

# Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 05/2025 | 129. Deutscher Ärztetag

## **Stimmen zum Koalitionsvertrag**

**BDI kritisiert Rückzieher bei Facharzt-Entbudgetierung**

änd – 10. April 2025

## **BDI-Präsidentin im Interview**

**„Ein echtes Primärarztsystem braucht eine zielgenaue Lenkung“**

änd – 08. Mai 2025

**BDI, bvkj, Hartmannbund, haev, Spitzenverband ZNS und Virchowbund  
Zeit für eine klare Entscheidung: GOÄ-Reform jetzt auf den Weg bringen!**

22. Mai 2025

## **129. Deutscher Ärztetag**

**Ärzterschaft: Mehr Prävention wagen**

Deutsches Ärzteblatt – 02. Juni 2025

## **129. Deutscher Ärztetag**

**Gemeinsam für eine zukunftsfähige ärztliche Weiterbildung:**

**BDA, BDI und BDC begrüßen Beschluss des Deutschen Ärztetags**

03. Juni 2025

## **129. Deutscher Ärztetag**

**„ÄrzteTag“-Podcast: Was bringt die Entbudgetierung für Ihre Praxis, Dr. Schorn?**

Ärzte Zeitung – 05. Juni 2025

## **129. Deutscher Ärztetag**

**Ärztetag befasst sich mit Scheinselbstständigkeit – BDA, BDC und BDI pochen auf Rechtssicherheit**

05. Juni 2025

## **129. Deutscher Ärztetag**

**Ein Überblick über die Inhalte: Zwischen Forderungen und Selbstverpflichtungen**

OPG – 6. Juni 2025

Stimmen zum Koalitionsvertrag

## **BDI kritisiert Rückzieher bei Facharzt-Entbudgetierung**

**Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) hat eine gemischte Bilanz zum schwarz-roten Koalitionsvertrag gezogen. Trotz „zahlreicher sinnvoller Vorhaben“ kritisierte der BDI, dass die im Vorab-Papier der AG Gesundheit vorgesehene Entbudgetierung der Fachärztinnen und Fachärzte nun lediglich „geprüft“ werden soll.**



©Phil

Dera zeigte sich enttäuscht über den Rückzieher der Politik zur Facharzt-Entbudgetierung: BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck befürwortete die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung eines verbindlichen Primärarzt-systems und einer strukturierten, digitalen Ersteinschätzung: „Eine bedarfsgerechte Lenkung des Versorgungspfades ist ein zentraler Beitrag für mehr Effizienz im Gesundheitswesen“, sagte sie am Donnerstag.

Zugleich betonte sie, dass sich die Budgetierung in einem gesteuerten Versorgungssystem erübrige. „Dass der Koalitionsvertrag jetzt zurückrudert und lediglich ‚prüfen‘ möchte, ist enttäuschend“, sagte die BDI-Präsidentin. Sie betonte, dass eine Budgetierung grundsätzlich dem Gedanken eines Primärarzt-systems widerspreche, in dem die Facharztleistungen bereits bedarfsgeprüft erbracht werden.

Dr. Norbert Smetak, BDI-Vizepräsident und Facharzt für Kardiologie, begrüßte ebenfalls die Pläne für ein Primärarzt-system, sprach sich zugleich dafür aus, angesichts begrenzter hausärztlicher Kapazitäten und des hohen Anteils chronisch Kranker in internistischer Betreuung Fachinternistinnen und Fachinternisten, etwa Diabetologinnen, Nephrologen oder Kardiologen, stärker einzubinden.

Kritik übte er dagegen an der geplanten „Termin­garantie“ für fachärztliche Behandlungen mit gleichzeitiger Budgetierung und möglichen Abschlägen in vermeintlich überversorgten Gebieten. „So schafft man Widersprüche statt Versorgungsverbesserungen“, machte er deutlich.

### **BDI sieht Benachteiligung in der ambulanten Weiterbildung**

Benachteiligung von Internisten machte die BDI-Präsidentin in der ambulanten Weiterbildung aus. Sie begrüßte zwar, dass die Finanzierung der ambulanten ärztlichen Weiterbildung in den politischen Fokus gerückt ist. Die geplante Möglichkeit, künftig zwei Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin pro Weiterbildungler zuzulassen, sei zwar diskussionswürdig, müsse aber konsequent für alle Fachgruppen gelten, fordert sie.

Besonders problematisch ist nach ihrer Auffassung die Benachteiligung hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten, die von der Förderung der ambulanten Weiterbildung nach § 75a Absatz 1 SGB V weiterhin ausgeschlossen bleiben. Darüber hinaus sprach sich der BDI ausdrücklich für eine umfassende Finanzierungslösung aus, die über fachgruppenspezifische Programme hinausgeht.

---

10.04.2025 15:16, Autor: , © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/234343>

BDI-Präsidentin im Interview

## „Ein echtes Primärarztsystem braucht eine zielgenaue Lenkung“

Das neue Team im Bundesgesundheitsministerium wird sich rasch einarbeiten müssen – schließlich haben sich Union und SPD im Vorfeld auf eine Menge Reformen geeinigt. Wie blickt der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) auf den Aufgabenzettel der neuen Ministerin? Der änd sprach mit BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck über den vorliegenden Koalitionsvertrag.



©BDI

Neumann-Grutzeck: "Bei der Entbudgetierung darf es kein Zögern geben. Sonst wird das gesamte System nicht funktionieren."

**Frau Neumann-Grutzeck, die neue Regierung hat nun die künftige gesundheitspolitische Richtung in ihrem Koalitionsvertrag vorgegeben. Hat Sie die Lektüre der Zeilen zur Gesundheit insgesamt optimistisch gestimmt – oder überwiegt die Sorge vor großen Problemen?**

Wir sind erst einmal optimistisch gestimmt. Viele Ideen, die wir als BDI jahrelang in die politische Diskussion eingebracht haben – etwa eine verbindliche Patientensteuerung unter Einbindung internistischer Fachärzte, die Reform der Notfallversorgung, ein iMVZ-Regulierungsgesetz und eine kluge Weiterentwicklung der Krankenhausreform – finden sich nun im Vertrag wieder. Dass mit Frau Warken eine kommunikative und dialogbereite Ministerin antritt, erhöht die Chance auf konstruktive, gemeinsame Lösungen.

Natürlich gibt es auch einige Punkte, mit denen wir nicht einverstanden sind. Sehr kritisch sehen wir zum Beispiel, dass die ursprünglich geplante Entbudgetierung der Fachärztinnen und Fachärzte in unterversorgten Regionen auf eine bloße „Prüfung“ reduziert wurde. Hier droht die Politik ihr eigenes Ziel, Wartezeiten spürbar zu verkürzen, zu verfehlen.

### **Der Koalitionsvertrag kündigt ein verbindliches Primärarztsystem an. Was würde das für die Niedergelassenen und insbesondere auch Ihre Fachgruppe bedeuten?**

Ein verbindliches Primärarztsystem heißt vor allem eine verbindliche Steuerung. Das ist aus unserer Sicht der richtige Weg, um unsere knappen medizinischen Ressourcen sinnvoll zu nutzen. Ein echtes Primärarztsystem braucht jedoch eine zielgenaue Lenkung, die über eine schnelle Überweisung hinausgeht. Diese Steuerung sollte sowohl durch Hausärztinnen und Hausärzte als auch durch Fachärzte erfolgen.

Als BDI haben wir in unserem Steuerungskonzept dafür geworben, internistische Fachärztinnen und Fachärzte systematisch einzubeziehen, weil wir beide Versorgungsbereiche im Blick haben. Ein Drittel der Hausärzte sind Internistinnen und Internisten – Tendenz steigend. Viele chronisch Kranke – Dialyse- oder Diabetespatientinnen zum Beispiel – sind ohnehin primär bei internistischen Fachärzten in Behandlung. Wer beide Gruppen einbezieht, steuert bedarfsgerecht und entlastet zugleich die hausärztlichen Kapazitäten.

Entscheidend wird auch sein, wie das System ordnungspolitisch umgesetzt wird. Im Koalitionsvertrag ist von einem Nebeneinander von Steuerung im Kollektivvertrag und der HZV die Rede. Das begrüßen wir, denn bewährt hat sich die HZV bislang nur regional und in Kombination mit Facharztverträgen.

Und Voraussetzung muss sein: Wenn eine fachärztliche Leistung auf Veranlassung eines Primärarztes erbracht wird, ist ihr Bedarf nachgewiesen. Folgerichtig muss die Leistung vollständig entbudgetiert sein!

### **Union und SPD reden von einschneidenden Veränderungen in der Honorarsystematik. Die Entbudgetierung von Fachärzten im ambulanten Bereich soll „geprüft“ werden. Auf der anderen Seite werden Abschläge für Ärzte in überversorgten Regionen gefordert. Auch scheint eine Abkehr von der Quartalslogik geplant. Was von diesen Veränderungen macht Sinn und wo sehen Sie die Politik auf dem Holzweg?**

Bei der Entbudgetierung darf es kein Zögern geben. Sonst wird das gesamte System nicht funktionieren. Eine vorsichtige Prüfung ist daher völlig unzureichend, wenn man Wartezeiten wirklich verkürzen will.

Abschläge in vermeintlich überversorgten Gebieten verkennen zudem die Versorgungsrealität. Sie treffen gerade die Regionen, die umliegende Landkreise mitversorgen, und verschärfen das Problem. Zudem sind die fachärztlichen Leistungen aufgrund der Budgetierung doch jetzt schon unterfinanziert. Hier besteht die Gefahr, dass die Versorgung weiter heruntergefahren wird, weil diese ärztlichen Leistungen zu den vereinbarten Vergütungen gar nicht mehr durchführbar sind oder Kolleginnen und Kollegen gleich frühzeitig ihre Kassenzulassung zurückgeben. Hier ist die Politik definitiv auf dem Holzweg.

Ob eine Abkehr von der Quartalslogik tatsächlich Vorteile bringt, hängt von der konkreten Ausgestaltung ab. Im hausärztlichen Bereich steht die Umsetzung noch aus. Diese würde ich einmal abwarten, bevor ich eine Prognose abgebe.

**Die neue Regierung will die KVen verpflichten, Facharzttermine in einer bestimmten Zeit zu vermitteln. „Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht“, heißt es dazu. Glauben Sie, dass eine solche Strategie sinnvoll ist?**

Nein. Das ist planwirtschaftlich und ignoriert, dass unsere Wartezeiten im internationalen Vergleich bereits kurz sind. Außerdem untergräbt es die Freiberuflichkeit der Vertragsärztinnen und -ärzte. Bei diesem Vorschlag haben die Verfasser des Koalitionsvertrages offenbar vergessen, dass es sich bei Praxisinhabern eben nicht um Angestellte in einem staatlichen Gesundheitssystem handelt. Wir sind Freiberufler, die ihre Praxen mit eigenen Mitteln finanzieren und auf eigenes Risiko arbeiten. Da lasse ich mir in meine Terminorganisation nicht reinreden!

Zudem verkennt eine „Termingarantie“ komplett die Ursache des Problems. Die eigentliche Stellschraube bleibt eine konsequente Patientensteuerung und eine solide Finanzierung der ambulanten Strukturen – nicht der Umweg über Kliniken, die wir eigentlich entlasten wollen. Mit der Neupatientenregelung waren wir da schon einmal einen deutlichen Schritt weiter.

Vorgesehen ist auch ein Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren, das Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte Verwendung der Beitragsmittel sicherstellen soll. Glauben Sie, dass eine solche Initiative Verbesserungen im System bringt und sich auch konkret umsetzen lässt?

Ein komplettes Verbot ist, zumindest nach unserem Kenntnisstand, juristisch kaum durchsetzbar. Aber mehr Transparenz über Eigentümerstrukturen und eine strengere Prüfung der Erfüllung der Versorgungsaufträge von iMVZ sind überfällig. Ein strengeres Regelwerk schützt sowohl die Beschäftigten als auch die Patientinnen und Patienten vor rein renditeorientierten Strukturen. Genau das fordern wir seit einigen Jahren.

**Die Hybrid-DRGs sollen weiter ausgebaut werden. Ziel ist eine bessere Verschränkung der ambulanten und stationären Leistungsangebote, heißt es. Findet das Vorhaben Ihre Zustimmung?**

Absolut. Hybrid-DRGs sind ein entscheidender Schritt zu mehr Ambulantisierung. Entscheidend ist jetzt ein ausgedehnter Katalog und eine Vergütung oberhalb des EBM, die gleichermaßen für Praxen und Kliniken attraktiv ist.

**Der Fachkräftemangel wird auch im Koalitionsvertrag thematisiert. Sind die vorgeschlagenen Maßnahmen aus Ihrer Sicht ausreichend?**

Kaum. Attraktive Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie und die Stärkung der Selbständigkeit sind Voraussetzungen, um Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte und die Ärztinnen und Ärzte im Beruf zu halten. Heilkundeübertragungen – zum Beispiel an Apotheker – lösen das Grundproblem aus unserer Sicht nicht.

Wichtig wäre auch, die ambulante ärztliche Weiterbildung besser zu finanzieren. Im hausärztlichen Bereich müssen hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten endlich gleichberechtigt eingebunden werden. Nur so könnten die hausärztlichen Kapazitäten rasch und nachhaltig gesichert werden. Dass im Koalitionsvertrag erneut nur Regelungen für Allgemeinmediziner und Kinder- und Jugendärzte geplant sind, ist völlig unverständlich.

Insgesamt werben wir als BDI auch ausdrücklich für eine umfassende Finanzierungslösung der ambulanten Weiterbildung, die über fachgruppenspezifische Programme hinausgeht und den steigenden Bedarf für alle Facharztgruppen langfristig absichert.

**Was fehlt Ihnen im Koalitionsvertrag – oder bei welchen Punkten hätten Sie sich eine klarere Positionierung gewünscht?**

Erstens: Die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Steuerung ist wichtig – noch wirksamer wäre es, wenn Bürgerinnen und Bürger Krankheiten vorbeugen und sich im System souverän bewegen könnten. Wir brauchen verbindliche Gesundheitsbildung von der KiTa, über die Schule bis zum Arbeitsplatz sowie Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten. Jede vermiedene Erkrankung entlastet Arztpraxen, Kliniken und Beitragszahler gleichermaßen.

Zweitens: Altersmedizin. Angesichts des demografischen Wandels ist eine umfassende Strategie für die geriatrische Versorgung unverzichtbar. Sie muss ambulante und stationäre Angebote verzahnen, die ärztliche Weiterbildung in Altersmedizin fördern und interprofessionelle Teams stärken. Um tragfähige Konzepte zu entwickeln, schlägt der BDI eine Enquete-Kommission vor, die Politik, Wissenschaft, Pflege, Patientenvertreter und selbstverständlich Internistinnen und Internisten an einen Tisch bringt. Nur so finden wir Lösungen, die den individuellen Bedürfnissen älterer Menschen genauso gerecht werden wie den gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen.

**Glauben Sie, dass Union und SPD die richtigen Themen adressiert haben, um die Finanzen der GKV langfristig unter Kontrolle zu bekommen?**

Mehr Steuerung ist ein wichtiger Schritt. Aber so lange, wie wir an einem nahezu uneingeschränkten Leistungsversprechen festhalten und auch die Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeldempfänger weiterhin aus Beitragsmitteln subventioniert werden, bleiben die Beitragssätze unter Druck. Viele Projekte stehen ohnehin unter Finanzierungsvorbehalt – hier werden wir konstruktiv, aber hartnäckig nachhaken, damit wichtige Projekte nicht unbeachtet unter den Tisch fallen.

Gemeinsame Pressemitteilung

## **Zeit für eine klare Entscheidung: GOÄ-Reform jetzt auf den Weg bringen!**

**Berlin, 22.05.2025** - Die unterzeichnenden Verbände sprechen sich dafür aus, dem Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zuzustimmen. Nach einem jahrelangen Erarbeitungs- und Gesprächsprozess liegt jetzt ein tragfähiger Kompromiss mit PKV und Beihilfe vor. Der neue Ansatz erkennt endlich die ärztliche Zuwendung zum Patienten in allen Fachgebieten wieder angemessen an und führt insgesamt zu einer besseren Honorierung.

Vor allem aber ist es für die gesamte Ärzteschaft von immensem Wert, durch den Entwurf nach zwei Jahrzehnten der Beratungen und Diskussionen endlich die Voraussetzung für eine Novellierung der GOÄ durch den Verordnungsgeber zu schaffen.

Eine zeitgemäße Honorarordnung ist ein Wesensmerkmal des freien ärztlichen Berufs. Dieser Funktion kann eine seit Jahrzehnten überalterte GOÄ nicht mehr gerecht werden.

Angesichts der bevorstehenden politischen Diskussionen um die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme wäre ein Scheitern oder eine erneute Vertagung der Entscheidung über eine neue GOÄ ein fatales Signal für die Zukunft des dualen Versicherungssystems und den Erhalt einer eigenständigen ärztlichen Gebührenordnung.

Stattdessen geht es jetzt mehr denn je darum, dass die Ärzteschaft ihre Gestaltungsfähigkeit in diesem für die Zukunft des Berufsstandes zentralen Themenfeld unter Beweis stellt.

Die Unterzeichnenden begrüßen, dass Bundesärztekammer und PKV-Verband vereinbart haben, den vorliegenden Entwurf nach einem positiven Votum in Abstimmung mit den ärztlichen Verbänden und Fachgesellschaften innerhalb des jetzt beschriebenen Rahmens weiter zu verbessern. Schon im Clearingverfahren der letzten Monate konnten mit den Verbänden, die sich konstruktiv beteiligt haben, zahlreiche Anpassungen erreicht werden. Eine moderne GOÄ bedarf der kontinuierlichen Anpassung an den medizinischen Fortschritt und die Kostenentwicklung in Praxen und Krankenhäusern. Es ist gut, dass der vorliegende Entwurf die Voraussetzungen dafür auch für die Zeit nach der Inkraftsetzung der neuen GOÄ schafft.

Gemeinsame Pressemitteilung vom 22.05.2025

Die neue Bundesgesundheitsministerin steht nun in der Verantwortung, das Novellierungsverfahren auf der Basis eines positiven Ärztetagsvotums zügig einzuleiten.

**Pressekontakte:**

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI)

Tel: 0611 / 181 33 - 0

E-Mail: [presse@bdi.de](mailto:presse@bdi.de)

[www.bdi.de](http://www.bdi.de)

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e.V.

Tel: 0221 / 68 909 - 11

E-Mail: [presse@bvkj.de](mailto:presse@bvkj.de)

[www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)

Hartmannbund

Tel: 030 / 206208 - 11

E-Mail: [presse@hartmannbund.de](mailto:presse@hartmannbund.de)

[www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Tel: 030 / 887 143 73 - 60

E-Mail: [pressestelle@haev.de](mailto:pressestelle@haev.de)

[www.haev.de](http://www.haev.de)

SPiZ – Spitzenverband ZNS

Tel: 030 / 948 783 - 10

E-Mail: [bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de](mailto:bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de)

[www.spitzenverband-zns.org](http://www.spitzenverband-zns.org)

Virchowbund

Tel: 030 / 28 87 74 - 0

E-Mail: [presse@virchowbund.de](mailto:presse@virchowbund.de)

[www.virchowbund.de](http://www.virchowbund.de)

Ärzteschaft

## Ärzteschaft: Mehr Prävention wagen

🕒 Montag, 2. Juni 2025



/Maybaum

Leipzig – Bei Prävention und Gesundheitsförderung haben sich die Delegierten des 129. Deutschen Ärztetags unter anderem für mehr Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung, bei der Mediennutzung und in den Sozialen Medien, für Erste Hilfe als Unterrichtsinhalt und eine Stärkung der Gesundheitskompetenz ausgesprochen.

Auch ein Votum für ein Böllerverbot zum Schutz der Gesundheit und für eine Verminderung der Feinstaubbelastung, die Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften, Prävention unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Stärkung geschlechtsspezifischer Gesundheit wurden besprochen und verabschiedet.

„Als Arzt in Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sehe ich tagtäglich wie früh sich gesundheitliche Chancenungleichheit und Risikofaktoren im Leben junger Menschen manifestieren“, sagte Andrej Weissenberger, Delegierter der Ärztekammer Nordrhein.

Viele Kinder würden in einer Umwelt aufwachsen, in denen gesunde Ernährung, Bewegung und ein verantwortungsbewusster Umgang mit diversen Substanzen nicht selbstverständlich seien. Prävention müsse daher früh erfolgen und nicht erst im Wartezimmer der kinderärztlichen Praxis oder in der Klinik, sondern in Vereinen, in Kitas, in Schulen und im Elternhaus, sagte er.

„Wir brauchen dringend politische Entscheidungen, die Kinder und Jugendliche wirksam vor gefährdendem Konsumverhalten schützen“. Darunter fielen etwa Maßnahmen wie Einschränkungen zur Bewerbung von Lebensmitteln, deren Nährwerte für Zucker, Fett und Salz die von der WHO empfohlenen Richtwerte überschreiten würden, so Weissenberger.

„Verpflichtende Gesundheitsbildung in Kitas und Schulen ist keine Bevormundung, sie ist Ausdruck politischer Verantwortung gegenüber zukünftigen Generationen sowie aller sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher“, betonte der Arzt in Weiterbildung.

Dies konnte auch der Kinder- und Jugendmediziner Guido Judex aus Bayern im Vorfeld der Abstimmungen bestätigen. Er beobachte viele Gewichtszunahmen unter seinen jungen Patienten. Die Prävention nehme einen großen Stellenwert ein, weshalb auch er eine Zuckersteuer und Reduzierungen der Zuckermenge in Getränken befürworte.

Vor allem eine Zuckersteuer würde auch Christine Neumann-Grutzeck aus dem Vorstand gutheißen. Schon vor Jahren habe sie dazu einen Antrag gestellt, berichtet sie. Jetzt sei ein guter Zeitpunkt, dass die Ärzteschaft sich bei diesem Thema klar positioniere, um junge Menschen vor Folgeerkrankungen wie Diabetes zu schützen, sagte sie.

Eine freiwillige Selbstverpflichtung werde nichts bringen, sagte Oliver Funken aus Nordrhein in der Diskussion. Gebraucht werde ein fester Rahmen.

Hans-Otto Bürger setzte sich als Abgeordneter der Landesärztekammer Baden-Württemberg gemeinsam mit anderen in einem Antrag dafür ein, ein Kinder-Lebensmittelwerbegesetz umzusetzen. Das Gesetz sehe vor, die Bewerbung von Kinderlebensmitteln, deren Nährwerte für Zucker, Fett und Salz die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Richtwerte überschreiten, künftig strikt zu regulieren. Auch das an Kinder gerichtete Sponsoring sollte nicht mehr zulässig sein, heißt es in dem Antrag.

Die Gesundheit unserer Kinder müsse wichtiger sein als der Lobbyismus im Bereich der Zuckersteuer, betonte auch Laura Dalhaus, Delegierte der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Sie sprach sich für ein klares Votum für die Zuckersteuer aus.

Mit 159 Stimmen wurde dem Antrag für mehr Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung auf dem Deutschen Ärztetag schließlich zugestimmt.

## Medienschutz für Kinder und Jugendliche

Viele Anträge gab es auch zum Medienschutz für Kinder und Jugendliche. So forderte Birgit Wulff, Delegierte der Ärztekammer Hamburg, gemeinsam mit Pedram Emami aus dem Vorstand der Bundesärztekammer und anderen einen Kinder- und Jugendschutz in den Sozialen Medien, auf Videoplattformen und bei Messengerdiensten.

Kinder- und Jugendärzte beobachteten mit Sorge einen ausufernden Medienkonsum bei Kindern und Jugendlichen, heißt es in dem Antrag. Daneben würden gesundheitliche Beeinträchtigungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich zunehmen. Häufig seien etwa psychische Auffälligkeiten, Suchterkrankungen und Adipositas.

Der Schutz des gesundheitlichen Wohls von Kindern und Jugendlichen könne durch bereits bestehende Regelungen nicht gewährleistet werden, heißt es von den Antragstellern. Eine Kontrolle von Altersbegrenzungen sei nicht gegeben, auch wenn sie etwa bei vielen Social-Media-Anbietern vorgesehen seien.

Anbieter internetbasierter Dienste sollen deshalb dem Antrag zufolge verpflichtet werden, Alterskontrollen vor jeglicher Nutzung durchzuführen, den Austausch von Bild- und Videomaterial unter 16 Jahren zum Schutz personenbezogener Daten und der Persönlichkeitsrechte zu unterbinden und Bild- und Videoinhalte mit Altersbeschränkung zum Kinder- und Jugendschutz zu klassifizieren, um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen.

Im Hinblick auf den Umgang mit sozialen Medien im Schulalltag böten sich Möglichkeiten für eine Regelung im Sinne des Kinder- und Jugendschutzes an, heißt es. Mit 183 Stimmen wurde dem Antrag zugestimmt.

„Wir alle wissen, dass eine nicht altersadäquate und ausufernde Mediennutzung die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefährdet, sagte Antragstellerin Wulff vor der Abstimmung. Deshalb müsse die Ärzteschaft anmahnen, dass der Kinder- und Jugendschutz auch im virtuellen Raum gelte. Es müsse entsprechende Bemühungen für Regeln geben, damit dem entgegengewirkt werden könne.

Die Ablenkung durch die Medien sei spürbar, sagte Kinderarzt Judex, bei Kindern sei dies noch sehr viel extremer ausgeprägt. Zu beobachten sei, dass die Depressionsraten wachsen würden und die Konzentrationsraten sanken. „Die Kinder, die ohnehin Schwierigkeiten haben, sind am meisten betroffen“, sagte er.

Die Ärzteschaft sprach sich zudem gegen eine private Nutzung von Smartphones an Schulen aus. Petra Bubel, Abgeordnete der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Uwe Ebmeyer, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, und weitere plädierten in ihrem Antrag für eine gesundheitlich und pädagogisch sinnvolle Nutzung von digitalen Medien.

Die übermäßige Nutzung berge erhebliche Gefahren für die Gesundheit und Lernentwicklung der Kinder – eine unterrichtsfremde Nutzung mobiler Endgeräte an Schulen zu reduzieren, werde daher empfohlen.

Die negativen Folgen seien durch verschiedene Studien, wie die der OECD, nachgewiesen, heißt es in dem Antrag. Der Rückgang von Lernerfolgen, Konzentrationsschwierigkeiten, eine verminderte Leistungsfähigkeit, Depressionen und Augenerkrankungen seien unter anderem typische Folgen.

Die Zeit in der Schule solle daher eine bildschirmfreie Zeit sein, um das vermittelte Wissen verarbeiten zu können und Konflikte, die durch die Geräte häufig entstünden, zu unterbinden.

Einen geregelten Umgang mit den Medien in der Schule befürwortete auch Gerald Qitterer aus dem Vorstand der Bundesärztekammer. Mit entsprechenden Maßnahmen könnten die Schulleitungen unterstützt werden, sie seien selbst oft unsicher, wie sie mit der Thematik umgehen sollten. Mit einem entsprechenden Antrag könne der Druck auf die Ministerien erhöht werden, entsprechende Regeln einzuführen. Dem Antrag von Bubel wurde mit 158 Stimmen zugestimmt.

## **Interaktion verbessern**

Mit einem ähnlichen Thema beschäftigte sich auch der Antrag von Rudolf-Heinrich-Uwe Büsching, Delegierter der Ärztekammer Westfalen-Lippe, und Gisbert Voigt, Delegierter der Ärztekammer Niedersachsen. Gefordert wurde ein gewissenhafter Umgang mit digitalen Bildschirmmedien in Schulen. Die Interaktionen von Schülern und ihre Lern- und Konzentrationsfähigkeit sollen damit verbessert und negative Folgen verhindert werden.

„Noch ist dies ein pädiatrisches Problem, aber ich denke, in Zukunft wird es auch die Erwachsenenmedizin treffen“, sagte Büsching. „Die aktuelle Gesundheitsgefährdung von Kindern und Jugendlichen durch übermäßige Mediennutzung, insbesondere der digitalen Bildschirmmedien, ist immens.“ Deutschland sei, was das Thema angehe, noch sehr zurückhaltend, in anderen Ländern gebe es ausführliche Informationen zu organischen beziehungsweise psychiatrischen Erkrankungen im Kindesalter, die durch den intensiven Mediengebrauch zunehmen würden.

Die Schule sei ein Vorbild und wesentlich beteiligt an der Zeitausdehnung der Nutzung dieser neuen Medien, sagte Büsching. „Pädagogische Konzepte zur Medienmündigkeit bleiben der Goldstandard – aber wenn der Staat nicht mitzieht und die Medienkompetenzförderung nicht finanziert, dann bleibt nur die Reißleine“. Der Antrag wurde mit insgesamt 154 Stimmen angenommen.

## **Stärkung der Kindergesundheit**

In einem Antrag von Katharina Thiede, Abgeordnete der Ärztekammer Berlin, und weiteren wurde die Stärkung der Kindergesundheit gefordert. Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche seien in ihren sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Chancen und Ressourcen entscheidend benachteiligt, heißt es in dem Antrag.

Etabliert werden sollte daher eine armutsverhütende finanzielle Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien. Gleichzeitig müssten Maßnahmen zu Bildung und Teilhabe so gebündelt werden, dass sie für die Familien einfach zugänglich und abzurufen seien, hieß es. Dem Antrag wurde mit 156 Stimmen zugestimmt.

In einem Antrag von Klaus-Peter Spies, Delegierter der Ärztekammer Berlin und weiteren ging es um die unbefristete Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen. Gefordert wird darin von den Landesregierungen, eine unbefristete Einführung und Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften an allen öffentlichen Schulen zu realisieren.

Mit Schulgesundheitsfachkräften gelinge die Förderung der Gesundheitskompetenz bei Schülern, heißt es im Antrag. Sie könnten auf aktuelle gesundheitliche Probleme bei Schülern eingehen, medizinisches Fachwissen in den Schulalltag bringen und Krisensituationen begleiten. Dadurch würden Schüler mehr über ihre Gesundheit nachdenken und lernen. Mit dem Einsatz der Fachkräfte könnten Defizite der Gesundheitskompetenz beseitigt werden. Der Antrag wurde mit 107 Stimmen angenommen.

Ein weiteres Thema war die Wiederbelebung und Erste Hilfe als Unterrichtsinhalt. Dem Antrag von Jörg Fierlings, Delegierter der Ärztekammer Bremen, Christina Hillebrecht aus dem Vorstand der Bundesärztekammer und weiteren wurde mit 186 Stimmen zugestimmt.

Gefordert wird darin, die Wiederbelebung und Erste Hilfe verpflichtend in die Lehrpläne der Jahrgangsstufen sieben bis zehn in alle Schulformen aufzunehmen, um die Reanimationsquoten langfristig zu erhöhen. Die Überlebenschancen für Menschen mit Herzstillstand könnten sich demnach verdoppeln bis verdreifachen, wenn mehr Menschen unmittelbar eine Wiederbelebungsmaßnahme einleiten könnten.

In Deutschland lernten junge Menschen die Wiederbelebung zu spät, Vorreiter Norwegen, Dänemark, die Niederlande und Belgien seien in diesem Bereich besser aufgestellt und böten Erste Hilfe mit messbaren Erfolgen bereits als Pflichtfach an.

## **Gesundheitskompetenzen erhöhen**

Dem Antrag von Jürgen Laporte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz wurde ebenfalls mit einer Mehrheit von 134 Stimmen zugestimmt. „Alle klagen über schwindende Gesundheitskompetenz“, heißt es in dem Antrag. Erste Selbstbehandlungsschritte bei Krankheit könnten inzwischen nicht mehr als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

Es werde mehr ärztliche Beratungszeit gebraucht, um Patienten ausreichende Kompetenzen zur Orientierung in der Informationsvielfalt zu vermitteln. In dem Antrag werden politische Gremien deshalb dazu aufgefordert, sich für mehr bezahlte hausärztliche Beratungszeit einzusetzen.

In einem Beschlussantrag von Victoria Witt, Delegierte der Ärztekammer Schleswig-Holstein, und weiteren wird eine vernetzte, datenbasierte, wirksame Prävention und Gesundheitsförderung unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes gefordert.

Bundes- und Landesregierungen sollen geeignete Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung bestehender Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland schaffen und damit eine vernetzte, effektive, partizipative und datengestützte Präventionsstrategie ermöglichen, heißt es in dem Antrag.

Benötigt würden eine Plattformstruktur und klar geregelte Kooperationswege, um Synergien zu nutzen, erfolgreiche Projekte zu übertragbaren Modellen weiterzuentwickeln und gesundheitliche Ungleichheiten gezielter zu adressieren. Zentrale Akteure der öffentlichen Gesundheit sollen systematisch eingebunden werden.

„Ich erlebe regelmäßig, dass wir uns in einer Situation der Insellösungen befinden“, sagte Witt im Vorfeld der Abstimmung. Präventionsprojekte fänden zwar statt, aber nicht strukturiert, nicht datenbasiert. Mit wenig Synergieeffekten und Kooperationen. „Wir brauchen deshalb eine Plattformstruktur“, sagte sie.

In einem Antrag von Katharina Partow, Delegierte der Ärztekammer Berlin, und weiteren ging es um die Stärkung der gesellschaftlichen Sensibilität für geschlechtsspezifische Gesundheit. Empfohlen werden entsprechende Maßnahmen in Prävention, Aufklärung und Medienkommunikation.

Das Bewusstsein über geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Risiko und Symptomatik lebensbedrohlicher Erkrankungen wie beispielsweise dem Herzinfarkt bei Frauen und Männern könne lebensrettend sein. Der Antrag wurde mit 164 Stimmen angenommen.

Mehr Prävention wurde auch im Beschlussantrag von Christian Klein, Abgeordneter der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Jens Placke aus dem Vorstand der Bundesärztekammer und anderen gefordert.

Der Antrag steht für mehr Verhaltens- und Verhältnisprävention und fordert die Umsetzung einer herstellergetragenen Zuckersteuer, einer höheren Besteuerung von Alkoholika, einer weiteren Erhöhung der Tabaksteuer und ein Verbot von Lockangeboten für Alkoholika und Nikotinpräparate sowie Junkfood.

Die Mehreinnahmen sollten zweckgebunden zur frühzeitigen Gesundheitsförderung wie beispielsweise der Tabakentwöhnung, Schulbildung oder der Förderung von Breitensport eingesetzt werden.

„Mit Prävention kann Krankheitslast verringert werden“, sagte Klein. Primärprävention sei nötig, dieses Signal müsse vom Ärztetag ausgehen. Es brauche diesbezüglich ein positives Votum, um die Politik unter Druck zu setzen. Der Antrag wurde mit 144 Stimmen angenommen.

## **Bessere Bedingungen für die kommende Impfsaison**

Um bessere Rahmenbedingungen für die Impfsaison 2025/2026 ging es im Beschlussantrag von Torben Ostendorf, Abgeordneter der Sächsischen Landesärztekammer, und weiteren.

Konkret sollen dafür die rechtlichen Grundlagen für eine eigenständig abrechenbare Impfberatung in der ärztlichen Versorgung geschaffen werden, Einzeldosen für COVID-19-Impfstoffe zur Verfügung gestellt werden und die Entwicklung und zeitnahe Zulassung praxistauglicher Kombinationsimpfstoffe, wie beispielsweise Influenza und COVID-19, aktiv gefördert werden, heißt es im Antrag.

Hausärztliche Praxen würden regelmäßig die Hauptlast der Impfkampagnen tragen. Gleichzeitig zeige sich, dass

gesetzliche und logistische Rahmenbedingungen vielfach nicht praxisgerecht ausgestaltet seien. Nur mit rechtzeitig abgestimmten und praxistauglichen Rahmenbedingungen könne die kommende Impfsaison daher erfolgreich verlaufen. Der Antrag wurde mit 137 Stimmen angenommen.

Ein weiteres Thema waren Verbote von Feuerwerkskörpern. Robin Maitra, Abgeordneter der Landesärztekammer Baden-Württemberg, und andere setzten sich für ein Böllerverbot zum Schutz der Gesundheit und Verminderung der Feinstaubbelastung ein.

„Wir wissen alle, dass eine Vielzahl von Verletzungen durch die Böllerei an Silvester stattfindet“, sagte Maitra vor der Abstimmung. Die Ophthalmologen gingen zum Jahreswechsel von 500 Verletzten aus, wovon ein Viertel stationär behandelt werden müsse. In der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gebe es 8.000 Verletzungen pro Jahr durch Böllerei.

„Wir haben jede Menge Belastungen für die Menschen, aber auch für das Gesundheitssystem“, betonte Maitra. Hinzu kämen erhebliche Feinstaub- und CO<sub>2</sub>-Belastungen.

Mit einem Verbot von privaten Silvesterfeuerwerken und einer Einrichtung von Böllerverbotzonen könne das Risiko für gesundheitliche Schäden deutlich verringert werden, heißt es im zugehörigen Antrag. Er wurde mit 126 Stimmen angenommen.

*nfs*

Anzeige

Alle Rechte vorbehalten. [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

Gemeinsame Pressemitteilung

## **Gemeinsam für eine zukunftsfähige ärztliche Weiterbildung: BDA, BDI und BDC begrüßen Beschluss des Deutschen Ärztetags**

**Berlin/Leipzig/Wiesbaden, 03.06.2025** – *Mit breiter Zustimmung hat der 129. Deutsche Ärztetag in Leipzig einen Beschluss gefasst, der die Vertragspartner gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz auffordert, die gesetzlich vorgeschriebene Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten endlich fristgerecht und konsequent umzusetzen. Der Antrag wurde fachübergreifend von anästhesiologischen, chirurgischen und internistischen Delegierten eingebracht.*

Dementsprechend begrüßen der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA), der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) und der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) den Beschluss als ein starkes Signal an Politik und Selbstverwaltung: „Die strukturelle Unterfinanzierung der ärztlichen Weiterbildung gefährdet zunehmend die Qualität der medizinischen Versorgung und die Zukunft des ärztlichen Nachwuchses – gerade in Zeiten des sich verschärfenden Fachkräftemangels und grundlegender Reformen in der Krankenhauslandschaft“, erklärt BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

In ihrem Antrag haben die Delegierten noch einmal ausdrücklich auf die entsprechende gesetzliche Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz hingewiesen. Demnach müssen sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die private Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als zuständige Vertragspartner bis spätestens 31. Dezember 2025 darauf einigen, wie die Kosten der ärztlichen Weiterbildung künftig in der Krankenhausvergütung berücksichtigt werden. Grundlage dafür soll ein Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sein. Dieses Konzept soll noch in diesem Jahr finanzielle Zu- oder Abschläge definieren, die möglichst auch an die Qualität der Weiterbildung in einer Einrichtung gekoppelt sind. „Die ärztliche Weiterbildung ist keine Randnotiz im Klinikalltag – sie ist ein zentrales Qualitätsversprechen an die Patientinnen und Patienten von morgen. Der Beschluss des Deutschen Ärztetags muss nun politisch, praktisch und vor allem umgehend umgesetzt werden“, fordert BDA-Präsidentin Professor Dr. Grietje Beck.

Schon im Jahr 2024 hatten die anästhesiologischen und chirurgischen Fachverbände in einem offenen Brief an den damaligen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auf die Missstände hingewiesen und konkrete Vorschläge zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung gemacht. Die darin geforderte fondsbasierte Lösung – mit klarer Zuordnung der Mittel an die tatsächlich weiterbildenden Einrichtungen – könnte laut

Ansicht der Verbände eine faire und transparente Refinanzierung ermöglichen. Ihr Appell an die Politik: Die Weiterbildungsarbeit sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie müsse nicht nur in Kliniken, sondern auch im ambulanten Bereich strukturell und finanziell gestärkt werden. Andernfalls drohe langfristig ein Qualitätsverlust in der medizinischen Versorgung.

Die ärztlichen Berufsverbände fordern die Vertragspartner und das Bundesgesundheitsministerium auf, die gesetzliche Frist bis zum 31. Dezember 2025 einzuhalten und ein tragfähiges Finanzierungskonzept auf den Weg zu bringen – auch als Antwort auf den zunehmenden Versorgungsdruck durch Fachkräftemangel, Ambulantisierung und eine immer älter werdende Bevölkerung in Deutschland. „Die gesetzlichen Vorgaben liegen vor. Jetzt sind die Vertragspartner in der Pflicht, gemeinsam mit dem InEK zeitnah verlässliche Konzepte vorzulegen, die die realen Kosten der Weiterbildung sachgerecht berücksichtigen“, so BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

#### Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA)

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) vertritt mehr als 20.000 Ärztinnen und Ärzte für Anästhesiologie in Deutschland, die in den fünf Bereichen Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin arbeiten. Als Interessenvertretung für alle beruflichen Belange der Anästhesistinnen und Anästhesisten in sämtlichen Versorgungs- und Fachbereichen der Anästhesiologie ist der Verband auf nationaler und europäischer Ebene tätig. Mehr als zehn Millionen Patientinnen und Patienten werden pro Jahr von Ärztinnen und Ärzten für Anästhesiologie in Deutschland behandelt. Für sie steht der BDA als Garant für eine ganzheitliche und sichere anästhesiologische Behandlung – 365 Tage im Jahr – rund um die Uhr.

[www.bda.de](http://www.bda.de)

#### Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. ist mit rund 17.000 Mitgliedern europaweit die größte chirurgische Vereinigung. Er repräsentiert Chirurginnen und Chirurgen aller Fachdisziplinen in Klinik und Praxis in der Bundesrepublik Deutschland.

[www.bdc.de](http://www.bdc.de)

#### Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI)

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) setzt sich für die internistische Versorgungssicherheit in Deutschland ein. Der BDI vertritt die sozial- und

berufspolitischen Interessen von 19.000 Mitgliedern in Kliniken sowie hausärztlichen und fachärztlichen Praxen, um die Rahmenbedingungen für medizinische Fachkräfte kontinuierlich zu verbessern und die hohe Versorgungsqualität in Deutschland für die Zukunft zu sichern und weiterzuentwickeln.

[www.bdi.de](http://www.bdi.de)

„ÄrzteTag“-Podcast

# Was bringt die Entbudgetierung für Ihre Praxis, Dr. Schorn?

Die Entbudgetierung ist der erste Schritt der Umsetzung der Regelungen aus dem GVSG für Hausärzte. Hausarztinternist Kai Schorn aus Berlin nimmt im „ÄrzteTag“-Podcast Stellung, wie die Maßnahmen seiner Praxis helfen und wo die Grenzen der Aufhebung der Budgets liegen.



Von Hauke Gerlof (/Nachrichten/Hauke-Gerlof-au101.html)

Veröffentlicht: 05.06.2025, 11:37 Uhr

## An dieser Stelle finden Sie Inhalte aus Podigee

Um mit Inhalten aus Podigee und anderen sozialen Netzwerken zu interagieren oder diese darzustellen, brauchen wir Ihre Zustimmung.

Podcast von Podigee aktivieren

Ich bin damit einverstanden, dass mir Inhalte aus Sozialen Netzwerken und von anderen Anbietern angezeigt werden. Damit können personenbezogene Daten an Drittanbieter übermittelt werden. Dazu ist ggf. die Speicherung von Cookies auf Ihrem Gerät notwendig. Weitere Information dazu finden Sie [hier](https://www.aerztezeitung.de/Service/Datenschutzerklaerung-19267.html) (<https://www.aerztezeitung.de/Service/Datenschutzerklaerung-19267.html>).

„Gut gedacht, aber schlecht gemacht?“ Die [komplexen Regelungen der Entbudgetierung](https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Schiedsgremium-definiert-welche-Hausarztleistungen-entbudgetiert-werden-458588.html?searchtoken=%2fGEwMz1jd4Y0lhCYSz2Ea3r8uNE%3d&starthit=8) (<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Schiedsgremium-definiert-welche-Hausarztleistungen-entbudgetiert-werden-458588.html?searchtoken=%2fGEwMz1jd4Y0lhCYSz2Ea3r8uNE%3d&starthit=8>) seien zumindest teilweise nicht zu Ende gedacht, glaubt Dr. Kai Schorn, Hausarztinternist in Berlin. Der stellvertretende

Landesvorsitzende des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI) spricht im „ÄrzteTag“-Podcast darüber, an welchen Punkten seine Praxis durch die jüngst beschlossene Umsetzung der Entbudgetierung profitieren könnte – wie sich aber andererseits die komplexen Regeln auf die Honorierung psychosomatischer und sonografischer Leistungen auswirken könnten – nämlich in einer drastischen Abstufung.

Das treffe auch ihn in einer typischen hausarztinternistischen Praxis, die „apparativ etwas breiter aufgestellt“ sei als viele Hausarztpraxen von Allgemeinmedizinerinnen.

## Praxen können durchaus profitieren

Gerade in Berlin, berichtet Schorn, seien zuletzt lediglich 75 bis 80 Prozent der hausärztlichen Leistungen voll bezahlt worden, insofern könnten Praxen, die ihr Regelleistungsvolumen (RLV) überschreiten, durchaus profitieren. Und, da ist er sich sicher: Durch die Entbudgetierung werde anderen Praxen außerhalb der hausärztlichen Fächer nichts weggenommen.

Profitieren würden vor allem große Versorgerpraxen mit vielen Fällen, glaubt der Hausarztinternist. Kritisch könnte es dagegen für Praxen werden, die sich auf die weiterhin budgetierten Leistungen spezialisiert hätten, eben zum Beispiel die Psychosomatik. Er sieht auch Gefahren darin, dass das Angebot an Ultraschall-Leistungen reduziert wird und dann im Gegenzug auf teurere bildgebende Verfahren für die Diagnostik ausgewichen werden könnte.

## Tragischer Punkt

Dass die Psychosomatik und die Sonografie nicht in die Entbudgetierung einbezogen worden seien, sei „der tragische Punkt“ dieser Entscheidung aus dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), resümiert Schorn.

Im Podcast-Gespräch äußert er auch seine Erwartungen, was er von der Änderung der Abrechnungsvoraussetzungen für die Vorhaltepauschale erwartet. Öffnungszeiten von Hausarztpraxen, so sein Petitum, dürften nicht zu detailliert vorgeschrieben werden, sondern seien dem freiberuflichen Ermessen der Praxen zu überlassen.

Nicht zuletzt geht es um die unterschiedlichen Standpunkte, wie die Fallzahl einer Hausarztpraxis für die zukünftige Vorhaltepauschale zu zählen sei: inklusive Fälle aus der hausarztzentrierten Versorgung oder ohne diese Fälle – und darum, unter welchen Bedingungen eine Hausarztpraxis ihrem Versorgungsauftrag gerecht wird.

Gemeinsame Pressemitteilung

## **Ärztetag befasst sich mit Scheinselbstständigkeit – BDA, BDC und BDI pochen auf Rechtssicherheit**

**Berlin/Leipzig/Wiesbaden, 05.06.2025** – *Ärztliche Kooperationen dürfen nicht länger durch die Gefahr einer Scheinselbstständigkeit behindert werden – das forderten Delegierte aus Anästhesiologie, Chirurgie und Innerer Medizin in einem gemeinsamen Antrag auf dem 129. Deutschen Ärztetag. Der Ärztetag überwies den Antrag zur weiteren Prüfung an den Vorstand der Bundesärztekammer. Damit bleibt das Thema auf der gesundheitspolitischen Agenda – und der Handlungsdruck hoch.*

In ihrem Antrag forderten die Delegierten, dass ärztliche Tätigkeiten im Rahmen gesetzlich vorgesehener Kooperationen – etwa bei ambulanten Operationen (§ 115b SGB V), Hybrid-DRGs (§ 115f SGB V), spezialfachärztlicher Versorgung (§ 116b SGB V) oder im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) – endlich sozialversicherungsrechtlich klar geregelt werden. Ziel müsse es sein, der wiederkehrenden Gefahr einer Einstufung als Scheinselbstständigkeit verlässlich vorzubeugen.

„Der Gesetzgeber muss dringend nachsteuern und die im Koalitionsvertrag angekündigten Schritte zur Entlastung ärztlicher Tätigkeiten auch auf andere Kooperationsformen ausweiten“, sagt Prof. Dr. Grietje Beck, Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA). „Die bestehende Rechtsunsicherheit konterkariert die medizinisch sinnvolle Zusammenarbeit zwischen Klinik- und Vertragsärzteschaft – gerade in Zeiten des Fachkräftemangels ein nicht tragbarer Zustand.“

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) unterstützen diesen Appell und betonen die Dringlichkeit einer klaren gesetzlichen Regelung. „Man kann nicht im großen Stil die Ambulantisierung von Operationen fordern, um dann die freiberuflich tätigen Akteure der daraus resultierenden fachlichen Kooperationen unter den Generalverdacht der Scheinselbstständigkeit zu stellen“, kritisiert BDC-Vizepräsident Dr. Peter Kalbe.

„Dass sich der Vorstand der Bundesärztekammer weiter mit der Problematik befassen wird, ist ein wichtiges Signal, denn Ärztinnen und Ärzte brauchen endlich die Gewissheit, dass ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht im Nachhinein als Scheinselbstständigkeit ausgelegt wird. Klare sozialversicherungsrechtliche Leitplanken reduzieren Bürokratie, schaffen Vertrauen und setzen Ressourcen dort frei, wo sie

gebraucht werden – bei den Patientinnen und Patienten“, so Dr. Norbert Smetak, 1. Vizepräsident des BDI.

In Anbetracht dessen fordern BDI, BDC und BDA eine explizite Klarstellung in den Sozialgesetzbüchern (insbesondere SGB IV, V und VI), dass ärztliche Tätigkeiten im Rahmen gesetzlich geregelter Kooperationsformen nicht als abhängige Beschäftigung gelten und entsprechend sozialversicherungsrechtlich nicht als solche behandelt werden. Nur so lassen sich Bürokratie abbauen, die Versorgung stärken und die ärztliche Berufsausübung über Sektorengrenzen hinweg zukunftsfähig gestalten.

#### Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA)

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) vertritt mehr als 20.000 Ärztinnen und Ärzte für Anästhesiologie in Deutschland, die in den fünf Bereichen Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin arbeiten. Als Interessenvertretung für alle beruflichen Belange der Anästhesistinnen und Anästhesisten in sämtlichen Versorgungs- und Fachbereichen der Anästhesiologie ist der Verband auf nationaler und europäischer Ebene tätig. Mehr als zehn Millionen Patientinnen und Patienten werden pro Jahr von Ärztinnen und Ärzten für Anästhesiologie in Deutschland behandelt. Für sie steht der BDA als Garant für eine ganzheitliche und sichere anästhesiologische Behandlung – 365 Tage im Jahr – rund um die Uhr.

[www.bda.de](http://www.bda.de)

#### Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. ist mit rund 17.000 Mitgliedern europaweit die größte chirurgische Vereinigung. Er repräsentiert Chirurginnen und Chirurgen aller Fachdisziplinen in Klinik und Praxis in der Bundesrepublik Deutschland.

[www.bdc.de](http://www.bdc.de)

#### Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI)

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) setzt sich für die internistische Versorgungssicherheit in Deutschland ein. Der BDI vertritt die sozial- und berufspolitischen Interessen von 19.000 Mitgliedern in Kliniken sowie hausärztlichen und fachärztlichen Praxen, um die Rahmenbedingungen für medizinische Fachkräfte kontinuierlich zu verbessern und die hohe Versorgungsqualität in Deutschland für die Zukunft zu sichern und weiterzuentwickeln.

[www.bdi.de](http://www.bdi.de)

### Abgeordnete gewähren Vorschusslorbeeren

Auch die Delegierten goutieren den Vorstoß der Ministerin. Das zeigt exemplarisch eine der ersten Reaktionen bei der Mitgliederversammlung von Dr. Steffen König, Beisitzer im Vorstand des Marburger Bunds Berlin/Brandenburg: „Nach vier Jahren Arroganz mit Jens Spahn und dreieinhalb Jahren Ignoranz mit Karl Lauterbach freut mich, dass wir wieder gemeinsam miteinander sprechen.“ Zwar sei die Rede inhaltlich vage, was erwartbar gewesen sei. Mehrere Abgeordnete sprechen sich dafür aus, der Ministerin einen Vertrauensvorschuss zu gewähren und das Angebot zur Zusammenarbeit anzunehmen. Mit konkreten Inhalten hält sich Warken in ihrer Rede tatsächlich weitestgehend zurück und wiederholt bereits bekannte Punkte des Koalitionsvertrags: Neben dem Bürokratieabbau nennt sie das verbindliche Primärarztssystem und die Fortführung der Krankenhausreform. Zudem kündigt sie an, dass man bei dem noch unter Lauterbach gestarteten Roll-out der elektronischen Patientenakte für alle gesetzlich Versicherten am zuletzt genannten Zeitplan festhalten werde.



„Nach vier Jahren Arroganz mit Jens Spahn und dreieinhalb Jahren Ignoranz mit Karl Lauterbach freut mich, dass wir wieder gemeinsam miteinander sprechen“, sagt Dr. Steffen König vom Marburger Bund Berlin/Brandenburg © www.laekb.de

◀ [zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion](#) ▶

## ■ Zwischen Forderungen und Selbstverpflichtungen

Ein Überblick über die Inhalte des 129. Deutschen Ärztetages

Leipzig (opg) – Die beherrschenden Themen des 129. Deutschen Ärztetages vom 27. bis 30. Mai in Leipzig sind zweifellos der erste Auftritt der Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU), das Zukunftsthema KI und die Gebührenordnung für Ärzte. Darüber hinaus sind zahlreiche weitere Anträge beim viertägigen Treffen der Abgeordneten debattiert und verabschiedet worden – ein Überblick.

### Leitantrag

Am ersten Tag der Delegiertenversammlung wird der Leitantrag „Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitswesens – solide und solidarisch“ des Vorstands mit 207 Ja-Stimmen, drei Enthaltungen und vier Gegenstimmen angenommen. Er enthält eine Fülle an Maßnahmen, welche sowohl Bund, Länder und Kommunen als auch die Akteure im Gesundheitswesen umsetzen sollen, um das solidarische System auch für die „kom-



Delegiertenversammlung auf dem Ärztetag in Leipzig © Christian Glawe-Griebel, hollywood.com

menden Generationen zu sichern“. Neben der Forderung nach mehr Prävention, etwa durch Werbeverbote für übermäßig zucker- und fetthaltige Lebensmittel, werden die Pläne für eine Patientensteuerung gelobt. Der Ärztetag möchte zudem den Einfluss von Fremdinvestoren auf Medizinische Versorgungszentren begrenzen, die Krankenhausreform weiterentwickeln sowie die Klinikfinanzierung überarbeiten und eine Entbudgetierung für alle Facharztgruppen erreichen. Der Nachwuchs müsse gefördert und Fachkräfte gesichert werden. Zum Bürokratieabbau wird eine Task-Force gefordert. KI soll nutzbringend in der Medizin eingesetzt werden, der Öffentliche Gesundheitsdienst bedarf einer nachhaltigen Sicherung und mit Blick auf die welt-politische Lage müsse sich das System auf den Krisenfall vorbereiten.

### Weiterbildungsfinanzierung sichern

Viel Raum in Leipzig nimmt die Diskussion um das Thema der Zukunft der ärztlichen Weiterbildung ein. Am Ende steht ein Beschluss, der fordert, sich auf die gesetzlichen Regelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz zu besinnen. Demnach müssen die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Private Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sich bis Ende des Jahres darauf einigen, wie die Weiterbildungskosten künftig in der Krankenhausvergütung berücksichtigt werden. Die Berufsverbände Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA), Deutscher Chirurgie (BDC) und Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) begrüßen in einer gemeinsamen Stellungnahme den Entschluss als „ein starkes Signal an Politik und Selbstverwaltung“. BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck kommentiert: „Die strukturelle Unterfinanzierung der ärztlichen Weiterbildung gefährdet zunehmend die Qualität der medizinischen Versorgung und die Zukunft des ärztlichen Nachwuchses.“



BDI-Präsidentin  
Christine Neu-  
mann-Grutzeck  
© pag, Fiolka  
und iStock.  
com, izusek

Zudem ist der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) in einem weiteren Antrag damit beauftragt, geeignete Maßnahmen zur Förderung der ambulanten Weiterbildung zu etablieren und sich beim Gesetzgeber dafür einzusetzen, die Umgebung für die Finanzierungsprojekte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu schaffen. Die Ärzte wollen erreichen, dass Förderungen nicht allein für das Gehalt geleistet werden, sondern „eine Vollfinanzierung auch der zusätzlichen räumlichen, personellen und zeitlichen Anforderungen sowie der Leistung des Weiterbildenden umfasse“.

Weitere Anträge befassen sich mit kleineren inhaltlichen Änderungen (etwa zur Fehlzeitenregelung), welche Weiterbildungsbefugnisse und Zusatzweiterbildungen betreffen. Strittig ist dabei vor allem die Frage, welche Rolle das Thema KI spielen

soll und ob die Zusatzweiterbildung Medizinische Informatik erhalten bleibt. Ein entsprechender Antrag, das Thema nicht mehr als eigene Zusatzweiterbildung zu behandeln, lehnen die Abgeordneten allerdings ab.

### Masterplan 2020 umsetzen

Bei der Ausbildung fordert der Ärztetag das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einem Antrag auf, innerhalb der nächsten zwölf Monate die Reform der Approbationsordnung gemeinsam mit Bund und Ländern umzusetzen. Grundlage soll der Masterplan Medizinstudium 2020 sein, welcher mit „mehr Praxisnähe und einer stärkeren Ausrichtung auf die ambulante Versorgung“ hehre Ziele formuliert habe. Laut Antrag sei dieser „im Rahmen der weiteren Diskussionen bis ins Jahr 2024 von den beteiligten Stakeholdern weiterentwickelt und geeint“ worden und müsse nun endlich umgesetzt werden. Hierzu müssten sich Bund und Länder über die Finanzierung der überarbeiteten Approbationsordnung verständigen. Aus Sicht der Ärzteschaft sei dies der Grund für die Verschiebung – fachlich gebe es eine breite Zustimmung für die vorliegenden Entwürfe.

### Schwangerschaftsabbruch entkriminalisieren

Ein aufsehenerregendes Zeichen setzt der Ärztetag mit einem Antrag, der eine rechtliche Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen außerhalb des Strafgesetzbuches fordert. „Sowohl das Recht der Frauen auf reproduktive Selbstbestimmung als auch das Recht des Ungeborenen auf Leben ist zu beachten“, so der Beschluss. Ärzte sollten weiterhin als persönliche Gewissensentscheidung bestimmen können, ob sie den Eingriff durchführen. Wer sich dafür entscheidet, müsse vor Bedrohung und Angriffen wirksam geschützt werden. Die bisherige Verpflichtung zur Beratung für Frauen soll bestehen bleiben, insgesamt wolle man den Prozess aber entkriminalisieren. Damit zwischen den Methoden eine Wahl besteht, seien Angebote zum operativen wie zum medikamentösen Abbruch in ganz Deutschland niedrigschwellig zur Verfügung zu stellen. Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband begrüßt den Beschluss. „Der Status quo ist längst nicht mehr tragbar, weder für die betroffenen Frauen noch für uns Ärztinnen und Ärzte“, sagen die Bundesvorsitzenden Prof. Nicola Buhlinger-Göpfarth und Dr. Markus Beier. Durch die Kriminalisierung entstehe eine rechtliche Grauzone, die die medizinische Versorgung unnötig erschwere, Betroffene schwer belaste und zu einer verzögerten Behandlung führen könne.



© stock.adobe.com, Manuel Schönfeld

### Und ...

In weiteren Anträgen fordert der Deutsche Ärztetag eine Verbesserung der Patientensicherheit, dass Geflüchtete nicht aus stationären oder anderen medizinischen

Einrichtungen abgeschoben werden dürfen, dass die Anerkennungsverfahren für Ärzte mit ausländischem Abschluss vereinfacht werden, dass der Mutterschutz schwangerer Ärztinnen in Praxen und Kliniken besser umgesetzt wird, dass künftig Daten zur Klimabilanz von Arzneimitteln durch die Bundesregierung zur Verfügung gestellt werden, dass die WHO gestärkt wird, dass ein Suizidpräventionsgesetz verabschiedet wird und dass Nachbesserungen bei der elektronischen Patientenakte erfolgen.



Anerkennungsverfahren für Ärzte mit ausländischem Abschluss sollen vereinfacht werden. © iStock.com, SolStock

- **Link:** Vorstand Bundesärztekammer, TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag, Ärztetags-Drucksache Nr. Ia – 01, Titel: Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitswesens - solide und solidarisch, 27. Mai 2025, PDF, 5 Seiten

◀ zurück zum Inhalt

E-Mail an die Redaktion ▶

Neue Ausgabe OPG Spezial - jetzt bestellen

## > Impfwesen in Deutschland – Barrieren stören die Abläufe

Menschen vom Impfen zu überzeugen ist eine dauerhafte Kraftanstrengung und aller Mühe wert. Es gibt aber unnötige Erschwernisse, die dem Impfgeschehen abträglich sind. Diese liegen in den regulatorischen Abläufen. Da Vakzine zu den sehr dynamischen Forschungsfeldern gehören, lässt das den Schluss zu: das Impfwesen benötigt ein Update.

Hier einige kurze Appetizer:

- Prof. Reinhard Berner (STIKO) adressiert Verbesserungsbedarf
- Dr. Heidrun Theiss (NABI) setzt auf Digitalisierung und Register
- Heidrun Irschik-Hadjieff (Sanofi) vermisst eine Präventionsstrategie

Die Publikation in der Reihe „OPG Spezial“ erscheint als gebundene Druckausgabe zum Preis von 25.00 Euro zzgl. Versand. Umfang: 56 Seiten, Erscheinungsdatum: Juni 2025

**Bestellung:** <https://www.pa-gesundheit.de/pag/opg-spezial-2025-juni-impfwesen-in-deutschland.html>

