

Beschlüsse der Delegiertenversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. vom Samstag, 19. September 2026 in Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. BeitragssatzstabilisierungsG - stationäre Versorgung sicherstellen	2
2. BeitragssatzstabilisierungsG - Praxen stärken statt Versorgung kürzen	6
3. Datenschutz für die Versorgung heben – ärztlichen Zugriff auf die Abrechnungsdaten in der elektronischen Patientenakte ermöglichen	8
4. Adipositas wirksam begegnen – Prävention stärken, Therapie gezielt ermöglichen	11

Beschlüsse der Delegiertenversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. vom Samstag, 19. September 2026

Beschluss: 1. BeitragssatzstabilisierungsG - stationäre Versorgung sicherstellen

DIE DELEGIERTENVERSAMMLUNG DES BERUFSVERBANDES DEUTSCHER INTERNISTINNEN UND INTERNISTEN E.V. HAT FOLGENDEN BESCHLUSS GEFASST:

Der BDI fordert den Gesetzgeber auf, die krankenhausbezogenen Regelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes unverzüglich durch ein Anpassungsgesetz zu korrigieren.

Die mit dem Gesetz beschlossenen finanziellen Eingriffe in die Krankenhausfinanzierung sind in ihrer jetzigen Form nicht akzeptabel. Sie setzen die stationäre Versorgung einem erheblichen und politisch gewollten Unterfinanzierungsdruck aus, obwohl sich die Krankenhauslandschaft gleichzeitig in einer tiefgreifenden Strukturreform befindet. Damit droht eine **ungesteuerte Strukturbereinigung zulasten der Versorgungssicherheit**, bevor die im Krankenhausreformgesetz angelegte Neuordnung überhaupt greifen kann.

Der BDI fordert daher:

1. Rückkehr zu einer kostenorientierten Fortschreibung des Landesbasisfallwerts

Die sogenannte Meistbegünstigungsklausel ist wiederherzustellen. Der pauschale Abschlag von einem Prozentpunkt auf die Grundlohnrate für die Jahre 2027 bis 2029 ist für den Krankenhausbereich zurückzunehmen.

Die Erlösentwicklung der Krankenhäuser muss die tatsächliche Kostenentwicklung angemessen berücksichtigen. Eine gesetzlich verordnete Deckelung unterhalb der realen Kostenentwicklung führt zu einer strukturellen Unterfinanzierung und damit faktisch zu realen Erlöskürzungen.

2. Vollständige Refinanzierung tarifvertraglich bedingter Personalkostensteigerungen

Tarifvertraglich vereinbarte Personalkostensteigerungen sind vollständig zu refinanzieren. Die Reduzierung der Refinanzierung von bisher 100 auf 50 Prozent ist zurückzunehmen.

Krankenhäuser können Tarifabschlüsse nicht einseitig verhindern oder deren Höhe beeinflussen. Ihnen anschließend die Hälfte der daraus entstehenden Kosten aufzubürden, verlagert ein exogenes Kostenrisiko auf die Leistungserbringer. Dies ist insbesondere angesichts des hohen Personalkostenanteils der Krankenhäuser nicht tragfähig.

3. Bürokratie abbauen statt Prüfungen ausweiten

Die Anhebung der Prüfquoten ist zurückzunehmen oder mindestens durch eine belastbare Aufwands- und Nutzenbilanz zu flankieren. Jede Ausweitung der Prüfungen muss mit verbindlichen Maßnahmen zur Reduzierung anderer bürokratischer Anforderungen einhergehen.

Mehr Prüfungen, zusätzliche Fallzusammenführungen und neue Abrechnungsregeln bei gleichzeitig sinkender Finanzierung sind kein Beitrag zu einer effizienteren Versorgung. Sie binden Personal und Ressourcen, die in der unmittelbaren Patientenversorgung dringend benötigt werden.

4. Versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln finanzieren

Versicherungsfremde Leistungen sind konsequent aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren. Die Finanzierungslücke der GKV darf nicht vorrangig durch Kürzungen bei den Leistungserbringern geschlossen werden.

Eine Beitragssatzstabilisierung zulasten der Krankenhäuser ist keine nachhaltige Finanzierungsreform, sondern eine Verlagerung der Kosten auf die Leistungserbringer und damit letztlich auf die Patientinnen und Patienten.

BEGRÜNDUNG:

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde am 29. Juli 2026 verkündet und ist überwiegend am 30. Juli 2026 in Kraft getreten. Es soll eine für 2027 auf rund 19 Milliarden Euro bezifferte Deckungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzen.

Der hierfür gewählte Weg ist jedoch in wesentlichen Teilen problematisch: **Ein erheblicher Teil der finanziellen Konsolidierung wird unmittelbar auf die Leistungserbringer verlagert. Besonders stark betroffen ist der stationäre Sektor.**

Nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft werden den Krankenhäusern allein im Jahr 2027 rund 4,6 Milliarden Euro entzogen. Für 2030 wird ein Effekt von rund 10,5 Milliarden Euro prognostiziert. Über die Jahre 2027 bis 2030 summieren sich die erwarteten Erlöskürzungen auf rund 30 Milliarden Euro. Die 37 Universitätsklinika rechnen zusätzlich mit einem Defizit von rund einer Milliarde Euro, im Durchschnitt etwa 25 Millionen Euro je Standort. Diese Größenordnung ist mit dem Anspruch einer sicheren, leistungsfähigen und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung nicht vereinbar.

Erlöse werden von der Kostenentwicklung abgekoppelt

Bislang galt bei der Fortschreibung des Landesbasisfallwerts die sogenannte Meistbegünstigungsklausel. Lag der Orientierungswert, der die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser abbildet, über der Grundlohnrate, konnte der höhere Wert maßgeblich werden. Diese Absicherung entfällt. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird stattdessen die Grundlohnrate abzüglich eines Prozentpunktes zur Obergrenze. Bei einer erwarteten Grundlohnrate von rund vier Prozent verbleibt damit eine Obergrenze von etwa drei Prozent – unabhängig davon, wie stark sich die tatsächlichen Personal-, Sach- und Energiekosten entwickeln:

Das ist keine neutrale Begrenzung des Ausgabenwachstums. Es ist eine gesetzlich verordnete Entkopplung der Krankenhauserlöse von der Kostenentwicklung und damit eine reale Kürzung.

Krankenhäuser können dieser Entwicklung nicht durch beliebige Preisanpassungen, den Verzicht auf notwendige Leistungen oder eine kurzfristige Reduzierung ihrer Vorhaltekosten begegnen. Sie sind Teil der Daseinsvorsorge und zugleich in ein eng reguliertes Vergütungssystem eingebunden.

Tarifsteigerungen dürfen nicht zur Unterfinanzierung führen

Besonders problematisch ist die Kürzung der Refinanzierung tarifvertraglich bedingter Personalkostensteigerungen von 100 auf 50 Prozent. Krankenhäuser sind an Tarifverträge gebunden und müssen qualifiziertes Personal angesichts des bestehenden Fachkräftemangels konkurrenzfähig vergüten.

Wer Tarifsteigerungen politisch und gesellschaftlich erwartet, kann die daraus entstehenden Kosten nicht anschließend zur Hälfte bei den Krankenhäusern abladen.

Da Personalkosten den größten Kostenblock vieler Krankenhäuser darstellen, ist eine nur hälftige Refinanzierung strukturell nicht tragfähig. Sie erzeugt einen wirtschaftlichen Anpassungsdruck, der sich zwangsläufig auf Personal, Leistungsangebot und Versorgungsstrukturen auswirken wird.

Modellrechnungen der DKG gehen bis 2030 von einem erforderlichen Stellenabbau in der Größenordnung von zehn Prozent außerhalb der Pflege aus.

Das kann nicht das Ziel einer Gesundheitspolitik sein, die gleichzeitig die Qualität der Versorgung verbessern und dem Fachkräftemangel begegnen will.

Mehr Bürokratie bei weniger Ressourcen ist der falsche Weg

Gleichzeitig werden die Prüfquoten ausgeweitet. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 50 Prozent werden künftig weitreichende Prüfungen ermöglicht. Hinzu kommen neue Regelungen zur Fallzusammenführung sowie die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen ab 2028.

Damit wird ausgerechnet in einer Phase, in der Krankenhäuser jeden verfügbaren Mitarbeiter für die Versorgung benötigen, zusätzlicher administrativer Aufwand geschaffen.

Jede zusätzliche Prüfung bindet ärztliches, pflegerisches und administratives Personal. Jeder zusätzliche Abrechnungsprozess verursacht Aufwand. Wenn der Gesetzgeber gleichzeitig die Finanzierung begrenzt und die Bürokratie ausweitet, verschärft er die wirtschaftliche und personelle Belastung der Krankenhäuser von zwei Seiten.

Der BDI fordert deshalb einen konsequenten Paradigmenwechsel: **Nicht die Prüf- und Dokumentationslast muss wachsen, sondern die Effizienz der Versorgung. Bürokratieabbau muss messbarer Bestandteil jeder weiteren Reform werden.**

Die Krankenhausreform darf nicht durch die Hintertür vorweggenommen werden

Besonders kritisch ist der Zeitpunkt der beschlossenen Maßnahmen.

Mit dem KHAG sind 2026 und 2027 als budgetneutrale Jahre vorgesehen. 2028 und 2029 bilden eine Konvergenzphase. Die volle Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung ist ab 2030 vorgesehen.

Ausgerechnet in dieses Übergangsfenster fallen nun erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen für die Krankenhäuser.

Damit besteht die Gefahr, dass die Krankenhausstruktur nicht nach den Kriterien gestaltet wird, die die Reform eigentlich vorgibt: Leistungsgruppen, Qualität, Erreichbarkeit und regionaler Versorgungsbedarf.

Stattdessen könnte die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit einzelner Standorte zum entscheidenden Selektionskriterium werden.

Wenn ein Krankenhaus eine medizinisch notwendige Leistung nicht deshalb aufgibt, weil sie strukturell nicht benötigt wird, sondern weil sie aufgrund politisch verordneter Unterfinanzierung nicht mehr finanzierbar ist, handelt es sich nicht um gesteuerte Strukturreform. Es handelt sich um eine kalte, ungesteuerte Strukturbereinigung. Das ist gesundheitspolitisch nicht akzeptabel.

Gerade bedarfsnotwendige, hochspezialisierte und personalintensive Strukturen könnten unter besonders starken Druck geraten. Der Transformationsfonds kann seine Wirkung nicht entfalten, wenn den Krankenhäusern gleichzeitig die Mittel für den laufenden Betrieb entzogen werden.

Strukturreform und finanzielle Aushöhlung dürfen nicht gleichzeitig stattfinden. Erst muss feststehen, welche Versorgung gebraucht wird – dann muss die Finanzierung dieser Versorgung sichergestellt werden. Nicht umgekehrt.

Beitragssatzstabilität darf nicht gegen Versorgungssicherheit ausgespielt werden

Der BDI erkennt ausdrücklich an, dass die Ausgabendynamik der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt werden muss. Die Internistinnen und Internisten sind bereit, sich konstruktiv an einer nachhaltigen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu beteiligen.

Eine nachhaltige Reform kann jedoch nicht darin bestehen, die Finanzierungslücke der GKV durch eine systematische Unterfinanzierung der Leistungserbringer zu schließen.

Wer Beitragssätze stabilisieren will, darf nicht gleichzeitig die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser zerstören.

Die Politik muss dort ansetzen, wo Kosten tatsächlich entstehen und beeinflussbar sind. Sie muss ineffiziente Strukturen abbauen, Doppel- und Fehlversorgung reduzieren, Bürokratie konsequent zurückführen und versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln finanzieren.

Eine Politik, die dagegen Erlöse deckelt, Tarifkosten nur zur Hälfte refinanziert und gleichzeitig zusätzliche Prüf- und Dokumentationspflichten schafft, **spart nicht an der Versorgung – sie verschiebt die Kosten der politischen Entscheidung auf die Krankenhäuser und letztlich auf die Patientinnen und Patienten.**

Der BDI fordert deshalb eine unverzügliche Korrektur der krankenhausbefindlichen Regelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes.

Beitragssatzstabilität darf nicht durch Krankenhausinstabilität erkaufte werden. Versorgungssicherheit darf nicht zum Kollateralschaden der GKV-Finanzpolitik werden.

Beschlüsse der Delegiertenversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. vom Samstag, 19. September 2026

Beschluss: 2. BeitragssatzstabilisierungsG - Praxen stärken statt Versorgung kürzen

DIE DELEGIERTENVERSAMMLUNG DES BERUFSVERBANDES DEUTSCHER INTERNISTINNEN UND INTERNISTEN E.V. HAT FOLGENDEN BESCHLUSS GEFASST:

Der BDI fordert die Bundesregierung auf, die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossenen Kürzungen in der ambulanten Versorgung kurzfristig zu korrigieren und die Praxen durch verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen abzusichern. Die ab 2027 wirksamen Regelungen gefährden die wirtschaftliche Stabilität der Praxen und verhindern eine zeitnahe, wohnortnahe Versorgung. Medizinisch notwendige Leistungen müssen vollständig und verlässlich vergütet werden.

Hierzu fordert der BDI:

1. **Praxen verlässlich finanzieren und entlasten.** Die ambulante Versorgung braucht dauerhaft planbare Rahmenbedingungen. Die Vergütung muss die tatsächliche Kostenentwicklung und den wachsenden Versorgungsbedarf angemessen berücksichtigen. Zusätzliche gesetzliche Anforderungen an die Praxen durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und im Rahmen des zu künftigen Primärversorgungssystems müssen praxistauglich ausgestaltet und der damit verbundene Aufwand angemessen finanziert werden. Bestehende Dokumentations- und Nachweispflichten sind konsequent abzubauen.
2. **Rücknahme der Begrenzung der Vergütungszuwächse.** Die für die Jahre 2027 bis 2029 vorgesehene Verminderung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V um jeweils einen Prozentpunkt ist zurückzunehmen.
3. **Vollständige Refinanzierung tarifvertraglich bedingter Personalkostensteigerungen.** Tarifvertraglich vereinbarte Personalkostensteigerungen sind vollständig zu refinanzieren. Arztpraxen können Tarifabschlüsse nicht einseitig verhindern oder deren Höhe beeinflussen. Personalkosten beeinflussen in erheblichem Umfang die Kosten der Arztpraxen.
4. **Extrabudgetären Vergütung für gesteuerte fachärztliche Leistungen:** Fachärztliche Leistungen, die auf einer qualifizierten hausärztlichen Indikationsstellung beruhen, müssen extrabudgetär vergütet werden, denn ihr Bedarf ist bereits nachgewiesen.
5. **Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen ohne Abschläge.** Der neu eingeführte Abschlag für die allgemeine Kostendegression auf den gegenüber dem Vorjahresquartal gestiegenen Leistungsumfang ist zu streichen. Hausärztliche Leistungen müssen vollständig zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, um die bestehende Erodierung der hausärztlichen Versorgung zu stoppen und für junge Ärztinnen und Ärzte die hausärztliche Versorgung attraktiv zu gestalten.
6. **Beibehaltung der extrabudgetären Vergütung von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen.** Die bislang extrabudgetär vergüteten Vorsorge- und Früherkennungsleistungen müssen weiterhin außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet werden. Die vorgesehene Überprüfung der Gesundheitsuntersuchungen und des Hautkrebsscreenings muss sich am medizinischen Nutzen und am Präventionsbedarf orientieren und darf nicht zu fiskalisch motivierten Leistungseinschränkungen führen.

BEGRÜNDUNG:

Praxen sind ein Rückgrat der medizinischen Versorgung. Sie sichern eine wohnortnahe Behandlung und koordinieren die Versorgung über Fach- und Sektorengrenzen hinweg. Damit tragen sie wesentlich dazu bei, Krankenhäuser und Notaufnahmen gezielt zu entlasten. Diese Aufgabe wird zunehmend schwieriger: Ein wachsender Behandlungsbedarf trifft auf Fachkräftemangel, immer mehr Bürokratie und deutlich gestiegene Betriebskosten.

Dennoch sollen der ambulanten Versorgung ab 2027 rund drei Milliarden Euro entzogen werden. Bislang extrabudgetär vergütete Leistungen werden in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt und dadurch wieder einer Mengenbegrenzung unterworfen. Damit wächst die Gefahr, dass medizinisch notwendige Leistungen erbracht werden, ohne vollständig vergütet zu werden. Des Weiteren konterkariert das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz das mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GSVG) gegebene Versprechen, die hausärztliche Versorgung durch eine vollständige Vergütung der erbrachten Leistungen flächendeckend zu stärken. Die Kürzungen schwächen auch die Instrumente zur schnellen Vermittlung von Facharztterminen. Infolgedessen bedeuten die Sparmaßnahmen die Begrenzung des Leistungsangebots in Haus- und Facharztpraxen, weniger Planungssicherheit für Haus- und Facharztpraxen, weniger Zeit für Versorgung am Menschen sowie längere Wartezeiten für Patientinnen und Patienten. Wenn Praxen geschwächt werden, trifft das am Ende die Menschen vor Ort.

Besonders problematisch ist die Einbeziehung von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen in die Sparmaßnahmen. Ihre extrabudgetäre Vergütung stellt bislang sicher, dass jede erbrachte Untersuchung unabhängig von bestehenden Budgets vollständig bezahlt wird. Künftig konkurriert Prävention innerhalb einer begrenzten Gesamtvergütung mit der Behandlung bereits erkrankter Menschen. Das setzt den falschen Anreiz und gefährdet den notwendigen Ausbau präventiver Angebote.

Die Finanzprobleme der GKV lassen sich nicht durch Leistungskürzungen in den Praxen lösen. Erforderlich sind Strukturreformen, die bürokratische Belastungen verringern und versicherungsfremde Leistungen verlässlich aus Steuermitteln finanzieren.

Beschlüsse der Delegiertenversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. vom Samstag, 19. September 2026

Beschluss: 3. Datenschutz für die Versorgung heben – ärztlichen Zugriff auf die Abrechnungsdaten in der elektronischen Patientenakte ermöglichen

DIE DELEGIERTENVERSAMMLUNG DES BERUFSVERBANDES DEUTSCHER INTERNISTINNEN UND INTERNISTEN E.V. HAT FOLGENDEN BESCHLUSS GEFASST:

Der BDI fordert den Deutschen Bundestag und das Bundesministerium für Gesundheit auf, den generellen Ausschluss des ärztlichen Zugriffs auf die von den Krankenkassen in die elektronische Patientenakte (ePA) eingestellten Abrechnungsdaten aufzuheben und durch eine einwilligungsbasierte Zugriffsregelung zu ersetzen.

Konkret fordert der BDI, § 352 Satz 3 SGB V wie folgt zu fassen:

„Auf Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 dürfen Zugriffsberechtigte nach Satz 1 Nummer 1 und 2 zugreifen und diese verarbeiten, soweit dies für die Versorgung der Versicherten, insbesondere zur gezielten Unterstützung von Anamnese, Früherkennung, Befunderhebung, Diagnostik, Beurteilung von Krankheitsverläufen und Behandlung, erforderlich ist und der Versicherte ausdrücklich eingewilligt hat.“

Der BDI fordert flankierend:

1. **Strikte Zweckbindung.** Die Daten dürfen ausschließlich zu Versorgungszwecken verarbeitet werden. Eine Verwendung im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Plausibilitätsprüfungen, Regressverfahren oder Vergütungsstreitigkeiten ist gesetzlich auszuschließen.
2. **Volle Verfügungshoheit der Patientinnen und Patienten.** Die Einwilligung ist jederzeit widerruflich und arztbezogen zu erteilen. Für die Patientinnen und Patienten dürfen aus einer Verweigerung keinerlei Nachteile entstehen.
3. **Verankerung im Primärversorgungssystem.** Die Regelung ist im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) aufzunehmen, spätestens jedoch im Primärversorgungsgesetz, damit sie zum Start des neuen Systems zur Verfügung steht.
4. **Vergütung der ärztlichen Leistung.** Die Auswertung longitudinaler Leistungsdaten und die daraus abgeleitete Risikoansprache sind ärztliche Leistungen und im EBM abzubilden.
5. **Nutzbarmachung des Forschungsdatenzentrums.** Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die rechtlichen und technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass im Forschungsdatenzentrum Gesundheit auf Grundlage von § 303e Absatz 2 Nummer 9 SGB V entwickelte, trainierte und validierte Prädiktionsmodelle nach Prüfung insbesondere des Reidentifikationsrisikos aus der geschützten Verarbeitungsumgebung ausgeführt und für den Einsatz in der medizinischen Versorgung nutzbar gemacht werden können.

BEGRÜNDUNG:**Die derzeitige Rechtslage erzeugt eine schwer begründbare Asymmetrie.**

Seit dem 15. Januar 2025 stellen die Krankenkassen die bei ihnen gespeicherten Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen nach § 350 Absatz 1 SGB V im Widerspruchsverfahren in die ePA ein. Diese Daten sind damit in der Akte vorhanden. § 352 Satz 3 SGB V nimmt sie jedoch vollständig von den ärztlichen Zugriffsrechten aus. Die behandelnde Ärztin und der behandelnde Arzt sehen sie auch dann nicht, wenn die Patientin oder der Patient dies ausdrücklich wünscht.

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber mit § 25b SGB V den Kranken- und Pflegekassen erlaubt, genau diese Daten ohne Einwilligung auszuwerten, um Versicherte auf individuelle Gesundheitsrisiken hinzuweisen. Mit dem GeDIG-Entwurf soll diese Befugnis nochmals erweitert werden. Die Kasse darf also auswerten und den Versicherten ansprechen. Die Ärztin und der Arzt, die anschließend diagnostizieren, therapieren und haften, dürfen die zugrunde liegende Datenbasis nicht einsehen. Die medizinische Bewertung wird damit von der Datenverfügbarkeit getrennt. Das ist versorgungspolitisch nicht sachgerecht und untergräbt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Der Versorgungsnutzen ist unmittelbar.

Die kassenseitigen Leistungsdaten sind das einzige sektorenübergreifend vollständige Abbild eines Behandlungsverlaufs. Sie enthalten Diagnosen, Prozeduren, Arzneimittelverordnungen, Krankenhausaufenthalte und Heilmittel über alle Behandler und über Jahre hinweg. Kein Praxisverwaltungssystem und keine Anamnese leisten dies. Der Nutzen liegt in der Vermeidung von Doppeluntersuchungen, in der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Polypharmazie und in der Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten, die bislang durch das Raster fallen.

Ein Beispiel aus der Inneren Medizin: Rund 1,9 Prozent der Bevölkerung hatten 2022 eine diagnostizierte mittlere bis fortgeschrittene chronische Nierenerkrankung. Fast ein Drittel der Patientinnen und Patienten im Stadium 4 wurde innerhalb eines Jahres nicht nephrologisch mitbetreut und erhielt deutlich seltener die leitliniengerechte Bestimmung von Nierenfunktion und Albuminurie. Genau solche Versorgungslücken sind aus longitudinalen Leistungsdaten zuverlässig auffindbar. Vergleichbares gilt für Herzinsuffizienz, Diabetes, kardiovaskuläre Hochrisikokonstellationen und die Erkennung seltener Erkrankungen.

Die Forderung ist der fehlende Baustein einer bereits angelegten Entwicklung.

Mit § 303e Absatz 2 Nummer 9 SGB V hat der Gesetzgeber die Entwicklung von KI-Systemen einschließlich Training, Validierung und Testen ausdrücklich als zulässigen Nutzungszweck des Forschungsdatenzentrums Gesundheit anerkannt.

Entsprechende Modelle entstehen bereits, etwa im Innovationsfondsprojekt PRED(i)CKD zur Risikoprädiktion bei chronischer Nierenerkrankung aus GKV-Routinedaten. Solche Modelle lassen sich derzeit ausschließlich beim Datenhalter anwenden, nicht dort, wo die Behandlungsentscheidung fällt. Die vorgeschlagene Änderung schließt diese Lücke und ermöglicht arztgeführte statt kostenträgergeführte Risikostratifizierung.

Die Forderung ist minimalinvasiv und datenschutzrechtlich zurückhaltend.

Es wird kein neuer Datenfluss geschaffen. Die Daten befinden sich bereits in der Akte des Versicherten. Der Zugriff wird an eine ausdrückliche Einwilligung und an das Erforderlichkeitskriterium gebunden und damit an eine engere Schranke als die geltende Widerspruchslösung für das Einstellen der Daten. Die Regelung ist auf Ärztinnen und Ärzte sowie deren Personal unter ärztlicher Aufsicht begrenzt. Der Änderungsbedarf beschränkt sich auf einen

einzigem Satz des SGB V und verursacht keine Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Das Zeitfenster ist jetzt.

Der Kabinettdesign des GeDIG wurde am 15. Juli 2026 beschlossen und befindet sich im parlamentarischen Verfahren. Der Referentenentwurf zum Primärversorgungsgesetz steht unmittelbar bevor, das neue System soll ab 2028 wirken. Wenn die hausärztliche und die fachärztliche Praxis im künftigen Primärversorgungssystem Steuerungsverantwortung übernehmen sollen, müssen sie auch über die Informationsgrundlage verfügen, auf der gesteuert wird. Der BDI sollte diese Forderung jetzt in beide Verfahren einbringen.

Beschlüsse der Delegiertenversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. vom Samstag, 19. September 2026

Beschluss: 4. Adipositas wirksam begegnen – Prävention stärken, Therapie gezielt ermöglichen

DIE DELEGIERTENVERSAMMLUNG DES BERUFSVERBANDES DEUTSCHER INTERNISTINNEN UND INTERNISTEN E.V. HAT FOLGENDEN BESCHLUSS GEFASST:

Der BDI fordert Bundesregierung und Gesetzgeber auf, der zunehmenden Adipositasprävalenz in Deutschland mit einer umfassenden Strategie aus **gezielter medizinischer Versorgung und konsequenter Verhältnisprävention** zu begegnen. Hierzu sind insbesondere folgende Maßnahmen umzusetzen:

1. Medikamentöse Adipositastherapie unter klar definierten Voraussetzungen ermöglichen

Der pauschale Ausschluss von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion aus der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 34 SGB V ist nicht mehr zeitgemäß. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, § 34 SGB V so anzupassen, dass moderne GLP-1-Rezeptoragonisten und andere inkretinbasierte Arzneimittel bei medizinisch begründeter Indikation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig werden können.

Dabei ist zwischen der arzneimittelrechtlichen **Zulassungsindikation** und den Voraussetzungen einer **Erstattung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung** zu unterscheiden. Zugelassen sind die betreffenden Arzneimittel – jeweils ergänzend zu einer kalorienreduzierten Ernährung und vermehrter körperlicher Aktivität – ab einem BMI von 30 kg/m² beziehungsweise ab einem BMI von 27 kg/m² beim Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung. Für die Erstattungsfähigkeit zulasten der GKV hält der BDI eine engere Eingrenzung für sachgerecht, die sich an der bereits etablierten Systematik des DMP Adipositas orientieren sollte:

- **BMI $\geq$ 35 kg/m²** auch ohne Vorliegen einer Begleiterkrankung sowie
- **BMI von 30 bis unter 35 kg/m²** beim Vorliegen mindestens einer adipositasassoziierten Begleiterkrankung.

Die konkrete Ausgestaltung der Anspruchsvoraussetzungen soll dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen werden. Eine Verordnung zulasten der GKV ist zwingend in ein **strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungskonzept** einzubetten. Dieses muss neben der medikamentösen Therapie insbesondere ernährungsmedizinische, bewegungsbezogene und verhaltensmedizinische Maßnahmen umfassen. Der G-BA soll darüber hinaus Kriterien für Therapieziele, Verlaufskontrollen, Therapiedauer und gegebenenfalls die Beendigung einer medikamentösen Therapie festlegen.

Der Therapieerfolg darf dabei **nicht allein am Ausmaß der Gewichtsreduktion** gemessen werden. Ziel der Adipositastherapie ist ebenso die Prävention und Behandlung adipositasassoziierter Folgeerkrankungen. Als Kriterien der Verlaufsbeurteilung sind deshalb neben dem Gewicht insbesondere metabolische Risikofaktoren, der Verlauf bestehender Begleiterkrankungen, die körperliche Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität heranzuziehen.

2. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen konsequent gesundheitsfördernd gestalten

Eine Ausweitung therapeutischer Möglichkeiten darf nicht dazu führen, dass die gesellschaftlichen Ursachen der zunehmenden Adipositasprävalenz aus dem Blick geraten. Parallel zur medizinischen Versorgung ist deshalb ein verbindliches Maßnahmenpaket zur Verhältnisprävention erforderlich. Der BDI fordert insbesondere:

- die Einführung einer **wirksamen Abgabe auf zuckerhaltige Getränke**, verbunden mit Maßnahmen zur finanziellen Entlastung beziehungsweise Verbilligung gesunder Grundnahrungsmittel,
- einen **konsequenten Schutz von Kindern und Jugendlichen vor der Vermarktung ungesunder Lebensmittel**, einschließlich eines Verbots entsprechender an Kinder gerichteter Werbung,
- eine **leicht verständliche und deutlich sichtbare Lebensmittelkennzeichnung** nach dem Vorbild international etablierter Warnkennzeichnungssysteme, insbesondere des chilenischen Modells,
- die Entwicklung von **Kindertagesstätten, Schulen und Krankenhäusern zu gesunden Ernährungszonen**, in denen ein gesundheitsförderndes Lebensmittelangebot zum verbindlichen Standard wird,
- die konsequente **Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz und Bewegungsförderung im Sinne eines „Health in All Policies“-Ansatzes**. Gesundheitskompetenz soll von der Kita bis zu den weiterführenden Schulen altersgerecht und verbindlich in den Bildungsalltag integriert werden. Zugleich müssen Stadt-, Verkehrs- und Infrastrukturplanung sichere und attraktive Möglichkeiten für Alltagsbewegungen schaffen, insbesondere durch sichere, Radwege, attraktive Fußwege und bewegungsfreundliche öffentliche Räume.

BEGRÜNDUNG:

Adipositas ist eine der großen gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit. Ihre zunehmende Prävalenz lässt sich weder allein mit individuellen Entscheidungen erklären noch allein durch medizinische Therapie bewältigen. Ernährungsverhalten entsteht in einem Umfeld, das durch Lebensmittelangebot, Preisgestaltung, Werbung, Lebensbedingungen und gebaute Umwelt wesentlich mitgeprägt wird.

Gleichzeitig hat sich die medizinische Behandlung der Adipositas grundlegend weiterentwickelt. Moderne inkretinbasierte Arzneimittel sind nicht mit früheren, überwiegend zur Appetitzügelung eingesetzten sogenannten Lifestyle-Präparaten gleichzusetzen. Die derzeitige Rechtslage trägt dieser Entwicklung nicht ausreichend Rechnung. Nach § 34 SGB V bleibt eine Verordnung von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen – selbst dann, wenn eine behandlungsbedürftige Adipositas mit erheblichen Begleit- oder Folgeerkrankungen vorliegt.

Dies führt zu einem Wertungswiderspruch: Während die gesetzliche Krankenversicherung unter definierten Voraussetzungen beispielsweise die Kosten einer bariatrischen Operation übernimmt, bleibt eine moderne pharmakologische Adipositastherapie aufgrund des gesetzlichen Leistungsausschlusses grundsätzlich der Selbstzahlung vorbehalten.

Der Widerspruch setzt sich innerhalb der strukturierten Versorgung fort. Mit dem **DMP Adipositas** besteht seit 2024 ein strukturiertes Behandlungsprogramm, das die Adipositas ausdrücklich als chronische Erkrankung anerkennt und eine leitliniengerechte Langzeitbetreuung vorsieht. Eine zentrale evidenzbasierte Therapieoption kann in dieses Programm jedoch nicht regelhaft integriert werden, da der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen eines DMP nur solche Leistungen empfehlen kann, die auch Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sind. § 34 SGB V verhindert damit, dass eine bereits etablierte Versorgungsstruktur ihr therapeutisches Potenzial ausschöpfen kann.

Eine vollständige und voraussetzungslose Öffnung der Verordnungsfähigkeit wäre angesichts der großen Zahl potenziell Behandlungsberechtigter, der zu erwartenden Kosten und der notwendigen Priorisierung solidarisch finanzierter Leistungen jedoch ebenfalls nicht sachgerecht. Deshalb sollte der Gesetzgeber zunächst den grundsätzlichen Leistungsausschluss beseitigen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss ermöglichen, medizinisch und wirtschaftlich nachvollziehbare Kriterien für eine GKV-finanzierte Behandlung festzulegen.

Der BDI spricht sich dabei für eine gezielte Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten aus, die aufgrund des Ausmaßes ihrer Adipositas oder bereits bestehender Begleiterkrankungen das höchste Risiko tragen. Eine Beschränkung auf Fälle, in denen bereits eine Folgeerkrankung eingetreten ist, wäre demgegenüber nicht sachgerecht. Gerade bei höhergradiger Adipositas besteht das Ziel darin, Typ-2-Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, obstruktive Schlafapnoe, Fettlebererkrankung, chronische Nierenerkrankung und muskuloskelettale Schäden möglichst zu verhindern. Adipositastherapie ist deshalb nicht allein Gewichtsreduktion, sondern zugleich Prävention und Behandlung der Folgeerkrankungen. Die Anlehnung an die Einschreibekriterien des DMP Adipositas bildet diesen Anspruch sachgerecht ab und fügt sich zugleich in eine bereits bestehende, im SGB V verankerte Systematik ein. Die Pharmakotherapie darf dabei nicht isoliert erfolgen, sondern muss Bestandteil eines strukturierten Behandlungskonzeptes sein.

Bei der wirtschaftlichen Bewertung dürfen zudem nicht allein die Arzneimittelkosten betrachtet werden. Ihnen sind die langfristigen Kosten einer unbehandelten Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen gegenüberzustellen – von Diabetes mellitus Typ 2 über kardiovaskuläre, hepatische, renale und muskuloskelettale Erkrankungen bis hin zu Hospitalisierungen, Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Eine belastbare gesundheitsökonomische Bewertung muss diese Langfristsperspektive einbeziehen, statt allein auf die Ausgaben einer einzelnen Leistungsart abzustellen.

Eine solche Öffnung kann jedoch nur ein Teil einer umfassenden Adipositasstrategie sein. Wer Adipositas ausschließlich behandelt, ohne gleichzeitig die Bedingungen zu verändern, unter denen sie entsteht, greift gesundheitspolitisch zu kurz. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Kombination aus fiskalischen Maßnahmen, verständlicher Lebensmittellabelkennzeichnung, Einschränkungen des Kindermarketings und gesundheitsfördernden Lebenswelten geeignet ist, Konsumententscheidungen und Ernährungsumgebungen zu verändern.

Der BDI plädiert deshalb für einen Paradigmenwechsel: **Adipositasprävention und Adipositastherapie dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.** Menschen mit manifester Erkrankung müssen Zugang zu einer evidenzbasierten medizinischen Behandlung erhalten. Gleichzeitig muss die Politik Verantwortung für Rahmenbedingungen übernehmen, die gesunde Entscheidungen erleichtern und insbesondere Kinder vor gesundheitsgefährdenden Einflüssen schützen.

Eine nachhaltige Strategie gegen die zunehmende Adipositasprävalenz braucht deshalb beides: **eine gezielte, qualitätsgesicherte Therapie für bereits Erkrankte und eine konsequente Verhältnisprävention für die gesamte Bevölkerung.**