Systems zusammenzudenken. Die Stabilisierung der GKV-Finzen darf weder zulasten der Patientenversorgung gehen noch die beruflichen Rahmenbedingungen derjenigen verschlechtern, die sich Tag für Tag um die Patientinnen und Patienten kümmern. Eine ausschließliche Orientierung der Ausgaben an der Entwicklung der (reduzierten) Grundlohnrate, wie im Entwurf für das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz angelegt, greift zu kurz. Denn ein solidarisches Gesundheitssystem muss seine Leistungen letztlich am medizinisch erforderlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausrichten. Andernfalls drohen massive Verwerfungen in der Versorgung, die langfristig sogar zu stei-

genden Kosten führen können. Das gilt unter anderem für die geplanten Kürzungen bei offenen Sprechstunden und der Terminvergabe über die Rufnummer 116 117 im ambulanten Bereich sowie für die Streichung der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerung der Beschäftigten im stationären Bereich.

Statt eines reinen Spargesetzes ist eine echte Reform erforderlich. Diese Reform muss auf einem stimmigen, dreistufigen Gesamtkonzept beruhen:

- Erstens notwendige, kurzfristig wirksame Sofortmaßnahmen zur finanziellen und organisatorischen Stabilisierung des Systems,
- zweitens darauf aufbauende, mittelfristig wirksame Strukturreformen für mehr Patientenorientierung und Effizienz und
- drittens eine nachhaltig wirksame Stärkung und Neuausrichtung der Präventionspolitik als Investition in die Gesunderhaltung der Bevölkerung.

In allen drei Bereichen dürfen die notwendigen Schritte nicht länger aufgeschoben werden. Von der Politik erwarten wir eine faire, frühzeitige und substanzielle Einbindung der Ärzteschaft in diese grundlegende Neuausrichtung. Im Gegenzug übernehmen wir Verantwortung sowohl bei der Ausarbeitung von Konzepten als auch bei der Umsetzung der notwendigen Schritte.

Notwendige Sofortmaßnahmen als Basis für Strukturreformen

Versicherungsfremde Leistungen steuerfinanzieren. Ordnungspolitische Fehlentwicklungen müssen konsequent korrigiert werden. Der 130. Deutsche Ärztetag unterstützt die Empfehlung der GKV-Finanzkommission, die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen adäquat aus Steuermitteln zu sichern und appelliert an den Bundesfinanzminister, hier seiner Verantwortung gerecht zu werden. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbeziehenden. Die Absicherung dieser Personengruppe ist Ausdruck eines gesamtgesellschaftlichen Solidarversprechens und damit eine originäre staatliche Aufgabe.

Es ist nicht vertretbar, diese Last allein den beitragszahlenden Mitgliedern der GKV aufzubürden. Im Entwurf des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes wird der Zuschuss des Bundes an den Gesundheitsfonds sogar noch um Milliardenbeträge gekürzt. De facto bedeutet das, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen, Versicherte sowie Patientinnen und Patienten zur Konsolidierung des Bundeshaushalts herangezogen werden.

Fiskalpolitik gesundheitsorientiert ausrichten.

Die Einführung bzw. Erhöhung von Steuern oder zweckgebundenen Abgaben auf krankmachende Genussmittel wie Alkohol, Tabak und Zucker ist ein notwendiger Schritt, der Prävention und Gesundheitsfinanzierung zusammenbringt. Die auf diese Weise generierten Mittel sind unmittelbar der Gesundheitsversorgung zuzuführen. Zu einer fairen Finanzierung zählt zudem die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 auf 7 Prozent. Auch hier ist der Bundesfinanzminister gefordert.

Bürokratie abbauen. Ein konsequenter Bürokratieabbau ist für ein effizientes und patientenorientiertes Gesundheitswesen grundlegend. Der 130. Deutsche Ärztetag appelliert an die Bundesregierung, den im Koalitionsvertrag angekündigten Entbürokratisierungsmaßnahmen jetzt konkrete Taten folgen zu lassen. Zur Vorbereitung ist eine Bürokratie-Taskforce aus Politik und Selbstverwaltung einzurichten. Diese muss bereits vorliegende Einzelvorschläge der Ärzteschaft und anderer Akteure aus dem Gesundheitswesen zügig in umsetzbare Maßnahmen überführen.

Industrie an den Lasten beteiligen. Die Arzneimittelausgaben gehören zu den größten und am stärksten wachsenden Ausgabenblöcken im Gesundheitswesen. Notwendig ist eine angemessene Beteiligung der Industrie, kurzfristig durch eine Erhöhung des Herstellerrabatts für patentgeschützte Arzneimittel und mittelfristig durch weiterentwickelte Mechanismen bei der Preisfindung für Arzneimittel. Dabei sollten die vorliegenden Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) berücksichtigt werden.

Gesamtkonzept notwendig. Alle diese Schritte sind ordnungspolitisch sinnvoll. Allerdings reichen die vorgenannten kurzfristigen finanzpolitischen Maßnahmen nicht aus, um das in Schräglage geratene Gesundheitssystem wieder auf die Beine zu stellen. Dringend notwendig

ist ein Gesamtkonzept, das auch strukturelle Reformen zum Inhalt haben muss, um das Gesundheitswesen zukunftsfest zu gestalten.

Echte Strukturreformen für mehr Patientenorientierung und Effizienz

Primärversorgung gemeinsam entwickeln. Wir brauchen mehr Kooperation und Koordination in der Versorgung. Der 130. Deutsche Ärztetag begrüßt ausdrücklich die Bemühungen der Bundesregierung, die Primärversorgung gemeinsam mit den Akteuren aus der Versorgung strukturiert und zielgerichtet umzusetzen. Dabei sollten die Patientinnen und Patienten für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen. Diese ist in der Regel eine hausärztliche oder kinderärztliche Praxis. Dieser „erste Anlaufpunkt“ übernimmt grundsätzlich die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen.

Neue Steuerungsinstrumente dürfen keine zusätzliche Bürokratie schaffen. Sie müssen sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten und an der Arbeitsrealität der Beschäftigten in der Versorgung ausrichten – nicht umgekehrt. Die Verantwortung für die Ersteinschätzung und das Terminmanagement müssen in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.

Über die abschließende Terminvergabe entscheiden die ärztlichen Einrichtungen wie Arztpraxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Ambulanzen, denn dies ergibt sich aus der ärztlichen Freiberuflichkeit, aus der Endverantwortung des Behandelnden zur Frage medizinischer Notwendigkeit und letztlich auch auf Grundlage des Selbstständigen- bzw. Inhaberstatus.

Digitale Instrumente können die Prozesse bei der Ersteinschätzung unterstützen, unverzichtbar bleibt jedoch die Möglichkeit für einen persönlichen Kontakt, telefonisch oder vor Ort in der Praxis.

Teamorientierte Patientenversorgung. Ebenso wie die Primärversorgung bedarf die Patientenversorgung insgesamt der Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe bei klar geregelten Verantwortlichkeiten. Dabei sind auch Physician Assistants zu berücksichtigen, die in den letzten Jahren zu einem integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland geworden sind. Alle Tätigkeiten, für die spezifische

ärztliche Fachkenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, müssen einem Arztvorbehalt unterliegen. Die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie darf nicht in Frage gestellt werden. Nur auf dieser Basis können Delegation und Teamarbeit sicher zum Wohl der Patientinnen und Patienten gelingen.

Notfallreform bedarfsgerecht gestalten. Der 130. Deutsche Ärztetag erkennt an, dass die Bundesregierung die Reform der Notfallversorgung nach langem Stillstand voranbringen und dabei auch die Neuordnung des Rettungsdienstes einbeziehen will. Ziel muss es sein, die bestehenden Strukturen spürbar zu entlasten und die Akut- und Notfallversorgung sektorenübergreifend und bedarfsgerecht zu organisieren. Regional bereits funktionierende Lösungen in der sektorenübergreifenden Notfallversorgung dürfen nicht zerschlagen werden. Diesen Maßstäben wird der vorliegende Gesetzentwurf noch nicht gerecht.

Vor dem Hintergrund der erwartbaren Einschnitte in allen Leistungsbereichen ist es weder sachgerecht noch leistbar, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr – und damit auch während der regulären Versorgungszeiten – über die Rufnummer 116117 telemedizinische und aufsuchende Angebote vorzuhalten. Auch ein Nebeneinander verschiedener Ersteinschätzungssysteme mit jeweils unterschiedlichen Steuerungsfolgen, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, kann nicht der richtige Weg sein.

Eine echte Entlastung der Notfallstrukturen kann schließlich nur dann wirksam werden, wenn die vorgesehenen Zugangs- und Behandlungspfade von den Hilfesuchenden verbindlich und einheitlich genutzt werden. Dies erfordert eine konsequente Steuerung und eine umfassende zielgruppengerechte Informationskampagne über die Vorteile des Systems für Patientinnen und Patienten. Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Gesetzentwurf im parlamentarischen Verfahren unter Einbeziehung der Akteure aus der Patientenversorgung in diesen und weiteren Punkten substanzial zu überarbeiten.

Krankenhausreform: Chancen nutzen und notwendige Korrekturen vornehmen. Bei allen noch bestehenden Mängeln an der Krankenhausreform unterstützen wir ausdrücklich, dass Bund und Länder den Weg für deren Umsetzung freigemacht haben. Die Reform führt erstmals eine deutschlandweit einheitliche Planungssystematik ein. Zudem bieten die Mittel aus

dem Transformationsfonds die Chance, die Standorte stabil und leistungsstark neu aufzustellen. Im Zuge der Strukturreform müssen auch Maßnahmen mitgedacht werden, um die Krisenresilienz der stationären Versorgung zu gewährleisten. Voraussetzung für das Gelingen der Reform ist aber, dass sie an entscheidenden Stellen klug und praxistauglich weiterentwickelt wird. Unter anderem brauchen wir eine grundlegende Überarbeitung der Vorhaltevergütung. Auch bei den Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen sind Korrekturen und Klarstellungen unabdingbar. Dies gilt nicht nur für die Pflegepersonaluntergrenzen, sondern ebenso für die Anforderungen an das erforderliche fachärztliche Personal. Es ist im Gesetzestext klarzustellen, dass außerhalb des Regeldienstes die fachärztliche Verfügbarkeit durch Rufbereitschaft gewährleistet werden kann. Zudem sind zahlreiche handwerkliche Schwächen in der Leistungsgruppensystematik zu beheben. Besonders dringend erforderlich sind Änderungen, die die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung angemessen berücksichtigen. Regionale Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, Arztpraxen oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu von den (Landes-)Ärzttekammern anerkannten Weiterbildungsverbänden sind konsequent zu stärken. Bei der Zuteilung von Leistungsgruppen sollten vorrangig solche Häuser berücksichtigt werden, die sich aktiv an der Weiterbildung und an regionalen Verbänden beteiligen. Rotationen innerhalb dieser Verbände dürfen nicht durch die Regelungen des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) behindert werden.

Weiterbildung sichern – und finanzieren. Eine ausreichende Zahl gut qualifizierter Fachärztinnen und Fachärzte ist unverzichtbare Voraussetzung für die Sicherung einer guten Patientenversorgung; Politik und (Landes-)Ärzttekammern stehen hier in unmittelbarer Verantwortung. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor findet die Weiterbildung jedoch unter erheblichem Versorgungs- und Effizienzdruck statt. Personalmangel, enge Dienstpläne und wirtschaftliche Zielvorgaben erschweren in vielen Bereichen die vollständige Vermittlung aller erforderlichen Weiterbildungsinhalte. Politik und Kostenträger müssen anerkennen, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung leisten, der vollumfänglich finanziell abgebildet werden muss. Zudem ist der mit der Weiterbildung einhergehende strukturelle und personelle Aufwand angemessen zu vergüten, etwa durch die Einführung einer Weiter-

bildungspauschale. Dabei ist es Aufgabe der (Landes-)Ärzttekammern, den fachlichen und rechtlichen Rahmen für eine qualitativ hochwertige und strukturierte Weiterbildung zu setzen. Dazu gehört auch, die entsprechenden Strukturen und Prozesse kontinuierlich weiterzuentwickeln, um Qualität und Vertrauen in die ärztliche Weiterbildung dauerhaft zu sichern.

Medizinstudium reformieren, Fachkräfte sichern. Wir fordern Bund und Länder auf, die Reform des Medizinstudiums endlich umzusetzen und so einen substanziellen Beitrag zur ärztlichen Nachwuchsförderung und Fachkräftesicherung zu leisten. Darüber hinaus muss Fachkräftesicherung auch diejenigen in den Blick nehmen, die am Ende ihres Berufslebens stehen. Umfragen zeigen, dass viele Ärztinnen und Ärzte im Ruhestandsalter bereit sind, sich weiterhin in die Patientenversorgung einzubringen, sofern die Rahmenbedingungen stimmen. Deshalb muss die zum Jahresbeginn in Kraft getretene Aktivrente auch für Selbstständige, etwa niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, möglich gemacht werden.

Überdies ist unser Gesundheitssystem dringend auch auf Fachkräfte aus dem Ausland angewiesen. Insoweit unterstützen wir die geplante effizientere Gestaltung der Anerkennungsverfahren für Ärztinnen und Ärzte mit Qualifikationen aus Drittstaaten. Dabei müssen sowohl die Patientensicherheit als auch die hohen Qualitätsstandards uneingeschränkt gewahrt werden. Wir fordern die schnelle und konkrete Umsetzung in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO). Neben den „formellen“ Voraussetzungen ist eine entsprechende Willkommenskultur unabdingbar.

Resilienz und Krisenvorsorge stärken, Klimaschutz weiter vorantreiben. Wir bieten unsere Zusammenarbeit an, um die Resilienz des Gesundheitswesens angesichts wachsender geopolitischer Konflikte, grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren und akuter Folgen des Klimawandels zu stärken. Eine robuste Vorsorge erfordert die ausreichende Vorhaltung von Arzneimitteln, inklusive Blutprodukten und Medizinprodukten, die Diversifizierung und verlässliche Absicherung von Lieferketten sowie den Aufbau einer ausfallsicheren digitalen Infrastruktur. Bund und Länder sind gefordert, gemeinsam mit der Ärzteschaft eine umfassende Resilienzstrategie zu entwickeln, die klare Abläufe, Zuständigkeiten und die Finanzierung sicherstellt. Hierzu zählt auch ein Echtzeit-Lagebild der medizinischen Versorgungssituation. An einem entsprechenden Lagezentrum ist die

Ärzterschaft zu beteiligen. Angesichts der sicherheitspolitischen Lage spielt die zivil-militärische Zusammenarbeit im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle.

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt zudem klar, dass der Klimawandel die größte Bedrohung für die Gesundheit und Zukunft der Menschheit ist. Er fordert die Bundesregierung daher erneut und nachdrücklich dazu auf, dieser Gefahr zum Schutz der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger entschlossener entgegenzuwirken, indem sie die Verbrennung fossiler Energieträger zeitnah beendet. Dazu gehören der Wegfall von Subventionen für deren Nutzung, die zeitnahe Dekarbonisierung des Verkehrs sowie der Energieversorgung und der Verzicht auf den Ausbau fossiler Infrastrukturen, indem bereits heute verfügbare emissionsfreie Energieträger (v. a. Photovoltaik, Windkraft) mit dazugehörigen Netz- und Speicherkapazitäten massiv ausgebaut werden. Der unvermeidlich mit Belastungen einhergehende Wandel muss sozial verträglich gestaltet werden. Prävention und Aufklärung zu klimainduzierten Gesundheitsrisiken sind auszubauen. Zudem benötigt Deutschland verbindliche Hitzeschutzpläne und ein bundesweites Hitzealarmsystem sowie ein systematisches Monitoring klimabedingter Erkrankungen und Gesundheitsrisiken.

Digitalisierung und KI nutzen. Wir wollen die Digitalisierung vorantreiben und Künstliche Intelligenz (KI) nutzen. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist als zentrale Plattform für Daten und Anwendungen praxis- und nutzerorientiert weiterzuentwickeln. Besondere Schwerpunkte müssen dabei die Etablierung versorgungsorientierter Anwendungen, Nutzerfreundlichkeit und die Betriebsstabilität sein. Die Patientenautonomie ist durch bessere Information, niedrigschwellige Nutzungsmöglichkeiten und gezielte Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung zu stärken.

Der Einsatz Künstlicher Intelligenz soll sich an den Bedürfnissen der ärztlichen Praxis orientieren: KI soll dokumentationsentlastend wirken, klinische Entscheidungsunterstützung bieten, Fehlverordnungen reduzieren, von Bürokratie entlasten und so zu einer Stärkung der Versorgungsqualität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten beitragen. Der Einsatz von KI ist so zu gestalten, dass die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie gewahrt bleibt und die ärztliche Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten gestärkt wird. Dafür brauchen wir klare, praxistaugliche Rahmenbedingungen, leicht zugängliche Test- und Pi-

lotierungsmodelle sowie verbindliche Zeitpläne mit klaren Verantwortlichkeiten. Dann hat sie das Potenzial, die Patientenbehandlung zu verbessern. Der Budget- und Ressourcenbedarf für Implementierung und Schulung ist frühzeitig festzulegen. Risikomanagement, Datenschutz und die Vermeidung von Sicherheitslücken und Fehlanwendungen müssen dabei gewährleistet sein.

Beschäftigte im Gesundheitswesen konsequent vor Gewalt schützen. Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte sowie gegen andere im Gesundheitswesen tätige Personen hat in den vergangenen Jahren weiter zugenommen und stellt ein ernstzunehmendes strukturelles Risiko für die medizinische Versorgung dar. Daher sind eine konsequente und effiziente Strafverfolgung und Ahndung von Übergriffen auf medizinisches Personal notwendig. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den strafrechtlichen Schutz aller im Gesundheitswesen Tätigen zu verbessern und den vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Stärkung des strafrechtlichen Schutzes des Gemeinwesens des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) zeitnah weiterzuverfolgen. Zudem ist zeitnah ein bundesweit einheitliches, niedrigschwelliges Meldesystem für Gewaltvorfälle im Gesundheitswesen einzuführen, wobei auf den bereits entwickelten Prototypen der Bundesärztekammer zurückgegriffen werden und dieses aus der Selbstverwaltung heraus betrieben werden sollte. Ergänzend bedarf es verbindlicher Präventions- und Nachsorgekonzepte sowie einer systematischen Erfassung und Auswertung der Vorfälle. Nur durch ein koordiniertes Vorgehen von Politik, Selbstverwaltung und Einrichtungen kann die Sicherheit des medizinischen Personals nachhaltig gewährleistet werden.

Für eine nachhaltig wirksame Stärkung und Neuausrichtung der Präventionspolitik

Prävention zur ressortübergreifenden Aufgabe machen. Über kurzfristige Einsparungen und mittelfristig wirksame Strukturreformen hinaus muss die Politik Investitionen in Prävention und Gesunderhaltung der Bevölkerung in den Blick nehmen. Gerade bei chronischen Erkrankungen und Volkskrankheiten liegt hier ein erhebliches medizinisches und ökonomisches Potenzial. Wir fordern die Einrichtung eines Public-Health-Fonds zur Finanzierung dieser langfristigen Aufgaben. Dieser Fonds ist aus Haushaltsmitteln zu speisen, insbesondere durch die Einnahmen aus Steuern bzw. Abgaben auf krankmachende Genussmittel wie Alkohol,



Insgesamt 25 Ärztinnen und Ärzte wirkten als Delegierte der ÄKWL bei Beratungen und Beschlüssen des 130. Deutschen Ärztetages mit – am Mittwoch der Ärztetagswoche kamen sie mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kammer in Hannover für ein Gruppenbild der westfälisch-lippischen Delegation zusammen. Foto: Heiliger

Tabak und Zucker. Zudem muss Prävention als ressortübergreifende Aufgabe mit klaren Zielen, verbindlichen Zeitplänen und messbaren Wirkungen fest verankert werden. Bildung, Arbeit, Verkehr, Umwelt und Stadtentwicklung prägen maßgeblich die Gesundheitschancen der Bevölkerung. Health in All Policies ist kein bloßes programmatisches Schlagwort, sondern Ausdruck moderner staatlicher Steuerungsfähigkeit. Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss als bildungspolitisches Ziel von der frühkindlichen und schulischen Bildung an lebenslang konsequent verankert werden. Dazu gehört eine entschiedene Förderung von Sport und Bewegung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.

Selbstverantwortung als gesellschaftliche Aufgabe. Schließlich ist jede und jeder gefordert: Selbstverantwortung bedeutet mehr als finanzielle Selbstbeteiligung. Sie zeigt sich in der Bereitschaft, medizinische Leistungen verantwortungsvoll in Anspruch zu nehmen, die eigene Lebensweise gesundheitsfördernd zu gestalten und Präventionsangebote aktiv zu nutzen. Nur so kann eine zukunftsfähige Versorgung gelingen.

Gesellschaftliche Debatte über die Zukunft des Gesundheitswesens notwendig

Die Auseinandersetzung über die aktuellen Defizite in der Gesundheitsversorgung greift zu kurz, wenn sie sich auf Einsparmöglichkeiten und zusätzliche finanzielle Mittel für die nächsten Jahre beschränkt. Denn die finanzielle Basis des beitragsfinanzierten Gesundheitssystems wird mittelfristig im Rahmen der demografischen Entwicklung mit dem Ruhestandseintritt geburtenstarker Jahrgänge erodieren. Zugleich wird nicht nur der Versorgungsbedarf steigen. Auch die Möglichkeiten der modernen Medizin mit hochwirksamen, aber immer teureren Medikamenten und Therapieverfahren werden weiter anwachsen. Es wäre falsch, sich der Hoffnung hinzugeben, diese Trends allein durch Strukturreformen und Effizienzgewinne ausgleichen zu können. Wir unterstützen ausdrücklich den Gedanken eines solidarischen Gesundheitssystems, in dem allen Menschen unabhängig vom Einkommen die medizinisch erforderliche Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Umso mehr fordert der 130. Deutsche Ärztetag eine breite Debatte darüber, ob die Gesellschaft bereit ist, die dafür erforderlichen, perspektivisch wachsenden Mittel auch in Zukunft bereitzustellen und wie die Balance zwischen notwendiger Versorgung für alle, Eigenverantwortung und Grenzen des Finanzierbaren zu finden ist.

Ärztetag beschließt umfassende Änderungen der ärztlichen Weiterbildung

Muster-Weiterbildungsordnung formuliert nun ärztliche Haltungen und Rollen

Der 130. Deutsche Ärztetag hat umfangreiche Änderungen der ärztlichen Weiterbildung verabschiedet. „Mit diesen Beschlüssen entwickeln wir die ärztliche Weiterbildung gezielt weiter. Wir schärfen die Bildungssystematik, verschlanken die Weiterbildungsordnung, richten sie auf die Herausforderungen der Zukunft aus und vereinfachen gleichzeitig die Verwaltungsprozesse in den Ärztekammern spürbar“, sagte Prof. Dr. Henrik Herrmann, Co-Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer.

Einheitliche Systematik für die Kopfteile der Facharztbezeichnungen

„Nachdem wir im vergangenen Jahr bereits die Zusatz-Weiterbildungen vereinheitlicht haben, ist nun ein wichtiger nächster Schritt gelungen: Auch die Kopfteile der Facharztbezeichnungen folgen jetzt einer einheitlichen Systematik. Besonders ist hervorzuheben, dass in der Muster-Weiterbildungsordnung ärztliche Haltungen und Rollen formuliert werden“, ergänzte Dr. Hans-Albert Gehle, ebenfalls Co-Vorsitzender der Ständigen Konferenz.

Die Anpassungen betreffen sowohl den Paragraphenteil als auch die Abschnitte B und C der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Im Paragraphenteil wurden die Anrechnung oralchirurgischer Weiterbildungszeiten auf die Facharzt-Weiterbildung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie sowie die Anrechnung von Unterbrechungen auf die Weiterbildung angepasst.

Acht Gebietsdefinitionen überarbeitet

In Abschnitt B, der die Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie die allgemeinen Weiterbildungsinhalte umfasst, wurden acht Gebietsdefinitionen überarbeitet. Bei acht Facharztbezeichnungen (Anatomie, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Neuropa-



Dr. Hans-Albert Gehle und Prof. Dr. Henrik Herrmann sind Co-Vorsitzende der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer. Foto: Jürgen Gebhardt

thologie, Pathologie, Klinische Pharmakologie, Pharmakologie und Toxikologie sowie Physiologie) wurde die Mindest-Weiterbildungszeit verkürzt. Die Facharztbezeichnung Biochemie wurde gestrichen. Bei 29 Facharztbezeichnungen wurden die Weiterbildungsabschnitte angepasst.

Mehrere Beschlüsse betreffen die allgemeinen Inhalte der Weiterbildung. Diese werden auf Basis der CanMEDS-Rollen neu strukturiert. Dabei handelt es sich um ein international etabliertes Kompetenzmodell, das ärztliche Haltungen und Rollen in den Mittelpunkt stellt. Die bisherige Aufteilung in Methoden- und Handlungskompetenzen wird aufgelöst. An ihre Stelle treten acht Rollen, die grundlegende ärztliche Haltungen bündeln. Jede dieser Rollen soll von den Weiterbildungsbefugten als Ganzes bestätigt werden, etwa im Rahmen des jährlichen Weiterbildungsgesprächs.

Ärztliche Rollen als fester Bestandteil ärztlicher Identität

Mit der Neustrukturierung der allgemeinen und für alle Facharztweiterbildungen verbindlichen Weiterbildungsinhalte beschreibt die Bundesärztekammer einen neuen

Weg. Zentrale ärztliche Haltungen und Rollen, etwa in Kommunikation und Teamarbeit, rücken stärker in den Mittelpunkt der Weiterbildung. Sie sind keine Beigabe zur Fachlichkeit, sondern fester Bestandteil ärztlicher Identität.

In Abschnitt C wurden zudem die Kopfteile der Zusatz-Weiterbildungen Geriatrie und Medizinische Informatik angepasst. Die Beschlüsse umfassen damit wesentliche Teile der MWBO und markieren einen bedeutenden Schritt in der Weiterentwicklung des deutschen Weiterbildungssystems.

Die Beschlüsse sind das Ergebnis zahlreicher Fachgespräche und intensiver Beratungen. Sie stärken die ärztliche Weiterbildung für die Herausforderungen der Zukunft. Gleichzeitig helfen sie dabei, Bürokratie abzubauen und Verwaltungsprozesse zu vereinfachen.

Von Suchtmedizin bis Sparpaket

Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages

Suchtmedizin stärken, Stigmatisierung abbauen

Der 130. Deutsche Ärztetag hat eine konsequent wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Suchtmedizin und Suchtpolitik in Deutschland gefordert. Die Abgeordneten des Ärztetages sprachen sich für mehr Prävention, eine nachhaltige Stärkung der Suchthilfe und suchtmmedizinischer Kompetenzen sowie den Abbau von Stigmatisierung gegenüber Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aus.

„Wenn wir heute über Suchtmittelkonsum und Abhängigkeitserkrankungen diskutieren, sprechen wir nicht über ein Randphänomen, sondern über ein Thema von großer Relevanz – für unsere ärztliche Tätigkeit ebenso wie für unsere Gesellschaft“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt in seiner Einführung in das Thema. Der Ärztetag kritisierte insbesondere, dass wirksame verhältnispräventive Maßnahmen bei legalen Suchtmitteln wie Alkohol sowie Tabak- und Nikotinprodukten in Deutschland weiterhin nicht konsequent umgesetzt werden und die Politik hinter ih-



Plenarsitzung in Hannover: (v. r. n. l.) Prof. Dr. Rüdiger Smektala, Dr. Bernd Hanswille, Dr. Michael Klock und Dr. Thomas Gehrke verfolgten Vorträge und Debatten. Fotos: Jürgen Gebhardt

ren Möglichkeiten bleibt. Notwendig seien umfassende Maßnahmen zur Stärkung der Nikotinkontrolle. Dazu zählten unter anderem ein vollständiges Werbeverbot, deutliche Steuererhöhungen, die Einführung neutraler Verpackungen sowie ein Verbot von Aromastoffen in E-Zigaretten. Auch der Verkauf über Automaten und im Online-Handel solle untersagt werden. Notwendig sei es darüber hinaus, 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.

Die Ärzteschaft kritisierte die vielerorts unzureichend finanzierten und schlecht mit der medizinischen Versorgung verzahnten Strukturen der Suchthilfe. Besonders problematisch sei auch die weiterhin bestehende Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schuldzuweisungen und gesellschaftliche Ausgrenzung führten häufig dazu, dass Betroffene notwendige Hilfe zu spät oder gar nicht in Anspruch nahmen.

Handlungsbedarf sah der Ärztetag auch beim Umgang mit Medizinal-Cannabis. So begrüßte er

zwar die im Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit. Allerdings reichten die vorgesehenen Regelungen nicht aus, um den besonderen Risiken von Medizinal-Cannabis im Therapieverlauf gerecht zu werden. Notwendig sei im Rahmen der Behandlung mit Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken unter anderem ein persönlicher Patient-Ärzt-Kontakt mindestens einmal pro Quartal.

Sicher online: Ärztetag drängt auf besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen

Die Abgeordneten sprachen sich angesichts zunehmender Risiken durch soziale Medien für eine deutlich strengere Regulierung digitaler Plattformen zum Schutz von Minderjährigen aus. Die Ärzteschaft fordert ein Verbot der Nutzung sozialer Medien für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren. Zugleich sollen Plattformbetreiber stärker in die Pflicht genommen werden, junge Nutzerinnen und Nutzer wirksam vor suchtfördernden Algorithmen, schädlichen Inhalten, Cybermobbing und Grooming zu schützen.

„Digitale Medien sind fester Bestandteil des Alltags von Kindern und Jugendlichen. Neben erheblichen Bildungs-, Kommunikations- und Teilhabechancen zeigen sich zunehmend gesundheitliche Risiken durch



Die „Rednerampel“ steht auf grün – hier für die Delegierte Sigrid Richter.

exzessive, dysfunktionale oder suchtartige Nutzung sozialer Medien, digitaler Spiele, von Streaming-Angeboten und weiterer digitaler Plattformen“, heißt es in dem Beschluss. Übermäßiger Medienkonsum könne sich unter anderem negativ auf Sprachentwicklung, Aufmerksamkeit, Schlaf, motorische Entwicklung sowie die soziale und emotionale Reifung auswirken.

Die Abgeordneten betonten, dass strengere Regeln nicht auf den Ausschluss junger Menschen von digitaler Teilhabe und Bildung abzielen. Vielmehr gehe es darum, gemeinsam mit Eltern und Bildungseinrichtungen eine altersgerechte und verantwortungsvolle Nutzung digitaler Angebote zu fördern. Der Ärztetag forderte den Gesetzgeber zudem auf, Prävention, Früherkennung und Behandlung problematischer Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen strukturell zu stärken.

Notfallreform praxistauglich ausgestalten

Der 130. Deutsche Ärztetag forderte den Gesetzgeber auf, die geplante Reform der Akut- und Notfallversorgung und des Rettungsdienstes praxistauglich zu gestalten. Ziel müsse es sein, beide Systeme konsequent von Fällen zu entlasten, die keine Notfallversorgung erfordern. Eine Voraussetzung für das Gelingen der Reform sei die verbindliche Nutzung der Zugangswege in die Versorgung und der vorgesehenen Behandlungspfade. „Letztlich muss das übergeordnete Ziel sein, als Single Point of Entry die vernetzten Leitstellen durchzusetzen“, heißt es in dem Beschluss des Ärztetags. Patientinnen und Patienten sollten über eine breit angelegte Informationskampagne angehalten werden, vor jeder Inanspruchnahme einer Notfalleistung eine vernetzte Leitstelle zu kontaktieren.

Die Ärzteschaft fordert darüber hinaus ein einheitliches, validiertes Ersteinschätzungssystem anstelle des geplanten Nebeneinanders verschiedener Systeme mit unterschiedlichen Steuerungsfolgen. Die Verantwortung für die Ersteinschätzung müsse bei der ärztlichen Selbstverwaltung liegen. Die Strukturen der Akut- und Notfallversorgung seien finanziell, strukturell und personell so auszustatten, dass die Reform zu einem Mehrwert für Notfallpatientinnen und -patienten sowie für diejenigen führt, die die Versorgung gewährleisten.

DEBATTE ÜBER SEXUELLE BELÄSTIGUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Klares Zeichen gegen Machtmissbrauch und Grenzüberschreitungen

Der 130. Deutsche Ärztetag hat sich intensiv mit Machtmissbrauch, Grenzüberschreitungen und sexueller Belästigung im Gesundheitswesen befasst und umfassende Beschlüsse zur Prävention, Aufarbeitung und konsequenten Sanktionierung gefasst.

In der Debatte wurde deutlich, dass Machtmissbrauch in unterschiedlichen Formen auftritt. Oftmals äußert er sich in einem respektlosen und herablassenden Umgangston. Ebenfalls verbreitet sind die unbegründete Infragestellung fachlicher Kompetenz, Mobbing oder öffentliche Bloßstellung vor Kolleginnen und Kollegen oder vor Patientinnen und Patienten. Auch sexualisierte Belästigung von Kolleginnen und Kollegen tritt häufig im Kontext solcher Machtstrukturen auf, in denen Grenzüberschreitungen begünstigt und Gegenwehr erschwert werden.

Einheitliche Standards für Verfahren gefordert

Ebenso gravierend sind sexualisierte Übergriffe im Behandlungsverhältnis. Sie stellen eine schwere Verletzung des Vertrauens dar, das Grundlage jeder ärztlichen Tätigkeit ist. Der Ärztetag sprach sich dafür aus, gemeinsam mit den zuständigen staatlichen Stellen einen bundesweit einheitlichen, transparenten und konsequenten Umgang mit sexualisierten Übergriffen durch Ärztinnen und Ärzte im Behandlungsverhältnis zu entwickeln und umzusetzen. Dazu sollen insbesondere einheitliche Verfahrensstandards bei Verdachtsfällen, konsequente berufsrechtliche Sanktionen bis hin zum Entzug der Approbation sowie eine strukturierte Dokumentation und Meldesystematik etabliert werden.

Um eine weitere Ausweitung von Notfallversorgungsangeboten zu vermeiden, sei die geplante Vorhaltepflcht für aufsuchende notdienstliche Angebote der notdienstlichen Akutversorgung während der regulären Praxisöffnungszeiten aus dem

Grenzüberschreitungen werden in verschiedensten beruflichen Kontexten erlebt, wie in der Debatte von Medizinstudentinnen berichtet, sogar auf dem Ärztetag selbst. Die Medizinstudentinnen stellten klar, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt, sondern um ein systemisches Problem. Ein solcher Umgang sei „nicht nur respektlos, sondern absolut inakzeptabel“. Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt stellte unmissverständlich klar, dass Grenzüberschreitungen und sexualisierte Gewalt – ob verbal oder körperlich – den Werten des ärztlichen Berufs fundamental widersprechen. Der Vorstand der Bundesärztekammer stellt sich dieser Problematik und wird klare Compliance-Vorgaben sowie umfassende Schutzkonzepte entwickeln.

Der Ärztetag betonte die Notwendigkeit, verbindliche Maßnahmen zur Prävention, Erkennung und Sanktionierung von Machtmissbrauch im ärztlichen Arbeitsumfeld durch die Selbstverwaltung zu entwickeln und umzusetzen. Insbesondere im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung seien transparente, standardisierte und überprüfbare Strukturen zu schaffen, die Abhängigkeiten reduzieren und die Rechte von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung stärken. Darüber hinaus sollen Themen wie Machtmissbrauch und Diskriminierung verbindlich in die ärztliche Fortbildung integriert werden, um frühzeitig zu sensibilisieren und präventiv entgegenzuwirken.

Zugleich appelliert der Ärztetag an den Gesetzgeber, den Schutz vor sexualisierter Belästigung und Diskriminierung ausdrücklich im Arbeitsschutzrecht zu verankern, sodass entsprechende Risiken verpflichtender Bestandteil der Gefährdungsbeurteilung werden.

Gesetzentwurf zu streichen. Insbesondere vor dem Hintergrund des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes sei diese Leistungsausweitung weder zielführend noch umsetzbar. „Es gibt keine Kapazitäten, um unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund



Delegierte für die ÄKWL: Stefanie Oberfeld ...

um die Uhr verpflichtend telemedizinische und aufsuchende Angebote vorzuhalten. Die Angebote vor Ort müssen sich nach den regionalen Strukturen, Gegebenheiten und Bedarfen richten“, stellten die Ärztetags-Abgeordneten klar.

Um die Akut- und Notfallversorgung entsprechend der gewachsenen Strukturen und der personellen Kapazitäten planen zu können, fordert die Ärzteschaft eine verpflichtende Einbindung aller beteiligten Akteure, einschließlich der Landesärztekammern.

Sparpaket: Ärzteparlament fordert gerechte Lastenverteilung

Der Ärztetag in Hannover fasste zahlreiche Beschlüsse zu aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebungsvorhaben. Unter anderem forderte das Ärzteparlament den Gesetzgeber auf, das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu überarbeiten. „Die Ärzteschaft steht zu Einsparungen im Gesundheitswesen, aber nur unter der Bedingung einer gerechten Lastenverteilung“, stellte der Ärztetag klar. Er fordert den Bund auf, die vollständige finanzielle Verantwortung für

In einem weiteren Beschluss fordert die Ärzteschaft die Bundesregierung und den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass medizinische Versorgungseinrichtungen ihrer Verpflichtung zur Behandlung medizinischer Notfälle unabhängig vom Versicherungsstatus der Patientinnen und Patienten nachkommen können, ohne dadurch finanzielle Nachteile zu erleiden.

versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen. Insbesondere müssten die Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger vollständig aus Steuermitteln finanziert werden.

Darüber hinaus kritisierte der Ärztetag die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Streichung der Vergütungselemente des Terminservice- und Versorgungsgesetzes sowie die geplante Begrenzung der Wachstumsdynamik der extrabudgetären Leistungen im ambulanten Bereich. „Ein Rückgang der verfügbaren Facharzttermine, längere Wartezeiten und Leistungskürzungen sind absehbar“, heißt es in einem Beschluss des Ärzteparlaments.

Strukturreformen nicht durch Sparmaßnahmen konterkarieren

In einem weiteren Beschluss warnten die Abgeordneten des Ärztetages davor, die in



... Dr. Uwe Büsching ...

die Wege geleiteten Strukturreformen im Krankenhausbereich nicht durch unausgewogene Sparmaßnahmen zu konterkarieren. Statt einer strukturierten Krankenhausreform werde die „kalte Strukturbereinigung“ im Kliniksektor beschleunigt. „Am Ende fehlen dann genau die Strukturen, die für eine flächendeckende Versorgung dringend gebraucht werden“, warnte der Ärztetag.

„Die Stabilisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht primär über pauschale Vergütungsbegrenzungen, zusätzliche Bürokratie oder administrative Verdichtung erfolgen, sondern muss sich an Versorgungsqualität, Patientensicherheit, medizinischer Notwendigkeit und Versorgungseffizienz orientieren“, stellte der Ärztetag klar.



... und Dr. Han Hendrik Oen (l.) und Dr. Ulrich Tappe.